

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK
HASTALARINDA İŞLEVSELLİĞİN,
ÇOCUKLUK TRAVMALARI, BAĞLANMA
BİÇİMLERİ, İŞLEVSEL OLMAYAN
TUTUMLAR VE AFFEKTİF MİZAÇLARLA
İLİŞKİSİ**

Dr. Celaleddin KARTAL

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Esat Fahri AYDIN

ERZURUM-2020

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	v
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TEŞEKKÜR	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Bipolar Bozukluk	4
2.1.1. Tanım.....	4
2.1.2. Tarihçe.....	4
2.1.3. Epidemiyoloji	6
2.1.4. Etiyoloji	7
2.1.4.1. Kalıtım.....	7
2.1.4.2. Biyokimyasal Etkenler	8
2.1.4.3. İyon Sistemleri.....	9
2.1.4.4. İmmünolojik Etkenler.....	9
2.1.4.5. Nöroanatomik Etkenler.....	10
2.1.4.6. Psikososyal Etkenler.....	11
2.1.4.7. Bilişsel Etkenler.....	11
2.1.4.8. Psikodinamik Etkenler.....	12
2.1.5. Tanı.....	12
2.1.5.1. Mani Dönemi Tanı Ölçütleri	13
2.1.5.2. Hipomani Dönemi Tanı Ölçütleri.....	14
2.1.5.3. Majör Depresyon Dönemi Tanı Ölçütleri.....	15
2.1.5.4. Mani ya da Hipomani Dönemi, Karma Özellikler Gösteren	17
2.1.5.5. Depresyon dönemi, karma özellikler gösteren:	18
2.1.5.6. Siklotimik Bozukluk.....	19
2.1.6. Klinik Özellikler ve Klinik Seyir	19
2.1.7. Bipolar Bozuklukta Tedavi	21
2.1.7.1. Mani/Hipomani ve Karma Dönem Tedavisi	21
2.1.7.2. Depresif Dönem Tedavisi.....	22

2.1.7.3. İdame Tedavisi	22
2.1.7.4. Psikososyal Yaklaşımlar ve Psikoterapotik Yaklaşımlar	23
2.1.7.4.1. Psikoeğitim	24
2.1.7.4.2. Kişiler Arası Sosyal Ritimler Terapisi (KASRT)	24
2.1.7.4.3. Aile Odaklı Terapi (AOT)	25
2.1.7.4.4. Bilişsel Davranışçı Terapi	25
2.1.8. Bipolar Bozukluk ve Kişilik	27
2.1.9. Bipolar Bozukluk ve Zihin Kuramı	28
2.1.10. Bipolar Bozukluk ve Nörokognitif İşlevler	29
2.2. Çocukluk Çağı Travmaları	30
2.2.1. Çocukluk Çağı İstismarları	31
2.2.1.1. Fiziksel İstismar	31
2.2.1.2. Cinsel İstismar	32
2.2.1.3. Duygusal İstismar	33
2.2.2. Çocukluk Çağı İhmalleri	34
2.2.2.2. Duygusal İhmal	34
2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Ruhsal Etkileri	34
2.3. Bağlanma	35
2.3.1. Bağlanma ve Psikopatoloji İlişkisi	38
2.4. İşlevsel Olmayan Tutumlar (Fonksiyonel Olmayan Tutumlar)	38
2.5. Affektif Mizaçlar	39
2.6. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM	43
3.1. Çalışma Grubunun Seçimi	43
3.1.1. Hastaların Çalışmaya Dahil Edilebilme Ölçütleri	43
3.1.2. Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Alma ve Dışlama Ölçütleri	43
3.2. Gereçler	44
3.2.1. Sosyodemografik Klinik Veri Formu	44
3.2.2. SCID-1: (Structured Clinical Interview for DSM-IV Diagnosis)	44
3.2.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)	45
3.2.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)	45
3.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	45
3.2.6. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)	46

3.2.7. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ)	46
3.2.8. İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği (İOTÖ)	47
3.2.9. TEMPS-A (Temperament Evaluation Of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) Mizaç Ölçeği	47
3.3. Etik Kurul Onayı	47
3.4. İstatistiksel Analiz	48
4. BULGULAR	49
4.1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri	49
4.2. Hasta ve Kontrol Gruplarında İşlevsellik Puanlarının Değerlendirilmesi	55
4.3. Hasta ve Kontrol Gruplarında Bağlanma Stilleri Puanlarının Değerlendirilmesi	57
4.4. Hasta ve Kontrol Gruplarında ÇÇTÖ (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği) Puanlarının Değerlendirilmesi	59
4.5. Hasta ve Kontrol Gruplarında İOTÖ (İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği) Puanlarının Değerlendirilmesi	60
4.6. Bipolar Bozukluk Hastaları ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Affektif Mizaç Puanlarının Değerlendirilmesi	61
4.7. Korelasyon Analizleri	62
4.7.1. Hasta Grubunun Klinik Özelliklerinin Ölçeklerle Korelasyonu	62
4.7.2. ÇÇTÖ, İÖA, İOTÖ, TEMPS-A ölçeklerinin KİDÖ ile Korelasyon Analizi	69
4.7.3. İÖA ve ÇÇTÖ ölçeklerinin İOTÖ ve TEMPS-A ölçekleri ile korelasyon analizi	72
4.7.4. İOTÖ ve TEMPS-A ölçeklerinin Korelasyon Analizi	74
4.8. Regresyon Analizleri	75
5. TARTIŞMA	82
5.1. Hasta ve Kontrol Grubunda Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi	82
5.2. Hasta Grubunda Klinik Özelliklerin İncelenmesi	85
5.3. Hasta ve Kontrol Grubunda İşlevsellik, Bağlanma Biçimleri, Çocukluk Travmaları, İşlevsel Olmayan Tutumlar ve Affektif Mizaçların İncelenmesi	87
5.4. Hasta Grubunda Klinik Özelliklerin Birbiri İle İlişkisinin İncelenmesi	92

5.5. Hasta Grubunda Klinik Özelliklerin, İşlevsellik, Bağlanma Biçimleri, Çocukluk Travmaları, İşlevsel Olmayan Tutumlar ve Affektif Mizaçlarla İlişkisinin İncelenmesi.....	94
5.6. Hasta Grubunda Çocukluk Çağı Travmaları, Bağlanma Biçimleri, İşlevsel Olmayan Tutumlar ve Affektif Mizaçların Birbiri İle İlişkisinin İncelenmesi	98
5.7. Hasta Grubunda İşlevsellik İle Bağlanma Biçimleri, Çocukluk Çağı Travmaları, İşlevsel Olmayan Tutumlar ve Affektif Mizaçların İlişkisinin İncelenmesi.....	101
5.8. Çalışmamızın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları	104
6. SONUÇ.....	106
KAYNAKLAR	108
EKLER.....	123
EK 1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	123
EK 2. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği	129
EK 3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	130
EK 4. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği	132
EK 5. İlişki Ölçekleri Anketi (Relationship Scales Questionnaire; RSQ)	133
EK 6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	135
EK 7. İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği (İOTÖ).....	138
EK 8. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire)	142

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	49
Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun psikiyatrik özgeçmiş özellikleri.....	51
Tablo 3. Hasta ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik Soygeçmiş Özellikleri	52
Tablo 4. Hasta ve kontrol grubunun HDDÖ ve YMDÖ puanlarının karşılaştırılması	53
Tablo 5. Hasta grubunun klinik özellikleri-1	53
Tablo 6. Hasta grubunun klinik özellikleri- 2	54
Tablo 7. Hasta ve kontrol grubunun KİDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması ..	56
Tablo 8. Hasta ve kontrol grubunun KİDÖ kesme puanlarına göre karşılaştırılması	57
Tablo 9. Hasta ve kontrol grubunun İÖA ortalama puanlarının karşılaştırılması	58
Tablo 10. Hasta ve kontrol grubunun baskın bağlanma biçimine göre karşılaştırılması	58
Tablo 11. Hasta ve kontrol grubunun ÇÇTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	59
Tablo 12. Hasta ve kontrol grubunun ÇÇTÖ kesme puanlarına göre travmaya uğramış olma oranlarının karşılaştırılması	60
Tablo 13. Hasta ve kontrol grubunun İOTÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması.	61
Tablo 14. Hasta ve kontrol grubunun TEMPS-A ortalama puanlarının karşılaştırılması	61
Tablo 15. Hasta grubunda Klinik Özelliklerin HDDÖ, YMDÖ, KİDÖ, İÖA, ÇÇTÖ, İOTÖ ve TEMPS-A ölçekleri ile korelasyonu-1.....	63
Tablo 16. Hasta grubunda Klinik Özelliklerin HDDÖ, YMDÖ, KİDÖ, İÖA, ÇÇTÖ, İOTÖ ve TEMPS-A ölçekleri ile korelasyonu - 2.....	66
Tablo 17. Hasta grubunda ÇÇTÖ, İÖA, İOTÖ, TEMPS-A ölçeklerinin KİDÖ ile korelasyonu	70
Tablo 18. Hasta grubunda İÖA ve ÇÇTÖ ölçeklerinin İOTÖ ve TEMPS-A ölçekleri ile korelasyonu	72
Tablo 19. Hasta grubunda İOTÖ ve TEMPS-A ölçeklerinin korelasyonu	75
Tablo 20. Hasta grubunda KİDÖ özerklik alt ölçeğinin çoklu regresyon analizi	76
Tablo 21. Hasta grubunda KİDÖ mesleki işlevsellik alt ölçeğinin çoklu regresyon analizi	76

Tablo 22. Hasta grubunda KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeğinin çoklu regresyon analizi	77
Tablo 23. Hasta grubunda KİDÖ mali konular alt ölçeğinin çoklu regresyon analizi	77
Tablo 24. Hasta grubunda KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt ölçeğinin çoklu regresyon analizi	78
Tablo 25. Hasta grubunda KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeğinin çoklu regresyon analizi	79
Tablo 26. Hasta grubunda KİDÖ toplam puanının çoklu regresyon analizi	80



KISALTMALAR DİZİNİ

AOT	: Aile Odaklı terapi
AP	: Antipsikotik
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BAB	: Bipolar Affektif Bozukluk
BDNF	: Beyin kaynaklı nörotrofik faktör
BDT	: Bilişsel davranışçı terapi
BOS	: Beyin omurilik sıvısı
CANMAT	: Kanada Duygudurum Ve Anksiyete Ağı
ÇÇTÖ	: Çocukluk çağı travmaları ölçeği
CRH	: Kortikotropin salgılatıcı hormon
DAOA	: D- amino asit oksidaz aktivatör
DDD	: Duygudurum Dengeleyici
EBBÖ	: Erişkin bağlanma biçimleri ölçeği
EKT	: Elektrokonzülzif Terapi
GABA	: γ amino bütirik asit
HDDÖ	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
İM	: İntramüsküler
İÖA	: İlişki ölçekleri anketi
İOTÖ	: İşlevsel olmayan tutumlar ölçeği
İV	: İntravenöz
KASRT	: Kişilerarası Sosyal Ritim Terapisi
KİDÖ	: Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği
NICE	: İngiliz Ulusal Sağlık Enstitüsü
SCID-1	: Structured Clinical Interview for DSM-IV Diagnosis
TEMPS-A	: Temperament Evaluation Of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire
TMS	: Transkraniyal Manyetik Stimülasyon
TRH	: Tirotropin salgılatıcı hormon
YMDÖ	: Young Mani Değerlendirme Ölçeği
ZK	: Zihin kuramı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, başta tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Esat Fahri Aydın olmak üzere değerli hocalarım Prof. Dr. Mine Şahingöz, Doç. Dr. Halil Özcan, Dr. Öğr. Üyesi Hacer Akgül Ceyhun, Dr. Öğr. Üyesi Serap Sarı ve Dr. Öğr. Üyesi Fatma Tuygar Okutucu'ya;

Tezimin istatistik sürecinde destek olan Doç. Dr. Yasemin Çayır'a;

Asistanlık eğitimim boyunca keyifle hatırlayacağım birçok anılar biriktirdiğim, her birini tanımaktan mutlu olduğum tüm asistan arkadaşlarıma;

Rotasyonlarım süresince eğitimime katkıda bulunan Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Nöroloji ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalındaki değerli öğretim üyelerine ve asistan arkadaşlarıma;

Kliniğimiz psikolog, hemşire, personel ve sekreterlerine;

Yaşamım boyunca hiçbir fedakarlıktan kaçmayarak beni destekleyen, her zaman yanımda olduklarını hissettiğim annem, babam, ablam, abim ve yeğenlerime;

Hayattaki en büyük şansım, eksik kalan her parçamı tamamlayan, fikirleriyle ufkumu açan, her zaman olduğu gibi tez sürecimde de bana hep güvenen ve cesaretlendiren, yol arkadaşım, canım eşim Sümeyra'ya;

Hayatıma girdiği andan beri bana en güzel anları tattıran, hiç bitmeyen enerjisi ve güzel gülüşüyle yaşama sevincimi artıran, bana baba olmayı öğretken küçük oğlum Kerem'e;

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Celalettin KARTAL

ÖZET

Bipolar Affektif Bozukluk Hastalarında İşlevselliğin, Çocukluk Travmaları, Bağlanma Biçimleri, İşlevsel Olmayan Tutumlar Ve Affektif Mizaçlarla İlişkisi

Amaç: Bu çalışmanın amacı bipolar affektif bozukluk (BAB) tanılı hastalarda ve sağlıklı kontrollerde işlevsellik, çocukluk travmaları, bağlanma biçimleri, işlevsel olmayan tutumlar ve affektif mizaçlar açısından farklılık olup olmadığını incelemektir. Ayrıca çocukluk travmaları, bağlanma biçimleri, işlevsel olmayan tutumlar ve affektif mizaçların birbirinden nasıl etkilendiğini belirlemek ve bipolar hastalarda bu faktörlerin işlevsellik üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Remisyonda 63 BAB hastası ve 61 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılar; işlevsellik, bağlanma tarzları, çocukluk çağı travmaları, işlevsel olmayan tutumlar, affektif mizaçlar, sosyodemografik ve klinik faktörler yönünden incelenmiştir.

Bulgular: Fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, duygusal istismar, cinsel istismar ve toplam çocukluk çağı travma puanları; onaylanma ihtiyacı tutumu, bağımsız tutum, toplam işlevsel olmayan tutum puanları; depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç puanları hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksekti. Genel işlevsellikteki ve işlevselliğin, mesleki işlevsellik, özerklik, kişiler arası ilişkiler, bilişsel işlevsellik ve boş zaman etkinlikleri alanlarındaki bozulmalar hasta grubunda anlamlı olarak daha fazlaydı. Sağlıklı gruptaysa güvenli bağlanma anlamlı olarak daha fazlaydı Çoklu regresyon analizinde BAB hastalarında işlevsellikteki bozulmayı öngördürücü faktörler olarak eşik altı depresif belirtiler, hastalığın süresi, intihar girişimi sayısı, saplantılı bağlanma, işlevsel olmayan tutumların toplam puanı ve anksiyöz mizaç tespit edildi. Hipertimik mizaç, bağımsız tutum ve toplam eğitim yılıysa işlevselliği koruyucu yönde etki yapmaktaydı.

Sonuç: Bipolar affektif bozuklukta farmakoterapi ile klinik remisyon sağlanmasının yanında, günlük hayattaki işlevselliğinin korunması da oldukça önemlidir. Hastaların işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerin tespit

edilerek psikosoyal ve psikoterapötik yaklaşımlar ile müdahalede bulunmak önemli bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır. Elde ettiğimiz veriler düşünüldüğünde BAB hastalarında, bağlanma, bilişsel faktörler, affektif mizaçlar, işlevsellik ve çocukluk çağı travmalarıyla ilgili faktörlerin de tedavide dikkate alınabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bipolar, işlevsellik, çocukluk travması, bağlanma, işlevsel olmayan tutumlar, affektif mizaç



ABSTRACT

The Relationship Between Functioning, Childhood Traumas, Attachment Styles, Dysfunctional Attitudes and Affective Temperaments in Bipolar Affective Disorder Patients

Aim Of Study: The aim of this study is to investigate whether there is a difference in functioning, childhood traumas, attachment styles, dysfunctional attitudes, and affective temperaments between patients diagnosed with bipolar disorder and healthy controls. Also we aimed to determine how childhood traumas, attachment styles, dysfunctional attitudes and affective temperaments affect each other and to evaluate the impact of these factors on functioning in bipolar affective disorder (BAD).

Material and Method: 63 BAD patients with remission and 61 healthy controls were enrolled in the study. Functioning, attachment styles, childhood traumas, dysfunctional attitudes, affective temperaments, sociodemographic and clinical factors were evaluated.

Results: Physical abuse, physical neglect, emotional neglect, emotional abuse, sexual abuse and total childhood trauma scores; need for approval attitude, autonomous attitude, total dysfunctional attitude scores; depressive, cyclothymic and anxious temperament scores were significantly higher in patient group than control group. Global functioning and functioning in domains of occupation, cognition, autonomy, interpersonal relationships and leisure were significantly impaired in the patient group than the control group. Besides this secure attachment was significantly higher in the healthy group than the patient group.

Multiple regression analysis showed that subthreshold depressive symptoms, duration of the disease, number of suicide attempts, preoccupied attachment, total score of dysfunctional attitudes and anxious temperament were determined as predictive factors for functional impairment in BAD patients. Hyperthymic

temperament, autonomous attitude, and total years of education were found as protective factors against functional impairment.

Conclusion: In addition to providing clinical remission with pharmacotherapy in bipolar disorder, it is also important to protect the patients' functioning in his daily life in remission. It is important to identify the factors that may adversely affect the functioning of the patients. Interventions with the psychosocial and psychotherapeutic approaches is an important domain in treatment of BAD. Considering the data we obtained, it should be kept in mind that attachment, cognitive factors, affective temperament, functioning and childhood traumas may be considered in treatment of BAD.

Keywords: bipolar, functioning, childhood trauma, attachment, dysfunctional attitudes, affective temperament

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar affektif bozukluk neredeyse her yüz bireyden dördünü etkileyen heterojen bir klinik görünümü olan, hipomanik, manik, depresif ve karma(mixed) epizodlarla seyredabilen uzun seyirli bir rahatsızlıktır. Bu rahatsızlıkta epizodlar arasında hastalar remisyon döneminde kabul edilmektedirler. Buna karşın hastaların epizodlar arasında işlevselliklerinin hangi oranda hastalık öncesi dönemdeki kadar olduğu önemli bir sorundur. Bipolar affektif bozukluk hastalarının ilk yatışından iki yıl sonrasında yapılan bir değerlendirmede hastaların %43'ünün iyileştiği ve %57'sinin işlevsel bozulmasının devam ettiği görülmüştür(1).

Çocukluk çağıının insan psikolojisine etkisi psikiyatrinin kuruluş dönemlerinden itibaren hep gündemde olmuştur. Çocukluk çağı travması, fiziksel ve psikolojik sağlığa olumsuz etkileri ve uzun vadeli olumsuz sonuçları olan küresel bir sorundur(2).

Çocukluk çağı travmaları bipolar affektif bozukluğa sahip hastaların %51'inde bildirilmiştir. Bipolar hastaların %37'sinde duygusal istismar, %24'ünde fiziksel istismar, %24'ünde duygusal ihmal, %21'inde cinsel istismar ve %12'sinde fiziksel ihmal öyküsü olduğu bildirilmiştir. Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin, bipolar bozukluğu olan hastalarda erken başlangıç, intihar davranışı, madde bağımlılığı ve kötü klinik seyir ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(3).

Çocukluk çağı travmaları ile bipolar affektif bozukluğun bu denli ilişkili görülmesinin nedeni, erken yaşam stresinin nörobiyolojik değişikliklere sebep olması ve bunun da psikopatoloji riskini artırması olabilir(4).

Bağlanma, çocuk ile bakım veren kişi arasında gelişen ilişkide, çocuğun bakım veren kişiyle yakınlık arayışı ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve sürekliliği olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır(5).

Bağlanma biçimi, yaşamın erken dönemlerinde belirlenen ve süreklilik gösterdiği düşünülen, kişinin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsünü şekillendiren bir fenomendir. Erişkinlerdeki bağlanma davranışları; güvenli\özerk (secure\autonomous), güvensiz\saplantılı (insecure\preoccupied), güvensiz\kayıtsız (insecure\dismissing), güvensiz\korkulu (insecure\fearful) bağlanma olarak sınıflandırılmaktadır. Bowlby'nin çalışmalarından başlamak üzere, güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde yaşanan ilişkilerde de güvensizlik ve duygusal güçlükler yol açabileceği gibi, aynı zamanda çeşitli psikopatolojilerin de belirleyicisi olarak düşünülmektedir(6).

Ülkemizde yapılan, bağlanmayı üç boyutta ele alan Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği kullanılan bir çalışmada Kökçü ve Kesebir, bipolar bozukluğu olan olgularda güvensiz bağlanma biçimlerinden özellikle kaçınan bağlanma biçimi puanlarının sağlıklı bireylerinkinden daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir(7).

İşlevsel olmayan tutumlar (dysfunctional attitudes) bilişsel kuramda, en yüzeyde yer alan otomatik düşünceler ile en derinde yer alan temel inançlar arasındaki ara inançlar konusunda bizlere yol gösterici olmaktadır. Duygudurum bozukluklarının gelişiminde ve sürmesindeki önemli temel mekanizmalardan birisi olan işlevsel olmayan tutumlar, sadece unipolar depresyon için değil aynı zamanda bipolar depresyon için de zemin teşkil edebilmektedir. Bu bilişsel faktörlerin de erken çocukluktaki olumsuz yaşantılarla ilişkili olduğu düşünülmektedir(8).

Mizaç; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen kişilik özellikleridir. Bu kavram; yapısal, genetik ve biyolojik temele dayanan tavır ve davranışları ifade etmektedir. Bipolar affektif bozuklukta ve unipolar depresyonda üzerinde çok durulan affektif mizaç kavramı mevcuttur. Affektif mizaçların beş türü tanımlanmıştır. Bu beş tür; depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve anksiyöz mizaçlardır(9).

2016 yılında yapılan bir metaanaliz çalışmasında bipolar bozukluk ve unipolar depresyon hastalarında siklotimik, depresif, irritabl ve anksiyöz mizaçların sağlıklı

kontrollere göre daha sık görüldüğü, hipertimik mizacın ise her iki hastalıkta da daha az görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır(10).

Biz de bu çalışmamızda tüm bu literatür ışığında bipolar affektif bozukluk hastalarında ve sağlıklı gönüllülerde işlevselliğin; çocukluk çağı travmaları, bağlanma biçimleri, affektif mizaçlar ve işlevsel olmayan tutumlarla olan ilişkisini incelerken klinik özelliklerin de bu faktörlerden nasıl etkilendiğini araştırmayı amaçlamaktayız.

Bipolar affektif bozukluk hastalarında; işlevsel olmayan tutumlar, güvensiz bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmaları, bipolar affektif bozuklukta daha sık görülen affektif mizaçlar artış oldukça işlevselliğin azalacağını ve daha olumsuz bir klinik seyir olacağını öngörüyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk

2.1.1. Tanım

Bipolar affektif bozukluk neredeyse her yüz bireyden dördünü etkileyen heterojen bir klinik görünümü olan, hipomanik, manik, depresif ve karma(mixed) epizodlarla seyredabilen, sosyal, ailesel ve mesleki alanlarda ciddi işlevsellik kaybına yol açabilen uzun seyirli bir rahatsızlıktır(11, 12).

2.1.2. Tarihçe

Duygudurum değişiklikleri milattan önceki yüzyıllardan beri ilgi çeken konulardan biri olmuştur. Hipokrat tarafından M.Ö V. yüzyılda tanımlanan melankoli enerjisizlik, umutsuzluk, sinirlilik, hüzn gibi olumsuz duyguların bir arada görüldüğü klinik durumu ifade etmek için kullanılmıştır. Aynı dönemlerde, bedendeki sarı safra miktarının artmasıyla görülen taşkın durumu belirtmek için mani kelimesi kullanılmıştır. Bu kelimenin kökeni hakkında üzerinde fikir birliği olmasa da eski Yunanca'daki "Ania" ya da "Manos" kelimelerinden türemiş olabileceği öne sürülmektedir(13). Mania kelimesine Hipokrat öncesi yazınlarda da rastlansa da Hipokrat döneminde kullanılan anlamıyla ilişkisi bulunmamıştır. M.S. 1. Yüzyılda Soranus maninin melankoli ile bağlantısına vurgu yapmıştır. Bipolar affektif bozukluğu klinik görünüm olarak günümüzdeki haline en yakın şekilde tanımlayan ilk kişi M.S. 2. Yüzyılın ortalarında Kapadokyalı Areatus'tur. Areatus melankoli ve maninin aynı kişide farklı dönemlerde görülebildiğine dikkat çekmiştir. 11. yüzyılda İbni Sina'nın konuyla ilgili vaka yazıları vardır. Sonrasında 19. Yüzyıla kadar konu ile ilgili yazına rastlanmamaktadır.

Jean-Pierre Falret; mani, melankoli dönemleri ve arada iyilik hallerinin olduğu ayrı bir antite olarak "folie circulaire"i 1851 yılında tanımlamıştır. Kraepelin 1899 yılında "manik depresif psikoz" kavramını şu anda bipolar 1 bozukluk tanısını koymak için kullanılan ölçütlerin çoğunu kullanarak ortaya koymuş, ayrıca bunama ve yıkımı

içeren bir gidiş olmamasıyla da dementia precox(şizofreni) ile ayırıcı tanısını yapmıştır. 1930’lu yıllarda Bleuler bu klinik tabloları “affektif bozukluklar” olarak isimlendirmiştir(14). 1952’de Amerika Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) DSM-I’de ilk defa “manik depresif reaksiyon” tanımlaması kullanılmıştır(15). Aynı yazarlar, Leonard’ın 1959’da bipolar (manik ve depresif dönemlerin olması) ve monopolar (sadece depresyon ya da sadece manik dönemlerin olması) bozukluk kavramlarından da söz etmişlerdir. Bu terimler kullanıma girdikten sonra bipolar bozukluk tanımı içine sadece manik nöbetleri olanlar dahil edilirken, sadece depresif dönemleri olan hastalar “unipolar” olarak adlandırılmıştır. 1968 yılında yayınlanan DSM-II’ de “manik-depresif hastalık” başlığı affektif bozukluklar altında sınıflandırılmıştır. 1976’da Dunner hastalığın Bipolar 1 ve Bipolar 2 olarak iki alt tipe ayrılmasını önermiştir(16). 1980 yılında yayımlanan DSM- III’de major depresyon ve bipolar bozukluk affektif bozukluklar içinde olan iki ayrı hastalık olarak tanımlanmış, sadece şimdiki durumla sınırlı kalmaması ve sürekli bir emosyonel durumu tanımlaması nedeniyle 1987’de yayımlanan DSM-III-R ile birlikte affektif bozukluklar tanımı yerine “duygudurum bozuklukları” tanımı gündeme gelmiştir (17). 1994 yılında DSM-IV sınıflandırmasında bipolar bozukluk; Bipolar bozukluk-1, Bipolar Bozukluk-2, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan Bipolar Bozukluk şeklinde dörde ayrılmıştır. DSM-IV antidepresan tedavinin yol açtığı manik nöbetleri “Maddenin Neden Olduğu Manik Epizod” tanımı altında ayrıca ele alarak, bunları Bipolar 1 bozukluğunun içine dahil etmemiş, karma ve hipomanik epizodlar için de ayrı ölçütler getirilmiştir. 2000 yılında yapılan DSM-IV-TR sınıflandırmasında da DSM IV’teki sınıflandırma esas alınmıştır(18). 2013 yılında yayımlanan DSM-5’te bipolar ve ilişkili bozukluklar başlığında ayrı bir grup olarak ele alınmıştır. Bu başlık altında, “Bipolar 1 Bozukluğu”, “Bipolar 2 Bozukluğu”, “Siklotimi Bozukluğu”, “Maddenin/İlacın Yol Açtığı Bipolar ve İlişkili Bozukluk”, “Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk”, “Tanımlanmış Bir Diğer Bipolar ve İlişkili Bozukluk”, “Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk” tanıları bulunmaktadır(19) DSM-IV-TR’de manik ve hipomanik atakların A grubu tanı ölçütlerinde yalnızca kabarmış bir duygudurumdan bahsedilmekteyken, DSM-5’te yalnızca kabarmış bir duygudurumun değil aynı zamanda etkinlik ve enerjide de bir artışın bulunması gerekmektedir. DSM-IV-TR’de

“Manik”, “Hipomanik”, “Majör Depresif”, ve “Karma” biçiminde dört atak tanımlanmıştı. DSM-5’te ise “Karma atak” kaldırılmış, bunun yerine ataklar için “Karma özelliği” getirilmiştir.

2.1.3. Epidemiyoloji

Yaşam boyu yaygınlık oranları bipolar 1 bozukluk için %0,8, bipolar 2 bozukluk için %1,1 olarak belirlenmiş olup, diğer bipolar spektrumunda bulunan olgular da dahil edildiğinde bipolar ve ilişkili bozuklukların yaşam boyu yaygınlığının %4,4 oranında olduğu tahmin edilmektedir(20).

Bipolar I bozukluk her iki cinsite eşit oranda görülürken, bipolar II bozukluğun görülme sıklığı kadınlarda daha fazladır. Hastalık seyrinde manik epizodlar erkeklerde daha baskınken, kadınlarda depresif ve karma dönemler daha fazla görülmekte, hızlı döngülülüğe kadınlarda daha sık rastlanmaktadır(21, 22).

Hirschfield ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, bipolar bozukluk olgularının %33 ünün 15 yaş altında, %27’sinin 15-19 yaşları arasında, %39’unun 20 yaşın üzerinde başladığı bildirilmiştir(23). Amerikada 2008 yılında yapılan bir çalışmanın verileri de bu bilgiyi destekler niteliktedir. 500 hastanın değerlendirildiği bu çalışmada hastalığın %61 oranında 19 yaşından önce başladığı bildirilmiştir(24, 25). Ülkemizde yapılan çalışmalarda bipolar olgularda hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 23.8 ile 27.7 yıl arasında değişmektedir(26-29). Danimarka’da bipolar bozukluk tanısı almış 1719 hastanın verilerinin değerlendirildiği bir çalışmada hastalığın ortalama başlangıç yaşı 20 yaş civarı olarak bulunmuştur(30).

Bipolar bozukluğun başlangıç yaşı ile ilgili çalışmalarda, geç başlangıçlı bipolar bozukluk tanımı üzerinde fikir birliği sağlanamamış olmakla birlikte, çalışmaların çoğunda ilk atağını 50 yaş ve üzerinde yaşayan hastalar geç başlangıçlı olgular olarak kabul edilmiştir(31). Kesebir ve arkadaşlarının geç başlangıçlı bipolar olguların klinik özellikleri ile ilgili yaptıkları bir çalışmada, bipolar bozukluk olgularının %13,4’ünün geç başlangıçlı olarak ortaya çıktığı bildirilmiştir. Geç başlangıçlı bipolar bozukluğu olan hastalarda diyabet, hipertansiyon ve

serebrovasküler hastalık tanılarının daha sık eşlik ettiği, erkek cinsiyette daha sık görüldüğü, ayrıca bu hastaların daha fazla psikotik semptom gösterdikleri ve karma ataklarının daha fazla olduğu belirlenmiştir(32).

Bipolar bozukluğun başlangıç yaşı kadar başlangıç aşamasından ne kadar süre sonra tanı konulduğu da üzerinde durulan ayrı bir konudur. Angst ve Selaro'nun yaptığı çalışmada, belirtilerin başlaması ile tanı alma arasında geçen ortalama süre, 5 ile 8 yıl arasında değişmektedir(33).

Bipolar bozukluğun güçlü bir genetik temeli olduğu bilinmektedir. Aile öyküsünde bipolar bozukluk olan bireylerde başlangıcın daha erken yaşta olduğu ve klinik gidişinin daha olumsuz olduğu belirlenmiştir(34).

Bipolar affektif bozukluk beklenildiği üzere bekar veya boşanmış olanlarda evli olanlara göre daha sık görülmektedir. Hastalığın erken yaşta başlangıç göstermesi ve kişinin sosyal, ailevi işlevselliğini etkilemesi bu farkın bir nedeni olabilir (35).

2.1.4. Etiyoloji

Bipolar bozukluğun etiyolojisinde tek bir nedenden söz etmek mümkün değildir. Etiyolojide birçok farklı neden üzerinde durulmuş olup bu nedenler aşağıda açıklanacaktır.

2.1.4.1. Kalıtım

Bipolar affektif bozuklukta kalıtımın rolü aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları ile gösterilmiştir. Birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk olan kişilerde bipolar bozukluk görülme oranı %8,7 olarak bulunmuştur(36). Yapılan ikiz çalışmalarının hepsi monozigot ikizlerdeki eş hastalanma oranını dizigot ikizlere göre daha yüksek bulmaktadır. Monozigot ikizlerde eş hastalanma oranı %40-70 oranında görülmektedir(36). Bipolar bozukluğun genetik temelinde tek bir genden söz etmek mümkün değildir, birçok farklı genin karşılıklı etkileşiminden ve karmaşık genetik mekanizmalardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Oldukça geniş çaplı genom

ilişkilendirme-bağlantı çalışmaları, herhangi bir gen ya da gen bölgesinin hastalığın gelişiminde tek başına ya da yüksek ağırlıklı bir rol oynamadığını ortaya koymuştur. Monozigot ikizlerdeki eş hastalanma oranının yüksek olması, hastalığın güçlü genetik yönüne dikkati çekmesine rağmen bu oranın %100 olmaması hastalığın etiolojisinde genetiğin tek sebep olmadığı yönünde bilgi vermektedir(37). 2007-2011 yılları arasında psikiyatrik genomik konsorsiyum projesinde 11,974 bipolar bozukluk olgusu ve 51,792 sağlıklı kontrol grubu üzerinde yapılan araştırmada CACNA1C (voltage bağımlı kalsiyum kanal geni-1c subunit) (12. kromozom), ANK3 (Ankrin, 10. kromozom), SYNE1 (nukleer membrana yakın spectrin proteini), ODZ4 (11. kromozom) gen bölgelerinde anlamlı olarak bipolar bozukluk ile güçlü birliktelik saptanmıştır(38). 2012 yılında yayımlanan bir metanalizde 2009 yılına kadarki sürede yayınlanmış olan 487 makaleden 3 ya da fazla çalışmada incelenmiş olan 18 genden BDNF geni (Brain derived neurotrophic factor), DRD4 geni (Dopamin reseptör D4), DAOA geni (D-amino acid oxidase activator) ve TPH1 geni (Tryptofan hidroksilaz) bipolar bozukluk ile anlamlı ilişkili bulunmuştur(39).

2.1.4.2. Biyokimyasal Etkenler

Bipolar affektif bozuklukla ilgili biyokimyasal çalışmalar daha çok serotonin, noradrenalin, dopamin ve glutamat üzerine yoğunlaşmıştır. Mani gelişiminde noradrenerjik-kolinerjik dengenin noradrenalin lehine bozulduğu bilinmektedir(40).

Manik epizod sırasında beyin omurilik sıvısında(BOS) dopamin yıkım ürünü olan homovalinik asit düzeylerinin yüksek olması etiolojide dopaminin de rolü olabileceğini düşündürmektedir(41). Manide dopaminerjik sistem aktivitesinde artma olduğu belirlenmiştir. L-DOPA gibi dopamin aktivitesini arttıran ajanların maniyi tetiklemesi bu görüşü desteklemektedir(21).

Duygudurum düzenlenmesinde rolü olan serotoninin bipolar bozukluk etiolojisinde önemli rolü vardır. Serotonin geri alımını önleyen ilaçların depresyon tedavisinde kullanılması, suisid sonrası ölüm ardı çalışmalarda beyindeki serotonin reseptör yoğunluğundaki artış, serotonin öncülü olan L-triptofanın yüksek dozda

verilmesinin maniye tetikleyebilmesi serotoninin etiyolojideki rolünü destekler niteliktedir(42).

Son yıllarda artan sayıda kanıt bipolar bozukluk patogeneğinde glutamaterjik nörotransmisyonun kritik önemi olduğunu göstermektedir(43). Glutamat ve γ -aminobutirik asit (GABA), sırasıyla beyindeki başlıca eksitatuvar ve inhibitör nörotransmitterlerdir. Sinaptik aralıkta kronik bir glutamat birikimi postsinaptik glutamat reseptörlerinin aşırı uyarılması nedeniyle eksitotoksositeye ve nöronal ölüme neden olur(44).

Bipolar affektif bozukluğa sahip hastalarda plazma GABA seviyelerinde azalma bildirilmektedir. Ayrıca bipolar hastalarda hipokampal bölge nonpiramidal hücrelerinde azalma olduğunu gösteren çalışmalar olup bu durumun GABA'erjik inhibisyonu azaltarak bipolar bozukluk patofizyolojisinde etkili olabileceği ileri sürülmektedir. Bipolar affektif bozuklukta GABA/Glutamat sisteminde dengesizlik olduğunu ileri süren çalışmalar vardır(18).

Bipolar affektif bozuklukta ek olarak glisin, BDNF, TRH, somatostatin, asetilkolin gibi bir çok biyokimyasal etkenin rolü olduğu gösterilmiştir.

2.1.4.3. İyon Sistemleri

Bipolar affektif bozuklukta manik dönemde Na-K-ATPaz etkinliğinde özellikle eritrositlerde azalma olduğu, buna bağlı olarak hücre içi sodyum düzeylerinin manik dönemde arttığı belirlenmiştir(45). Ayrıca voltaja duyarlı kalsiyum kanallarındaki düzensizliğin de, hücre içi kalsiyum artışı ile hastalığın patofizyolojisinde rol oynayabileceği düşünülmektedir. Kalsiyum kanal blokörlerinin manik semptomlar üzerine etkili olabilmesi de bu görüşü desteklemektedir(46).

2.1.4.4. İmmünolojik Etkenler

Stres sonucu salgılanan CRH (corticotropin releasing hormone) bir yandan hipotalamo hipofiz- adrenal aksı (HPA aksı) aktive ederken bir yandan da

inflamasyonu uyarır. Bipolar affektif bozuklukta HPA aksının sağlıklı kontrollere göre daha düzensiz olduğu ve bu düzensizliğin çocukluk çağı travması gibi çevresel risk faktörleriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir(47). Bipolar bozukluğun patofizyolojisinde inflamasyonun da rol oynadığına dair çalışmalar ve bulgular giderek artmaktadır. Sitokinler inflamasyonda anahtar rol oynayan polipeptid yapıda moleküllerdir. Pro-inflamatuar(inflamasyonu artıran), anti-inflamatuar(inflamasyonu baskılayan) ya da her iki özellikte de olabilirler. 2016 yılında yayımlanan bir metaanalizde manik atak sırasında yapılan sitokin çalışmalarında IL-1RA, IL-6 ve sIL-2R gibi pro-inflamatuar sitokinlerde kontrollere kıyasla artış tespit edilirken, kronik hastalarda ötimik dönemde proinflamtuar sitokinlerden IL-1 β ve IL-6 düzeylerinde, antienflamatuar sitokinlerden IL-4 ve IL-10 düzeylerinde, ayrıca sitokin reseptörlerinden olan sIL-2R, sIL-6R ve sTNF-R1 düzeylerinde kontrollere göre anlamlı yükseklik olduğu, depresif atak sırasında ise kontrollere göre anlamlı farklılık olmadığı bildirilmiştir(48).

2.1.4.5. Nöroanatomik Etkenler

Bipolar affektif bozuklukta nöroanatomik değişiklikler ile ilgili pek çok araştırma yapılmasına karşın net veriler ortaya koyulamamıştır. Ayrıca ortaya koyulan verilerin hastalığın nedeni mi yoksa kompensatuar mekanizmaların işleyişi sonucunda oluşan değişiklikler mi olduğu tartışmalıdır.

Bipolar affektif bozukluğa sahip hastalarda ventrikül çevresindeki beyaz cevherde hiperintens lezyonlar bulunduğu bildirilmekle birlikte bu bulgunun hastalığa özgül olmadığı fakat hastalık şiddeti ve yaş ile bu bulguların ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Prefrontal korteks üzerinde yapılan çalışmalarda bipolar affektif bozukluğa sahip hastalarda özellikle sol ön singulat hacminde ve gri cevher yoğunluğunda sağlıklı kontrollere göre belirgin azalma olduğu gösterilmiş, lityum kullanımı olan hastalarda ise böyle bir farklılığın olmadığı saptanmıştır(49). Fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında en çok öne çıkan veriler hipokampus, orbital ve ventral prefrontal kortekste hacim kaybına eşlik eden etkinlik artışı ve dorsal prefrontal bölge metabolizmasında azalmadır(50).

2.1.4.6. Psikososyal Etkenler

Bipolar affektif bozuklukta çevresel risk faktörleri nörogelişimsel faktörler(hamilelikte annenin influenza geçirmesi gibi nörogelişimi etkileyen faktörler), madde kullanımı (esrar, kokain, opioidler, sakinleştiriciler, uyarıcılar gibi) ve fiziksel/psikolojik stresörler olarak üç grupta sınıflandırılabilir(51). Psikososyal stresörler, beklenmedik veya yoğun bir stres seviyesi yaratan, psikiyatrik hastalıkların gelişmesine veya şiddetlenmesine yol açabilen yaşam olayları olarak tanımlanmaktadır. Psikososyal stresör örnekleri arasında çocukluk çağı travmaları, boşanma, çocuğun ölümü, uzun süreli hastalık, istenmeyen ikamet değişikliği, doğal bir felaket veya işyerindeki oldukça rekabetçi ortam sayılabilir(52). Artan sayıda kanıt, bipolar spektrum bozukluklarının başlangıcı ve seyrinde çevresel unsurların önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Psikososyal stres faktörleri muhtemelen en önemli çevresel faktörlerdir(53).

Psikososyal stresörlerin etiyolojide nasıl bir etkisi olduğu merak edilen konulardan biridir ve bu konuda ateşlenme teorisi üzerinde durulan önemli bir faktördür. Ateşlenme(kindling) teorisine göre ilk atak döneminde yaşanan stresli yaşam olaylarının çeşitli nörotransmitter sistemlerini ve intranöronal etkileşimleri değiştirerek, nöronlarda ve sinaptik bağlantılarda kalıcı bir değişikliklerle sonraki atakları herhangi bir stresör olmaksızın tetikleyebileceği üzerinde durulmaktadır(21).

2.1.4.7. Bilişsel Etkenler

Duygudurum bozukluklarının gelişimini açıklayan bilişsel kurama göre ruhsal bozukluklar insanların kendileri ve dünyayla ilgili hatalı düşüncelerinden kaynaklanmaktadır. Beck'e göre insanın duygusal tepkileri karşılaştığı olayları algılama, tanıma ve yorumlama biçimine bağlıdır, psikopatoloji temelde çocukluk çağında edinilen yanlış algılama, değerlendirme ve düşünme eğilimlerine dayanır. Bu algılama ve değerlendirme biçimleri çocukluktan beri yerleşmiş örüntüler olup, Beck bu örüntülere “bilişsel yapı” ya da “şema” adını vermiştir(54). Duygudurum bozukluklarını bilişsel çerçeveden ele alan birçok güncel çalışma bulunmaktadır. Bu çerçevedeki teoriler bilişsel faktörleri, hem hastalığa yatkınlıkla ilişkilendirilen risk

faktörleri olarak, hem de hastalık sürecinde değişikliğe uğrayan mekanizmalar olarak ele almaktadır. Buna karşın, bilişsel kuram yönünden yapılan çalışmalarda, bipolar bozuklukla yapılan çalışmalar unipolar majör depresif bozukluğa göre oldukça azdır. Bipolar affektif bozukluğa yatkınlıkla ilişkilendirilen bilişsel faktörler, işlevsel olmayan tutumlar, şemalar ve işlevsel olmayan baş etme biçimlerini içermektedir(55).

Bipolar affektif bozukluk tanısı olan hastalarda, özellikle bağımlılık ve başarı ile ilişkili işlevsel olmayan inançların ön planda olduğunu bildiren bir çalışma mevcuttur(56).

2.1.4.8. Psikodinamik Etkenler

İlk olarak, Freud melankoli ve mani dönemleri yaşayan hastalarıyla olan tecrübelerinden faydalanarak ego temelli bir teori önermiştir. Bu teoriye göre, yaşamın erken dönemlerinde ego için çok önemli olan bir nesnenin kaybedilmesi melankoli ile ilişkilendirilmekte, bu da bir yas sürecine neden olmaktadır. Bu süreçte ortaya çıkan nefret ve öfke gibi olumsuz duygular süperegö tarafından kabul edilmediğinden dolayı benlik için yıkıcı bir duygu olan suçluluk formunu aldığı savunulmaktadır. Freud süperegönün bu sert baskısının, ego için ölümcül olduğunu ve maninin bu yıkıcı saldırılar karşısında korunmak için bir çeşit ego savunması olduğunu belirtmiştir(57).

Melanie Klein maninin kayıp sevgi nesnesini restore etme, başkalarını idealleştirme, agresyon ve yıkıcılığını inkar etme amacı taşıyan bir savunma düzeneği olduğunu öne sürmüştür(58).

2.1.5. Tanı

Bipolar 1 bozukluğu tanısı koyabilmek için, bir mani dönemi için aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir. Mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani ya da majör depresyon dönemleri bulunabilir. Bipolar-II tanısı ise en az bir major depresyon dönemine en az bir hipomani döneminin eşlik etmesi ve mani döneminin olmaması ile konur.

2.1.5.1. Mani Dönemi Tanı Ölçütleri

- A.** Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre), neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde sürmesi.
- B.** Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa en az dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli derecede değişiktir:
1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
 2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
 4. Düşümce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
 5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
 6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikomotor ajitasyon (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
 7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
- C.** Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi, bir mani dönemi için, dolayısıyla bipolar 1 bozukluğu tanısı için yeterli bir kanıttır.

Not: A-D tanı ölçütleri bir mani dönemini oluşturur. bipolar 1 bozukluğu tanısı konabilmesi için yaşam boyu en az bir kez mani dönemi geçirilmiş olması gerekir.

2.1.5.2. Hipomani Dönemi Tanı Ölçütleri

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde sürmesi.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) sürmüştür, bunlar olağan davranışlardan önemli derecede değişik ve belirgin derecede olmuştur:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikomotor ajitasyon

7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
- C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.
- D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.
- E. Bu dönem, işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak, mani dönemidir.
- F. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomani dönemi, bir hipomani dönemi tanısı için yeterli bir kanıttır. Ancak bir ya da iki belirti (özellikle antidepresan kullanımından sonra ortaya irritabilite, gerginlik ya da ajitasyon belirtileri) bir hipomani dönemi tanısı için ne yeterli sayılmalı, ne de bipolar affektif bozukluğa yatkınlığın bir göstergesi olarak görülmelidir.

Not: A-F tanı ölçütleri bir hipomani dönemini oluşturur. Bipolar 1 bozukluğunda hipomani dönemleri sık görülür ancak bipolar 1 bozukluğu tanısı konabilmesi için hipomani dönemlerinin olması gerekli değildir.

2.1.5.3. Majör Depresyon Dönemi Tanı Ölçütleri

- A. Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri almayınız.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (**Not:** Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (**Not:** Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, özel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısallık olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (özel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

- B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur. Bipolar 1 bozukluğunda majör depresyon dönemleri sık görülür ancak bipolar 1 bozukluğu tanısı konabilmesi için böyle dönemlerin olması gerekli değildir.

DSM-IV-TR’de manik ve hipomanik atakların A grubu tanı ölçütlerinde yalnızca kabarmış bir duygudurumdan bahsedilmekteyken, DSM-5’te yalnızca kabarmış bir duygudurumun değil aynı zamanda etkinlik ve enerjide de bir artışın bulunması gerekmektedir. DSM-5 ile birlikte karma dönem tanısı kaldırılmış olup bunun yerine bipolar bozukluğun mani, hipomani ve depresyon dönemleri için karma özellikler bir klinik belirleyici olarak aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır:

2.1.5.4. Mani ya da Hipomani Dönemi, Karma Özellikler Gösteren

- A. Mani dönemi ya da hipomani dönemi için tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıştır ve o sıradaki ya da en son mani ya da hipomani döneminin çoğu gününde aşağıdaki belirtilerden en az üçü vardır:
 - 1. Belirgin disfori ya da çökkün duygudurum, bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür ya da kendini boşlukta hisseder) ya da bu durum başkalarının gözlenir (örn. ağlamaklı görünür).
 - 2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide azalma ya da bunlardan zevk almama (öznel anlatıma göre ya da gözlemlle belirlenir).
 - 3. Neredeyse her gün, psikomotor yavaşlama (başkalarının gözlenebilir; yalnızca, öznel, yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
 - 4. Bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

5. Değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
 6. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.
- B.** Karma belirtiler başkalarınca da gözlenebilir ve kişinin olağan davranışlarında bir değişiklik vardır.
- C.** Belirtileri, hem mani, hem de depresyon için, dönem tanı ölçütlerini eşzamanlı olarak tam karşılayan kişilerde tanı, maniyeye bağlı işlevsellikte bozulma ve klinik ağırlığı nedeniyle, mani dönemi, karma özellikler gösteren olmalıdır.
- D.** Karma belirtiler, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.1.5.5. Depresyon dönemi, karma özellikler gösteren:

- A.** Majör depresyon dönemi için tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıştır ve o sıradaki ya da en son depresyon döneminin çoğu gününde aşağıdaki mani/hipomani belirtilerinden en az üçü vardır:
1. Kabarmış, taşkın duygudurum.
 2. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
 4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
 5. İşsel güçte ya da amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda).
 6. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere daha çok ya da aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

7. Uyku gereksiniminde azalma (örn. her zamankinden daha az bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar; uykusuzluk çekmenin tersine).
- B.** Karma belirtiler başkalarınca da gözlenebilir ve kişinin olağan davranışlarında bir değişiklik vardır.
- C.** Belirtileri, hem mani, hem de depresyon için, dönem tanı ölçütlerini eşzamanlı olarak tam karşılayan kişilerde tanı, mani dönemi, karma özellikler gösteren olmalıdır.
- D.** Karma belirtiler, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Majör depresyon dönemine eşlik eden karma özelliklerin, bipolar I ya da bipolar II bozukluğunun gelişme olasılığının yüksek olduğunu gösteren bir etken olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, tedaviyi tasarlarken ve tedaviye alınan yanıtı İzlerken, bu belirleyicinin varlığını belirtmek klinik açıdan yarar sağlar.

2.1.5.6. Siklotimik Bozukluk

Siklotimik bozukluk en az iki yıl süren sayısız duygudurum dalgalanmalarıyla giden ancak bu dalgalanmaların bir duygudurum dönemi (hipomani/mani ya da majör depresyon) şiddetinde olmadığı, aradaki normal duygudurum döneminin günler ve haftalar olduğu, ancak iki ayı geçmediği bir durumla karakterizedir.

2.1.6. Klinik Özellikler ve Klinik Seyir

Bipolar bozukluğun klinik belirleyicilerinden biri olan hızlı döngülülük kavramı son 12 ay içinde, mani, hipomani ya da majör depresyon dönemi için tanı ölçütlerini karşılayan, en az dört duygudurum döneminin varlığı şeklinde tanımlanmıştır. Yapılan çalışmaların metaanalizinde hızlı döngülenmenin bipolar bozukluk için yaygınlığı % 16.3 (%12-24) olarak bulunmuştur(59). Hızlı döngülü bipolar bozukluk hastalarının farmakoterapiye daha dirençli olduğu bildirilmiştir(60).

DSM’de bipolar tanısı konulurken rahatsızlığın polaritesine vurgu yapılmaktadır. Ama bunun yanında kökleri Kraepelin’den gelen başka bazı

yorumcular bipolar affektif bozukluğa farklı bir şekilde bakılması gerektiğini düşünmektedir. Bu yorumlarda hastalıkta polaritenin değil döngüsellğin ve tekrarlamaların önemli olduğu belirtilmektedir(61). Angst yaptığı çalışmalarda ideal olarak tanımlanan unipolar ve bipolar tipleri arasında birçok ara duygudurum formu bulunduğunu belirtmiştir(62). Hipertimik veya siklotimik mizaçların varlığının da bu bipolar spektrum kavramının bir parçası olduğu ileri sürülmüştür(63). Bu konuda Akiskal ve arkadaşlarının yaptığı sınıflama günümüzde dikkat çekmektedir.

1999 yılında Akiskal ve Pinto, bipolar spektrum bozukluklarını aşağıdaki gibi sınıflandırmışlardır:

Bipolar 1/2: Şizo- bipolar Bozukluk

Bipolar I: Manik-depresif hastalık

Bipolar I 1/2: Uzamış hipomanilerle birlikte depresyon

Bipolar II: Spontan hipomanik dönemler ve depresyon

Bipolar II 1/2: Siklotimik mizaç zemininde depresyon

Bipolar III: Yineleyici depresyon ve antidepresan veya diğer tedavilerle ilişkili hipomani

Bipolar III 1/2: Psikostimulan ve/veya alkol kullanımı ile ilişkili duygudurum dalgalanmaları

Bipolar IV: Hipertimik mizaç zemininde depresyon(64)

Bipolar affektif bozukluk, prognozunun öngörülmesi neredeyse imkansız bir hastalıktır. Bu bozukluğa sahip olan tek bir birey için prognozla ilgili tahminlerde bulunmak ne kadar zor olsa da, pek çok hasta üzerinde yapılan çalışmalarda gözlenen paternler ve klinik önemi olan istatistiksel değişkenler mevcuttur.

İlk mani dönemi genellikle erken erişkinlikte başlar. İlk belirtiler hastaların yarısından çoğunda 20 yaş öncesinde görülmektedir(65). Bipolar affektif bozukluk erkekte daha erken başlama eğilimindedir. Mani dönemleri ortalama 3 ay kadar sürerken sağaltımsız depresif dönemlerin 6-13 ay kadar sürdüğü gözlenmiştir(21). Hastalığın ilk olarak genelde çökkünlük şeklinde ortaya çıktığı (%50- %85)

düşünülmektedir. İlk atağın erken başlangıçlı ve manik olduğu olgularda ailesel yüklülük daha fazladır(66).

Bipolar affektif bozukluk tanısı alan hastaların tedavi görseler dahi %37'sinin bir yıl, %60'ının iki yıl içerisinde yeni bir mani ya da depresyon dönemi geçirdikleri bildirilmiştir(20). Hastaların yaklaşık % 90'ında hayatlarının farklı dönemlerinde yinelemeler ve depreşmeler gözlenmektedir(67). Geniş örnekleme sahip çalışmalardan birinin sonucuna göre, bipolar affektif bozukluğa sahip hastalarda bir yılda ortalama 0,6 atak görülmektedir(68). Geçmiş atakların sıklığı, şiddeti, tedaviye yanıtı gibi parametrelerin hastalığın klinik gidişi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir(69).

Mani dönemlerinin baskın olması, tedaviye uyum gösterilmesi, ataklar arasında uzun remisyon dönemlerinin olması, olumlu aile, iş ve uğraşı koşulları, ailede düşük duygu dışavurumu olumlu prognoz göstergeleri; erken başlangıç, ileri yaş, ara dönemde kalıntı belirtiler, eşlik eden psikiyatrik hastalıkların varlığı, 10'dan fazla manik epizod, karma dönemler, uzun süren depresif dönemler, hızlı döngülülük kötü prognoz göstergeleridir(70-72).

2.1.7. Bipolar Bozuklukta Tedavi

2.1.7.1. Mani/Hipomani ve Karma Dönem Tedavisi

2018 yılında bipolar bozukluk tedavisi ile ilgili olarak yayınlanan Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) kılavuzunda akut manideki ajitasyonun kısa süreli tedavisinde birinci sıra tedavi seçenekleri olarak aripiprazol intramüsküler formu (IM), lorazepam IM, inhaler loxapin ve olanzapin IM; ikinci sıra tedavi seçenekleri olarak sublingual asenapin, haloperidol IM , haloperidol IM + midazolam IM, haloperidol IM + prometazin IM, risperidon ağızda dağılan tablet ve ziprasidon IM; üçüncü sıra seçenekler olarak haloperidol oral tablet, loxapin IM , ketiapin oral tablet ve risperidon oral tablet önerilmiştir.

Aynı kılavuz akut mani tedavisinde birinci sıra tedavi seçenekleri olarak lityum, ketiapin, divalproeks, asenapin, aripiprazol, paliperidon (doz >6 mg),

risperidon ve kariprazin; ikinci sıra tedavi seçenekleri olarak olanzapin, karbamazepin, ziprasidon ve haloperidol monoterapisi veya olanzapinle birlikte lityum veya divalproeks kombinasyonu, Elektrokonvulzif terapi (EKT); üçüncü sıra seçenekler olarak klorpromazin, klonazepam, klozapin monoterapisi veya klozapin ekleme tedavisi, lityum veya divalproeğin karbamazepin, okskarbazepin, haloperidol ile kombinasyonu önerilmektedir(73).

2.1.7.2. Depresif Dönem Tedavisi

2018 yılında yayınlanan CANMAT kılavuzunda depresif dönemlerin tedavisi Bipolar 1 ve Bipolar 2 bozukluk için ayrı ayrı ele alınmıştır.

Bu kılavuzda Akut Bipolar 1 depresyonun tedavisinde birinci sıra tedavi seçenekleri olarak ketiapin, lityum, lamotrijin, lurasidon, lurasidon+lityum/divalproeks ve lamotrijin ekleme tedavisi; ikinci sıra tedavi seçenekleri olarak divalproeks, kariprazin, olanzapin-fluoksetin kombinasyonu, SSRI veya bupropion ekleme tedavisi, EKT tedavisi; üçüncü sıra seçenekler olarak karbamazepin, olanzapin, ekleme tedavisi olarak ise aripiprazol, armodafinil, asenapin, Eikazopentanoik asit (EPA), ketamin (IV), ışık tedavisi +/- total uyku deprivasyonu, levotiroksin, modafinil, N - asetilsistein, pramipeksol, Repetatif transmanyetik stimülasyon (rTMS), SNRI/MAOI önerilmiştir.

Yine aynı kılavuzda Bipolar 2 depresyonun tedavisinde ise birinci sıra tedavide yalnızca ketiapin; ikinci sıra tedavi seçenekleri lityum, lamotrijin, sertralin, venlafaksin, bupropion ekleme tedavisi ve EKT; üçüncü sıra tedavi seçenekleri divalproeks, fluoksetin, tranilspromin, ziprasidon ve ekleme tedavisi olarak ise agomelatin, Eikazopentanoik asit (EPA), ketamin (iv veya sublingual), N-asetil sistein, pramipeksol, T3/T4 hormonları önerilmiştir(73).

2.1.7.3. İdame Tedavisi

Bipolar affektif bozukluk tekrarlayan duygudurum dönemleriyle seyreden kronik gidişli bir bozukluktur. Hayat boyu tek atak geçiren bipolar bozukluk hastası

çok nadirdir. Tedavi edilmeyen bipolar bozuklukta iki yılda relaps oranı %50, beş yılda ise %70- 90'dır(74). Yapılan çalışmalarda, koruyucu tedaviye rağmen hastaların %37'sinde 1 yılda, %60'ında 2 yılda depresif ya da manik yinelenme görülebileceği bildirilmiştir(75). Hastalar aynı zamanda psikotik belirtiler, azalmış işlevsellik, azalmış yaşam kalitesi ve damgalanma ile mücadele ederler(76). Bu nedenle hastaların sık atak geçirmelerini azaltmak için idame tedaviye de ihtiyaç vardır.

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) kılavuzunda idame tedavisinde birinci sıra tedavi seçenekleri olarak lityum, ketiapin, divalproeks, lamotrijin, asenapin, aripiprazol oral ve aylık intramüsküler formu monoterapisini, kombinasyon tedavisi olarak ketiapin ve aripiprazolun lityum veya divalproeks ile kombinasyonunu; ikinci sıra tedavi seçenekleri olarak olanzapin, risperidon uzun etkili intramüsküler formu, karbamazepin, paliperidon(>6 mg dozda) monoterapisi, kombinasyon tedavisi olarak lurasidon ve ziprasidona lityum veya divalproeks ile kombinasyonunu önermektedir. Üçüncü sıra tedavi seçenekleri olarak ise tedaviye klozapin veya gabapentin eklenmesi, aripiprazol lamotrijin kombinasyonu, olanzapin fluoksetin kombinasyonu seçeneklerini sunmaktadır(73).

Sonuç olarak bipolar bozuklukta idame tedavide mümkünse monoterapi uygulanmalı, monoterapinin yetersiz kaldığı durumlarda kombinasyon tedavilerine geçilmelidir(77).

2.1.7.4. Psikososyal Yaklaşımlar ve Psikoterapotik Yaklaşımlar

Bundan önceki bölümlerde vurgulamaya çalıştığımız gibi bipolar bozukluğun etiopatogenezinde biyolojik ve psikososyal etkenler arasındaki etkileşim vurgulanmaktadır. Bu nedenle bipolar bozuklukta farmakolojik tedavilere ekleme ya da güçlendirme yöntemi olarak farklı psikososyal ve psikoterapotik yaklaşımlar uygulanmaktadır. Bu yaklaşımların bipolar bozukluğun özellikle depresif belirtilerine etkileri olmakla birlikte, akut manide kullanımları daha kısıtlıdır(78).

2.1.7.4.1. Psikoeğitim

Psikoeğitim, hastalığın anlaşılması ve davranış değişikliği oluşturulmasına yönelik olarak hastalığın belirtileri, nedenleri ve seyrine ilişkin bilgilerin sistemli olarak verilmesi olarak tanımlanmaktadır(79).

Psikoeğitim ile yinelemelerin erken belirtilerinin tanınması, değişim için gereken motivasyonun sağlanması, ilaç uyumunun artırılması, belirtilerle baş etme becerilerinin geliştirilmesi, sosyal ve mesleki işlevselliğinin ve yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmektedir(80). Psikoeğitimin tek başına bir tedavi seçeneği olarak görülmemesi, diğer tedavileri destekleyici bir yöntem olarak kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır(81). Hastaların yinelemenin erken belirtilerini, kalıntı belirtilerden ayırtmakta zorluk yaşaması nedeniyle psikoeğitimde düzenli olarak belirtilerini takip etmeleri öğretilmektedir. Bu konuda eğitimi olan psikiyatrist, psikolog, hemşire veya sosyal çalışmacılar tarafından, grup psikoeğitimi ya da bireysel psikoeğitim olarak 6-21 seansta uygulanabilir. Öğrenme ve dikkatin sürdürülebilmesi için hastaların ötimik dönemde olması gerekmektedir(78).

Yakın tarihte yayımlanan bir metaanalizde psikoeğitimin bipolar bozuklukta relaps riskini azalttığı bildirilmiştir(82).

2.1.7.4.2. Kişiler Arası Sosyal Ritimler Terapisi (KASRT)

Kişiler arası sosyal ritim terapisi yineleyen depresyon için uygulanan kişiler arası terapi modelinin bipolar hastalara uyarlanmasıyla ortaya çıkmıştır. Duygudurum bozukluklarını açıklamaya yönelik psiko-krono-biyolojik kuram ve düzensiz yaşam modelinden esinlenerek stresli yaşam olayları ilişkisi üzerine gelişmiş bir psikoterapi türüdür. Psikolojik ve krono-biyolojik faktörler, biyolojik saati etkileyerek alevlenme dönemlerini tetikleyebilmektedirler. Bu görüşleri temel alan KASRT'nin sosyal ritimi dengeleyip, yinelemeleri ve duygudurum belirtilerini azalttığı ileri sürülmüştür. KASRT, psikoeğitimin yanı sıra kişiler arası ilişki sorunlarını çözmek için bilişsel davranışçı teknikleri kullanmaktadır. KASRT akut dönemden sonra dört evrede uygulanmaktadır. KASRT’de genel olarak günlük rutin işler düzenlenir. Sosyal

işlevler belirli bir düzen ve ritm içinde yerine getirilir. İlk evrede, geçmiş hastalık dönemleri ve hastanın kişiler arası ilişkilerinin yapısı, temel sorun alanları incelenir, sosyal ritimleri ölçülür, psikoeğitim ile sosyal ritimler düzenlenerek beslenme, uyku gibi gereksinimlerin düzenli olması sağlanır. İkinci evrede, terapist ve hasta, günlük yaşamının düzenlenmesinde kişiler arası ilişkilerde hastalık dönemleri ile ilişkili sorunlu noktaların çözümü için birlikte çalışır. Üçüncü evrede amaç hastanın daha bağımsız ve KASRT'nin işaret ettiği noktalarda daha yetkin olmasıdır. Sonlanma evresinde ise hastanın işlevselliğinin gelişmesi ile bağımsız yaşama becerisi ve yinelemeleri önleme yöntemlerini kullanması hedeflenir(78).

2.1.7.4.3. Aile Odaklı Terapi (AOT)

Ailesinde olumsuz tutumlar ve yüksek duygu dışavurumu olan ikiüçlü bozukluk hastalarında daha fazla nüks ve daha düşük işlevsellik tespit edilmektedir(78). Bu nedenle aileye yönelik yapılan müdahaleler, hastalık seyri açısından önemli olmaktadır. Aile odaklı terapi modeli Miklowitz ve Goldstein tarafından geliştirilmiş bir psikoeğitim tekniğidir. Ailelerin hastalık belirtilerini ve uyarıcı işaretleri tanıması, başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesi, yüksek duygu dışavurumunun ele alınması, ailede iletişimin artırılması, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi ve işlevselliğin artırılmasını amaçlar. Akut dönemin hemen ardından başlatılır ve 21 seans sürer. Ebeveynler, çocuklar, eş, kardeşler, yakın akraba veya bakım verenleri gibi hastanın yaşamında önemli yeri olan kişiler katılabilir. İlk kısımda psikoeğitim, ikinci kısımda iletişimi geliştirme, son kısımda problem çözme konuları ele alınır(83).

2.1.7.4.4. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bipolar affektif bozuklukta depresif atakların tedavisinde ve iyileşme döneminde yinelenmelerin önlenmesi amacıyla bilişsel davranışçı terapi (BDT) uygulanabilmektedir(84). Otomatik düşünceleri ele alma (örn; herşey benim hatam, benimle alay ediyorlar vb.), bilişsel çarpıtmaları düzeltme (örn; olumluyu yok sayma, felaketleştirme, duygusal çıkarsama vb.), ilaç uyumunu artırma, nüks önleme, stresle başa çıkma, duygudurum belirtileriyle baş etme konularını içerir ve 20-25 seans

uygulanır. Geçirilmiş atak sayısı fazla olanlarda BDT'nin etkili olmadığı ancak 12'den az atak yaşamış olanlarda etkili olduğu saptanmış, bu nedenle BDT'nin hastalığın erken döneminde başlanmasının daha yararlı olacağı belirtilmiştir(84). Yapılan çalışmalarda BDT'nin depresif belirtiler, depresif yinleme sayısı, atak süreleri ve hastane yatışlarını azalttığı, mani belirtilerine ve yinlemesine etkisiz ya da kısıtlı etkisi olduğu saptanmıştır . BDT uygulanan hastaların tedavi uyumlarının arttığı, işlevselliklerinin daha iyi olduğu, ancak zaman içerisinde etkinliğinin azalması nedeniyle ek psikososyal müdahale ya da seansların yapılmasının yararlı olduğu belirtilmektedir(85, 86).

APA bipolar bozukluk tedavi kılavuzunda; hastalık yönetimi, ilaç uyumu, erken belirtilerin tanınması ve kişilerarası ilişki sorunlarına yönelik psikososyal müdahalelerin faydalı olduğu, dinamik ve destekleyici terapilerin ise etkisi olmadığı bildirilmiştir(87). Teksas tedavi algoritmasında; psikoeğitim ve bilişsel terapilerin farmakolojik tedavilere eklenmesinin faydalı olacağı belirtilmektedir. Özellikle hastalara yönelik psikoeğitimin önemi vurgulanmaktadır(88). Kanada tedavi kılavuzu; psikoeğitimin nüksü önlemede yararlı olduğunu, BDT'nin (Bilişsel davranışçı terapi) yararlı ancak maliyeti nedeniyle tartışmalı olduğunu, Kişilerarası ve sosyal ritim terapisinin (KASRT) ise uzun dönemde olumlu sonuçları olduğunu belirtmektedir. Aile odaklı yaklaşımın riskli davranışları, bakıcı yükünü ve depresif belirtileri azalttığı ifade edilmiştir. Psikososyal müdahalelerin yinlemeyi ve hastaneye yatış oranlarının azalttığı, tedavi uyumunu ve işlevselliği artırdığı belirtilmiştir(73). NICE (İngiliz Ulusal Sağlık Enstitüsü) bipolar bozukluk tedavi kılavuzunda ise; psikososyal yaklaşımların hem atak hem de sürdürüm tedavisinde oldukça faydalı olduğu belirtilmektedir. Akut dönemin ardından hasta ve ailesine yönelik yapılandırılmış, 6-9 ay süren, en az 16 seanslık psikoeğitimin yararına işaret edilmektedir (89). Psikoeğitim, kolay uygulanabilir olması ve maliyetinin uygun olması nedeniyle kılavuzlarda ilk uygulanacak psikososyal müdahale olarak önerilmektedir(73, 87, 88). Psikososyal müdahalelerin atakların yinleme hızını %40 azalttığı saptanmıştır(90). Depresif dönemlerin süresinin kısalması ve depresif yinlemenin önlenmesinde AOT ve BDT daha etkili iken(84), bireysel psikoeğitim ve sistematik bakım programları mani yinlemesini önlemede daha etkili olmaktadır(91). Psikoeğitim ve BDT kombine

uygulandığında depresif geçirilen gün sayısında azalma olduğu saptanmıştır(92). Psikososyal yaklaşımların bipolar bozuklukta özkıyımı önlemede de etkili olduğu bilinmektedir(93).

2.1.8. Bipolar Bozukluk ve Kişilik

Kişilik, bireylerin düşünce, duygu ve davranış gibi psikolojik tepkilerindeki ve farklılıkları belirleyen sadece yaşanan an, içinde bulunulan biyolojik durum veya sosyal ortam ile açıklanamayan biçimde süreklilik gösteren özellikler ve eğilimler olarak tanımlanabilir(94).

Kişilik, karakter ve mizaç olarak iki bileşene ayrılmaktadır. Karakter kişinin dünyayı görüş, algılama ve yaşamla başa çıkma biçimi olarak tanımlanmaktadır. Öğrenmenin ve toplumsal çevrenin karakter gelişiminde önemli rolü vardır. Mizaç ise doğuştan gelen, daha biyolojik temeli olan yatkınlıklara bağlı davranış eğilimleridir(95).

Cloninger'in kişilik kuramına göre mizaç; yenilik arayışı (novelty seeking), zarardan kaçış (harm avoidance), ödül bağımlılığı (reward dependence), sebat (persistence) olarak dört boyuttan oluşmaktadır. Karakter ise kendini yönetme (self-directedness), işbirliği yapma (cooperativeness), kendini aşma (self-transcendence) olmak üzere 3 boyuttan oluşmaktadır(96).

Akiskal affektif mizaçların, duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu öne sürmüş ve 5 temel affektif mizaç tanımlamıştır: depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl, anksiyöz mizaç(97).

2016 yılında yayımlanan bir metaanalizde bipolar affektif bozukluğa sahip hastalar ve sağlıklı kontroller kıyaslandığında, hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaçların daha fazla görüldüğü, tersine hipertimik mizacın ise daha az görüldüğü bildirilmiştir(10).

2010 yılında yapılan kapsamlı bir metaanalizde; bipolar bozuklukta topluma göre kişilik bozukluğu komorbiditesinin daha sık olduğu, bipolar hastaların %42'sinde en az bir kişilik bozukluğu tanısının olduğu, en sık B ve C kümesi kişilik bozukluklarının eşlik ettiği, spesifik olarak belirtirmek gerekirse Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu tanılarının en sık eşlik eden kişilik bozukluğu tanıları olduğu bildirilmiştir(98).

2.1.9. Bipolar Bozukluk ve Zihin Kuramı

Bir kişinin başka bir kişiyle olan ilişkisinin başarılı olmasındaki en önemli bileşenlerinden biri; birinin diğerini anlama, diğerinin duyguları, korkuları, ağrısı, hayalleri ve eylemlerinin nedenini kavrama yeteneği ile ilişkilidir. İnsanların sahip olduğu bu yetenek 'Zihin Kuramı' (ZK) olarak adlandırılmaktadır. ZK bireyin, ikinci bir kişinin zihninde geçenler konusunda bir 'teori' geliştirmesini, diğer kişinin davranış, duygu ve düşüncelerini tahmin etmesini sağlayan bilişsel bir durumdur. Zihin kuramının asıl özelliği dünyaya başkasının gözüyle bakma ve hissetme yeteneğidir(99).

ZK; birinci ve ikinci derece zihin kuramı, pot kırmayı farketme ve imayı anlama becerileri olmak üzere birden fazla bileşenden oluşmaktadır. Birinci derece zihin kuramı; bir kişinin başkalarının yanlış inancını, düşüncelerini anlama becerisidir. Ontogeneizde ilk gelişen ZK becerisidir ve çocuklarda 3-4 yaşlarında gelişmektedir(100).

İkinci derece ZK ise bireyin, bir kişinin bir olayla veya üçüncü bir kişinin düşünceleriyle ilgili yanlış bir inanca sahip olduğunu anlama becerisidir. İkinci sırada gelişen ZK becerisidir, 6 yaşından itibaren çocuklar ikinci derece zihin kuramını kullanmaya başlarlar(100).

İmayı anlama (Hinting) ise, kişinin bir konuşma içinde dolaylı olarak ifade edilen gerçek niyeti fark etme yetisidir. Bireyin, iki kişi arasında geçen bir konuşma sırasında geçen imaları ve gerçekte söylenmek isteneni çıkarsama yapabilmesidir(101).

Pot kırmayı fark etme, bir kimsenin söylememesi gereken bir şeyi söylediğini fark etmesidir. Pot kırmayı fark etmek gelişimsel olarak pot kıran ve bunun karşısında incinen ve sinirlenen iki kişinin ruhsal durumunun aynı anda değerlendirilmesini gerektirdiği için ileri bir zihin kuramı becerisini gerektirmektedir(102).

Bora ve arkadaşlarının yaptığı bir meta analiz çalışması göstermiştir ki bipolar affektif bozukluğa sahip bireylerde zihin kuramı kontrol grubuna göre anlamlı olarak bozuktur. Bu bozukluğun ötimik dönemde de belirgin olduğu ve subsendromal tablodaki bireylerle remisyondaki bireyler arasında bu açıdan bir fark olmadığı, akut dönemlerdeki bipolar bozukluk hastalarındaki zihin kuramındaki bozulmanın ise en fazla olduğu, bu artışın manik ataklarda daha belirgin olduğu ve Young Mani Ölçeği'nde puan arttıkça zihin kuramındaki bozulmanın arttığı gösterilmiştir. Zihin kuramındaki bozulmanın cinsiyet, yaş, eğitim, hastalığın başlangıç yaşı ve hastalığın süresi ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir(103).

2.1.10. Bipolar Bozukluk ve Nörokognitif İşlevler

Kognitif işlevler; anlama, kavrama, tanımaya yönelik zihinsel faaliyetler olarak tanımlanmaktadır. Dikkat; algılamının seçici olarak belli bir uyarana odaklanılabilmesi, tamamen uyanık olarak mental enerjinin bir uyarana yönlendirilmesidir. Bellek; uyarıların beyne kaydedilmesi, saklanması, yeri ve zamanı geldiğinde hatırlanması yetisidir (104).

İşlem belleği (working memory) bilgilerin eş zamanlı olarak depolanmasını ve işlenmesini sağlayan bir bellek sistemidir. İşlem belleği akıl yürütme, problem çözme ve özellikle çok sayıda sembolün işlenmesini gerektiren dile ilişkin kavrama becerileri gibi birçok karmaşık bilişsel süreçte önemli bir rol oynamaktadır(105).

Yürütücü işlevler bilginin düzenlenmesi, öğrenilmiş bilginin kullanıma hazır hale getirilmesi, hazırlanmış bir davranışın durdurulması, aynı anda iki ya da daha fazla zihinsel işlevin yürütülmesi gibi birçok işlemi içerir. Yürütücü işlevler davranışın esnek bir şekilde organize edilip ileriye yönelik planlamaya dâhil edilmesi için

belleğin ve dikkatin kontrol edilip yönlendirilmesini içeren yüksek düzey bilişsel işlevlere tekabül ederler(106)

Bipolar affektif bozukluğa sahip hastalarda, ötimik evrede nörokognitif işlevlerin değerlendirildiği araştırmaların bir meta-analizinde en belirgin bozuklukların yürütücü işlevler ve sözel öğrenme alanlarında olduğu belirtilmiş, bununla birlikte sözel bellek, soyutlama, sürdürülebilir dikkat, cevap inhibisyonu ve psikomotor hız alanlarında da bozuklukların olduğu tespit edilmiştir(107). Başka bir meta-analizde ise sözel bellek, dikkat, işlem hızı ve yürütücü işlevler gibi nörokognitif alanlarda orta derecede etki büyüklüğünde bozukluklar tespit edilmiştir(108).

2.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Travma, birçok psikopatoloji için bir risk etmeni olan ve bu hastalıkların gidişatını oldukça etkileyen bir kavramdır(109). DSM V, travmayı bir veya daha fazla şekilde ölüm, ciddi şekilde yaralanma veya cinsel saldırı veya tehdidini doğrudan veya dolaylı şekilde yaşamak, tanık olmak, olayın detaylarına fazlaca ve sık sık maruz kalmak olarak tanımlamaktadır(19). Fakat bu elkitabında, her ne kadar travma ve stresörlerle ilişkili birçok bozukluktan bahsedilse de (Tepkisel Bağlanma Bozukluğu, Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu, Uyum Bozuklukları) çocukluk döneminde yaşanan ruhsal travmaların geriye dönük olarak nitelendirilmesi ile ilgili pek fazla bilgi aktarılmamıştır.

Çocukluk çağı travmaları, bireylerin 18 yaşından önce maruz kaldığı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmalin yanı sıra ebeveynin kaybı, ebeveyninden ayrı kalma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalar ve doğal afetler şeklinde tanımlanabilir(110). Çocukluk çağı travmaları altında yer alan çocuk istismarı veya ihmali, ana-baba ya da bakıcı gibi bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişiler tarafından uygunsuz veya zarar verici olarak değerlendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizlikler ve bunların sonucu çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi durumudur(111).

Çocukluk çağı travmaları, istismar ve ihmal olmak üzere iki başlık altında incelenir. İstismar ve ihmali birbirinden ayıran en önemli özellik; istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir süreç olmasıdır(112). Yani istismar; çocuğa karşı kasıtlı yapılan, fiziksel, cinsel, ruhsal veya sosyal açıdan çocuğa zarar veren aktif bir eylemken, ihmal; çocuğun bakımından sorumlu kişi veya kişiler tarafından çocuğun bakım ve korunmasının yeterince sağlanamaması nedeniyle fiziksel ve ruhsal sağlık bakımından zarara uğradığı pasif bir durumdur(113).

DSÖ; çocuk ihmal ve istismarı konusunda nüfus-temelli yaptığı araştırmasında, tüm dünyada yapılan araştırmalarda farklı tanımlar ve yöntemler kullanılması nedeniyle veri karşılaştırması yapılamamasını önemli bir sorun olarak bildirir(114). İstismar ve ihmal kavramının farklı tanımlanması, farklı örnek grupları kullanılması, bölgesel ve kültürel farklılıklar ve sosyal stigmatizasyon nedeniyle bu alandaki çalışmalar farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Çocuk istismarının yaygınlığı ile ilgili net bir fikir birliği sağlanamamıştır(21).

2016 yılında yayımlanan bir metaanalizde Amerika’da fiziksel istismarın %18,3 ve cinsel istismarın %9,3 ve ihmalin %78,3 sıklıkta gerçekleştiği bildirilmiştir(115).

Çocukluk çağı travmaları DSÖ’nün sınıflamasına göre fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal olmak üzere beş alt başlık altında sınıflandırılmaktadır(114).

2.2.1. Çocukluk Çağı İstismarları

2.2.1.1. Fiziksel İstismar

DSÖ fiziksel istismarı çocuğa yönelik bilerek yapılan fiziksel güç kullanımı sonucunda çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru bakımından zarar görmesi şeklinde tanımlar(116). Bu davranışlar; çocuğu hırpalama, tokat atma, yumruk atma, tekmeleme, vurma, sarsma, boğma, yakma, dövme, itip kakma, yaralama hatta bağlama ve kapalı bir yere kilitleme şeklinde olabilmektedir(117, 118).

Fiziksel istismar tespiti en kolay çocukluk çağı travması olmasına rağmen, bu cezalandırma şekilleri bazı toplum ve kültürlerde istismar olarak tanımlanmadığı ve çocuğun terbiye edilmesi için gerekli davranışlar olarak algılandığı için tespiti zorlaşmaktadır(119).

Ebeveynlerin genç olması, ebeveynlerin çocukluk döneminde istismar öyküsü bulunması, ebeveynlerde alkol veya madde bağımlılığı, ailedeki maddi problemler, parçalanmış ailede yaşamak, ailede ruhsal ya da fiziksel hastalık, ebeveynlerin fazla sayıda çocuk sahibi olması ve sosyal destek yokluğu fiziksel istismara yatkınlaştırıcı nedenler olarak bildirilmiştir(120).

Fiziksel istismar kavramının bölgesel olarak farklı tanımlanması ve sosyal stigmatizasyon nedeniyle bu alandaki yaygınlık çalışmalarının sonuçlarında büyük farklılıklar bildirilmektedir(21). Fiziksel istismar sıklığı, farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda %4,5-64 gibi çok geniş bir aralıkta belirlenmiştir(121). Ülkemizde fiziksel istismar yaygınlığını inceleyen Adana ve Ankara’da yapılan bir çalışmada, Adana için %61’lik Ankara için ise %46’lık bir oran bildirilmiştir(122).

2.2.1.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismar; ‘henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması’ olarak tanımlanmaktadır. Cinsel istismardan söz ederken bir çocuk ile bir erişkin arasındaki cinsel aktivite üzerinde durulmakla birlikte, iki çocuk arasındaki cinsel aktiviteler; yaş farkı en az 5 yıl olduğunda, küçük çocuğun zorlama ya da ikna ile cinsel haz amacı güden aktivitelere maruz bırakılması durumunda da cinsel istismar olarak ele alınmaktadır(123).

İstismarın yol açtığı utanç, suçluluk duyma gibi tepkiler nedeniyle cinsel istismar çoğu zaman gizli olarak kalmakta, bu nedenle de gerçek istatistiksel verilere ulaşmak zor olmaktadır. Cinsel istismara uğrayanların yalnızca % 15’inin bildirildiği

dikkate alınır, ulaşılabilen olgular buzdağının görünen kısmı ile sınırlı gibi düşünülebilir(124).

Çocuğun birinci derecede kan bağı olan kişilerle yaşadığı cinsel deneyimlere “ensest” (incest) denmektedir. Çocuğun güvenme ve yakınlık ihtiyacı hissettiği bu kişiler tarafından oluşturulan cinsel istismar, çocukta daha çok psikososyal hasara neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar ve klinik gözlemler, cinsel istismarın ne denli şiddetli ve süregelen ise ve bunu yapanlar çocuğa ne denli yakınlarsa, istismarın çocuk üzerindeki yıkıcı etkilerinin de o oranda artacağını göstermiştir(125).

Cinsel istismar yaygınlığını belirlemek için 21 ülkeden 39 çalışmanın değerlendirildiği bir metaanalizde dünya genelinde erkeklerde ortalama %10’un altında, kadınlarda ise %10-20 oranlarında yaygınlık bildirilmiştir(126). Ergenlik, çocukluk çağı cinsel istismarın en sık görüldüğü dönemdir. Ergenlik döneminde kadınların cinsel istismara uğrama oranı erkeklere kıyasla üç kat daha fazladır(127). Ülkemizde 1871 kız öğrenciyle yapılan bir çalışmada ise, % 1,8 oranında enest bildirilirken, öğrencilerin % 11,3’ü çocukken özel bölgelerine istemedikleri bir şekilde dokunulduğundan bahsetmişler, % 4,9’u ise cinsel ilişkiye zorlandıklarını belirtmişlerdir(128).

2.2.1.3. Duygusal İstismar

Gündelik yaşamda en sık rastlanan istismar tiplerinden birisi olan duygusal istismar; anne, baba ya da çevredeki diğer yetişkinlerin çocuğun yetenekleri üstünde istek ve beklentiler içinde olmaları ve saldırganca davranmaları olarak tanımlanır(121). Çocuğa bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, yalnız bırakma, yanıltma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, duygusal bakımdan ihtiyaçlarını karşılamama, yaşın üzerinde sorumluluklar bekleme, kardeşler arasında ayırım yapma, değer vermeme, önemsememe, küçük düşürme, alaylı konuşma, lakap takma, aşırı baskı ve otorite kurma, bağımlı kılma ve aşırı koruma görülen duygusal istismar türleridir(121).

2.2.2. Çocukluk Çağı İhmalleri

2.2.2.1. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal çocuğa gerekli sağlık hizmetini, beslenme ve giyinme ihtiyacını, tehlikelerden korumak maksadıyla gözetim ve kontrolü sağlamamayı kapsar. Çocuğun evden kovulması, yalnız bırakılması, dışlanması, uygun barınma ortamının sağlanmaması, aşılarının yaptırılmaması, hastalık ve yaralanmalarının tedavi ettirilmemesi yıkanmaması, temiz elbise giydirilmemesi fiziksel ihmal olarak değerlendirilmektedir(113).

2.2.2.2. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal; bakım verenlerin çocuğun bağlanma ve sevgi gibi duygusal gereksinimlerini karşılamamasıdır. Duygusal ihmale çocuğun yok sayılması, çocuğun iletişim çabalarına kayıtsız kalınması, çocuğun ihtiyacı olan sevgi ve şefkat gibi duygusal ilgi ve yakınlığın gösterilmemesi, çocuğun sevildiği, değerli ve özel olduğunu hissedememesine neden olabilecek tutum ve davranışlar örnek verilebilir(129).

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Ruhsal Etkileri

Çocukluk çağı travmaları ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki çok sayıda çalışmada gösterilmiş ve çocuk ihmal ve istismarı psikiyatrik hastalıklar için bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir. İhmal veya istismara uğrayan çocuklarda gerek erken dönemde gerekse ilerleyen yaşlarda çok farklı ruhsal sorunlar ya da bozukluklar görülebilmektedir. Son yirmi yılda artan sayıda kanıt, çocukluk çağı travmalarının majör psikiyatrik hastalıklar(majör depresyon, bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanımı ve tıbbi hastalıkların (kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, irritabl barsak sendromu) görülme riskinde artış ile ilişkili olduğunu göstermektedir(115).

Konumuz olan bipolar bozukluk ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiye bakacak olursak günümüzde çocukluk travması bütün alt türleriyle bipolar bozukluk ile yüksek düzeyde ilişkili görülmektedir(130). Çocukluk çağındaki stresli yaşam olayları olasılıkla nöroenezin baskılanmasına veya nörotoksositeye sebep olarak psikopatoloji gelişimine zemin hazırlamaktadır(131).

Çocukluk çağı travmaları yalnızca bipolar duygudurum bozukluğuna zemin hazırlamakla kalmayıp aynı zamanda hastalığın prognozunu da olumsuz yönde etkilemektedir. Travmanın bu olumsuz etkisinin, hipotalamus- hipofiz- adrenal aks, serotonerjik iletim, immünite, nöroplastisite, sirkadyen ritimler gibi birçok biyolojik mekanizmalarda oluşan değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir(132). Bipolar affektif bozuklukta çocukluk çağı travmaları, daha şiddetli manik atak ve depresif atak, daha şiddetli psikotik belirtiler, erken başlangıç yaşı, daha fazla hızlı döngülülük, daha fazla sayıda manik ve depresif atak ve daha yüksek intihar girişimi riski ile ilişkili bulunmuştur(133).

2.3. Bağlanma

John Bowlby, çocuk ve bakımveren arasında; çocuğun güvende hissetmesini, emniyetini, hayatta kalmasını sağlamak üzere biyolojik temelli bir bağ ortaya çıktığını ileri sürer. Bağlanma kuramına göre çocuk, nesne ilişkileri teorisinde belirtildiği gibi esas olarak bir nesneyi değil anneye yakınlıkla erişebildiği bir fiziksel durumu arar(134). John Bowlby'nin çalışmalarıyla ortaya çıkmaya başlayan bağlanma kuramı aynı zamanda evrim teorisi ve bilişsel psikolojinin kavramlarından da faydalanmıştır.

Bowlby teorisini, bebeklik ve erken çocukluk döneminde primer bakımvereninden uzun zaman uzak kalan çocuk ve ergenlerin davranım sorunları gösterdiklerini fark etmesi sonucu geliştirmiştir. Bağlanma, çocuk ve bakım veren ilişkisinden temel alan, yakınlaşma ihtiyacı ile ortaya çıkan, çevresel tehlikelere karşı korunma amacı taşıyan, tutarlılığı ve sürekliliği olan bir bağ olarak ifade edilebilir(135). Sağlıklı gelişim sırasında bağlanma davranışı; bebeklik, çocukluk ve ergenlik yıllarında bağlanma figürüyle yaşanan deneyimlerle oluşturulur. Bowlby, duygusal güvenliğin bağlanma figürlerinin kullanılmaya hazır olacaklarına dair

güvenin bir yansıması olduğuna ve bunun erken çocukluk dönemi yaşantılarıyla yavaş yavaş inşa edildiğine inanıyordu(136).

Bowlby'nin bağlanma kuramına göre insan doğuştan, evrimsel süreç boyunca edinilmiş, uyumsal özellikleri olan, bağlanmayı kolaylaştıracak bir davranış örüntüsüne sahiptir. Oluşan bağlanma ile yakınlığın sürdürülmesi, karşısındakinin de yakınlaşma gereksinimini karşıladığından doğal bir süreçtir. Bu süreçte kişi yaşanan deneyimler sonucu kendine ve dış dünyaya anlam verir. Deneyimlerini içselleştirerek ve edindiği deneyimleri diğer ilişkilere genelleyerek “kendisi ve diğerleri” hakkında bilişsel örüntüler veya Bowlby'in deyiimiyle “içsel çalışan modelleri” oluşturur(137). İçsel çalışan modeller, kendilik ve diğerleri (sosyal dünya) hakkındaki kanaatlerin merkezinde oluşarak, bireyin yakın ilişkilerini şekillendirmesini ve sürdürmesini etkiler(138). Kişinin kendine dair oluşturduğu içsel çalışan modelde, kendisini ne derece değerli hissettiği, bağlanma figürünün gözünde ne derece kabul edilebilir ve sevilir birisi olduğuna yönelik çıkarımları yer alır. Dünyaya dair oluşturulan içsel çalışan model ise; kişinin bağlanma figürünü nerede bulabileceği ve bu figürün ne derece güvenilir ve bağlanılabilir olduğuna yönelik tasarımlarını kapsar(139). Bowlby'nin “içsel çalışan modeller” kavramını temel alarak, Bartholomew ve Horowitz dört çeşit bağlanma stili tanımlamışlardır. Bunlar; güvenli bağlanma (olumlu benlik-olumlu başkaları modeli), kayıtsız bağlanma (olumlu benlik-olumsuz başkaları modeli), saplantılı bağlanma (olumsuz benlik-olumlu başkaları modeli), korkulu bağlanma (olumsuz benlik-olumsuz başkaları modeli) stilleridir(140).

Güvenli bağlanma stilinde kişi içselleştirilmiş yüksek benlik değerine sahiptir. Bu algısını diğer insanların kabul edici ve cevap vericiliğine dair olumlu beklentileriyle birleştirdiğinden düşük düzeyde kaygı ve kaçınma gösterir. Yakın ilişkilerde samimiyet konusunda kendisini rahat hisseder. Kayıtsız bağlanma stilinde kendini değerli hissetme ve kabul edilebilir olduğu duygusuna karşın diğer insanlara yönelik olumsuz beklentiler vardır. Bu bireyler hayal kırıklıklarından korunmak için yakın ilişkilerden kaçınırlar; aynı zamanda savunma olarak yakın ilişkileri değersiz görerek benlik saygılarını sürdürürler. Saplantılı bağlanma biçiminde kendini değersiz hissetme ve sevilir olmadığı duygusuna başkalarına karşın diğer insanlara olumlu değerlendirmeler eşlik eder. Bu bireylerin kendine güvenlerinin az olduğu, diğer

insanların onay ve kabulüne ihtiyaç duydukları, bu onayı alabilecekleri konusunda yüksek kaygı duydukları, sadece bu onayı aldıklarında güvende olacaklarına dair inançlara sahip oldukları gözlenmiştir. Korkulu bağlanma biçiminde kişi kendini değersiz hissetmeyle birlikte diğer insanları olumsuz, güvenilmez ve reddedici olarak algılar. Bu bireyler bir yandan saplantılı bağlanma stiline sahip kişiler gibi diğer insanların onay ve kabulüne ihtiyaç duyarken, bir yandan da kayıtsız bağlanma stiline sahip bireyler gibi başkalarıyla yakın ilişkiden kaçınarak onlardan bekledikleri reddedilmeye karşı kendilerini korurlar(141, 142).

Bağlanma kuramına önemli katkılarda bulunan diğer bir isim de Mary Ainsworth'tur. Ainsworth üç tip bağlanma biçimi tanımlamıştır. Bunlar; güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçındır(143). Güvenli bağlanan bebekler anneleriyle birlikteyken etrafı keşfetme davranışında bulunmuşlardır. Anneyle beraberken yabancı biri girdiğinde annelerini yanlarında olduğundan emin olduktan sonra huzursuz olmadıkları, korkmadıkları ve yabancıyla oynadıkları gözlemlenmiştir. Bu bağlanma şeklinde bakım veren bağlanma figürünün; ulaşılabilir, bebeğin sinyallerine duyarlı, bebeğin korunma ve bakım taleplerine sevgi dolu bir şekilde yanıt verici olduğu gözlenmiştir. Kaygılı-kararsız bağlanma stili geliştiren bebekler anneyle birlikteyken çok fazla keşif davranışı göstermemişler, anneden ayrıldıklarında ciddi endişe yaşamışlar ve anne döndüğünde ise yatışmakta güçlük çekmişler, hem anneye yakın olmak istemişler hem de anneye karşı yoğun öfke ve reddedici tavırlar sergilemişlerdir. Bu bağlanma stilinde, annelerin çocuklarını daha çok yönlendirdikleri ve daha müdahaleci oldukları gözlenmiştir. Kaçınan bağlanma örüntüsüne sahip bebekler ise annelerinden ayrı olduklarında daha az huzursuz olmuşlar, huzursuz olsalar bile keşif davranışı göstermişlerdir. Anne odaya girdiğinde anneye yönelmek yerine uzaklaşmışlar, dikkatlerini diğer nesneler üzerinde yoğunlaştırmışlardır (144). Hazan ve Shaver 1987'de Ainsworth'un çocuklar için oluşturduğu sınıflandırmanın yetişkinlere yönelik versiyonu diyebileceğimiz üç kategori modelini geliştirerek, ergenler ve yetişkinlerdeki bağlanma çeşitlerini güvenli, kaçınan ve kaygılı bağlanma olarak sınıflandırmışlardır. Bebeklikte oluşturulan içsel çalışan modellerin, yetişkinlik dönemi ilişkilerinde etkili olduğu ve

romantik ilişkilerdeki bağlanma biçimini belirlemede rol oynadığını ortaya koymuşlardır (145).

2.3.1. Bağlanma ve Psikopatoloji İlişkisi

Bağlanma teorisinin ortaya çıktığı ilk zamanlardan beri güvenli bağlanma sağlıklı ilişkilerin öngördürücüsü olarak görülürken güvensiz bağlanma biçimi psikopatolojilerin belirleyicisi olarak düşünülmüştür. Güvensiz bağlanma biçimlerinden kaygılı/kararsız bağlanmanın depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu düşünülürken, kaçınan bağlanma davranım bozuklukları ve diğer dışa vurum bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir(146). Bağlanma stilleri, travmatik yaşam olayları, çocukluk çağı ihmal ve kötüye kullanımlarından etkilenir ki bunlar aynı zamanda depresyon etiyolojisinde rol oynayan önemli etkenlerdir. Güvenli bağlanma ile depresyon ve suicidal düşünce sıklığı arasında ters bir orantı olduğu gösterilmiştir(147).

Bipolar affektif bozukluk tanılı, manik dönemdeki 34 hasta, depresif dönemdeki 30 hasta, remisyon dönemindeki 43 hasta ve 41 sağlıklı kontrol grubunun bağlanma biçimlerinin araştırıldığı bir çalışmada hastaların büyük bir kısmının (%78) kontrol grubuna kıyasla güvensiz bağlanma stilinde oldukları tespit edilmiştir. Güvensiz bağlanma duygudurum epizodları ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur(148).

2017 yılında ülkemizde yapılan, 40 bipolar affektif bozukluk tanılı hasta ve 40 sağlıklı gönüllünün karşılaştırıldığı bir çalışmada hasta grubu ve sağlıklı kontroller arasında bağlanma stillerinde anlamlı fark saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerde güvenli bağlanma stili daha sık görülürken hasta grubunda kayıtsız, saplantılı ve korkulu bağlanma stilleri daha sık olarak belirlenmiştir(149).

2.4. İşlevsel Olmayan Tutumlar (Fonksiyonel Olmayan Tutumlar)

İşlevsel olmayan tutumlar, doğruluğu ispatlanmamış, kanıta dayanmayan, kişinin hayatını güçleştiren, bireyin kendisi, başkaları ve çevresi ile ilgili bilişsel

çarpıtmalarını içeren, temel inançlar ve şemalardan temel alan, yanlış bilişlerin neden olduğu düşünceleri içermektedir(150). “İnsanların bana değer vermesi için hiç hata yapmamam gerekir”, “Bir başka kişiden yardım istemek aslında zayıflık işaretidir.”, “Sevdiğim insan beni sevmediği sürece hiç sayılırım.”, gibi bilişler, işlevsel olmayan tutumlara örnek verilebilir.

Bilişsel terapi yaklaşımına göre, işlevsel olmayan tutumlar, bireyin hatalı düşünmesine neden olarak depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklara zemin oluşturur (151). Gerçekle bağdaşmayan bu düşünceler mantık dışı inançlar olmaktan ziyade kişinin uyumsuz ve olumsuz özellikteki çarpıtılmış düşüncelerini ve olaylara ilişkin hatalı değerlendirmelerini ifade etmektedir. (150, 152).

Duygudurum bozukluklarının gelişiminde ve sürmesindeki önemli temel mekanizmalardan birisi olan işlevsel olmayan tutumlar, sadece unipolar depresyon için değil aynı zamanda bipolar depresyon için de zemin teşkil edebilmektedir. Bipolar affektif bozukluğa sahip hastalar ve sağlıklı kontrollerin kıyaslandığı bir çalışmada bipolar hastaların daha fazla işlevsel olmayan bir patern gösterdikleri belirlenmiştir(8).

2.5. Affektif Mizaçlar

Affektif mizaçlar, duygudurum bozukluklarının premorbid seyrinde gözlenebilen davranışsal fenotipik özelliklerdir. Akiskal affektif mizaçların, duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu öne sürmüş ve 5 temel affektif mizaç tanımlamıştır: depresif, siklotimik, hipertimik, iritabl, anksiyöz mizaç (97).

Hipertimik mizacın özellikleri; nadiren araya giren ötimiyle birlikte aralıklı eşik altı hipomanik belirtiler, günde 6 saatten az uyuma alışkanlığı, savunma mekanizması olarak inkârın çok fazla kullanılması, irritabilite, aşırı iyimserlik, neşelilik veya coşkululuk, grandiyozite, dürtüsellik, aşırı konuşkanlık, dışa dönüklük, yüksek enerji düzeyi, yenilik ve uyaran arayışı olarak sayılmaktadır(97)

Siklotimik mizaç; bir fazdan diğerine ani geçişlerle karakterli, bifazik disregülasyonun varlığı, her fazın günler içinde sonlandığı, nadir ötimik dönemlerin

varlığı ile karakterizedir. Öznel görünimleri arasında kötümserlik ya da iyimserlik, yavaş öğrenme ya da keskin bir algılama arasında gidip gelme, uyaranlara karşı donukluk, küntlük ile keskin bir dikkat arasında gidip gelme, düşük kendine güven ya da aşırı kendine güven arasında değişen benlik saygısı sayılabilir. Davranışsal görünimleri arasında azalmış sözel dışa vurum ya da çok konuşma, uyku ihtiyacının fazla ya da az olması arasında gidip gelme, içe dönüklük ve dışa dönüklük arasında değişkenlik, psikomotor aktivitede aşırılık ya da retardasyon şeklinde sayılabilir(97).

İrritabl mizaç çoğunlukla sinirli, karamsar, derin düşüncelere dalmaya meyilli bir ruh hali, yoğun duygu dışa vurumu ve baskın disfori, huzursuzluk, alaycılık, dürtüsellik ile karakterizedir(97).

Depresif mizaç başka bir duruma ikincil olmayan, aralıklı eşik altı depresif belirtiler, günde 9 saatten çok uyuma alışkanlığı, anhedoni ve psikomotor enerji azlığına meyil (sabah saatlerinde daha belirgin) ile karakterizedir. Kadınlarda daha sık rastlanmaktadır. Hüzünlü, üzüntülü, kötümser, şakadan anlamayan, içe dönük, letarjik, pasif, kaygılı, üzgün, kendini eleştiren, suçlayan, aşağılayan, şüpheli, aşırı eleştirel, dikkatli, disiplinli, düşük libidoya sahip, vicdanlı, kendi kendini disipline eden kişilik özelliklerine sahiptirler. (97)

2016 yılında yapılan bir meta analiz çalışmasında bipolar bozukluk ve unipolar depresyon hastalarında siklotimik, depresif, irritable ve anksiyöz mizaçların sağlıklı kontrollere göre daha sık görüldüğü, hipertimik mizacın ise hem bipolar affektif bozukluğa sahip hastalarda hem unipolar bozukluğa sahip hastalarda daha nadir görüldüğü gözlenmiştir (10).

2.6. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik

İşlevsellik, özerk davranabilme, çalışma, eğitim alma, yaratıcı aktivitelerde bulunabilme ve diğer insanlarla romantik ya da sosyal ilişkiler kurabilme gibi hayatın farklı alanlarındaki görev ve aktivitelere etkili bir şekilde devam edebilme becerisi olarak tanımlanmıştır(153, 154). İşlevselliğin değerlendirilmesinde birçok farklı ölçek kullanılabilmektedir. Rosa ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilen Kısa

İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (Functioning Assessment Short Test) işlevselliği altı alt boyutta değerlendirmeye imkan vermektedir. Bunlar: özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleridir. Farklı ölçeklerde işlevselliğin bu alt boyutları farklı isimlerle de adlandırılmıştır. Özerklik kişinin yalnız başına belirli görevleri yerine getirme ve kendi kendine bakma yeteneği ile ilgilidir. Mesleki işlevsellik maaşlı bir işte çalışabilme, verilen görevleri etkin şekilde sürdürebilme, kişinin eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme ve mesleki kazanımlar elde etme kapasitesini ifade eder. Bilişsel işlevsellik konsantre olma, zihinsel hesaplamalar yapma, problem çözme ve yeni bilgileri öğrenme gibi yetenekleri içerir. Mali konular, kişinin kendi parasını yönetme ve dengeli harcama yapma yeteneğini ifade eder. Kişilerarası ilişkiler alanı, ilişkilerin (arkadaş ilişkileri, aile ilişkileri ve cinsel ilişkiler) katılımı ve sürdürülmesi, sosyal faaliyetler ve kişinin ilgi duyduğu zevklerini sürdürebilme kapasitesi ile ilgilidir. Boş zaman aktiviteleri, fiziksel aktiviteler gerçekleştirme ve hobilere sahip olmayı ifade eder. Bipolar affektif bozukluk tanısı olan çoğu hastanın, klinik belirtileri uygun bir biçimde kontrol altına alınmış olsa bile yukarıda belirttiğimiz işlevsellik alanlarında kayıplar yaşadıkları bugün artık genel kabul gören bir önermedir ve bu konuda yapılmış birçok çalışma mevcuttur (155).

Bu konuda Tohen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada akut klinik belirtileri olan hastaların % 97.5'inin ilaç başladıktan sonra, 24 ay içerisinde remisyona girebildiği ama sadece % 37.6'sının premorbid işlevselliğine geri dönebildiği saptanmıştır(156). Yapılan gözden geçirme çalışmalarında da, herhangi bir alt tipe özgü olmaksızın, genel olarak bipolar bozukluk tanısı olan hastaların ötimik dönemde psikososyal işlevselliklerinde, sağlıklı kontrollere göre bozulma görüldüğü bildirilmiştir(11, 157, 158) Clark ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise depresyonda daha belirgin olmak üzere manik dönemde ve remisyonda da işlevselliğin bozulduğu görülmüştür(159). Yine başka bir çalışmada, işlevsellik düzeyindeki kötüleşmenin, mevcut duygudurum döneminden bağımsız olarak ötimik dönemde de nörobilişsel bozukluklarla birlikte mesleki performansta düşme ve azalmış sosyal aktivite şeklinde kendini gösterdiği bildirilmiştir(160). Bu bilgiler ışığında sendromal iyileşme ile işlevsellik düzeyinin aynı doğrultuda düzelmediğini söyleyebiliriz. Bipolar affektif

bozukluk tanısı olan hastalarda, bu işlevsellik kaybı işlevselliğin tanımlanan her alanında ortaya çıkabilmektedir(155). Bipolar affektif bozukluğa sahip hastalarda evlilik uyumunda sorun yaşanmasının sağlıklı kontrollere göre yüksek olduğu bulunmuştur(161). Remisyonda bipolar bozukluk hastaları ile yapılan bir çalışmada, bu bozukluğun iş ve toplumsal işlevlerde kusura yol açtığını; toplumdan çekilme ve kişilerarası ilişkilerde belirgin bozulmaya neden olduğu bildirilmiştir(162). Rosa ve arkadaşlarının yaptığı bir izlem çalışmasında birden fazla atak geçiren bipolar bozukluk hastalarında, tek atak geçirenlere göre özerklik alanında, bilişsel işlevlerde, kişiler arası ilişkilerde ve boş vakit değerlendirme becerilerinde ciddi kayıp olduğunu göstermişlerdir(163). Tüm bu çalışmalardan anlaşıldığı üzere, bipolar bozukluk tanısı olan hastalar, ilk ataklarından itibaren işlevselliğin farklı alanlarında olumsuz yönde bir etkilenme yaşamaktadırlar.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubunun Seçimi

Bu çalışmaya Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne Ekim 2018- Şubat 2020 tarihleri arasında başvuran, ayaktan tedavi ve takipleri sürdürülen, SCID-1 yapılarak DSM-4 kriterlerine göre bipolar affektif bozukluk tanısı konmuş, yapılan klinik değerlendirme ve uygulanan ölçekler neticesinde (Hamilton Depresyon Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği) remisyonda olduğu tespit edilen 27'si kadın, 36'sı erkek toplam 63 hasta ve yaş, cinsiyet ve eğitim yönünden benzer toplam 61 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir.

3.1.1. Hastaların Çalışmaya Dahil Edilebilme Ölçütleri

1. 18-65 yaşları arası olmak,
2. SCID-1 uygulanarak, DSM-4 kriterlerine göre bipolar affektif bozukluk tanısı almış olmak
3. Yapılan klinik değerlendirme ve uygulanan ölçeklere (Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği) göre remisyonda olmak,
4. En az ilkokul düzeyinde öğrenim görmüş olmak,
5. Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak
6. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek
7. Genel tıbbi durumunu etkileyen ciddi fiziksel ya da nörolojik hastalığının olmaması
8. Son bir yıldır ek psikiyatrik rahatsızlığının olmaması
9. Mental retardasyonunun olmaması.

3.1.2. Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Alma ve Dışlama Ölçütleri

1. 18-65 yaş arasında olmak,
2. En az ilkokul mezunu olmak,

3. Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak,
4. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek,
5. Genel tıbbi durumunu etkileyen ciddi fiziksel ya da nörolojik hastalığın olmaması,
6. Son bir yıldır psikiyatrik hastalığının olmaması,
7. Mental retardasyonunun olmaması.

3.2. Gereçler

1. Sosyodemografik-Klinik Veri Formu
2. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği
4. SCID-1 DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
5. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Kısa Form (ÇÇTÖ)
6. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)
7. İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği (İOTÖ)
8. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ)
9. Memphis, Paris, Pisa ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS-A)

3.2.1. Sosyodemografik Klinik Veri Formu

Çalışmaya katılanların sosyodemografik ve klinik bilgilerini edinmeye yönelik, araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir form. Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aylık gelir, toplam epizod sayıları, geçmiş suikid girişimlerine vb. yönelik sorular içeren form, görüşmeci tarafından uygulanmıştır.

3.2.2. SCID-1: (Structured Clinical Interview for DSM-IV Diagnosis)

Hekim tarafından doldurulan, toplam 6 modülden oluşan, DSM-4, 38 eksen 1 bozukluğunu tanı ölçütleri ile araştıran yapılandırılmış klinik görüşme formudur(164). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır(165).

3.2.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)

Hamilton tarafından, depresyon tanısı almış hastalarda, depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçekdir(166). Hamilton tarafından 17 maddeli olarak geliştirilen ölçeğe sonraki yıllarda bazı maddeler eklenerek 21 ve 24 maddeli ölçekler geliştirilmiştir. Biz çalışmamızda 17 maddelik formu kullanacağız. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(167). Biz bu çalışmamızda yedi puan ve altındaki hastaları remisyonunda kabul edeceğiz.

3.2.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) Young ve arkadaşları tarafından 1978 yılında geliştirmişlerdir(168). Bu ölçek her biri beş şiddet derecesi içeren 11 maddeden oluşur. İletişime girilmesi güç olan hastaların daha iyi ayırt edilebilmesi için 5., 6., 8. ve 9.maddelere puan olarak iki kat ağırlık verilmiştir. Ülkemizde Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(169). Çalışmamızda 5 puan ve altındaki hastaları remisyonunda kabul edeceğiz.

3.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk ve ergenlikteki örselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir(170). Ölçeğin 28 ve 53 soruluk iki versiyonu bulunmaktadır. Bu çalışmada 28 soruluk form kullanılmıştır. ÇÇTÖ-28, 28 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. 5 alt boyutu mevcuttur. Bunla: Fiziksel istismar (8,9,10,14 ve 16. maddelerin puanlarının toplamı), Fiziksel İhmal (1,3,5,15 ve 28. maddelerin puanlarının toplamı), Duygusal istismar (2,7,13,17 ve 24. maddelerin puanlarının toplamı), Duygusal ihmal (4,6,12,18 ve 27. maddelerin puanlarının toplamı) ve Cinsel istismar (19,20,22,23 ve 26. maddelerin puanlarının toplamı) şeklindedir. Ayrıca 3 minimizasyon- inkâr sorusu bulunmaktadır. Cinsel istismar ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılması, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puanın aşılmasının, duygusal ihmal için 12 puanın

aşılmasının, toplam puan için 35 puanın aşılmasının pozitif bildirim olarak sayılabileceğini önerilmektedir(171). Bu ölçeğin Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(171).

3.2.6. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)

Griffin ve Bartholomew tarafından 1994'te geliştirilmiştir(172). Ülkemizde ise, Sümer ve Güngör tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. (173). İlişki Ölçekleri Anketi otuz maddeden oluşmakta ve bağlanmayı dört alt boyutta değerlendirmektedir. Ölçeğin alt boyutlarında; güvenli, korkulu, saplantılı ve kayıtsız bağlanma stilleri belirlenmektedir. Yedili likert tipi ölçektir. 1; beni hiç tanımlamıyor, 7; tamamıyla beni tanımlıyor anlamına gelmektedir. Güvenli ve kayıtsız bağlanma stilleri beşer maddeyle ölçülürken, saplantılı ve korkulu bağlanma stilleri dörder maddeyle ölçülmektedir. Dört bağlanma stili oluşturan sürekli puanlar bu stilleri ölçmeyi hedefleyen maddelerin toplanmasından ve bu toplamın her bir alt ölçekteki madde sayısına bölünmesinden elde edilmektedir. Böylece, alt ölçeklerden alınabilecek puanlar 1 ile 7 arasında değişmektedir. Bu yolla elde edilen sürekli puanlar katılımcıları bağlanma stilleri içerisinde gruplandırmak için de kullanılmaktadır. Gruplandırma sürecinde her bir katılımcı, en yüksek puana sahip olduğu bağlanma kategorisine atanmaktadır.

3.2.7. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ)

Rosa ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek 24 maddeden oluşan, görüşmecinin uyguladığı ve derecelendirme yaptığı bir ölçektir. Dörtlü likert tipi değerlendirme sağlamaktadır. Altı boyuttan oluşur: özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri. Yüksek puan kötü işlevselliği göstermektedir(174). Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve Uykur tarafından yapılmıştır(175). Ölçeğin kesme puanları; özerklik için 1 puan ve üzeri, mesleki işlevsellik için 1 puan ve üzeri, bilişsel işlevsellik 2 puan ve üzeri, mali konular için 1 puan ve üzeri, kişilerarası ilişkiler 3 puan ve üzeri, boş zaman etkinlikleri 3 puan ve üzeri, toplam puan 11 puan ve üzeri olarak belirlenmiştir(155).

3.2.8. İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği (İOTÖ)

1978 yılında Weissman ve Beck tarafından geliştirilmiştir(176). Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Şahin ve Şahin tarafından yapılmıştır(177). Ölçek farklı durumlara ilişkin tutumları içeren 40 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde yedili Likert tipi derecelendirme üzerinden yanıtlanmaktadır. Toplam puan her bir maddeye verilen yanıtların toplanmasından elde edilmektedir. Ancak işlevsel tutum içeren 2, 6, 12,17, 24, 29, 30, 35, 37 ve 40 numaralı maddeler puanlama yapılırken, bu maddelere verilen yanıtlar ters puanlanır. Ölçeğin mükemmeliyetçi tutum (performance evaluation), onaylanma ihtiyacı(need for approval), bağımsız tutum (autonomous attitude) ve değişken tutum (tentativeness) olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 40 iken, en yüksek puan 280'dir. Puanın yüksek olması işlevsel olmayan tutumların daha sık kullanıldığı anlamına gelmektedir.

3.2.9. TEMPS-A (Temperament Evaluation Of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) Mizaç Ölçeği

Baskın afektif mizacı değerlendirmek amacıyla Akiskal ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilen ölçek(178) geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak Vahip ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır(179). Ölçeğin Türkçe formu depresif, hipertimik, siklotimik, irritabl, anksiyöz mizaçları belirlemek için 5 alt bölüm ve toplam 99 maddeden oluşur. Kişinin tüm yaşamını düşünerek maddelere doğru (1 puan) veya yanlış (0 puan) yanıtını verdiği ölçekte mizaç özelliklerinin varlığını belirlemek için kesim noktaları depresif mizaç için 13, hipertimik mizaç için 20, siklotimik mizaç için 18, irritabl mizaç için 13 ve anksiyöz mizaç için 18 puandır.

3.3. Etik Kurul Onayı

Çalışmamız, değerlendirilmek üzere Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik kurulu'na sunulmuş olup, 04.10.2018 tarihindeki toplantıda

değerlendirilerek B.30.3.ATA.0.01.00/274 sayı numarası ile bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi.

3.4. İstatistiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 23.0 paket programına aktarılarak analiz edilmiştir. Verilerin sunumunda tanımlayıcı istatistiklerde kategorik veriler için sayı (n) ve yüzde (%); numerik veriler için ortalama ve standart sapma (SS) kullanıldı. Her iki grup arasındaki kategorik verilerin karşılaştırmalarında Ki-Kare, varsayımların karşılanmadığı durumlarda ise Fisher-Exact testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uyan numerik verilerin karşılaştırılmasında ise Student-t testi, normal dağılıma uymayan numerik verilerin karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Numerik veriler arasındaki korelasyonlar Spearman testi ile analiz edilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki tahmin edici etkisini belirlemek için çoklu regresyon analizi (backward yöntemi) yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Çalışmaya Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran, SCID 1 yapılarak DSM-4 tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk tanısı konulan, çalışma ölçütlerini karşılayan 63 bipolar bozukluk hastası (55 BAB tip 1, 8 BAB tip 2) ile yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından eşleştirilmiş 61 Sağlıklı gönüllü olmak üzere 124 kişi alındı. Örneklemin sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

	Bipolar n=63	Kontrol n=61	p	
Yaş (ort±SS)	35,01±12,33	35,67±12,35	0,768*	t=-0,27
Eğitim Yılı (ort±SS)	11,6±3,88	12,21±4,06	0,432*	t=-0,79
Evlilik Sayısı (ort±SS)	0,52±0,53	0,60±0,49	0,372*	t=-0,9
Çocuk Sayısı (ort±SS)	1,06±1,50	1,49±1,80	0,153*	t=-1,44
Cinsiyet (n, %)				
Kadın	28, %44,5	26, %42,6	0,838#	$\chi^2=0,42$
Erkek	35, %55,5	35, %57,4		
Medeni Durum (n, %)				
Bekar	31, %49,2	24, %39,3	0,148#	$\chi^2=2,1$
Evli	29, %46	36, %59		
Boşanmış	3, %4,8	1, %1,7		
Çalışma Durumu (n, %)				
Çalışmıyor	26, %41,2	11, %18	0,032#	$\chi^2=8,81$
Çalışıyor	25, %39,8	35, %57,4		
Emekli	6, %9,5	5, %8,2		
Öğrenci	6, %9,5	10, %16,4		
Anne Baba Boşanma Öyküsü (n, %)				
Yok	61, %96,9	61, %100	0,496#	$\chi^2=1,97$
Var	2, %3,1	0, %0		
Annenin Kaybı (n, %)				
Yok	50, %79,4	46, %75,4	0,598#	$\chi^2=0,28$
Var	13, %20,6	15, %24,6		
Babanın Kaybı (n, %)				
Yok	48, %76,2	44, %72,1	0,606#	$\chi^2=0,27$
Var	15, %23,8	17, %27,9		

İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu renk yazılmıştır, *t testi, # ki kare testi

Çalışmamıza katılan bipolar bozukluk tanılı hastaların yaş ortalaması $35,01 \pm 12,33$ kontrol grubunun yaş ortalaması $35,67 \pm 12,35$ olarak bulunmuştur. Gruplar yaş açısından eşleştirildiğinden, gruplar arasında yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,768$).

Çalışmaya katılanlar içinde en düşük yaş 18 olup en yüksek yaş 62'dir. Araştırmanın hasta grubunu oluşturan bireylerin 28'i kadın (%44,5), 35'i erkek (%55,5) iken; kontrol grubunun 26'sı kadın (%42,6), 35'i erkek (%57,4) olarak bulunmuştur. Gruplar cinsiyet açısından eşleştirilmiş olduğundan aralarında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.838$).

Çalışmamızda yer alan hasta grubunun medeni durumları incelendiğinde %49,2 si bekar ($n=31$), %46'sı evli ($n=29$), %4,8'i ($n=3$) boşanmıştır. Kontrol grubunun %39,3'ü bekar ($n=24$), %59'u evli ($n=36$) ve %1,7'si ($n=1$) boşanmıştır. Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,148$).

Hasta grubunun ortalama eğitim yılı $11,65 \pm 3,88$ yıl, kontrol grubunun ortalama eğitim yılı $12,21 \pm 4,06$ olarak bulunmuştur. Gruplar eğitim durumu açısından eşleştirilmiş olduğundan aralarında eğitim yılı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.432$).

Hasta grubunun çalışma durumu incelendiğinde %41,2'si ($n=26$) çalışmıyor, %39,8'si ($n=25$) çalışıyor, %9,5'i ($n=6$) emekli ve %9,5'i ($n=6$) öğrencidir. Kontrol grubunun %18'i ($n=11$) çalışmıyor, %57,4'ü ($n=35$) çalışıyor, %8,2'si ($n=5$) emekli ve %16,4'ü ($n=10$) öğrencidir. Araştırmanın hasta ve kontrol grupları çalışma durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,032$).

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun psikiyatrik özgeçmiş özellikleri

	Bipolar n=63	Kontrol n=61	p	χ^2
Alkol Kullanım Öyküsü				
Yok	59, %93,7	61, %100	0,119*	4,00
Var	4, %6,3	0, %0		
Madde Kullanım Öyküsü				
Yok	60, %95,2	61, %100	0,244*	2,97
Var	3, %4,8	0, %0		
Sigara Kullanımı				
Yok	31, %49,2	37, %60,7	0,200*	1,64
Var	32, %50,8	24, %39,3		
Suicid Girişimi Öyküsü				
Yok	52, %82,5	58, %95,1	0,027*	4,87
Var	11, %17,5	3, %4,9		
Self Mutilasyon Öyküsü				
Yok	50, %79,4	57, %93,4	0,023*	5,19
Var	13, %20,6	4, %6,6		

İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu renk yazılmıştır, *ki kare testi

Hasta grubu ve kontrol grubu arasında sigara kullanımı, alkol ve madde kullanım öyküsü açısından anlamlı istatistiksel fark yoktu (sırasıyla p=0,200; p=0,119; p=0,244).

Hasta grubunun %17,5’inde geçmişte suicid girişimi öyküsü mevcutken, kontrol grubunda bu oran % 4,9’du. Hasta grubundaki suicid girişimi öyküsü kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazlaydı (p=0,027). Geçmişteki self mutilasyon öyküsü incelendiğinde benzer şekilde hasta grubunda istatistiksel olarak daha fazla self mutilasyon öyküsü bulunmaktaydı (p=0,023). (Tablo 2)

Tablo 3. Hasta ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik Soygeçmiş Özellikleri

	Bipolar n=63	Kontrol n=61	p	χ^2
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü				
Yok	41, %65	52, %91	0,010*	6,72
Var	22, %35	9, %14,7		
Ailede Bipolar Öyküsü				
Yok	55, %12,7	60, %98,4	0,033*	5,63
Var	8, %87,3	1, %1,6		
Ailede Duygudurum Bozukluğu Öyküsü				
Yok	48, %76,2	57, %93,5	0,005	7,84
Var	15, %23,8	4, %6,35		
Ailede Diğer Psikiyatrik Hastalık Öyküsü				
Şizofreni	5, %7,9	1, %1,6	0,208*	2,67
Major Depresyon	7, %11,1	3, %4,9	0,324*	1,60
YAB	1, %1,58	1, %1,6	0,982*	0,00
Panik Bozukluk	3, %4,8	0, %0	0,244*	2,98
DEHB	0, %0	3, %4,9	0,116*	3,17
OKB	3, %4,8	0, %	0,619*	0,97
Demans	2, %3,2	0, %	0,496*	1,97

Hasta grubunun %35'inde, kontrol grubunun %14,7'sinde birinci derece akrabasında psikopatoloji öyküsü saptanmıştır. Hasta grubunun birinci derece akrabalarında psikopatoloji görülme oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,01$). Birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk olanların oranına bakıldığında, hasta grubunun birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk öyküsü %12,7 olarak bulunurken kontrol grubunda bu oran %1,6 olarak bulunmuştur. Hasta grubunun birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk bulunma oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,033$). Ailede duygudurum bozukluğu öyküsü incelendiğinde hasta grubun ailesinde kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha fazla duygudurum bozukluğu öyküsü olduğu bulundu (Tablo 3).

Tablo 4. Hasta ve kontrol grubunun HDDÖ ve YMDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Bipolar n=63	Kontrol n=61	p	t
HDDÖ puanı	2,69±2,90	1,04±1,32	0,000*	4,05
YMDÖ puanı	0,44±1,07	0,09±0,56	0,027*	2,23

İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu renk yazılmıştır, * t testi

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği puanı hasta grubunda 2,69±2,90 ve kontrol grubunda 1,04±1,32 olarak belirlenmiştir. Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanı hasta grubunda 0,44±1,07 ve kontrol grubunda 0,09±0,56 olarak saptanmıştır. Hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik bulunmuştur. (sırasıyla p değerleri; p=0,000, p=0,027) (Tablo 4)

Tablo 5. Hasta grubunun klinik özellikleri-1

	Ort±Ss*
Başlangıç Yaşı	23,96±6,44
Hastalık Süresi(yıl)	10,37±9,27
Teşhis konulma Yaşı	26,38±8,08
İlk Hastaneye Yatış Yaşı	26±7,11
Remisyon Süresi(yıl)	2,82±3,64
Manik Atak Sayısı	1,93±1,86
Depresif Atak Sayısı	1,22±2,51
Hipomanik Atak Sayısı	0,40±1,05
Karma Atak Sayısı	0,15±0,51
Toplam Atak Sayısı	6,54±3,29
Yatış Sayısı	2,68±3,00
İlk Depresif Epizod Yaşı	26,2±8,7
İlk Manik Epizod Yaşı	24,7±7,1
İlk Hipomanik Epizod Yaşı	28,5±8,3
İlk Karma Epizod Yaşı	27,2±10,1

İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu renk yazılmıştır, *student t testi

Tablo 6. Hasta grubunun klinik özellikleri- 2

	n, %
İlk Atığın Türü	
Depresif	19, %29,2
Manik	39, %60
Hipomanik	3, %4,6
Karma	2, %3,1
Yatış Öyküsü	
Var	50, %79,4
Yok	13, %20,6
Psikotik Belirti Öyküsü	
Var	37, %56,9
Yok	26, %40,1
Hızlı Döngülülük Öyküsü	
Var	6, %9,2
Yok	57, %87,7
Geçmişte Ek Ruhsal Hastalık	
Var	14, %21,5
Yok	49, %78,5
EKT alma öyküsü	
Var	8, %12,3
Yok	55, %87,7
Şu anki tedavi	
DDD	10, %15,9
DDD + AP	44, %69,8
AP	9, %14,3

DDD: Duygu durum dengeleyici, AP: Antipsikotik

Bipolar affektif bozukluk tanılı grubun ortalama hastalık başlangıç yaşı $23,96 \pm 6.44$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların ortalama hastalık süresi $10,37 \pm 9,27$ yıl olarak belirlenmiştir. Teşhis konulma yaşı $26,38 \pm 8,08$, ilk hastaneye yatış yaşı $26 \pm 7,11$, remisyon süresi $2,82 \pm 3,64$ yıl- olarak belirlenmiştir. Her bir bireyin hastalık süresi boyunca geçirdiği ortalama atak sayısı $6,54 \pm 3,29$ olarak saptanmıştır. 63 kişilik hasta grubumuzun %79.3'ünde (n=50) hastane yatış öyküsü bulunmaktadır. Hastanede yatış öyküsü olan hasta grubunun ortalama yatış sayısı $2,68 \pm 3,00$ olarak bulunmuştur.

Hasta grubunun ilk ataklarını değerlendirdiğimizde, ilk atakların %30,2'sinde depresif, %61,9'unda manik, %3,2'sinde karma, %4,8'inde hipomanik olarak bildirilmiştir. Hastaların %56,9'unda (n=37) atakların en az birine psikotik belirtilerin eşlik ettiği gözlenmiştir. Ortalama atak sayıları incelendiğinde, manik atak ortalaması $1,93 \pm 1,86$, depresif atak ortalaması $1,22 \pm 2,51$, hipomanik atak ortalaması $0,40 \pm 1,05$, karma atak ortalaması $0,15 \pm 0,51$ olarak belirlenmiştir. Hasta grubunda ilk depresif epizod yaşı $26,2 \pm 8,7$, ilk manik epizod yaşı $24,7 \pm 7,1$, ilk hipomanik epizod yaşı $28,5 \pm 8,3$, ilk karma epizod görülme yaşı $27,2 \pm 10,1$ olarak saptanmıştır. Hastaların %9,2'sinde atakların hızlı döngülü olduğu belirlenmiştir.

Bipolar hasta grubunun aldıkları tedaviler gözden geçirildiğinde hastaların sadece duygudurum dengeleyici, antipsikotik veya bunların ikisinin kombinasyonunu kullandığı, çoğunluğun duygudurum dengeleyici ile antipsikotik kombinasyonu kullandığı (%69,8), %15,9'unun yalnız duygudurum dengeleyici, %14,3'ünün antipsikotik monoterapisi aldığı saptanmıştır. Hasta grubunun %12,7'sine ataklardan en az birinde EKT(elektrokonvülsif terapi) uygulanmıştır. EKT tedavisi alan gruptaki hastalara ortalama $1,88 \pm 1,12$ epizotta EKT uygulandığı belirlenmiştir.

Hastaların psikiyatrik öyküleri değerlendirildiğinde hasta grubunun %6,3'ünde (n=4) Panik Bozukluk, %11,1'inde (n=7) Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %6,3'ünde (n=4) Obsesif Kompulsif Bozukluk, %1,6'sında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu öyküsü saptanmış olup toplam geçmiş psikiyatrik öykü oranı %21,5 (n=14) olarak belirlenmiştir. Bununla beraber hasta grubundaki hastalar çalışmaya alınmadan önceki son bir yıllık zaman diliminde aktif rahatsızlık belirtileri göstermeyip psikiyatrik bir tedavi de almıyorlardı. (Tablo 5 ve Tablo 6)

4.2. Hasta ve Kontrol Gruplarında İşlevsellik Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan hasta ve kontrol grubunun KİDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Hasta ve kontrol grubunun KİDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması

	Bipolar	KONTROL		
	Ort±Ss	Ort±Ss	p*	z
KİDÖ-Özerklik	2,57±2,84	0,78±1,53	0,000	-4,10
KİDÖ-Mİ	4,17±4,26	0,73±1,94	0,000	-5,14
KİDÖ-Bİ	5,49±11,08	1,52±2,24	0,007	-4,73
KİDÖ-MK	1,07±1,95	0,59±1,45	0,117	-1,18
KİDÖ-Kİ	2,90±3,11	0,96±1,83	0,000	-4,20
KİDÖ-BZE	2,93±1,88	1,54±1,59	0,000	-4,08
KİDÖ-Toplam	17,53±11,63	6,14±7,12	0,000	-6,72

İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu renk yazılmıştır, *Mann Whitney U testi, KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, Mİ: Mesleki İşlevsellik, Bİ: Bilişsel İşlevsellik, MK: Mali Konular, Kİ: Kişilerarası İlişkiler, BZE: Boş Zaman Etkinlikleri

KİDÖ(Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği)' ye göre değerlendirilen hasta grubu ve kontrol grubunun ortalama puanları karşılaştırıldığında, ölçeğin 6 alt maddesinden biri olan özerklik için hasta grubunda 2,57±2,84 puan ve kontrol grubunda 0,78±1,53 puan; mesleki işlevsellik hasta grubunda 4,17±4,26 ve kontrol grubunda 0,73±1,94 puan; bilişsel işlevsellik hasta grubunda 5,49±11,08 ve kontrol grubunda 1,52±2,24 puan; mali konulardaki işlevsellik hasta grubunda 1,07±1,95 ve kontrol grubunda 0,59±1,45 puan; kişilerarası ilişkiler hasta grubunda 2,90±3,11 ve kontrol grubunda 0,96±1,83 puan, boş zaman etkinlikleri hasta grubunda 2,93±1,88 ve kontrol grubunda 1,54±1,59 puan olarak belirlenmiştir. KİDÖ toplam test skoru incelendiğinde hasta grubunda ortalama 17,53±11,63 ve kontrol grubunda ortalama 6,14±7,12 puan olarak saptanmıştır. Ölçeğin özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt ölçeklerinde ve total ölçek skorunda kontrol grubu ile hasta grubu arasında karşılaştırma yapıldığında, hasta grubunda bu puanların istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır. (sırasıyla p değerleri; p=0,000, p=0,000, p=0,007, p=0,000, p=0,000, p=0,000) Mali konulardaki işlevsellik alt ölçeğinde ise anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,117) (Tablo 7)

Çalışmamızda katılan hasta ve kontrol grubunun KİDÖ kesme puanlarına göre karşılaştırılması Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Hasta ve kontrol grubunun KİDÖ kesme puanlarına göre karşılaştırılması

	BİPOLAR (n, %)	KONTROL (n, %)	p*	χ^2
Genel İşlevsellikte Bozulma				
Var	41, %65,1	6, %9,8	0,000	42,97
Yok	22, %34,9	55, %90,2		
Özerklikte Bozulma				
Var	40, %63,5	21, %34,4	0,001	10,48
Yok	23, %36,5	40, %65,6		
Mİ Bozulması				
Var	40, %63,5	14, %23	0,000	20,72
Yok	23, %36,5	47, %77		
Bİ Bozulması				
Var	44, %69,8	21, %34,4	0,000	15,59
Yok	19, %30,2	40, %65,6		
Mali Konularda Bozulma				
Var	17, %27	12, %19,7	0,336	0,93
Yok	46, %73	49, %80,3		
Kİ işlevsellikte Bozulma				
Var	31, %49,2	9, %14,8	0,000	17,41
Yok	32, %50,8	52, %85,2		
BZE Bozulma				
Var	40, %63,5	18, %29,5	0,000	14,38
Yok	23, %36,5	43, %70,5		

İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu renk yazılmıştır, *ki kare testi, Mİ: Mesleki İşlevsellik, Bİ: Bilişsel İşlevsellik, MK: Mali Konular, Kİ: Kişilerarası İlişkiler, BZE: Boş Zaman Etkinlikleri

KİDÖ toplam skoru ve alt ölçek skorlarının kesme puanına göre yapılan sınıflamada bipolar bozukluk grubunda önemli işlevsellik kaybı olan kişi sayısı, mali konular haricindeki bütün alt ölçeklerde ve genel işlevsellikte kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla bulunmuştur (Tablo 8).

4.3. Hasta ve Kontrol Gruplarında Bağlanma Stilleri Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda hasta ve kontrol gruplarında bağlanma stilleri puanlarının karşılaştırılması Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Hasta ve kontrol grubunun İÖA ortalama puanlarının karşılaştırılması

	BİPOLAR	KONTROL		
	Ort±Ss	Ort±Ss	p*	z
İÖA-Güvenli	4,26±1,09	4,71±0,90	0,013	-2,68
İÖA-Korkulu	3,40±1,36	3,47±1,25	0,778	-0,57
İÖA-Kayıtsız	4,33±1,45	3,97±1,06	0,118	-1,48
İÖA-Saplantılı	3,55±1,21	3,49±0,93	0,767	-0,19

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi, İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu renk yazılmıştır, *Mann Whitney U testi

İlişki Ölçekleri Anketi kullanılarak bağlanma stilleri araştırılan bipolar bozukluk hastalarının güvenli bağlanma puan ortalamaları 4,26±1,09, korkulu bağlanma puan ortalamaları 3,40±1,36, kayıtsız bağlanma puan ortalamaları 4,33±1,45, saplantılı bağlanma puan ortalamaları ise 3,55±1,21 olarak hesaplandı. Kontrol grubunda ise güvenli bağlanma puan ortalamaları 4,71±0,90, korkulu bağlanma puan ortalamaları 3,47±1,25, kayıtsız bağlanma puan ortalamaları 3,97±1,06, saplantılı bağlanma puan ortalamaları 3,49±0,93 olduğu görüldü. Hasta grubuyla kontrol grubu arasında güvenli bağlanma açısından anlamlı fark olduğu, kontrol grubunda güvenli bağlanma puanlarının istatistiki olarak önemli derecede daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0,013). Korkulu bağlanma , kayıtsız bağlanma ve saplantılı bağlanma puanları açısından istatistiksel anlamlı fark gözlenmedi (sırasıyla p değerleri; p=0,778, p=0,118, p=0,767) (Tablo 9)

Tablo 10. Hasta ve kontrol grubunun baskın bağlanma biçimine göre karşılaştırılması

	BİPOLAR	KONTROL		
	n, %	n, %	p	χ²
İÖA- Güvenli	20, %31,7	35, %57,3	0,004	8,24
İÖA-Korkulu	8, %12,7	8, %13,1	0,945	0,01
İÖA- Kayıtsız	28, %44,4	16, %26,2	0,034	4,49
İÖA- Saplantılı	7, %11,1	2, %3,3	0,093	2,82

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi, İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu renk yazılmıştır, *ki kare testi

Katılımcıların İlişki Ölçekleri Anketinin alt ölçeklerinden aldıkları en yüksek puana göre dört bağlanma biçiminden birisine atandığı sınıflandırma sonrasında bipolar bozukluk grubunda 20 kişinin(%31,7) güvenli, 8 kişinin (%12,7) korkulu, 28

kişinin(%44,4) kayıtsız, 7 kişinin(%11,1) saplantılı bağlandığı, kontrol grubunda 35 kişinin(%57,3) güvenli, 8 kişinin(%13,1) korkulu, 16 kişinin(%26,2) kayıtsız, 2 kişinin saplantılı(%3,3) bağlandığı saptanmıştır. Bu sonuçlara göre güvenli bağlanma ve kayıtsız bağlanma açısından iki grup arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmuştur. Güvenli bağlanma istatistiki olarak anlamlı düzeyde kontrol grubunda daha fazla kişide saptanırken, kayıtsız bağlanma hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla gözlenmekteydi. Korkulu bağlanma ve saplantılı bağlanma arasında ise iki grup arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmamıştır (Tablo 10).

4.4. Hasta ve Kontrol Gruplarında ÇÇTÖ (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği) Puanlarının Değerlendirilmesi.

Tablo 11. Hasta ve kontrol grubunun ÇÇTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	BİPOLAR	KONTROL		
	Ort±Ss	Ort±Ss	p*	z
ÇÇTÖ-Dis	7,98±4,14	6,52±2,68	0,024	-2,25
ÇÇTÖ -Fis	6,09±2,86	5,49±2,34	0,038	-2,08
ÇÇTÖ -Cis	5,41±1,07	5,09±0,65	0,011	-2,55
ÇÇTÖ -Fih	8,14±2,87	7,16±2,54	0,033	-2,13
ÇÇTÖ -Dih	10,88±4,84	8,98±3,76	0,023	-2,27
ÇÇTÖ -Toplam	38,55±11,54	33,26±8,66	0,002	-3,08

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Dis: Duygusal İstismar, Fis: Fiziksel İstismar, Cis: Cinsel İstismar, Fih: Fiziksel İhmal, Dih: Duygusal İhmal, İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu renk yazılmıştır, *Mann Whitney U testi

Bipolar affektif bozukluk hastalarının ve kontrol grubunun ÇÇTÖ puanları fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve fiziksel, duygusal ihmal ve toplam puan olmak üzere 6 kategoride incelendi ve karşılaştırmaları yapıldı. Bipolar affektif bozukluk hastaları ve kontrol grubu arasında ÇÇTÖ toplam puanı ve bütün alt ölçekler açısından istatistiki olarak anlamlı fark bulundu. Bipolar affektif bozukluk hastalarının kontrol grubuna göre tüm ÇÇTÖ alt ölçeklerinin skorlarında ve ÇÇTÖ toplam skorlarında daha yüksek puan aldıkları belirlendi. (Tablo 11)

Şar ve arkadaşları cinsel istismar ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılması, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puanın aşılmasının, duygusal ihmal için 12

puanın aşılmasının, toplam puan için 35 puanın aşılmasının pozitif bildirim olarak sayılabileceğini önermektedir(171). Bu bilgiler ışığında katılımcıların kesme puanlarına göre verileri Tablo 12’de özetlenmiştir.

Tablo 12. Hasta ve kontrol grubunun ÇÇTÖ kesme puanlarına göre travmaya uğramış olma oranlarının karşılaştırılması

	BİPOLAR (n, %)	KONTROL (n, %)	p*	χ^2
ÇÇTÖ-Dis	25, %39,7	12, %19,7	0,015	5,92
ÇÇTÖ-Fis	17, %27	7, %11,5	0,029	4,78
ÇÇTÖ-Cis	11, %17,5	2, %10,5	0,010	6,64
ÇÇTÖ-Fih	36, %57,1	23, %37,7	0,030	4,70
ÇÇTÖ-Dih	23, %36,5	10, %16,4	0,011	6,42
ÇÇTÖ-Toplam	36, %57,1	18, %29,5	0,002	9,63

ÇÇTÖ (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği), İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu renk yazılmıştır, *ki kare testi

Hasta grubunun %57,1’inin çocukluk çağında travmaya maruz kaldığı söylenebilir. Hastaların %57,1’inde fiziksel ihmal, %39,7’sinde duygusal istismar, %36,5’sinde duygusal ihmal, %27’sinde fiziksel istismar ve %17,5’inde cinsel istismar saptanmıştır. Kontrol grubunun %29,5’inin çocukluk çağında travmaya maruz kaldığı bulunmuştur. Sağlıklı kontrollerin %37,7’sinde fiziksel ihmal, %11,5’inde fiziksel istismar, %19,7’sinde duygusal istismar, %16,4’ünde duygusal ihmal ve %10,5’inde cinsel istismar saptanmıştır. Kesme puanına göre yapılan karşılaştırmalarda hasta grubundaki travmaya maruz kalan kişi sayısı ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal alt ölçeklerinin hepsinde kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.(Tablo 12)

4.5. Hasta ve Kontrol Gruplarında İOTÖ (İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği) Puanlarının Değerlendirilmesi

Bipolar affektif bozukluk hastalarının ve kontrol grubunun İOTÖ puanları mükemmeliyetçi tutum, onaylanma ihtiyacı, bağımsız tutum, değişken tutum ve toplam puan olmak üzere 5 kategoride değerlendirildi. (Tablo 13)

Tablo 13. Hasta ve kontrol grubunun İOTÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması

	BİPOLAR	KONTROL		
	Ort±Ss	Ort±Ss	p*	z
İOTÖ-MT	54,3±20,6	48,5±17,8	0,100	-1,47
İOTÖ-Oİ	42,3±12,6	36,9±9,6	0,008	-2,43
İOTÖ-BT	26,4±8,2	21,9±8,5	0,003	-2,89
İOTÖ-DT	20,3±6,3	18,6±4,8	0,103	-1,64
İOTÖ-Toplam	143,1±35,1	126±28,8	0,004	-2,79

İOTÖ: İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği, MT: Mükemmeliyetçi Tutum, Oİ: Onaylanma İhtiyacı, BT: Bağımsız Tutum, DT: Değişken Tutum, İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu renk yazılmıştır, *Mann Whitney U testi

Mükemmeliyetçi tutum için hasta grubu puan ortalaması 54,3±20,6 ve kontrol grubu ortalaması 48,5±17,8; onaylanma ihtiyacı için hasta grubu ortalaması 42,3±12,6 puan ve kontrol grubu ortalaması 36,9±9,6 puan; bağımsız tutum için hasta grubu puan ortalaması 26,4±8,2 ve kontrol grubu ortalaması 21,9±8,5 puan; değişken tutum için hasta grubu ortalaması 20,3±6,3 puan ve kontrol grubu ortalaması 18,6±4,8 puan; İOTÖ toplam puan ortalaması hasta grubunda 143,1±35,1 ve kontrol grubunda 126±28,8 puan olarak belirlendi.

Bipolar affektif bozukluk hastaları ve kontrol grubu arasında mükemmeliyetçi tutum ve değişken tutum puanları açısından anlamlı istatistiksel fark yoktu. Onaylanma ihtiyacı, bağımsız tutum ve İOTÖ toplam puanları iki grup arasında karşılaştırıldığında, bu puanların hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gözlemlendi.(Tablo 13)

4.6. Bipolar Bozukluk Hastaları ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Affektif Mizaç Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 14. Hasta ve kontrol grubunun TEMPS-A ortalama puanlarının karşılaştırılması

	BİPOLAR	KONTROL		
	Ort±Ss	Ort±Ss	p*	z
TEMPS-A depresif	6,6±3,5	5,1±2,9	0,014	-2,34
TEMPS-A siklotimik	7,2±4,9	4,7±4,1	0,002	-2,96
TEMPS-A hipertimik	9,7±4,9	8,4±4,4	0,131	-1,51
TEMPS-A irritable	2,9±3,3	2,2±2,4	0,185	-0,62
TEMPS-A anksiyöz	6,4±6,0	4,2±4,5	0,022	-1,79

TEMPS-A: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego –Autoquestionnaire, İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu renk yazılmıştır, *Mann Whitney U testi

TEMPS-A ölçeği ile değerlendirilen her iki grubun affektif mizaç puanları gözden geçirildiğinde; depresif mizaç için hasta grubunda puan ortalaması $6,6\pm3,5$ puan ve kontrol grubunda $5,1\pm2,9$ puan; siklotimik mizaç için hasta grubunda puan ortalaması $7,2\pm4,9$ puan ve kontrol grubunda $4,7\pm4,1$ puan; hipertimik mizaç için hasta grubunda puan ortalaması $9,7\pm4,9$ puan ve kontrol grubunda $8,4\pm4,4$ puan; irritable mizaç için hasta grubunda puan ortalaması $2,9\pm3,3$ puan ve kontrol grubunda $2,2\pm2,4$ puan; anksiyöz mizaç için hasta grubunda puan ortalaması $6,4\pm6,0$ puan ve kontrol grubunda $4,2\pm4,5$ puan olarak hesaplandı. Bipolar affektif bozukluk hastaları ve kontrol grubu arasında hipertimik ve irritabl mizaçlar açısından anlamlı istatistiksel fark yoktu. Depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç ortalama puanları karşılaştırıldığında, hasta grubunda bu puanların kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gözlemlendi. (Tablo 14)

4.7. Korelasyon Analizleri

4.7.1. Hasta Grubunun Klinik Özelliklerinin Ölçeklerle Korelasyonu

Hasta grubunda bipolar bozukluğun başlangıç yaşı, hastalık süresi, yatış sayısı ve intihar girişimi sayısı ile Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, KİDÖ, İÖA, ÇÇTÖ, İOTÖ ve TEMPS-A puanlarının korelasyonuna bakıldı. (Tablo 14) Yaş, eğitim yılı ve cinsiyet ile Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, KİDÖ, İÖA, ÇÇTÖ, İOTÖ ve TEMPS-A puanlarının korelasyonu incelendi. (Tablo 15)

Tablo 15. Hasta grubunda Klinik Özelliklerin HDDÖ, YMDÖ, KİDÖ, İÖA, ÇÇTÖ, İOTÖ ve TEMPS-A ölçekleri ile korelasyonu-1

		Depresif Atak Sayısı	Manik Atak Sayısı	Karma Atak Sayısı	Hipomanik Atak Sayısı	Toplam Atak Sayısı	Psikotik Belirti	HDDÖ	YMDÖ	Başlangıç Yaşı	Hastalığın Süresi	Yatış Sayısı	İntihar Girişimi Sayısı
Manik Atak Sayısı	rho	-0,023											
	p	0,856											
Karma Atak Sayısı	rho	-0,023	-,268*										
	p	0,856	0,034*										
Hipomanik tak Sayısı	rho	,519**	-0,355**	-0,061									
	p	0,000**	0,004**	0,636									
Toplam Atak Sayısı	rho	,662**	,437**	-0,034	,425**								
	p	0,000**	0,000**	0,794	0,001**								
Psikotik Belirti	rho	-0,163	0,499**	-0,011	-0,365**	0,037							
	p	0,202	0,000**	0,929	0,003**	0,774							
HDDÖ	rho	0,066	,255*	0,087	-0,052	0,186	0,045						
	p	0,608	0,044*	0,496	0,687	0,145	0,726						
YMDÖ	rho	0,217	0,157	-0,017	0,102	,296*	0,134	0,125					
	p	0,088	0,219	0,893	0,426	0,018*	0,295	0,330					
Başlangıç Yaşı	rho	0,066	0,003	-0,044	0,089	0,106	0,030	-0,042	0,093				
	p	0,605	0,982	0,729	0,489	0,407	0,814	0,743	0,468				
Hastalığın Süresi	rho	,268*	,320*	0,008	,291*	,632**	0,196	0,119	,265*	0,180			
	p	0,034*	0,010**	0,950	0,021*	0,000**	0,124	0,354	0,036*	0,158			
Yatış Sayısı	rho	0,003	,692**	-0,022	-,267*	,322*	0,419**	,269*	0,139	0,056	,328**		
	p	0,983	0,000**	0,862	0,034*	0,010**	0,001**	0,033*	0,278	0,664	0,009**		
İntihar Girişimi Sayısı	rho	0,082	-0,081	0,103	0,098	-0,054	0,143	0,207	0,148	-0,127	-0,077	-0,025	
	p	0,525	0,528	0,424	0,445	0,673	0,262	0,104	0,248	0,319	0,548	0,845	
KİDÖ-Öz	rho	0,069	-0,042	-0,030	0,124	0,000	0,018	,270*	-0,032	-0,189	-0,004	0,001	0,140
	p	0,592	0,745	0,817	0,332	0,997	0,887	0,033*	0,804	0,138	0,973	0,991	0,273

Tablo 15. (Devamı)

KİDÖ-Mİ	rho	0,164	0,206	-0,103	-0,072	0,131	0,097	,453**	0,101	-,270*	0,037	0,152	0,193
	p	0,199	0,105	0,421	0,573	0,305	0,447	0,000**	0,432	0,033*	0,772	0,235	0,130
KİDÖ-Bİ	rho	0,057	0,038	0,001	0,108	0,047	0,155	0,131	0,115	-0,110	0,033	0,012	-0,103
	p	0,657	0,768	0,994	0,398	0,713	0,224	0,307	0,369	0,390	0,795	0,925	0,423
KİDÖ-MK	rho	-0,022	-0,186	,251*	0,208	-0,042	-0,051	-0,179	,323**	0,046	0,006	-0,220	-0,072
	p	0,864	0,145	0,047*	0,101	0,744	0,691	0,162	0,010**	0,722	0,963	0,083	0,573
KİDÖ-Kİ	rho	0,027	0,113	0,084	0,010	0,078	0,128	,270*	0,043	-,315*	-0,088	0,091	,300*
	p	0,837	0,382	0,515	0,938	0,546	0,323	0,034*	0,740	0,013*	0,496	0,481	0,018*
KİDÖ-BZE	rho	-0,073	0,058	0,103	-0,023	-0,077	0,226	,303*	-0,014	-0,070	0,015	0,053	,329**
	p	0,572	0,650	0,420	0,858	0,547	0,075	0,016*	0,912	0,587	0,909	0,681	0,008**
KİDÖ-TOPLAM	rho	0,038	0,049	0,016	-0,061	-0,013	0,130	,367**	0,120	-0,235	-0,038	-0,008	0,181
	p	0,770	0,706	0,900	0,636	0,919	0,312	0,003**	0,349	0,064	0,766	0,951	0,155
İÖA-GÜVENLİ	rho	-0,120	-0,019	0,212	-0,161	-0,138	0,124	-0,101	-0,054	-0,125	-0,176	0,067	-0,005
	p	0,350	0,883	0,095	0,209	0,280	0,334	0,430	0,675	0,328	0,167	0,601	0,967
İÖA-KORKULU	rho	0,221	0,020	0,141	0,025	0,229	0,040	,250*	,412**	0,197	0,099	0,064	0,056
	p	0,082	0,877	0,270	0,848	0,071	0,755	0,049*	0,001**	0,122	0,441	0,620	0,661
İÖA-KAYITSIZ	rho	-0,093	-0,011	0,220	-0,101	0,010	0,239	0,091	0,000	0,113	0,100	0,091	0,098
	p	0,468	0,933	0,084	0,430	0,940	0,060	0,478	0,997	0,379	0,435	0,477	0,445
İÖA-SAPLANTILI	rho	0,221	-0,073	0,087	0,272	0,196	0,102	0,032	0,084	-0,237	0,136	-0,201	,267*
	p	0,081	0,569	0,499	0,5031	0,123	0,428	0,802	0,514	0,061	0,289	0,114	0,034*
ÇÇTÖ-DİS	rho	0,042	0,032	0,047	0,048	0,122	0,215	0,091	0,233	-0,061	0,169	-0,005	0,231
	p	0,743	0,805	0,715	0,710	0,339	0,090	0,479	0,066	0,633	0,187	0,971	0,069
ÇÇTÖ-FİS	rho	0,021	0,038	0,120	0,115	0,147	0,179	-0,052	,249*	-0,028	0,112	0,004	,254*
	p	0,871	0,767	0,347	0,371	0,249	0,160	0,684	0,049*	0,828	0,381	0,976	0,045*
ÇÇTÖ-CİS	rho	0,028	-0,011	0,088	0,003	-0,024	0,032	0,078	0,117	-0,121	-0,015	-0,004	,383**
	p	0,830	0,934	0,492	0,983	0,854	0,802	0,543	0,360	0,344	0,908	0,972	0,002**
ÇÇTÖ-FİH	rho	0,092	0,018	0,135	-0,082	0,062	0,156	0,239	,335**	0,117	0,027	0,146	0,145
	p	0,476	0,890	0,293	0,525	0,628	0,222	0,060	0,007**	0,359	0,834	0,253	0,258
ÇÇTÖ-DİH	rho	0,098	0,074	0,158	-0,204	0,037	0,139	0,168	0,192	0,168	0,054	0,094	0,079
	p	0,445	0,562	0,218	0,109	0,774	0,278	0,189	0,131	0,189	0,676	0,465	0,539

Tablo 15. (Devamı)

ÇÇTÖ-TOPLAM	rho	0,076	0,031	0,111	-0,088	0,074	0,193	0,188	,279*	0,057	0,084	0,036	0,203
	p	0,552	0,807	0,385	0,494	0,565	0,129	0,141	0,027*	0,657	0,512	0,779	0,111
İOTÖ-MT	rho	0,148	0,100	0,064	0,084	,293*	0,132	,253*	,399**	-0,058	0,123	0,057	0,208
	p	0,248	0,438	0,619	0,514	0,020*	0,302	0,045*	0,001**	0,652	0,338	0,657	0,102
İOTÖ-Oİ	rho	0,134	-0,004	0,164	0,183	,294*	0,153	0,077	,265*	-0,003	0,204	0,041	,316*
	p	0,296	0,974	0,198	0,151	0,019*	0,233	0,547	0,036*	0,979	0,109	0,751	0,012*
İOTÖ-BT	rho	0,117	-0,098	0,211	0,015	0,052	0,109	-0,066	-0,168	0,100	0,173	0,108	0,163
	p	0,361	0,446	0,097	0,909	0,685	0,394	0,608	0,188	0,437	0,174	0,399	0,203
İOTÖ-DT	rho	0,119	-0,171	0,116	0,089	0,075	0,059	0,112	-0,043	0,030	0,052	-0,035	0,018
	p	0,351	0,181	0,367	0,487	0,558	0,648	0,384	0,738	0,816	0,685	0,788	0,889
İOTÖ-TOPLAM	rho	0,191	0,017	0,144	0,183	,340**	0,136	0,173	,285*	-0,003	,252*	0,090	,294*
	p	0,134	0,894	0,262	0,152	0,006**	0,289	0,174	0,023*	0,981	0,047*	0,484	0,019*
TEMPSA-DEPRESİF	rho	0,146	0,008	0,105	0,086	0,159	0,271*	,342**	0,175	-0,030	0,140	0,045	0,230
	p	0,254	0,948	0,411	0,501	0,212	0,032*	0,006**	0,170	0,816	0,275	0,724	0,070
TEMPSA-İKLOTİMİK	rho	0,203	0,029	0,164	0,133	0,246	0,237	,280*	0,159	-0,117	0,241	0,091	0,133
	p	0,111	0,824	0,198	0,299	0,052	0,061	0,026*	0,213	0,360	0,057	0,476	0,300
TEMPSA-İPERTİMİK	rho	-0,092	0,180	0,063	0,043	0,210	0,205	-0,012	0,065	-0,037	,264*	0,191	-0,114
	p	0,475	0,159	0,623	0,738	0,099	0,106	0,925	0,611	0,774	0,037*	0,135	0,374
TEMPSA-İRRİTABLE	rho	0,064	0,036	0,095	0,063	0,112	0,200	0,172	,344**	0,095	0,244	0,059	-0,015
	p	0,617	0,779	0,460	0,622	0,381	0,116	0,178	0,006**	0,459	0,054	0,646	0,906
TEMPSA-ANKSİYÖZ	rho	0,122	0,062	-0,040	0,017	0,140	0,129	,301*	,350**	0,053	0,094	-0,009	0,079
	p	0,343	0,631	0,758	0,895	0,274	0,313	0,016*	0,005**	0,682	0,462	0,942	0,538

Tablo 16. Hasta grubunda Klinik Özelliklerin HDDÖ, YMDÖ, KİDÖ, İÖA, ÇÇTÖ, İOTÖ ve TEMPS-A ölçekleri ile korelasyonu - 2

		Hastanın Yaşı	Eğitim Yılı	Remisyon Süresi
Hastanın Yaşı	rho	1	-0,092	0,451
	p	.	0,474	0,000
Eğitim Yılı	rho	-0,092	1	-0,091
	p	0,474	.	0,478
Remisyon Süresi	rho	0,451	-0,091	1
	p	0,000	0,478	.
Manik Atak Sayısı	rho	0,298*	-0,081	-0,122
	p	0,018*	0,527	0,340
Depresif Atak Sayısı	rho	0,296*	0,168	-0,001
	p	0,018*	0,187	0,991
Karma Atak Sayısı	rho	-0,068	0,133	0,040
	p	0,596	0,300	0,753
Hipomanik Atak Sayısı	rho	0,253*	0,097	0,015
	p	0,045*	0,450	0,908
Toplam Atak Sayısı	rho	0,594**	0,041	0,014
	p	0,000**	0,752	0,912
Psikotik Belirti	rho	0,135	-0,129	0,143
	p	0,292	0,315	0,264
HDDÖ	rho	0,097	-0,068	-0,155
	p	0,451	0,597	0,226
YMDÖ	rho	0,369**	-0,082	0,116
	p	0,003**	0,521	0,365
Başlangıç Yaşı	rho	0,617**	-0,208	0,250*
	p	0,000**	0,102	0,048*
Hastalığın Süresi	rho	0,762**	0,129	0,366**
	p	0,000**	0,315	0,003**
Yatış Sayısı	rho	0,397**	-0,265*	-0,013
	p	0,001**	0,036*	0,919
İntihar Girişimi Sayısı	rho	-0,176	0,069	-0,146
	p	0,167	0,591	0,254
KİDÖ-Öz	rho	-0,146	-0,241	-0,050
	p	0,254	0,057	0,697
KİDÖ-Mİ	rho	-0,062	-0,133	0,026
	p	0,628	0,297	0,841
KİDÖ-Bİ	rho	0,000	-0,096	-0,078
	p	0,998	0,453	0,546
KİDÖ-MK	rho	-0,053	0,127	-0,047
	p	0,682	0,321	0,715

Tablo 16. (Devamı)

KİDÖ-Kİ	rho	-0,160	-0,073	-0,198
	p	0,213	0,572	0,122
KİDÖ-BZE	rho	-0,039	-0,276*	0,037
	p	0,761	0,029*	0,776
KİDÖ-TOPLAM	rho	-0,136	-0,257*	-0,075
	p	0,286	0,042*	0,557
İÖA-GÜVENLİ	rho	-0,200	0,391**	-0,375**
	p	0,116	0,002**	0,002**
İÖA-KORKULU	rho	0,243	0,004	0,169
	p	0,055	0,974	0,186
İÖA-KAYITSIZ	rho	0,081	0,045	0,149
	p	0,530	0,726	0,243
İÖA-SAPLANTILI	rho	-0,041	0,220	-0,017
	p	0,749	0,083	0,896
ÇÇTÖ-DİS	rho	0,061	0,105	-0,102
	p	0,635	0,411	0,425
ÇÇTÖ-FİS	rho	0,064	0,132	-0,048
	p	0,621	0,302	0,708
ÇÇTÖ-CİS	rho	-0,123	0,180	-0,190
	p	0,336	0,158	0,135
ÇÇTÖ-FİH	rho	0,186	-0,063	0,030
	p	0,144	0,623	0,816
ÇÇTÖ-DİH	rho	0,256*	0,055	0,128
	p	0,043*	0,671	0,317
ÇÇTÖ-TOPLAM	rho	0,179	0,064	0,050
	p	0,162	0,619	0,699
İÖTÖ-MT	rho	0,075	-0,078	-0,078
	p	0,558	0,545	0,541
İÖTÖ-Oİ	rho	0,098	0,030	-0,075
	p	0,446	0,817	0,560
İÖTÖ-BT	rho	0,061	0,244	0,021
	p	0,634	0,054	0,870
İÖTÖ-DT	rho	0,027	0,398**	0,101
	p	0,834	0,001**	0,433
İÖTÖ-TOPLAM	rho	0,136	0,063	-0,051
	p	0,287	0,623	0,691
TEMPSA-DEPRESİF	rho	0,053	-0,133	-0,018
	p	0,680	0,298	0,889
TEMPSA-SİKLOTİMİK	rho	0,075	0,042	-0,114
	p	0,561	0,745	0,374
TEMPSA-HİPERTİMİK	rho	0,161	0,133	-0,021
	p	0,207	0,300	0,872
TEMPSA-İRRİTABLE	rho	0,232	-0,054	0,080
	p	0,067	0,677	0,535
TEMPSA-ANKSİYÖZ	rho	0,140	-0,128	0,066
	p	0,273	0,319	0,606

Hasta grubunun hastalık başlangıç yaşı ile KİDÖ- Mesleki İşlevsellik ve KİDÖ- Kişilerarası İlişkiler alt ölçekleri arasında negatif yönde korelasyon bulundu (sırasıyla p değerleri; $p=0,033$, $p=0,013$). Hastalık süresi ile İOTÖ toplam puanı ve TEMPS-A Hipertimik mizaç alt ölçeği arasında pozitif yönde korelasyon bulundu (sırasıyla p değerleri; $p=0,047$, $p=0,037$). Yatış sayısı ile adı geçen ölçekler arasında korelasyon saptanmadı. İntihar girişimi sayısı ile KİDÖ- Kişilerarası İlişkiler ve KİDÖ- Boş zaman etkinlikleri alt ölçekleri, İÖA- saplantılı alt ölçeği, ÇÇTÖ fiziksel istismar ve cinsel istismar alt ölçekleri, İOTÖ onaylanma ihtiyacı alt ölçeği ve İOTÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla p değerleri; $p=0,018$, $p=0,008$, $p=0,034$, $p=0,045$, $p=0,002$, $p=0,012$, $p=0,019$)

Ortalama manik atak sayısı, ortalama depresif atak sayısı ve ortalama hipomanik atak sayısı atak sayısı ile ölçekler arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. Ortalama karma atak sayısı ile KİDÖ'nin mali konular alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. Toplam atak sayısı ile İOTÖ onaylanma ihtiyacı ve İOTÖ mükemmeliyetçi tutum alt ölçeği ile İOTÖ toplam puanı arasında pozitif yönde korelasyon bulundu (sırasıyla p değerleri; $p=0,019$, $p=0,020$, $p=0,006$). Psikotik belirti öyküsü olan ortalama hasta sayısı ile TEMPS-A depresif alt ölçeği arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptandı ($p=0,032$).

Hasta grubunda yaş ile ortalama manik atak sayısı, ortalama depresif atak sayısı, ortalama hipomanik atak sayısı, ortalama toplam atak sayısı, YMDÖ puanı, hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın süresi, yatış sayısı ve ÇÇTÖ-duygusal ihmal alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı.(sırasıyla $p=0,018$; $p=0,018$; $p=0,045$; $p=0,000$; $p=0,003$; $p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,001$; $p=0,000$; $p=0,043$)

Eğitim yılı ile İÖA- güvenli bağlanma alt ölçeği ve İÖTO- değişken tutum alt ölçekleri arasında pozitif yönde(sırasıyla $p=0,002$; $p=0,001$) korelasyon saptanmıştır. Bununla beraber yatış sayısı, KİDÖ'nin boş zaman etkinlikleri alt ölçeği ve KİDÖ toplam skoru arasında negatif yönde(sırasıyla $p=0,036$; $p=0,029$; $p=0,042$) anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Remisyon süresi ile hastalığın başlangıç yaşı ve hastalığın süresi arasında pozitif yönde (sırasıyla $p=,048$; $p=0,003$) ilişki bulunmuştur. Remisyon süresi ile İÖA ölçeğinin güvenli bağlanma alt ölçeği arasında negatif yönde ($p=0,002$) anlamlı korelasyon bulundu.

Bipolar affektif bozukluk grubunda Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği ile KİDÖ'nin özerklik, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler, boş zaman etkinlikleri alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu. HDDÖ puanları ile KİDÖ- toplam skoru, İÖA-korkulu alt ölçeği, İOTÖ-mükemmeliyetçi tutum alt ölçeği, TEMPS-A depresif, siklotimik ve anksiyöz alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı.

Yine bipolar bozukluk grubunda Young Mani Derecelendirme Ölçeği ile KİDÖ'nin mali konular alt ölçeği, İÖA ölçeğinin korkulu bağlanma alt ölçeği, ÇÇTÖ ölçeğinin fiziksel ihmal ve fiziksel istismar alt ölçekleri ile ÇÇTÖ toplam puanı, İOTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum, onaylanma ihtiyacı ve İOTÖ toplam puanları, TEMPS-A irritabl ve anksiyöz puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. (sırasıyla $p=0,010$; $p=0,001$; $p=0,007$; $p=0,049$; $p=0,027$; $p=0,001$; $p=0,036$; $p=0,023$; $p=0,006$; $p=0,005$) (Tablo 15 ve Tablo 16)

4.7.2. ÇÇTÖ, İÖA, İOTÖ, TEMPS-A ölçeklerinin KİDÖ ile Korelasyon Analizi

Çalışmamıza katılan hasta grubunda ÇÇTÖ, İÖA, İOTÖ, TEMPS-A ölçeklerinin KİDÖ ile korelasyonu incelendi (Tablo 17).

Tablo 17. Hasta grubunda ÇÇTÖ, İÖA, İOTÖ, TEMPS-A ölçeklerinin KİDÖ ile Korelasyonu

		KİDÖ- ÖZERKLİK	KİDÖ- Mİ	KİDÖ- Bİ	KİDÖ- MK	KİDÖ- Kİ	KİDÖ- BZE	KİDÖ- TOPLAM
KİDÖ-Mİ	rho	,545**						
	p	0,000**						
KİDÖ-Bİ	rho	0,197	,447**					
	p	0,121	0,000**					
KİDÖ-MK	rho	-0,043	-0,080	0,093				
	p	0,735	0,533	0,470				
KİDÖ-Kİ	rho	,433**	,533**	,362**	0,020			
	p	0,000**	0,000**	0,004**	0,875			
KİDÖ-BZE	rho	,395**	,389**	,318*	-0,106	,490**		
	p	0,001**	0,002**	0,011*	0,407	0,000**		
KİDÖ- TOPLAM	rho	,636**	,797**	,628**	0,066	,666**	,625**	
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,605	0,000**	0,000**	
İÖA- GÜVENLİ	rho	-,413**	-,299*	-0,198	0,195	-0,046	-0,185	-,297*
	p	0,001**	0,017*	0,121	0,125	0,724	0,148	0,018*
İÖA- KORKULU	rho	-0,059	0,217	0,246	0,084	0,217	0,053	0,240
	p	0,645	0,087	0,052	0,511	0,091	0,677	0,058
İÖA- KAYITSIZ	rho	0,044	0,013	0,016	-0,069	0,096	0,050	0,046
	p	0,733	0,920	0,901	0,590	0,457	0,696	0,722
İÖA- SAPLANTILI	rho	0,178	0,044	0,142	0,076	0,220	0,086	0,134
	p	0,163	0,732	0,267	0,555	0,086	0,505	0,295
ÇÇTÖ-DİS	rho	0,149	0,187	0,188	0,145	,283*	0,015	0,182
	p	0,243	0,142	0,140	0,257	0,026*	0,904	0,154
ÇÇTÖ-FİS	rho	-0,019	0,023	0,043	,250*	0,126	-0,082	0,039
	p	0,883	0,857	0,739	0,048*	0,328	0,523	0,759
ÇÇTÖ-CİS	rho	-0,014	0,029	-0,148	0,089	,257*	-0,076	0,016
	p	0,915	0,819	0,248	0,488	0,043*	0,554	0,903
ÇÇTÖ-FİH	rho	0,061	-0,012	-0,149	-0,103	-0,006	-0,139	-0,009
	p	0,637	0,929	0,245	0,423	0,966	0,279	0,945
ÇÇTÖ-DİH	rho	0,082	0,153	0,040	-0,178	0,071	-0,066	0,139
	p	0,522	0,231	0,753	0,163	0,581	0,606	0,279
ÇÇTÖ- TOPLAM	rho	0,101	0,154	0,019	-0,045	0,141	-0,120	0,110
	p	0,431	0,228	0,882	0,728	0,274	0,347	0,390

Tablo 17. (Devamı)

İOTÖ-MT	rho	0,218	,256*	0,196	0,109	,323*	0,165	,369**
	p	0,086	0,043*	0,125	0,395	0,010**	0,197	0,003**
İOTÖ-Oİ	rho	0,155	0,124	0,107	,261*	,286*	0,162	0,238
	p	0,224	0,334	0,404	0,039*	0,024*	0,204	0,060
İOTÖ-BT	rho	-0,182	-0,185	-0,124	-0,076	-0,020	-0,115	-0,181
	p	0,153	0,148	0,334	0,556	0,877	0,368	0,156
İOTÖ-DT	rho	-0,192	-0,046	0,069	-0,016	-0,026	-0,149	-0,129
	p	0,132	0,721	0,592	0,900	0,839	0,243	0,315
İOTÖ-TOPLAM	rho	0,105	0,157	0,149	0,161	,262*	0,116	0,241
	p	0,415	0,218	0,243	0,206	0,040*	0,366	0,057
TEMPSA-DEPRESİF	rho	,425**	,324**	,445**	0,082	,262*	0,241	,475**
	p	0,001**	0,010**	0,000**	0,522	0,040*	0,057	0,000**
TEMPSA-SİKLOTİMİK	rho	,331**	0,228	,387**	0,101	,385**	0,217	,393**
	p	0,008**	0,073	0,002**	0,433	0,002**	0,088	0,001**
TEMPSA-HİPERTİMİK	rho	-0,244	-0,243	-,259*	0,117	-0,140	-0,201	-,325**
	p	0,054	0,055	0,040*	0,362	0,276	0,114	0,009**
TEMPSA-İRRİTABLE	rho	0,190	0,103	0,154	,301*	0,238	0,185	,293*
	p	0,137	0,421	0,229	0,017*	0,063	0,147	0,020*
TEMPSA-ANKSİYÖZ	rho	0,246	,366**	,490**	0,204	,353**	0,220	,533**
	p	0,052	0,003**	0,000**	0,110	0,005**	0,083	0,000**

İlişki Ölçekleri Anketinin güvenli bağlanma alt ölçeği ile KİDÖ'nin özerklik, mesleki işlevsellik alt ölçekleri ve KİDÖ- toplam skoru arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptandı. ÇÇTÖ ölçeğinin duygusal istismar ve cinsel istismar alt ölçekleri ile KİDÖ'nin kişilerarası ilişkiler alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. ÇÇTÖ ölçeğinin fiziksel istismar alt ölçeği ile KİDÖ'nin Mali konular alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. İOTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum alt ölçeği ile KİDÖ'nin mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler alt ölçekleri ve KİDÖ- toplam skoru arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. İOTÖ'nin onaylanma ihtiyacı alt ölçeği ile KİDÖ'nin mali konular ve kişilerarası ilişkiler alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu. İOTÖ'nin bağımsız tutum ve değişken tutum alt ölçekleri ile KİDÖ arasında korelasyon yoktu. İOTÖ'nin toplam skoru ile KİDÖ'nin kişilerarası ilişkiler alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu. TEMPSA-A ölçeğinin depresif mizaç alt ölçeği ile

KİDÖ'nin özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik alt ölçekleri ve KİDÖ-toplam skoru arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. TEMPS-A ölçeğinin siklotimik mizaç alt ölçeği ile KİDÖ'nin özerklik, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler alt ölçekleri ve KİDÖ- toplam skoru arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. TEMPS-A ölçeğinin hipertimik mizaç alt ölçeği ile KİDÖ'nin bilişsel işlevsellik alt ölçeği ve KİDÖ- toplam skoru arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptandı. TEMPS-A ölçeğinin irritabl mizaç alt ölçeği ile KİDÖ'nin mali konular alt ölçeği ve KİDÖ- toplam skoru arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. TEMPS-A ölçeğinin anksiyöz mizaç alt ölçeği ile KİDÖ'nin mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler alt ölçekleri ve KİDÖ- toplam skoru arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. (Tablo 17)

4.7.3. İÖA ve ÇÇTÖ ölçeklerinin İOTÖ ve TEMPS-A ölçekleri ile korelasyon analizi

Hasta grubunda İÖA ve ÇÇTÖ ölçeklerinin İOTÖ ve TEMPS-A ölçekleri ile korelasyonu değerlendirildi. (Tablo 18)

Tablo 18. Hasta grubunda İÖA ve ÇÇTÖ ölçeklerinin İOTÖ ve TEMPS-A ölçekleri ile korelasyonu

		İÖA- GÜVENLİ	İÖA- KORKULU	İÖA- KAYITSIZ	İÖA- SAPLANTILI	ÇÇTÖ-DİS	ÇÇTÖ-FİS	ÇÇTÖ-CİS	ÇÇTÖ-FİH	ÇÇTÖ-DİH	ÇÇTÖ- TOPLAM
İÖA- KORKULU	rho	-0,175									
	p	0,171									
İÖA- KAYITSIZ	rho	-0,083	,452**								
	p	0,520	0,000**								
İÖA- SAPLANTILI	rho	0,033	0,163	0,149							
	p	0,800	0,201	0,243							
ÇÇTÖ-DİS	rho	0,008	0,147	0,239	,351**						
	p	0,950	0,250	0,059	0,005**						
ÇÇTÖ-FİS	rho	0,114	0,233	0,154	,260*	,645**					
	p	0,373	0,066	0,229	0,039*	0,000**					
ÇÇTÖ-CİS	rho	,251*	0,191	0,052	,324**	,305*	,398**				
	p	0,048*	0,134	0,688	0,010**	0,015*	0,001**				

Tablo 18. (Devamı)

ÇÇTÖ-FİH	rho	-0,006	,275*	0,183	0,117	,385**	,316*	0,182			
	p	0,966	0,029*	0,151	0,363	0,002**	0,012*	0,154			
ÇÇTÖ-DİH	rho	-0,086	,249*	0,003	0,126	,297*	,314*	0,182	,583**		
	p	0,504	0,049*	0,984	0,325	0,018*	0,012*	0,153	0,000**		
ÇÇTÖ-TOPLAM	rho	-0,049	,260*	0,123	,296*	,694**	,558**	,367**	,783**	,810**	
	p	0,705	0,039*	0,337	0,018*	0,000**	0,000**	0,003**	0,000**	0,000**	
İOTÖ-MT	rho	-0,199	,562**	,382**	,289*	,384**	,347**	,274*	,352**	0,185	,367**
	p	0,118	0,000**	0,002**	0,022*	0,002**	0,005**	0,030*	0,005**	0,147	0,003**
İOTÖ-Oİ	rho	-0,090	,410**	,378**	,413**	,436**	,501**	0,199	0,189	0,072	,279*
	p	0,483	0,001**	0,002**	0,001**	0,000**	0,000**	0,118	0,137	0,576	0,027*
İOTÖ-BT	rho	,345**	0,018	,350**	0,147	0,052	0,004	,277*	-0,023	-0,088	-0,045
	p	0,006**	0,890	0,005**	0,250	0,686	0,977	0,028*	0,860	0,492	0,728
İOTÖ-DT	rho	0,197	,266*	,326**	0,048	0,007	0,020	0,029	-0,134	0,043	-0,030
	p	0,121	0,035*	0,009**	0,710	0,960	0,874	0,822	0,296	0,741	0,814
İOTÖ-TOPLAM	rho	-0,075	,511**	,464**	,359**	,382**	,369**	,262*	0,223	0,068	,263*
	p	0,561	0,000**	0,000**	0,004**	0,002**	0,003**	0,038*	0,080	0,598	0,038*
TEMPSA-DEPRESİF	rho	-,268*	,425**	,273*	,385**	,374**	0,221	0,061	,250*	0,153	,282*
	p	0,034*	0,001**	0,030*	0,002**	0,003**	0,082	0,634	0,048*	0,230	0,025*
TEMPSA-SİKLOTİMİK	rho	-0,129	,441**	,461**	,469**	,437**	,277*	0,185	0,165	0,123	,263*
	p	0,313	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,028*	0,146	0,196	0,336	0,037*
TEMPSA-HİPERTİMİK	rho	,326**	-0,002	0,245	0,125	0,014	0,172	-0,061	0,178	-0,011	0,097
	p	0,009**	0,990	0,053	0,331	0,913	0,178	0,635	0,163	0,934	0,449
TEMPSA-İRRİTABLE	rho	-0,163	,366**	0,228	0,157	,365**	,357**	0,130	,294*	0,183	,312*
	p	0,201	0,003**	0,072	0,219	0,003**	0,004**	0,308	0,019*	0,152	0,013*
TEMPSA-ANKSİYÖZ	rho	-,308*	,486**	,250*	,254*	,324**	0,220	0,086	0,012	0,094	0,148
	p	0,014*	0,000**	0,048*	0,045*	0,010**	0,083	0,505	0,924	0,464	0,248

İÖA ölçeğinin güvenli bağlanma alt ölçeği ile ÇÇTÖ ölçeğinin cinsel istismar alt ölçeği, İOTÖ'nin bağımsız tutum alt ölçeği ve TEMPS-A ölçeğinin hipertimik alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu. İÖA ölçeğinin güvenli bağlanma alt ölçeği ile TEMPS-A ölçeğinin depresif ve anksiyöz alt ölçekleri arasında negatif yönde korelasyon saptandı. İÖA ölçeğinin korkulu bağlanma alt ölçeği ile ÇÇTÖ ölçeğinin fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt ölçekleri, ÇÇTÖ toplam skoru, İOTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum, değişken tutum, onaylanma ihtiyacı alt ölçekleri, İOTÖ toplam puanı, ve TEMPS-A ölçeğinin depresif, siklotimik, irritabl, anksiyöz alt ölçekleri arasında pozitif yönde korelasyon bulundu. İÖA ölçeğinin kayıtsız alt ölçeği ile İOTÖ'nin tüm alt ölçekleri, İOTÖ toplam puanı, ve TEMPS-A ölçeğinin depresif,

siklotimik, anksiyöz mizaç alt ölçekleri arasında pozitif yönde korelasyon gözlemlendi. İÖA ölçeğinin saplantılı bağlanma alt ölçeği ile ÇÇTÖ ölçeğinin duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar alt ölçekleri, ÇÇTÖ toplam skoru, İOTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum, onaylanma ihtiyacı alt ölçekleri, İOTÖ toplam puanı, ve TEMPS-A ölçeğinin depresif, siklotimik, anksiyöz mizaç alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. (Tablo 18)

ÇÇTÖ ölçeğinin duygusal istismar alt ölçeği ile İOTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum, onaylanma ihtiyacı alt ölçekleri, İOTÖ toplam puanı, ve TEMPS-A ölçeğinin depresif, siklotimik, irritabl, anksiyöz mizaç alt ölçekleri arasında pozitif yönde korelasyon bulundu. ÇÇTÖ ölçeğinin fiziksel istismar alt ölçeği ile İOTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum, onaylanma ihtiyacı alt ölçekleri, İOTÖ toplam puanı, ve TEMPS-A ölçeğinin siklotimik, irritabl mizaç alt ölçekleri arasında pozitif yönde korelasyon bulundu. ÇÇTÖ ölçeğinin cinsel istismar alt ölçeği ile İOTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum, bağımsız tutum alt ölçekleri ve İOTÖ toplam puanı arasında pozitif yönde korelasyon bulundu. ÇÇTÖ ölçeğinin fiziksel ihmal alt ölçeği ile İOTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum alt ölçeği ve TEMPS-A ölçeğinin depresif, irritabl mizaç alt ölçekleri arasında pozitif yönde korelasyon gözlemlendi. ÇÇTÖ ölçeğinin duygusal ihmal alt ölçeği ile İOTÖ ve TEMPS-A ölçekleri arasında korelasyon saptanmadı. ÇÇTÖ ölçeğinin toplam skoru ile İOTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum, onaylanma ihtiyacı alt ölçekleri, İOTÖ toplam puanı, ve TEMPS-A ölçeğinin depresif, siklotimik, irritabl mizaç alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu. (Tablo 18)

4.7.4. İOTÖ ve TEMPS-A ölçeklerinin Korelasyon Analizi

Hasta grubunda İOTÖ ve TEMPS-A ölçeklerinin birbiri ile korelasyonu incelendi. (Tablo 19)

Tablo 19. Hasta grubunda İOTÖ ve TEMPS-A ölçeklerinin korelasyonu

		İOTÖ-MT	İOTÖ-Oİ	İOTÖ-BT	İOTÖ-DT	İOTÖ-TOPLAM	TEMPSA-DEPRESİF	TEMPSA-SİKLOTİMİK	TEMPSA-HİPERTİMİK	TEMPSA-İRRİTABL	TEMPSA-ANKSİYÖZ
İOTÖ-Oİ	rho	,753**									
	p	0,000**									
İOTÖ-BT	rho	0,039	0,146								
	p	0,764	0,254								
İOTÖ-DT	rho	0,066	0,196	,421**							
	p	0,607	0,124	0,001**							
İOTÖ-TOPLAM	rho	,885**	,889**	,352**	,311*						
	p	0,000**	0,000**	0,005**	0,013*						
TEMPSA-DEPRESİF	rho	,567**	,494**	-0,030	0,013	,524**					
	p	0,000**	0,000**	0,815	0,918	0,000**					
TEMPSA-SİKLOTİMİK	rho	,641**	,556**	0,226	0,084	,663**	,734**				
	p	0,000**	0,000**	0,075	0,515	0,000**	0,000**				
TEMPSA-HİPERTİMİK	rho	0,127	0,204	0,093	0,151	0,206	-0,069	0,095			
	p	0,321	0,109	0,470	0,237	0,106	0,590	0,459			
TEMPSA-İRRİTABL	rho	,558**	,428**	-0,068	-0,187	,449**	,460**	,567**	0,060		
	p	0,000**	0,000**	0,595	0,142	0,000**	0,000**	0,000**	0,641		
TEMPSA-ANKSİYÖZ	rho	,527**	,410**	-0,056	-0,057	,443**	,661**	,627**	-0,202	,616**	
	p	0,000**	0,001**	0,661	0,655	0,000**	0,000**	0,000**	0,112	0,000**	

İOTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum ve onaylanma ihtiyacı alt ölçeği ile TEMPS-A ölçeğinin depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz alt ölçekleri arasında pozitif yönde korelasyon bulundu. İOTÖ'nin bağımsız tutum ve değişken tutum alt ölçekleri ile TEMPS-A ölçek puanları arasında korelasyon saptanmadı. İOTÖ toplam puanı ile TEMPS-A ölçeğinin depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz alt ölçekleri arasında pozitif yönde korelasyon gözlemlendi. (Tablo 19)

4.8. Regresyon Analizleri

KİDÖ'nin alt ölçeklerini ve toplam KİDÖ skorunu etkileyen faktörler “backward” yöntemi kullanılarak çoklu doğrusal regresyon modeliyle incelenmiştir. (Tablo 20)

Tablo 20. Hasta grubunda KİDÖ özerklik alt ölçeğinin çoklu regresyon analizi

	B	SH	β
Sabit	3,069	1,563	
HDDÖ	0,232	0,107	0,237*
İÖA güvenli	-0,674	0,291	-0,260*
TEMPS-A depresif	0,264	0,091	0,328*

Not: Bu model için ΔR^2 : 0,265(p<0,001) *p<0,001

KİDÖ'nin özerklik alt ölçeğini etkileyen faktörleri incelediğimiz modele HDDÖ skoru, İÖA ölçeğinin güvenli alt ölçek skoru, TEMPS-A ölçeğinin depresif, siklotimik, anksiyöz alt ölçekleri dahil edilmiştir. Son basamakta HDDÖ skoru, İÖA ölçeğinin güvenli alt ölçek skoru ve TEMPS-A ölçeğinin depresif alt ölçeği değişkenleri modelde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kalmıştır. Modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan bağımsız değişkenlerin KİDÖ'nin özerklik alt ölçek puanına ait varyansın %26,5'ini açıklayabildiği bulundu. ($R^2=0,265$, $p<0,001$). HDDÖ skoru, İÖA ölçeğinin güvenli bağlanma alt ölçeği ve TEMPS-A ölçeğinin depresif alt ölçeğindeki bir birimlik standart sapma değişiminin KİDÖ'nin özerklik alt ölçek puanında sırasıyla 0,23; -0,26; 0,32 birimlik bir standart sapma değişimine yol açtığı bulundu. (Tablo 20)

Tablo 21. Hasta grubunda KİDÖ mesleki işlevsellik alt ölçeğinin çoklu regresyon analizi

	B	SH	β
Sabit	7,75	2,99	
HDDÖ	0,46	0,16	0,31*
TEMPS-A anksiyöz	0,22	0,81	0,32*

Not: Bu model için ΔR^2 : 0,298 (p<0,001) *p<0,001

KİDÖ'nin mesleki işlevsellikteki bozulmayı etkileyen faktörleri incelediğimiz modele HDDÖ skoru, hastalığın başlangıç yaşı, İÖA ölçeğinin güvenli alt ölçek skoru, İÖTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum alt ölçeği, TEMPS-A ölçeğinin depresif ve anksiyöz alt ölçekleri dahil edilmiştir. Son basamakta HDDÖ skoru ve TEMPS-A ölçeğinin anksiyöz mizaç alt ölçeği değişkenleri modelde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kalmıştır. Modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan bağımsız değişkenlerin KİDÖ'nin mesleki işlevsellik alt ölçek puanına ait varyansın %29,8'ini

açıklayabildiği bulunmuştur ($R^2=0,298$, $p<0,001$). HDDÖ skoru ve TEMPS-A ölçeğinin ankiyöz alt ölçeğindeki bir birimlik standart sapma değişiminin KİDÖ'nin mesleki işlevsellik alt ölçek puanında sırasıyla 0,31; 0,32 birimlik bir standart sapma değişimine yol açtığı bulunmuştur. (Tablo 21)

Tablo 22. Hasta grubunda KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçeğinin çoklu regresyon analizi

	B	SH	β
Sabit	7,850	10,580	
HDDÖ puanı	-0,005	0,527	-0,001 [#]
Hastalığın Başlangıç Yaşı	-0,219	0,249	-0,127 [#]
İÖA güvenli	-0,072	1,500	-0,007 [#]
İÖA korkulu	1,510	1,311	0,185 [#]
ÇÇTÖ duygusal istismar	-0,237	0,388	-0,089 [#]
TEMPS-A depresif	0,512	0,670	0,163 [#]
TEMPS-A siklotimik	-0,394	0,505	-0,175 [#]
TEMPS-A hipertimik	-0,162	0,342	-0,073 [#]
TEMPS-A anksiyöz	0,158	0,409	0,086 [#]

Not: Bu model için ΔR^2 :-0,079 ($p=0,87$) [#] $p>0,05$

KİDÖ'nin bilişsel işlevsellik alt ölçeğini etkileyen faktörleri incelediğimiz modele HDDÖ skoru, hastalığın başlangıç yaşı, İÖA ölçeğinin güvenli ve korkulu alt ölçek skorları, ÇÇTÖ ölçeğinin duygusal istismar alt ölçeği, TEMPS-A ölçeğinin depresif, siklotimik, hipertimik ve anksiyöz alt ölçekleri dahil edilmiştir. Değerlendirmeye aldığımız değişkenler ile istatistiksel olarak anlamlı model oluşturulamamıştır. (Tablo 22)

Tablo 23. Hasta grubunda KİDÖ mali konular alt ölçeğinin çoklu regresyon analizi

	B	SH	β
Sabit	-1,85	0,95	
YMDÖ puanı	0,485	0,220	0,27*
İÖA güvenli	0,537	0,205	0,30*
TEMPS-A irritable	0,147	0,071	0,255*

Not: Bu model için ΔR^2 : 0,20 ($p=0,001$) * $p<0,05$

KİDÖ'nin mali konular alt ölçeğini etkileyen faktörleri incelediğimiz modele toplam karma epizod sayısı, YMDÖ puanı, İÖA ölçeğinin güvenli alt ölçek skoru, İOTÖ'nin onaylanma ihtiyacı, bağımsız tutum ve değişken tutum alt ölçekleri, ÇÇTÖ ölçeğinin fiziksel istismar alt ölçeği, TEMPS-A ölçeğinin hipertimik, siklotimik ve irritable alt ölçekleri dahil edilmiştir. Son basamakta YMDÖ puanı, İÖA ölçeğinin güvenli alt ölçek skoru, ve TEMPS-A ölçeğinin irritable mizaç alt ölçeği değişkenleri modelde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kalmıştır. Modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan bağımsız değişkenlerin KİDÖ'nin mali konular alt ölçek puanına ait varyansın %20'sini açıklayabildiği bulunmuştur ($R^2=0,200$, $p=0,001$). YMDÖ puanı, İÖA ölçeğinin güvenli alt ölçek skoru, ve TEMPS-A ölçeğinin irritable mizaç alt ölçeğindeki bir birimlik standart sapma değişiminin KİDÖ'nin mali konular alt ölçek puanında sırasıyla 0,27; 0,30; 0,26 birimlik bir standart sapma değişimine yol açtığı bulunmuştur. (Tablo 23)

Tablo 24. Hasta grubunda KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt ölçeğinin çoklu regresyon analizi

	B	SH	β
Sabit	3,70	1,19	
Hastalığın başlangıç yaşı	-0,11	0,48	-0,23*
İntihar girişimi sayısı	1,39	0,34	0,41**
TEMPS-A anksiyöz	0,21	0,05	0,41**

Not: Bu model için ΔR^2 : 0,415 ($p<0,001$) * $p<0,05$, ** $p<0,001$

KİDÖ'nin kişilerarası ilişkiler alt ölçeğini etkileyen faktörleri incelediğimiz modele hastalığın başlangıç yaşı, intihar girişimi sayısı, HDDÖ puanı, İÖA ölçeğinin güvenli alt ölçek skoru, ÇÇTÖ ölçeğinin fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar alt ölçekleri ve ÇÇTÖ toplam skoru, TEMPS-A ölçeğinin depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç alt ölçekleri dahil edilmiştir. Son basamakta hastalığın başlangıç yaşı, intihar girişimi sayısı ve TEMPS-A ölçeğinin anksiyöz mizaç alt ölçeği değişkenleri modelde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kalmıştır. Modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan bağımsız değişkenlerin KİDÖ'nin kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanına ait varyansın %41,5'ini açıklayabildiği bulunmuştur ($R^2=0,415$, $p<0,001$). hastalığın başlangıç yaşı, intihar

girişimi sayısı ve TEMPS-A ölçeğinin anksiyöz mizaç alt ölçeğindeki bir birimlik standart sapma değişiminin KİDÖ'nin kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanında sırasıyla -0,23; 0,41; 0,41 birimlik bir standart sapma değişimine yol açtığı bulunmuştur. (Tablo 24)

Tablo 25. Hasta grubunda KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçeğinin çoklu regresyon analizi

	B	SH	β
Sabit	6,72	1,16	
Toplam depresif epizod sayısı	0,30	0,15	0,21*
Toplam karma epizod sayısı	0,80	0,39	0,22*
İntihar girişimi sayısı	1,23	0,28	0,60**
ÇÇTÖ toplam puanı	-0,57	0,23	-0,35*
İOTÖ bağımsız tutum	-0,56	0,26	-0,25*
TEMPS-A anksiyöz mizaç	0,96	0,36	0,31**

Not: Bu model için ΔR^2 : 0,340 ($p < 0,001$) * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

KİDÖ'nin boş zaman etkinlikleri alt ölçeğini etkileyen faktörleri incelediğimiz modele toplam depresif, manik, hipomanik ve karma epizod sayıları, YMDÖ puanı, HDDÖ puanı, yatış sayısı, eğitim yılı, hastalığın süresi, intihar girişimi sayısı, İÖA ölçeğinin güvenli, korkulu, kayıtsız ve saplantılı bağlanma alt ölçek skorları, İOTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum, onaylanma ihtiyacı, bağımsız tutum, değişken tutum alt ölçekleri ve İOTÖ toplam puanı, ÇÇTÖ ölçeğinin fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal alt ölçekleri ve ÇÇTÖ toplam skoru, TEMPS-A ölçeğinin depresif, siklotimik, hipertimik, irritable ve anksiyöz alt ölçekleri dahil edilmiştir. Son basamakta toplam ortalama depresif ve karma epizod sayıları, intihar girişimi sayısı, ÇÇTÖ toplam puanı, İOTÖ'nin bağımsız tutum alt ölçeği ve TEMPS-A ölçeğinin anksiyöz alt ölçeği değişkenleri modelde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kalmıştır. Modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan bağımsız değişkenlerin KİDÖ'nin boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanına ait varyansın %34'ünü açıklayabildiği bulunmuştur ($R^2=0,340$; $p < 0,001$). Toplam depresif ve karma epizod sayıları, intihar girişimi sayısı, ÇÇTÖ toplam puanı, İOTÖ'nin bağımsız tutum alt ölçeği ve TEMPS-A ölçeğinin anksiyöz mizaç alt ölçeğindeki bir birimlik standart sapma değişiminin KİDÖ'nin boş zaman

etkinlikleri alt ölçek puanında sırasıyla 0,21; 0,22; 0,60; -0,35; -0,25; 0,31 birimlik bir standart sapma değişimine yol açtığı bulunmuştur. (Tablo 25)

Tablo 26. Hasta grubunda KİDÖ toplam puanının çoklu regresyon analizi

	B	SH	β
Sabit	42,19	8,64	
HDDÖ puanı	0,82	0,34	0,21*
Eğitim yılı	-0,79	0,28	-0,25**
Hastalığın süresi	0,01	0,003	0,40**
Yatış sayısı	-1,62	0,56	-0,40**
İntihar girişimi sayısı	5,40	1,42	0,42**
İÖA saplantılı bağlanma	2,49	0,92	0,24**
ÇÇTÖ cinsel istismar	-3,64	1,40	-0,29*
İÖTÖ bağımsız tutum	-0,57	0,17	-0,37**
İÖTÖ toplam puan	0,20	0,08	0,51*
TEMPS-A hipertimik mizaç	-1,06	0,28	-0,41**
TEMPS-A anksiyöz mizaç	0,69	0,22	0,33**

Not: Bu model için ΔR^2 : 0,730 ($p < 0,001$) * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

KİDÖ'nin toplam skorunu etkileyen faktörleri incelediğimiz modele toplam depresif, manik, hipomanik ve karma epizod sayıları, YMDÖ puanı, HDDÖ puanı, yatış sayısı, eğitim yılı, hastalığın süresi, hastalığın başlangıç yaşı, intihar girişimi sayısı, İÖA ölçeğinin güvenli, korkulu, kayıtsız ve saplantılı bağlanma alt ölçek skorları, İÖTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum, onaylanma ihtiyacı, bağımsız tutum, değişken tutum alt ölçekleri ve İÖTÖ toplam puanı, ÇÇTÖ ölçeğinin fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal alt ölçekleri ve ÇÇTÖ toplam skoru, TEMPS-A ölçeğinin depresif, siklotimik, hipertimik, irritable ve anksiyöz mizaç alt ölçekleri dahil edilmiştir. Son basamakta Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği puanı, eğitim yılı, hastalığın süresi, yatış sayısı, intihar girişimi sayısı, İÖA ölçeğinin saplantılı bağlanma alt ölçeği, ÇÇTÖ ölçeğinin cinsel istismar alt ölçeği, İÖTÖ'nin bağımsız tutum alt ölçeği ve İÖTÖ toplam puanı, TEMPS-A ölçeğinin hipertimik ve anksiyöz alt ölçeği değişkenleri modelde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kalmıştır. Modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan bağımsız değişkenlerin KİDÖ'nin toplam puanına ait varyansın %73'ünü açıklayabildiği bulunmuştur ($R^2=0,730$; $p < 0,001$). Hamilton depresyon

derecelendirme ölçeği puanı, eğitim yılı, hastalığın süresi, yatış sayısı, intihar girişimi sayısı, İÖA ölçeğinin saplantılı bağlanma alt ölçeği, ÇÇTÖ ölçeğinin cinsel istismar alt ölçeği, İOTÖ'nin bağımsız tutum alt ölçeği ve İOTÖ toplam puanı, TEMPS-A ölçeğinin hipertimik ve anksiyöz alt ölçeğindeki bir birimlik standart sapma değişiminin KİDÖ'nin toplam puanında sırasıyla 0,21; -0,25; 0,40; -0,40; 0,42; 0,24; -0,29; -0,37; 0,51; -0,41; 0,33 birimlik bir standart sapma değişimine yol açtığı bulunmuştur. (Tablo 26)



5. TARTIŞMA

5.1. Hasta ve Kontrol Grubunda Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi

Yaptığımız bu çalışmada bipolar bozukluk hastalarında ve sağlıklı kontrol grubunda bağlanma stillerinin, çocukluk çağı travmalarının, işlevsel olmayan tutumların, affektif mizaçların değerlendirilmesi ve bunların işlevsellikle olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bakılan verilerle bu alanda az sayıda çalışma bulunan literatüre katkıda bulunulması hedeflenmiştir.

Çalışmamıza katılan hastalar ve kontrol grubu sosyodemografik açıdan incelendiğinde hasta grubunun %44,5' i kadın, %55,5' i erkek olduğu, kontrol grubunun %42,6'sının kadın ve %57,4'ünün erkek olduğu görüldü. Epidemiyolojide bipolar bozukluk görülme oranında kadın erkek arasında anlamlı fark olmadığı bilinmektedir(180). Çalışmamızın sonuçları bu bakımdan genel eğilime benzer şekildedir.

Hastaların %49,2 'sinin bekar, %46'sının evli, %4,8'inin boşanmış olduğu, kontrol grubunun %39,3'ünün bekar, %59'unun evli, %1,7 sinin boşanmış olduğu görüldü. Boşanmış ve ayrı yaşayan kişilerde hastalığın daha sık görüldüğü bildirilmektedir(18). Literatürde Kessler ve arkadaşları yaptıkları çalışmanın sonucunda, bipolar bozuklukta evlenmemiş olma oranının topluma göre daha yüksek olduğunu göstermişlerdir(181). Bizim verilerimizde evlenmemiş olma oranı bipolar bozuklukta kontrol grubuna göre daha yüksek olsa da bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre boşanma oranları batı illerinde ve nüfusun yoğun olduğu illerde daha fazla olduğu göz önüne alındığında(182), bizim çalışmamızda evlenmemiş ve boşanmış olan hasta sayısının literatüre göre az olmasının bölgemizde geniş aile yapısının büyük ölçüde korunmasından, evlilik kurumu ile ilgili değer yargılarında görülebilecek bölgesel farklılıklardan, boşanmaya olan bakış açısı farklılığından ve hasta bir kişiden boşanmanın iyi karşılanmamasından kaynaklanıyor olabilir. Kişilerin bireysel karar

almasının önünde engel teşkil edebilecek olan bu durum diğer yandan hastaların daha geniş bir sosyal destek ağına sahip olmasının da önünü açıyor olabilir.

Hastaların toplam eğitim yılı ortalamasının $11,6 \pm 3,8$ yıl olduğu, kontrol grubunda eğitim yılı ortalamasının $12,21 \pm 4,06$ yıl olduğu görüldü. 2016 yılında yayımlanan bir çalışmada ülkemizdeki eğitim yılı ortalaması 6,5 yıl olarak bulunmuştur(183). Çalışma grubumuzun eğitim yılı ortalamasının Türkiye Cumhuriyeti'nin eğitim yılı ortalamasından yüksek olmasının, çalışma için doldurulacak anketleri anlayabilecek seviyede entelektüel kapasiteye sahip olmayan, eğitim düzeyi ilkokul seviyesinden düşük olan hastaların çalışmaya alınmamasına bağlı olabileceği düşünüldü.

Çalışmamıza bakıldığında hastaların %35'inin birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık olduğu, %12,7'sinin (n:8) ailesinde bipolar bozukluk, %11,1'inin (n:7) ailesinde majör depresif bozukluk, %7,9'unun (n:5) ailesinde şizofreni, %1,6'sının (n=1) ailesinde yaygın anksiyete bozukluğu, %4,8'inin (n=3) ailesinde panik bozukluk, %4,8'inin (n=3) ailesinde OKB, %3,2'sinin (n=2) ailesinde demans olduğu görüldü. Bipolar affektif bozukluk kalıtsal yatkınlık gösteren bir hastalıktır. Bipolar affektif bozukluk hastalarının birinci derece akrabalarda bir duygudurum bozukluğu görülme sıklığı normal popülasyona göre 8-18 kat daha fazla olarak bildirilmektedir(184, 185). Literatürde birinci derece akrabalarda bipolar bozukluk olma riski % 5-10 olarak bildirilmiştir(186). Çalışmamızda bipolar bozukluk ve depresyonun aile öykülerinde en sık görülen iki rahatsızlık olması genel literatürle uyumlu görünmektedir.

Araştırma bulgularımıza göre hastaların %6,3 'ünde geçmişte alkol kullanım öyküsü olduğu, %3,2' sinde ise geçmişte madde kullanım öyküsünün olduğu saptanmıştır. Literatürde genel olarak psikiyatrik tedavi ortamlarında, bipolar bozukluk tanılı hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu yaygınlığı ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda %28-46 arasında değişen oranlar bildirilmektedir(187, 188) Ülkemizde bipolar bozukluk tanılı hastalarda alkol ve madde kullanım oranları diğer ülkelere göre daha düşük oranda saptanmaktadır. Özyıldırım ve arkadaşlarının bipolar bozukluğu olan hastalarda alkol kullanımı ile ilgili yaptığı bir çalışmada yaşam

boyu alkol kullanım bozukluğu olan hasta oranı %5,4 olarak belirlenmiştir(189). Akkaya ve arkadaşlarının çalışmasında alkol bağımlılığı %4,9 , madde bağımlılığı ise %3,2 olarak bulunmuştur(190). Amerikada erişkin genel popülasyonda sigara içme oranı yaklaşık olarak %18 iken(191); bipolar bozukluk hastalarında sigara içme oranı %44 ile %71 arasında değişmektedir (192, 193). Ülkemizde yapılan çalışmalarda bipolar bozuklukta sigara içme oranı %25-%70,6 sıklığında bildirilmektedir(194-196). Bizim çalışmamızda da ülkemizdeki sigara içme oranlarına benzer şekilde, bipolar hastalarda sigara içme oranı %50,8 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların çalışma öyküsü incelendiğinde bipolar bozukluk grubunun %41,2 oranında çalışmadığı ve bu oranın kontrol grubuna göre iki kattan fazla sıklıkta olduğu saptanmıştır. Tohen ve arkadaşlarının uzunlamasına yaptığı çalışmada hastaların, genel topluma oranla işsizlik oranının iki kat fazla olduğu bildirilmiştir(197). Yine Morriss ve arkadaşlarının çalışmasında olguların büyük çoğunluğunun çalışmıyor olduğu belirtilmiştir(198). Bipolar affektif bozukluğa sahip hastalardaki işsizlik oranının genel popülasyona göre yüksek olmasının, hastalığın doğası, ataklarla seyrediyor olması, rezidü belirtilerin görülmesi, sık hastane yatışları gibi nedenlerden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür(148).

Hasta grubumuzda suikid girişimi öyküsü %17,5 oranında, self mutilasyon öyküsü ise %20,6 oranında görülmekteydi. Bipolar bozukluğu olan hastalarda suikid nedeniyle ölüm insidansı genel topluma göre yüksektir(199, 200) ve tedavi altında olmayan hastalarda genel popülasyona göre 20 kat daha fazla olabilir(201). Bipolar bozukluğu olan hastaların yaklaşık üçte biri ile yarısı yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunmakta ve girişimlerin yaklaşık %15-20'si ölümle sonuçlanmaktadır(202). Joyce ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bipolar affektif bozukluğa sahip hastalarda self mutilasyon sıklığı %38 olarak bildirilmiştir(203). Ülkemizdeki sosyokültürel özellikler ve dini inanışların intihar üzerindeki etkisi nedeniyle çalışmamızda suikid girişimi ve self mutilasyon öyküsü oranlarının literatürün altında kaldığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hasta grubu ve kontrol grubunun HDDÖ ve YMDÖ puanları karşılaştırıldığında hasta grubunun HDDÖ ve YMDÖ puanlarının istatistiksel olarak

anlamli şekilde daha yuiksek olduğu bulundu. Bu bulgumuz hastaların ara dönemlerde eşik altı hipomanik ve depresif belirtileri kontrol grubuna göre daha fazla yaşadığını göstermektedir. İleride tartışacağımız üzere hasta grubunda işlevsel olmayan tutumların kontrol grubuna göre daha fazla bulunduğu ve işlevsel olmayan tutumların depresif belirtilere eğilim yarattığı da gözönüne alındığında (262), işlevsel olmayan tutumların daha fazla eşik altı belirtiye yol açıyor olabileceği beklenen bir sonuçtur.

5.2. Hasta Grubunda Klinik Özelliklerin İncelenmesi

Çalışmamızda ilk atak başlangıç yaşı ortalamasının $23,96 \pm 6,44$ yaş olduğu görülmüştür. Bipolar affektif bozukluk genellikle 20'li yaşlarda başlar(204). Bipolar bozukluğu olan hastalarda hastalığın ilk belirtilerinin başladığı yaş A.B.D.'de duygudurum bozukluğu olan hastaların kurduğu bir derneğin yaptığı anket aracılığıyla soruşturulmuş, hastaların % 33 oranında belirtilerin 15 yaşından önce, % 27 oranında 15-19 yaş arasında, % 39 oranında 20 yaşından sonra başladığını belirttikleri bildirilmiştir(205). 2017 yılında kliniğimizde yapılan bir tez çalışmasında da ilk atak başlangıç yaşı $30,07 \pm 16,97$ olarak bulunmuş, hastaların %36,25'inde hastalığın 22 yaşından önce başladığı bildirilmiştir(206).

Araştırma sonuçlarımıza bakıldığında hastaların %60'ının (n:39) ilk atağının manik olduğu, %29,2'sinin (n:19) ilk atağının depresif atak olduğu, %3,1'inin (n:2) ilk atağının karma atak olduğu ve %4,6'sının (n:3) ilk atağının hipomanik atak olduğu belirlendi. Daban ve arkadaşlarının yaptığı 10 yıllık prospektif bir çalışmada, bipolar affektif bozukluğa sahip hastaların ilk ataklarının %67'sinin depresif atak olduğu, %33'ünün ise manik/hipomanik atak olduğu bulunmuştur(207). Perugi ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise hastaların ilk ataklarının %50 depresif atak, %25,6 karma atak, %22,8 manik atak şeklinde başladığı bildirilmiştir(208). Çalışmamıza ait bu sonucun hasta yakınlarından ve hastadan bilgi alınırken manik dönemlerin, atağın gürültülü gidişatı ve hastanın çevresi tarafından fark edilme olasılığının fazlalığı nedeniyle daha fazla bildirmiş olması, depresif dönemlerin gözden kaçabilmesi, manik dönemlerde depresif dönemlere göre daha fazla yatarak tedavi ihtiyacı duyulması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırma bulgularımıza göre hızlı döngülülük oranı %9,2 olarak belirlenmiştir. Bipolar affektif bozukluk üzerine uzmanlaşmış duygudurum kliniklerinde hızlı döngülülük oranı %12-24 arasında bildirilmektedir(209). Çalışmamızdaki bu sonucun literatüre göre daha az olmasının sebebi olarak verilerin retrospektif olarak hem hasta bilgisine hem de kayıtlarımıza bağlı olarak elde edilmesi, dolayısıyla özellikle depresif atak gibi bazı atakların hem hastalar tarafından, hem de tarafımızca gözden kaçırılması olabileceğini düşünmekteyiz.

Hasta grubumuzun %56,9'unun ataklarının en az birinde psikotik belirtilerin eşlik ettiği görüldü. Bipolar affektif bozukluğa sahip hastaların yarısından fazlası hayatları boyunca en az bir kez psikotik semptom yaşamaktadırlar(210). Akut manik epizod yaşayan hastaların ise %75'inde psikotik semptomlar eşlik etmektedir(16). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, hastaların çalışmaya dahil edildikleri sıradaki ataklarında psikotik özellik varlığı %43,3 olarak bildirilmiştir(211).

Çalışmamıza bakıldığında hastaların tanı alana dek geçen süre ortalaması 2,4 yıl olarak bulundu. Bipolar affektif bozuklukta yanlış tanı önemli bir sorundur. Amerika' da bir hasta derneğinin yaptığı çalışmada bipolar hastaların ilk muayenelerinde yanlış tanı oranı %73 ve %69 olarak bulunmuştur(212, 213). Yanlış tanıları arasında en sık konan tanı majör depresif bozukluktur(214). Bipolar hastalarda semptomların başlangıcı ile doğru tanı konulması arasındaki süre 10 yıla kadar gecikebilmektedir(205). Literatüre göre çalışmamızda tanı konma süresinin daha kısa olması hastaların manik ataklarının hastalık başlangıcı olarak görülmesi ve bu nedenle çok geçmeden hastane başvurusu olması ile ilgili olabilir; nitekim ilk atak türü olarak depresif atak belirlenen hastaların çalışmamızda literatüre göre daha az olması, hastaların depresif ataklarını atlamaşı olması ve dolayısıyla hastalık başlangıç yaşını gerçekte olduğundan daha geç bildirmeleri ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir.

Hastaların %50,7'sinde atak örüntüsünün unipolar mani şeklinde olduğu çalışmamızda gözlenen bir diğer bulgudur. Bipolar I bozukluğu olan hastaların yaklaşık% 5'inin sadece manik ataklar (unipolar mani) yaşadığı tahmin edilmektedir, ancak bu hastaların bir kısmının ileri yaşamlarında majör depresyon atakları ve subklinik depresyon geçirebileceği düşünülmektedir(215). Ülkemizde yapılan bir

çalışmada unipolar maninin bipolar 1 bozukluğa sahip hastalar arasındaki yaygınlığı %16,3 bulunmuş, unipolar maninin daha fazla psikotik belirtilerle seyrettiği ve lityum profilaksisine daha az yanıt verdiği bildirilmiştir(216). Çalışmamızda unipolar mani oranının literatüre göre oldukça yüksek olması, depresif dönemlerin hasta/doktor/aile üyesi tarafından gözden kaçırılmış olabileceği ihtimalini desteklemektedir.

5.3. Hasta ve Kontrol Grubunda İşlevsellik, Bağlanma Biçimleri, Çocukluk Travmaları, İşlevsel Olmayan Tutumlar ve Affektif Mizaçların İncelenmesi

Çalışmamızda hasta grubunda genel işlevsellikteki bozulma oranı %65,1; özerklik alanındaki işlevsellikteki bozulma %63,5; mesleki işlevsellikteki bozulma %63,5; bilişsel işlevsellikteki bozulma %69,8; mali konulardaki işlevsellikte bozulma %27; kişilerarası ilişkilerde bozulma %49,2; boş zaman etkinlikleri alanındaki işlevsellikte bozulma %63,5 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızın sonuçlarına göre, hem KİDÖ'nin ortalama puanlarına göre yapılan hem de kesme puanlarına göre yapılan karşılaştırmada, hasta grubunun genel işlevsellikte ve özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler, boş zaman etkinlikleri alanlarında işlevselliğinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla bozulmuş olduğu gözlemlendi. Mali konular alanındaki işlevsellikte ise bipolar ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunamadı. Remisyon dönemindeki bipolar bozukluk hastalarındaki işlevselliğin sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı çalışmaların verilerini derleyen güncel bir metaanalize göre bipolar affektif bozukluğa sahip hastalarda genel işlevsellikteki bozulma oranı %58,6; özerklik alanındaki işlevsellikteki bozulma %42,6; mesleki işlevsellikteki bozulma %65,6; bilişsel işlevsellikteki bozulma %49,2; mali konulardaki işlevsellikte bozulma %28,8; kişilerarası ilişkilerde bozulma %42,1; boş zaman etkinlikleri alanındaki işlevsellikte bozulma %29,2 olarak bildirilmiştir(155). Bir çalışmada klinik olarak remisyona giren hastaların sadece % 37,6'sının premorbid işlevselliğine geri dönebildiği saptanmıştır(156). Gözden geçirme çalışmalarında da, bipolar bozukluk tanısı olan hastaların ötimik dönemde psikososyal işlevselliklerinde, sağlıklı kontrollere göre bozulma görüldüğü bildirilmiştir(11, 157, 158). Bir çalışmada, işlevsellik düzeyindeki kötüleşmenin, mevcut duygudurum döneminden bağımsız olarak ötimik dönemde de nörobilişsel

bozukluklarla birlikte mesleki performansta düşme ve azalmış sosyal aktivite şeklinde kendini gösterdiği bildirilmiştir(160). Bu bilgiler ışığında sendromal iyileşme ile işlevsellik düzeyinin aynı doğrultuda düzelmediğini söyleyebiliriz. Bipolar affektif bozukluk tanısı olan hastalarda, bu işlevsellik kaybı işlevselliğin tanımlanan her alanında ortaya çıkabilmektedir(155). Bipolar affektif bozukluğa sahip hastalarda evlilik uyumunda sorun yaşanmasının sağlıklı kontrollere göre yüksek olduğu bulunmuştur(161). Remisyonda bipolar bozukluk hastaları ile yapılan bir çalışmada, bu bozukluğun iş ve toplumsal işlevlerde kusura yol açtığını; toplumdan çekilme ve kişilerarası ilişkilerde belirgin bozulmaya neden olduğu bildirilmiştir(162). Rosa ve arkadaşlarının yaptığı bir izlem çalışmasında birden fazla atak geçiren bipolar bozukluk hastalarında, tek atak geçirenlere göre özerklik alanında, bilişsel işlevlerde, kişiler arası ilişkilerde ve boş vakit değerlendirme becerilerinde ciddi kayıp olduğunu göstermişlerdir(163). Bipolar affektif bozukluk tanılı hastalarda, mesleki işlevsellik önemli ölçüde etkilenen alanlardan biridir. Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalardan birinde işsizlik oranı; %68.4 olarak bulunmuştur(211). Bir diğer çalışmada ise, bipolar bozukluk tanısı olan hastaların % 30-60'ında mesleki ve sosyal alanlardaki işlevselliklerini tekrar kazanamadıkları belirtilmektedir(217). Bipolar affektif bozukluk hastaları üzerinde bu kadar etkisi olduğu gösterilen psikososyal işlevsellik bozulmasının hangi faktörlerden nasıl etkilendiği literatürde üzerinde çokça durulan bir konudur. Bu alanda bugüne kadar yapılmış çalışmaların sonuçları literatürde önem arz etmektedir. Bugüne kadar yapılan çalışmalardan elde edilen verilere göre, bipolar bozuklukta özellikle eşik altı depresif belirtiler ve nörokognitif işlev bozuklukları ötimik dönemde görülen psikososyal işlevsellik kusurunun önemli yordayıcıları olarak öne çıkmaktadırlar(11, 218). Ötimik dönemdeki bipolar bozukluk hastalarında işlevsellik ile çeşitli çalışmalarda, işlevsellik kaybı ile ilişkili olarak bildirilen diğer klinik faktörler; ilaç yan etkisi, psikotik belirti öyküsü, hastalık öncesi dönemdeki işlevselliğin kötü/düşük olması, dirençli eşik altı belirti varlığı, hastalık dönemi sayısı, sosyal destek ve erken başlangıç yaşıdır(153, 219-222). Çalışmamızda bipolar gruptaki özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alanlarındaki işlevsellik kaybı literatür ile uyumludur. Mali konulardaki işlevselliğin çalışmamızda literatüre göre farklı bulunmasının nedeni, bu alt ölçekteki iki maddenin hipomanik/manik belirtilerle ilişkili olan çok para

harcamayı içermesi ve çalışmamıza katılan hasta grubunda eşik altı hipomanik belirtilerin oldukça az görülmesinin sonucu olarak yorumlanabilir. Çalışmamızda eşik altı hipomanik belirtileri gösteren YMDÖ puanı ortalamasının, remisyonda bipolar hastalarda işlevselliği ele alan benzer çalışmalara göre daha düşük olmasının, mali konulardaki işlevsellik alanında bu sonucu ortaya çıkarmış olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda YMDÖ ortalama puanı hasta grubunda $0,44 \pm 1,07$ iken, ötimik bipolar bozuklukta işlevselliği ele alan benzer çalışmalarda YMDÖ puan ortalaması 0,8-1,9 arasında bulunmuştur(223-225).

Hasta grubunun %31,7'sinin güvenli bağlanma stiline sahip olduğu görülürken %44,4'ünün kayıtsız, %11,1'inin saplantılı, %12,7'sinin korkulu bağlanma stiline sahip olduğu tespit edildi. Kontrol grubundaki katılımcıların ise %57,3'ünün güvenli bağlanma stiline sahip olduğu görülürken %26,2'sinin kayıtsız, %3,3'ünün saplantılı, %13,1'inin korkulu bağlanma stiline sahip olduğu belirlendi. Bu sonuçlara göre çalışmamızda hasta grubunun kontrol grubuna göre güvenli bağlanma oranlarının anlamlı derecede düşük olduğu, kayıtsız bağlanma oranının ise hasta grubunda anlamlı derecede daha fazla olduğu bulundu. Ortalama puanlara göre yapılan değerlendirmede ise hasta grubunda güvenli bağlanma ortalama puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuş, diğer bağlanma türlerinin ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Ülkemizde bipolar bozukluk ve sağlıklı gönüllüler ile bağlanmayla ilgili farklı bir ölçek kullanılarak yapılan benzer bir çalışmada, verilerimizle paralel olarak hasta grupta güvenli bağlanmanın sağlıklı bireylerden daha az; kayıtsız, korkulu ve saplantılı bağlanmanın ise kontrol grubuna göre daha sık görüldüğü bulunmuştur (226). Morris ve arkadaşları 2009 yılında yayınladıkları çalışmalarında, bipolar bozuklukta güvensiz bağlanma biçiminin iyilik, manik ve depresif dönemler boyunca kararlılığını koruduğunu ve sağlıklı olgularınkinden daha yüksek olduğunu saptamışlardır(148). Kökçü ve Kesebir farklı bir ölçek (Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ)) kullanarak, farklı bir örneklem grubunda bipolar bozukluk hastalarında güvenli bağlanma oranını %29 olarak saptayarak bipolar bozukluk hastalarının büyük çoğunluğunun güvenli bağlanma stiline sahip olmadığını ifade etmişlerdir(7). Bu veriler Bowlby'nin, güvensiz bağlanma biçiminin daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olduğu, güvenli

bağlanmanın ise sağlıklı süreçlerle ilişkili olduğu çıkarımını destekler niteliktedir(227).

Araştırma bulgularımıza göre bipolar bozukluk grubunun %57,1'inde fiziksel ihmal, %39,7'sinde duygusal istismar, %36,5'sinde duygusal ihmal, %27'sinde fiziksel istismar ve %17,5'inde cinsel istismar ve %57'sinde genel çocukluk çağı travması saptandı. Çocukluk çağında travmaya uğramanın bipolar bozukluk gelişimi için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir(228). Çalışmamızda, hasta grubunun kontrol grubuna göre çocukluk çağında daha fazla duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve genel çocukluk çağı travmasına uğradığı belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalar da verilerimizi destekler nitelikte olup bipolar bozukluk hastalarında çocukluk çağı travmaları popülasyonun geneline göre daha fazla bir oran teşkil etmektedir(229, 230). Literatürde incelenen çalışmalarda bipolar bozuklukta çocukluk çağı travma oranlarının %45-%70 arasında olduğu gösterilmiştir(3, 231). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak hasta grubunun %57'sinin çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarının gruplandırıldığı çalışmalar incelendiğinde Garino ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, çocukluk çağı travmasının alt tiplere göre dağılımı %37 duygusal istismar, %24 duygusal ihmal, %24 fiziksel istismar, %21 cinsel istismar ve %12 fiziksel ihmal şeklindedir(3). 2016 yılında yayımlanan bir metaanalizde çocukluk çağı travmalarının bipolar hasta grubunda sağlıklı kontrollere göre 2,6 kat, fiziksel istismarın 2,9 kat, cinsel istismarın 2,6 kat, duygusal istismarın 4 kat, fiziksel ihmalin 2,3 kat, duygusal ihmalin 2,6 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir(232). Xian-Bin Li ve arkadaşlarının 132 bipolar affektif bozukluğa sahip katılımcı ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların % 61,4'ünün çocuklukta fiziksel ihmal, %49,6'sının duygusal ihmal, %40,5'inin cinsel istismar, %26'sının duygusal istismar ve %13,1'inin fiziksel istismar yaşadığı bildirilmiştir(233). Yapılan çalışmalar ve güncel metaanaliz sonuçları göstermektedir ki, bipolar bozuklukta çocukluk çağı travması öyküsü oldukça yaygındır. Şimdiye kadarki yayınlarda, bipolar affektif bozukluk hastalarında belirtilen çocukluk çağı travması ve travma alt tipleri oranları arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bunun nedeni istismar kavramının farklı tanımlanması, farklı örnek grupları kullanılması, bölgesel ve kültürel farklılıklar ve sosyal stigmatizasyon

olabilir. Ayrıca mağdurun istismarın olası tehditlerinden korkması, istismarcıyı koruma isteği, olay nedeniyle utanç duyması, kendisine inanılmayacağı düşüncesi gibi nedenlerden dolayı cinsel istismar vakalarının ancak %15'inin bildirilmesi de bir etken olarak görülmektedir(234).Çocukluk çağı travmaları ile bipolar bozukluğun bu denli ilişkili görülmesinin nedeni, erken yaşam stresinin HPA aksındaki hormonal değişiklikler gibi nörobiyolojik değişikliklere; ön singulat korteks, parahipokampal girus, hipokampus, amigdala gibi beyin bölgelerinde hacim değişikliklerine sebep olması ve bunun da psikopatoloji riskini artırması olabilir(115).

Çalışmamızda işlevsel olmayan tutumların toplam puanları bipolar bozukluk grubunda kontrol grubuna göre anlamlı yüksekti. Ayrıca İOTÖ' nün onaylanma ihtiyacı ve bağımsız tutum puanlarında da bipolar bozukluk grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek ortalama puanlar aldığı belirlendi. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıydı. Lam ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hedefe ulaşma konusundaki kişisel mükemmellik inançlarının bipolar bozuklukta MDB olanlara göre daha yaygın olduğu bulunmuştur(235). Onaylanma ihtiyacının yüksek olması, bipolar bozukluk grubu için kendisi dışındaki kişilerden kabul görmeye önem verdikleri şeklinde yorumlanabilir. Daha önce depresif ataktaki bipolar hastalar, unipolar depresyon hastaları ve sağlıklı kontroller ile yapılan bir çalışmada, İOTÖ toplam skoru ve onaylanma ihtiyacı alt ölçeği skoru bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde bipolar grupta diğer iki gruptan daha yüksek bulunmuştur(236). Scott ve arkadaşlarının ötimik dönemdeki bipolar hastalar ve sağlıklı kontroller ile yaptığı çalışmada, onaylanma ihtiyacının bipolar grupta sağlıklı kontrol grubundan yüksek olduğu bildirilmiştir(237). Fuhr ve arkadaşlarının bipolar affektif bozukluğa sahip hastalar ve sağlıklı kontroller ile yaptığı bir çalışmada bipolar hastaların daha fazla işlevsel olmayan bir patern gösterdikleri belirlenmiştir(8). 90 bipolar bozukluk hastası, 30 remisyonunda majör depresyon hastası ve 66 sağlıklı gönüllü ile, İOTÖ'nün 24 soruluk versiyonu kullanılarak yapılan bir çalışmada, bipolar grupta bağımlılık ve başarı (achievement) bilişsel stillerinin diğer iki gruptan anlamlı derecede fazla olduğu belirtilmiştir(238).

Bipolar affektif bozukluk grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç görüldüğünü belirledik. Hipertimik mizaç

ve irritabl mizaç arasında ise bipolar ve kontrol grubunda anlamlı farklılık saptanmadı. Harnic ve arkadaşlarının 2014'te yaptığı çalışmada bipolar affektif bozukluğa sahip bireyler ve sağlıklı kontrol grubu kıyaslandığında bipolar bozukluk grubunda depresif, siklotimik ve anksiyöz mizacın kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla gözlendiği bildirilmiştir(239). Siklotimik mizacın , unipolar ve / veya bipolar depresyonun gelişimi için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir(240). Daha yeni bir çalışmada bipolar bozukluk I oluşumunda hipertimik mizacın rolünü değerlendirmiş ve bipolar-I tanısı alan hastaların sağlıklı akrabalarında hipertiminin bipolaritenin en hafif ifadesi olduğu bulunmuştur(241). Bipolar affektif bozuklukta görülen baskın affektif mizaç üzerine yapılan çalışmalarda depresif ve siklotimik mizacın bipolar spektrum bozukluklarında en sık gözlenen mizaç olduğu saptanmıştır(242-244). 2016 yılında yayımlanan bir metaanalizde ise bipolar bozuklukta sağlıklı kontrollere göre siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaçların daha sık görüldüğü bildirilmiştir(10).

5.4. Hasta Grubunda Klinik Özelliklerin Birbiri İle İlişisinin İncelenmesi

Araştırmamıza katılan hasta grubunda depresif atak sayısı, manik atak sayısı, hipomanik atak sayısı ve toplam atak sayısı ile hastalığın süresi arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Daha uzun süredir hastalığa sahip olan kişilerde daha fazla sayıda atak görülmesi beklenen bir sonuçtur ve verilerimizin doğruluğunu yansıttığını düşünebiliriz. Karma atak sayısı ile hastalık süresi arasında korelasyon saptanmamıştır.

Hasta grubunda YMDÖ puanları ile hastalık süresi ve toplam atak sayısı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bu sonucumuz, hastalığın ilerleyen dönemlerinde tam remisyona ulaşmanın güçleşmesi ve remisyon dönemlerinde eşik altı belirtilerin daha fazla görülmesine bağlı olabilir. Eşik altı hipomanik belirtileri fazla olan hastaların daha sık rekürrenslerinin olduğu ise literatürde daha önce bildirilen bir gözlemdir(245, 246).

Manik atak sayısı ile psikotik belirti arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmış olup hipomanik atak sayısı ile psikotik belirti arasında ise negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Literatürde bipolar bozuklukta, psikotik belirtilerin

en çok manik dönemlere eşlik ettiği bilinmektedir(247). Psikotik belirtilerin olmasının hipomanik dönem tanı kriterlerine uygun olmaması nedeniyle kavramsal olarak hipomanik ataklara psikotik belirtiler eşlik edemez(19).

Çalışmamızda manik atak ve toplam atak sayısı daha fazla olan, psikotik belirti öyküsü olan ve eşik altı depresif belirtileri daha fazla olan hastalarda yatış sayısının (hospitalizasyon) anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir. Manik atak sayısının fazla olması, psikotik belirtili atakların olması, ara dönemde kalıntı belirtilerin olması gibi klinik özellikler aynı zamanda sık hastane yatışı ile ilişkilidir(70). Hipomanik atak sayısı daha fazla olan hastalarda ise daha az hastane yatışı olduğu bulunmuştur. Bu bulgumuz hipomanik belirtileri olan hastalarda genellikle hastane yatışına gerek duyulmadığı ve ayaktan tedavi verildiği şeklinde yorumlanabilir.

Hastanın yaşı ile manik atak sayısı, depresif atak sayısı, hipomanik atak sayısı ve toplam atak sayısı, hastalık süresi ve yatış sayısı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Hastanın yaşı ile manik atak sayısı, depresif atak sayısı, hipomanik atak sayısı ve toplam atak sayısı arasındaki ilişki; atak sayılarının hastalık süresi ile ilişkisine benzetilebilir. Bipolar bozukluğun kronik ve döngüsel doğası dikkate alındığında, ileri yaştaki hastaların daha genç hastalara göre daha fazla atak geçirmiş olması beklenen bir sonuçtur. Bu bulgularımız elde ettiğimiz verilerin gerçekçiliği yönünde bize güven vermiştir.

Araştırmamızda eğitim yılı ile yatış sayısı arasında negatif korelasyon olduğu bulunmuştur. Bu durum sosyokültürel düzeyi daha yüksek olan hastaların, hastalık hakkında daha bilinçli olması ve genellikle sosyal desteklerinin daha iyi olması nedeniyle ayaktan tedaviye daha iyi uyum göstermelerinin sonucu olarak yorumlanabilir.

Hastalığın başlangıç yaşı ve hastalık süresi ile remisyon süresi arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu bulguya göre hastalığı daha erken yaşta başlayan bipolar hastalarda remisyon süresinin daha kısa olduğu sonucuna ulaştığımızı söyleyebiliriz. Literatürde de erken başlangıçlı bipolar

bozuklukta atak sıklığının ve sayısının, hızlı döngülülüğün ve remisyona ulaşılması için geçen sürenin daha fazla olduğu bilinmektedir(248).

5.5. Hasta Grubunda Klinik Özelliklerin, İşlevsellik, Bağlanma Biçimleri, Çocukluk Travmaları, İşlevsel Olmayan Tutumlar ve Affektif Mizaçlarla İlişisinin İncelenmesi

KİDÖ'nin mali konular alt ölçeğinin 2 maddeden oluşmaktadır ve bu iki madde hipomanik/manik belirtilerden biri olan aşırı ve gereksiz para harcama ile ilişkilidir. Çalışmamızda da bu durumla ilişkili olarak, geçmiş karma atak sayısı fazla olan ve eşik altı manik belirtileri daha fazla olan hastalarda mali konular alanındaki işlevselliğin anlamlı olarak daha kötü olduğunu tespit ettik.

Çalışmamızda eşik altı depresif belirtilerin fazla olması, özerklik, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler, boş zaman etkinlikleri alanlarındaki işlevsellikte bozulmayla ve genel işlevsellikte bozulmayla ilişkili bulunmuştur. Bilişsel işlevsellik ve mali konulardaki işlevsellik ile eşik altı depresif belirtiler arasında ilişki bulunamamıştır. Eşik altı depresif belirtilerin varlığı, işlevsellikteki bozulma ile en çok ilişkilendirilen faktörlerden biridir(155). Psikososyal işlevsellikteki bozulma ve eşik altı depresif belirtiler arasındaki ilişkinin döngüsel olabileceği unutulmamalıdır. Daha fazla işlevsellik bozukluğu olan hastalar daha fazla duygudurum belirtisine sahip olabilir ve döngüsel biçimde daha fazla eşik altı belirtileri olan hastalar daha çok işlevsellikte bozulma gösterebilir(249, 250).

Başlangıç yaşı daha erken olan hastalarda kişilerarası işlevselliğin daha kötü olduğu sonucuna ulaştık. Erken bipolar başlangıç yaşı ile kişilerarası ilişkiler alanındaki işlevsellik ile ilgili bir çalışma kendi taramamızda tespit edemedik. Bu bulgumuz, erken başlangıçlı bipolar bozukluğun daha kötü klinik seyir özellikleri göstermesinin bir sonucu olarak yorumlanabilir.

Araştırma bulgularımıza göre kişilerarası ilişkiler alanında ve boş zaman etkinlikleri alanında işlevselliği kötü olan hastaların daha fazla intihar girişiminde bulundukları sonucunu elde ettik. Rosa ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bizim

çalışmamızdan farklı olarak suicid girişimi mesleki işlevsellik ve bilişsel işlevsellikteki bozukluk ile ilişkili bulunmuştur. Konu ile ilgili bir başka çalışmada, bizim çalışmamızın bulgularına benzer şekilde kişilerarası ilişkiler alanındaki işlevsellik ile suicid girişimi arasında ilişki saptanmıştır(251). İntihara ilişkin kişilerarası teoriye göre, intihar isteğinin oluşumunda kişilerarası bağlamda ortaya çıkan iki durum söz konusudur: aidiyetin engellenmesi ve kendini yük gibi görme. Aidiyetin engellenmesi durumunda, yalnızlık duyguları ve karşılıklı olumlu ilişkilerin yokmuş gibi algılanması ya da gerçekten olmaması söz konusudur. Kendini yük gibi görmede ise, kişi başkalarına yük olduğu şeklindeki yanlış algılara sahiptir. Teoriye göre, her iki durum da tek başına pasif intihar düşüncesi geliştirme riskini artırır; aktif intihar düşüncesiye ancak hem aidiyetin engellendiği hem de kişinin kendini yük gibi gördüğü ve bu durumların sürekli ve umutsuz bir biçimde değişmez gibi algılanması durumunda gelişir(252, 253). Çalışmamızda kullanmış olduğumuz KİDÖ'nin kişilerarası ilişkiler alt ölçeği de intihara ilişkin kişilerarası teoride vurgulanan aidiyet ve kişinin yakın çevresiyle karşılıklı ilişkileri ile ilgili maddeleri içermektedir. Bulgularımıza göre bu alt ölçek maddesi ile intihar girişiminin ilişkili çıkması, çalışmamızın verilerinin intihara ilişkin kişilerarası teoriyle uyumlu olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Eğitim yılı ile KİDÖ'nin toplam skoru ve boş zaman etkinlikleri alt ölçeği arasında negatif yönde anlamlı korelasyon çalışmamızın bir diğer bulgusudur. Bu durum daha önce de belirttiğimiz gibi eğitim düzeyi daha yüksek hastaların, hastalık hakkında daha bilinçli olması, tedaviye daha iyi uyum göstermesi nedeniyle daha iyi klinik seyir göstermeleri, genellikle sosyal çevrelerinin daha geniş olması ve entelektüel seviyelerinin daha yüksek olması nedeniyle hobilerine, boş zaman etkinliklerine zaman ayırmaya daha fazla önem vermeleri nedeniyle ortaya çıkmış olabilir.

Araştırma bulgularımızda, intihar girişimi ile saplantılı bağlanma arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Suicid girişimi ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkiye dair çalışmalar daha çok adolesan grupta yapılmıştır. Sheftall ve arkadaşlarının ergenlerle yaptığı çalışmada suicid girişimi öyküsü olan grubun daha fazla saplantılı bağlanma gösterdiği bulunmuştur(254). Yine ergenlerle yapılan bir

çalışmada korkulu ve saplantılı bağlanma ile suicid girişimi arasında bağlantı gösterilmiştir(255). 2017 yılında yayımlanan bir gözden geçirmede güvensiz bağlanma stillerinden en çok da kaygılı bağlanmanın artmış intihar riski ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (256).

Eşik altı depresif belirtiler ve eşik altı manik belirtiler ile korkulu bağlanma arasında ilişki görülmekteydi. Literatürde depresif belirtiler ile korkulu bağlanma arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur(257, 258). Major depresyon tanılı hastalar ile yapılan bir çalışmada da korkulu bağlanan hastalarda, güvenli bağlanan hastalara göre depresyonun gidişatının daha kötü olduğu, daha uzun süreli depresif epizodlar ve rezidüel semptomlar görüldüğü bildirilmiştir(259). Korkulu bağlanmada görülen kişinin kendisini değersiz görmesi ve diğer insanları olumsuz görme eğiliminin depresyonun bilişsel kuramında bahsedilen bilişsel üçlüyle benzeştiği noktalar bulunmaktadır. Bilişsel üçlüye göre depresyondaki birey, korkulu bağlanmada da görüldüğü gibi kendisini değersiz görmekte ve dış dünya ile ilgili olumsuz otomatik düşünceler geliştirmektedir. Çalışmamızdaki eşik altı depresif belirtileri daha fazla olan hastalarda, depresyonun bilişsel üçlü teorisine benzerliği nedeniyle korkulu bağlanmanın da sık görülebileceği yorumu yapılabilir.

Çalışmamızda intihar girişimi ile fiziksel ve cinsel istismar öyküsü arasında anlamlı ilişki bulundu. Bipolar affektif bozukluğa sahip 631 hastanın değerlendirildiği kapsamlı bir çalışmada, bizim çalışma bulgularımıza oldukça benzer şekilde fiziksel ve cinsel istismar öyküsü intihar girişimi ile ilişkili bulunmuştur(260). Garo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cinsel istismar öyküsünün intihar girişimi ile ilişkili olduğu, birden fazla istismar çeşidine maruz kalmanın ise suicid riskini daha da artırdığı bulunmuştur(3). Daha önce bahsedildiği üzere çocukluk travmalarının bipolar bozuklukta hastalığın kötü gidiş özellikleri üzerine etkisi olduğu göz önünde bulundurulduğunda, çalışma bulgularımızın bu bilgiyi desteklediği sonucuna ulaşılabilir.

YMRS skorları ile fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve genel çocukluk çağı travması arasında anlamlı ilişki bulundu. Yine ve Garo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, bizim bulgularımıza benzer şekilde çocukluk travmasına maruz kalmış

kişilerde YMRS skorları daha yüksek bulunmuştur(3). Çalışmamızın bu bulgusu, çocukluk travmasına maruz kalan bipolar hastaların ara dönemde kalıntı manik belirtilerinin daha fazla olabileceğini ortaya koyabilir.

Toplam atak sayısı, HDDÖ skorları ve YMDÖ skorları ile İOTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. Toplam atak sayısı, YMDÖ skorları ve intihar girişimi ile İOTÖ'nin onaylanma ihtiyacı alt ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Toplam atak sayısı, YMDÖ skorları, hastalığın süresi ve intihar girişimi ile İOTÖ toplam skoru arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur. 2015 yılında yapılan bir izlem çalışmasında mükemmeliyetçi tutumun bipolar hastalarda depresif belirtilerin oluşumuna aracılık ettiğine işaret edilmektedir(261). Bipolar affektif bozukluğa sahip hastalarda işlevsel olmayan tutumları değerlendiren bir çalışmada, hedefe ulaşmaya (goal attainment) dair işlevsel olmayan tutumların manik belirtilerle ilişkisi olduğu bulunmuştur(235). Goldberg ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, işlevsel olmayan tutumların, manik atak sırasında, manik belirtiler ile ilişkisi olduğunu belirtmiştir(262). Bununla birlikte 19 bipolar I tanılı hasta ve 19 sağlıklı kontrol ile yapılan, düşük örneklem büyüklüğüne sahip bir çalışmada, bipolar hastalar ve sağlıklı kontroller arasında işlevsel olmayan tutumlar açısından bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır(263). İşlevsel olmayan tutumları fazla olan hastaların toplam atak sayısının fazla olması, bu hastaların daha sık rekürrens ile karşılaştığını ya da döngüsel bir şekilde sık rekürrensleri olan hastaların işlevsel olmayan tutumlar geliştirmeye daha yatkın olabileceğini gösterebilir. Bununla birlikte hastalık süresi ile işlevsel olmayan tutumlar arasındaki korelasyon, hastalıkla geçen süre uzadıkça işlevsel olmayan tutumların daha yerleşik bir hale gelmesinin sonucu olarak yorumlanabilir.

Çalışmamızda psikotik belirti öyküsüne sahip olan hasta sayısı ile depresif mizaç arasında, HDDÖ puanı ile depresif mizaç, siklotimik mizaç ve anksiyöz mizaç arasında, YMDÖ puanı ile irritabl ve anksiyöz mizaç arasında, hastalığın süresi ile hipertimik mizaç arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. 2011 yılında yapılan bir çalışmada şizotipal belirtiler ile siklotimik ve depresif mizaç arasında ilişki olduğu ifade edilmiştir(264). Depresyon ve maninin kendine özgü mizaç özellikleri olduğunu ileri süren bazı çalışmalarda, bizim sonuçlarımıza benzer şekilde siklotimik,

irritabl ve anksiyöz mizacın bipolar bozuklukla, depresif mizacın ise majör depresif bozukluk ile ilişkili olduğu bildirilmiştir(10, 265).

5.6. Hasta Grubunda Çocukluk Çağı Travmaları, Bağlanma Biçimleri, İşlevsel Olmayan Tutumlar ve Affektif Mizaçların Birbiri İle İlişkisinin İncelenmesi

Araştırma bulgularımıza göre, korkulu bağlanma ile fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam çocukluk çağı travma puanı; saplantılı bağlanma ile fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve toplam çocukluk çağı travma puanı ilişkili bulunmuştur. Bu konuda yayımlanan kapsamlı bir metaanalizde travmaya maruz kalmış olan çocuklarda, travmaya uğramamış çocuklara göre daha sık güvensiz bağlanma olduğu bildirilmiştir(266). Bipolar affektif bozukluğa sahip hastalar ve çocukları ile yapılmış bir çalışmada, kişinin güvensiz bağlanma gösterdiği durumlarda fiziksel, duygusal ve cinsel istismar öyküsünün daha yaygın olduğu bildirilmiştir(7). Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılmış bir çalışmada çocukluk çağı travmalarının bütün alt tipleri (fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal); korkulu, kayıtsız ve saplantılı bağlanması olan kişilerde daha çok bulunmuş, güvenli bağlanması olanlarda ise daha az bulunmuştur(267).

Güvenli bağlanma ile İOTÖ'nin bağımsız tutum alt ölçeği; korkulu bağlanma ile İOTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum, onaylanma ihtiyacı, değişken tutum alt ölçekleri ve İOTÖ toplam skoru, kayıtsız bağlanma ile tüm İOTÖ alt ölçekleri ve İOTÖ toplam skoru, saplantılı bağlanma ile İOTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum, onaylanma ihtiyacı ve İOTÖ toplam skoru pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermiştir. Bipolar affektif bozuklukta bağlanma ve işlevsel olmayan tutumlar arasındaki ilişkiyle ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. 61 bipolar bozukluk tanılı hasta, 61 unipolar depresyon tanılı hasta ve 60 sağlıklı gönüllü ile yapılan bir çalışmada işlevsel olmayan tutumların ve benlik saygısının bağlanma stilleri ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiye aracılık ettiği sonucuna ulaşılmıştır(8). Major depresyon hastaları ile yapılan bir çalışmada güvensiz bağlanma şeklinin işlevsel olmayan tutumlar aracılığıyla erişkinlikte depresyon gelişimi üzerinde rol oynayabileceği bildirilmiştir(268). Andersson ve

arkadaşlarının sağlıklı gönüllüler ile yaptığı çalışmada güvenli bağlanma olan grupta işlevsel olmayan tutumların daha az, güvensiz bağlanma olan grupta ise işlevsel olmayan tutumların daha çok görüldüğü saptanmıştır(269). Ulu ve arkadaşlarının ülkemizde üniversite öğrencileri ile yaptığı bir çalışmada, mükemmeliyetçi tutum ile kaçınan bağlanma arasında ilişki bulunmuştur(270). Bu veriler ışığında baktığımızda; güvensiz bağlanması olan bipolar hastalarda işlevsel olmayan tutumların daha sık görülebileceğini akılda tutmalıyız. Bu hastaların yaşadığı klinik sorunlarda bağlanmanın da etkili bir faktör olduğu göz önünde tutulmalı ve bu klinik sorunların oluşumunda bipolar bozukluktaki etkisi güçlü bir şekilde gösterilmiş biyolojik faktörlerin yanında hastanın etrafındaki kişilerle kurduğu ilişkilerdeki bağlanma biçimiyle ilişkili işlevsel olmayan tutumlarının da rol oynayabileceği akılda tutulmalıdır. Bu alana yapılabilecek bilişsel müdahalelerde çalışmamızın bulgularının göz önünde tutulabileceğini düşünüyoruz.

Mükemmeliyetçi tutum ile duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal puanları ve ÇÇTÖ toplam puanları arasında anlamlı ilişki çalışmamızın bir diğer bulgusudur. Onaylanma ihtiyacı ile duygusal istismar, fiziksel istismar ve ÇÇTÖ toplam puanı arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Bağımsız tutum ile cinsel istismar arasında; İOTÖ topla puanı ile duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve ÇÇTÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Literatürde bipolar bozuklukta çocukluk çağı travmaları ile işlevsel olmayan tutumların arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı sınırlıdır. Bipolar affektif bozukluğa sahip hastalar ve sağlıklı kontrollerle farklı ölçekler kullanılarak yapılan çalışmada, çocukluk çağı travması ile işlevsel olmayan tutumlar arasında iki grupta anlamlı farklılık bulunamamıştır(271). Gibb ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer şekilde çocukluk çağı travması ile işlevsel olmayan tutumlar arasında ilişki bulunamamıştır(272). Bizim çalışmamızdaysa çocukluk çağı travmaları ile işlevsel olmayan tutumlar arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu farka örneklem grupları arasındaki sosyodemografik farklar ve kullanılan ölçekler arası farklılıklar yol açmış olabilir. Bunun yanında bipolar bozukluk hastalarıyla beraber yürütülen psikoterapi süreçlerinde çocukluk döneminde meydana gelmiş olan

travmatik yaşantıların hastaların bilişleri üzerinde etkisi olduğunu göstermesi açısından önemli bir veri olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda güvenli bağlanma ile depresif ve anksiyöz mizaç negatif yönde, hipertimik mizaç pozitif yönde anlamlı korele bulunmuştur. Ayrıca korkulu bağlanma ile depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaçlar; kayıtsız ve saplantılı bağlanma ile depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaçlar pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. Kökçü ve Kesebir'in yaptığı çalışmada bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde bipolar bozukluğa sahip hastalarda, güvensiz bağlanma ile depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz bağlanma arasında ilişki bulunmuş, hipertimik mizaç ile güvensiz bağlanma arasında ilişki saptanmadığı bildirilmiştir(7). Başka bir çalışmada kaygılı bağlanma ile depresif ve siklotimik mizaçlar arasında g  l  bir ilişki olduğu belirtilmiştir(273). Hipertimik mizacın bipolar bozuklukta olumlu tedavi cevabı ve olumlu gidiş özellikleri gösterdiği ile ilgili çalışmalar vardır(274-276). Güvenli bağlanma stiline insan ilişkilerindeki olumlu etkisi d ş n ld ğ nde bipolar affektif bozuklukta da olumlu klinik gidişat ile ilişkili olabileceği akla gelmektedir. Yaptığımız literatür taramasında böyle bir veriye rastlayamadık. Hipertimik mizaç ile güvenli bağlanma arasında bulduğumuz bu ilişki bize ileride bipolar affektif bozukluğun gidişatı ile ilgili yeni görüş açıları sunabilir. Bağlanma biçimleri üzerinden bipolar hastaların kişiler arası süreçleri değerlendirildiğinde, hastaların affektif mizaç özelliklerinin de günlük psikiyatri uygulamalarında göz önüne alınmasının faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

Araştırma bulgularımıza bakılacak olursa duygusal istismar ile depresif ,siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç arasında; fiziksel istismar ile siklotimik mizaç ve irritabl mizaç arasında; fiziksel ihmal ile depresif ve irritabl mizaç arasında; CTQ toplam puanı ile depresif, siklotimik ve irritabl mizaç arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Literatürde , ocukluk ağı travmaları ve affektif mizaç özellikleri ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar oldukça kısıtlı sayıdadır. Pompili ve arkadaşlarının psikiyatri hastalarında çocukluk ağı fiziksel-cinsel kötüye kullanımı ile afektif mizaç profili, kişilik özellikleri ve intihar riskini araştırdıkları çalışmanın bulgularına göre cinsel ya da fiziksel kötüye kullanımı olan hastalarda TEMPS-A depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç puanları daha yüksek saptanmıştır(277). Japonya'da yapılan bir

çalışmada, çocukluk çağı travmalarının affektif mizaçlar üzerinden bipolar affektif bozukluğa yatkınlık oluşturduğu bildirilmiştir(278). Güncel bir çalışmada duygusal istismar, duygusal ihmal ve fiziksel istismarın irritabl ve anksiyöz mizaçlarla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır(279). Bizim çalışmamızın bulgularında hipertimik mizaç, çocukluk çağı travmasının olmasıyla veya daha fazla çocukluk çağı travmasına maruz kalmakla ilişkili bulunmamıştır. Çocukluk çağı travmalarının bipolar bozuklukla ilişkili olarak bulunduğunu daha önceden belirtmiştik(232). Bipolar affektif bozuklukla ilişkili olduğu saptanan mizaçlar ise siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaçlar olarak belirlenmiş olup hipertimik mizaç ile bipolar bozukluk arasında bir ilişki bulunamamıştır(10). Son iki cümlemizde ifade ettiğimiz verileri düşünürsek elde ettiğimiz affektif mizaç ve çocukluk çağı travmaları arasındaki verilerin kıymetli olduklarını düşünüyoruz. Affektif mizaçların ve çocukluk çağı yaşantılarının bipolar hastaların da değerlendirildiği tedavi aşamalarında bu iki faktörün karşılıklı etkileşim içinde olduğunun göz önüne alınabileceğini düşünmekteyiz.

İOTÖ toplam puanı ve mükemmeliyetçi tutum, onaylanma ihtiyacı alt ölçeklerinin her biri ile TEMPS-A ölçeğinin depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. İşlevsel olmayan tutumların depresyon, anksiyete ve bipolar bozuklukla ilişkili olabileceği gösterilmiştir(8, 56, 280). Bu rahatsızlıklar ile mizaç ilişkisine baktığımızda; bipolar bozuklukta siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaçların; majör depresyonda depresif mizacın(281), anksiyete bozukluklarında ise anksiyöz mizacın daha sık görüldüğü bilinmektedir(282). Bu verilerden yola çıkarak bipolar hastalarıyla beraber yürütülen terapi süreçlerinde işlevsel olmayan tutumlara uygulanacak bilişsel müdahale süreçlerinde hastaların affektif mizaç faktörlerinin de etkili olabileceğini düşünüyoruz.

5.7. Hasta Grubunda İşlevsellik İle Bağlanma Biçimleri, Çocukluk Çağı Travmaları, İşlevsel Olmayan Tutumlar ve Affektif Mizaçların İlişkisinin İncelenmesi

Araştırma bulgularımıza göre, KİDÖ'nin mali konular alt ölçeği ile ÇÇTÖ'nin fiziksel istismar alt ölçeği arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Ayrıca KİDÖ'nin kişilerarası ilişkiler alt ölçeği ile duygusal istismar ve cinsel istismar alt

ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. ÇÇTÖ ile işlevselliğin diğer alt boyutları olan özerklik, bilişsel işlevsellik, mesleki işlevsellik ve boş zaman etkinlikleri arasında ilişki saptayamadık. Bipolar affektif bozukluğa sahip genç erişkinlerle yapılan güncel bir çalışmada çocukluk çağı travmasına uğramış olan hastaların, çocukluk çağı travmasına uğramayan hastalara göre genel işlevselliğinin daha fazla bozulduğu bildirilmiştir(283). Bipolar affektif bozukluğa sahip hastalarda farklı bir ölçek (GAF: Global Assessment of Functioning) kullanılarak yapılan bir çalışmada çocukluk travmasına uğramış olmanın düşük psikososyal işlevsellik ile ilişkisi bulunmuştur(284). Cotter ve arkadaşlarının yaptığı bir gözden geçirmede çocukluk çağı travmaları ile sosyal ve mesleki işlevsellikteki bozulmanın ilişkili olduğu belirtmiş olup, bu ilişkiye çalışmamızda da yer verdiğimiz güvensiz bağlanmanın aracılık ediyor olabileceğine vurgu yapılmıştır(285). Jimenez ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çocukluk travmasına maruz kalmanın yetişkinlikteki bilişsel performansı önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur(286). Araştırma bulgularımıza göre çocukluk travması ile bilişsel işlevsellik arasında ilişki bulamamamızın nedeni, bilişsel performansı daha ayrıntılı değerlendiren nörokognitif testlere çalışmamızda yer vermememiz olabilir.

İOTÖ'nin mükemmeliyetçi tutum alt ölçeği ile KİDÖ'nin mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler alt ölçekleri ve KİDÖ toplam skoru arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. İOTÖ'nin onaylanma ihtiyacı alt ölçeği ile KİDÖ'nin mali konular ve kişilerarası ilişkiler alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. Yine İOTÖ'nin toplam puanı ile KİDÖ'nin kişilerarası ilişkiler alt ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Konu ile ilgili literatüre baktığımızda Moreno ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada işlevsel olmayan tutumların bipolar hastalardaki işlevselliği öngörmeye önemli bir rolü olabileceği bildirilmiştir(287). Çalışmamızın verilerinin bu konudaki sınırlı literatüre katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

İÖA ölçeğinin güvenli bağlanma alt ölçeği ile KİDÖ'nin özerklik, mesleki işlevsellik ve KİDÖ toplam puanı arasında negatif yönde korelasyon çalışmamızda saptadığımız bulgulardan bir diğeridir. Literatüre baktığımızda bağlanma biçimleri ve işlevsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya tespit edebildiğimiz kadarıyla ulaşamadık. Güncel bir çalışmada güvensiz bağlanmanın semptom yükünü artırdığı

bildirilmiştir(288). Araştırmamızda bulduğumuz güvenli bağlanma ile genel işlevsellik arasındaki negatif korelasyonu, güvenli bağlanmaya sahip olan bipolar hastaların, güvensiz bağlanmaya sahip olanlara göre semptom yükünün daha az olabileceği, dolayısıyla daha olumlu klinik seyir özellikleri nedeniyle işlevselliklerindeki bozulmanın daha az olacağı şeklinde yorumlayabiliriz. Yapılan çalışmalarda, güvensiz bağlanması olan hastalarda işlevsel olmayan tutumların depresif belirtilere aracılık edebileceğine(8) ve güvensiz bağlanma ile depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaçlar arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğuna(7) daha önce değinmiştik. Buna göre güvenli bağlanma puanları düşük olan hastaların daha düşük işlevselliğe sahip olmasında, işlevsel olmayan tutumlar ve depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaçların aracı rol üstleniyor olabileceği yorumunu yapabiliriz.

Çalışmamızda depresif mizaç ile özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve genel işlevsellikteki bozulma arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Siklotimik mizaç ile özerklik, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve genel işlevsellikteki bozulma arasında pozitif yönde korelasyon bulunmuştur. Hipertimik mizaç ile bilişsel işlevsellik ve genel işlevsellik puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon gözlenmiştir. İrritable mizaç ile mali konular ve genel işlevsellikteki bozulma arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Anksiyöz mizaç ile mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve genel işlevsellikteki bozulma arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Nillson ve arkadaşlarının işlevselliği farklı bir ölçek (Work and Social Adjustment Scale (WSAS)) kullanarak değerlendirdikleri bir çalışmada, siklotimik mizaç puanları daha fazla olan kişilerde, genel işlevsellikte, ev yönetimi ve boş zaman etkinlikleri alanlarındaki işlevsellikte daha fazla bozulma olduğu bildirilmiştir(289). Bipolar affektif bozukluğa sahip 145 hasta ile yapılan bir çalışmada siklotimik ve irritabl mizaca sahip hastaların daha olumsuz işlevsellik sonuçlarına sahip olduğu belirtilmiştir(290). Hipertimik mizacın işlevsellik üzerinde bulduğumuz olumlu etkisini destekleyen bir çalışma da Pompili ve arkadaşlarının yaptığı bir yıllık bir izlem çalışmasıdır. Bu çalışma sonucunda hipertimik mizaca sahip hastaların hastalık şiddetinin daha az olduğu, psikososyal işlevselliklerinin daha iyi olduğu ve hipertimik

mizacın, işlevselliğin olumlu yönde bir öngördürücüsü olduğu bildirilmiştir(291). Araştırmamızın sonuçları göstermektedir ki; depresif, siklotimik, iritabl ve anksiyöz mizaçlar bipolar affektif bozukluğa sahip hastalarda, işlevselliğin çeşitli alanlarında bozulmalarla ilişkili iken, tam tersine hipertimik mizaca sahip olmak ise işlevsellikteki bozulma ile ters ilişkili bir faktör olarak rol oynamaktadır.

Yaptığımız regresyon analizleri sonucunda HDDÖ puanlarındaki artışın, güvenli bağlanma puanlarındaki azalmanın ve depresif mizaçtaki puan artışının özerklik alanındaki işlevsellikteki bozulmayı %26,5 oranında öngörebildiği belirlendi. HDDÖ puanlarındaki ve anksiyöz mizaç puanlarındaki artışın mesleki işlevsellikteki bozulmayı %29,8 oranında yordayabildiği belirlendi. YMDÖ, İÖA güvenli bağlanma alt ölçeği ve iritabl mizaç alt ölçek puanlarındaki artışın mali konular alanındaki işlevsellik bozulmasını %20 oranında öngörebildiği bulundu. Hastalığın başlangıç yaşının düşük olmasının, intihar girişimi sayısının fazla olmasının ve anksiyöz mizaç skorlarının yüksek olmasının kişilerarası ilişkilerdeki bozulmayı %41,5 oranında yordayabildiği belirlendi. Toplam depresif ve karma epizod sayısındaki artışın, intihar girişimi sayısının ve anksiyöz mizaç puanı artışının; ÇÇTÖ toplam puanındaki ve bağımsız tutum puanlarındaki azalmanın boş zaman etkinlikleri alanındaki işlevsellik bozulmasını %34 oranında öngördürebildiği belirlendi. HDDÖ puanlarındaki, hastalığın süresindeki, intihar girişimi sayısındaki, saplantılı bağlanma puanlarındaki, işlevsel olmayan tutumların toplam puanındaki ve anksiyöz mizaç puanlarındaki artışın; eğitim yılındaki, yatış sayısındaki, cinsel istismar puanlarındaki, bağımsız tutum puanlarındaki ve hipertimik mizaç puanlarındaki düşüşün genel işlevsellikteki bozulmayı %73 oranında öngördürebildiği belirlenmiştir.

5.8. Çalışmamızın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Çalışmamızda kullandığımız dışlama kriterlerimiz nedeniyle son 1 yılda ek psikiyatrik hastalığı olan, alkol ve madde kullanımı olan, hayat kalitesini etkileyen organik hastalığı olan hastaların çalışmaya dahil edilmemesi, katılımcıların eğitim yılı ortalamasının yüksek olması (bipolar grupta 11,6 yıl; kontrol grubunda 12,2 yıl) nedeniyle öz bildirim anketlerinden daha güvenilir veriler elde edilmesi çalışmamızın güçlü yönlerindendir. Yine hasta ve kontrol gruplarında cinsiyet, yaş ve eğitim

durumunun eşleştirilmesi nedeniyle bu veriler açısından gruplar arasında anlamlı fark olmaması çalışmamızın güçlü yönlerindendir.

Araştırmamızın en önemli yöntemsel kısıtlılığı araştırma sonuçlarının geriye dönük hatırlama yanılığine açık olmasıdır. Hem hasta özellikleri (ilk atağın türü, hastalığın başlangıç yaşı, toplam atak sayısı, hızlı döngülülük) hem de çocukluk çağı travmaları geriye dönük olarak sorgulanmıştır. Mümkün olduğunca düzenli takip edilen hastaların hastalık özellikleri poliklinik kayıtlarından doğrulanmış olmakla birlikte bu tüm hastalar için mümkün olmamıştır. Bunun yanında çalışmamızın görece küçük ölçekli bir çalışma olması, hasta grubunun ilaç kullanıyor olması ve bu ilaçların yan etkilerinin verilerimizi etkileme ihtimali, çalışmamızda özbildirim ölçeklerinin kullanılması ve klinisyen müdahalesi olmadan doldurulmuş ölçeklerin güvenilirliğinin yapılandırılmış formlara göre daha düşük seviyede olması çalışmamızın kısıtlılıkları olarak değerlendirildi. Ayrıca, daha önceki çalışmalarda bipolar affektif bozukluk hastalarında işlevselliği etkilediği gösterilmiş olan tedavi uyumsuzluğu, nörokognitif işlevler, premorbid zeka düzeyi, zihin kuramı gibi faktörlerin çalışmamızda değerlendirilmemiş olması araştırmamızın bir diğer kısıtlılığıdır.

6. SONUÇ

Çalışmamızda, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran, bipolar bozukluk tanılı 63 hasta ve yaş, eğitim ve cinsiyet yönünden hasta grubu ile eşleştirilmiş 61 sağlıklı gönüllüyü çocukluk travmaları, bağlanma biçimleri, işlevsel olmayan tutumlar ve affektif mizaçlar yönünden karşılaştırarak, hasta ve kontrol grubu arasında fark olup olmadığını değerlendirmeyi ve bu faktörlerin işlevsellik üzerindeki etkisini incelemeyi amaçladık.

Araştırmamızın bulgularına genel olarak bakacak olursak; hasta grubu ve kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler, çocukluk travmaları, bağlanma biçimleri, işlevsel olmayan tutumlar, affektif mizaçlar ve işlevsellik açısından önemli farklılıklar bulunduğunu tespit ettik. Çocukluk çağı travması öyküsü olan bipolar hastalarda çocukluk çağı travması olmayanlara göre işlevselliğin bazı alanlarında daha fazla bozulma olduğunu belirledik. Güvenli bağlanma puanları daha yüksek olan hastaların özerklik, mesleki işlevsellik ve genel işlevsellikte anlamlı olarak daha olumlu sonuçları olduğunu bulduk. Hasta grubunda işlevsel olmayan tutumlar ölçeğinin mükemmeliyetçi tutum ve onaylanma ihtiyacı alt ölçeklerinin işlevselliğin bazı alt boyutları ile anlamlı ilişkili olduğunu saptadık. Depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaca sahip hastaların işlevselliğin bazı boyutlarında daha olumsuz sonuçlar ile anlamlı ilişkili olduğunu, hipertimik mizacın ise tam tersine işlevsellikte olumlu sonuçlar ile anlamlı ilişkili olduğunu belirledik. Genel işlevselliği tahmin ettirici bağımsız değişkenleri belirlemek için yaptığımız regresyon analizinde Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği puanı, eğitim yılı, hastalığın süresi, yatış sayısı, intihar girişimi sayısı, İÖA ölçeğinin saplantılı bağlanma alt ölçeği, ÇÇTÖ'nin cinsel istismar alt ölçeği, İOTÖ'nin bağımsız tutum alt ölçeği ve İOTÖ toplam puanı, TEMPS-A ölçeğinin hipertimik ve anksiyöz alt ölçeği değişkenlerinin genel işlevselliği %73 oranında öngördürebildiği belirlendi.

Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde, çocukluk çağı travmaları, güvensiz bağlanma biçimleri, işlevsel olmayan tutumlar ve bazı affektif mizaçların bipolar bozuklukta sağlıklı kontrollere göre daha fazla görüldüğü ve hipotezimizi destekler şekilde bu saydığımız faktörlerin bipolar bozukluktaki işlevselliği önemli ölçüde

etkilediği sonucuna varabiliriz. Bipolar affektif bozukluk tanılı hastalarda işlevsellik düzeyinin, hastanın kişilerarası ilişkilerini, meslek hayatını, kendi kendine yetebilirliğini, hayattan aldığı doyumunu, kısacası gündelik hayatını ciddi biçimde etkilediği düşünöldüğünde bu alanda yapılacak psikososyal ve psikoterapotik müdahalelerin önemi daha açık biçimde ortaya çıkmaktadır. Çalışmamız işlevselliği etkileyen faktörleri ve müdahale edilebilecek alanları göstermesi bakımından literatüre bu yönde katkı sağlamaktadır ancak konu ile ilgili daha büyük örneklemlili çalışmalara ihtiyaç vardır. Gelecekte bu alanda yapılacak çalışmalar literatürde sınırlı çalışma yapılan ve işlevselliği etkilediğini düşöndüğümüz, bipolar bozuklukta işlevsel olmayan tutumlara ve bağlanma biçimlerine odaklanabilir.



KAYNAKLAR

1. Tohen M, Zarate CA, Jr., Hennen J, Khalsa HM, Strakowski SM, Gebre-Medhin P, et al. The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence. *Am J Psychiatry*. 2003;160(12):2099-107.
2. Li XB, Liu JT, Zhu XZ, Zhang L, Tang YL, Wang CY. Childhood trauma associates with clinical features of bipolar disorder in a sample of Chinese patients. *J Affect Disord*. 2014;168:58-63.
3. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;186(2):121-5.
4. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry*. 2001;49(12):1023-39.
5. Lewis ME. *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*: Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 2002.
6. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry*. 1994;5(1):1-22.
7. Kökçü F, Kesebir S. İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010;21(4):309-18.
8. Fuhr K, Reitenbach I, Kraemer J, Hautzinger M, Meyer TD. Attachment, dysfunctional attitudes, self-esteem, and association to depressive symptoms in patients with mood disorders. *Journal of affective disorders*. 2017;212:110-6.
9. Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders: A critical review. *Archives of general psychiatry*. 1983;40(7):801-10.
10. Solmi M, Zaninotto L, Toffanin T, Veronese N, Lin K, Stubbs B, et al. A comparative meta-analysis of TEMPS scores across mood disorder patients, their first-degree relatives, healthy controls, and other psychiatric disorders. *Journal of affective disorders*. 2016;196:32-46.
11. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos J. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2009;78(5):285-97.
12. Merikangas KR, Jin R, He J-P, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(3):241-51.
13. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times:: conception, birth and rebirth. *Journal of affective disorders*. 2001;67(1-3):3-19.
14. Marneros A, Angst J. *Bipolar disorders: roots and evolution*. *Bipolar disorders*: Springer; 2000. p. 1-35.
15. Goodwin F, Jamison K. *Manic-depressive illness*. Oxford University Press. New York. 1990;567.
16. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*: Oxford University Press; 2007.
17. Spitzer RL, Md KK, Williams JB, editors. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American psychiatric association; 1980: Citeseer.
18. Işık E. *Duygu durumu bozuklukları: Depresyon ve bipolar bozukluklar*: yayl. y; 2003.
19. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub; 2013.
20. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(5):543-52.

21. Sadock B, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences: Walters Kluwer; 2015.
22. Diflorio A, Jones IJ. Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. 2010;22(5):437-52.
23. Hirschfeld R, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA, et al. Screening for bipolar disorder in the community. 2003.
24. Hirschfeld R, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA, et al. Screening for bipolar disorder in the community. The Journal of clinical psychiatry. 2003.
25. Post RM, Luckenbaugh DA, Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T, et al. Incidence of childhood-onset bipolar illness in the USA and Europe. The British Journal of Psychiatry. 2008;192(2):150-1.
26. Aydemir Ö, Eren İ, Savaş H, Oğuzhanoglu NK, Kocal N, Özgüven HD, et al. Development of a questionnaire to assess inter-episode functioning in bipolar disorder: Bipolar Disorder Functioning Questionnaire. Turkish Journal of Psychiatry. 2007;18(4).
27. Gültekin BK, Günderci A, Balci MV, Kökcü F, Gedikbaş C, Özcan ME. Duygudurum Bozukluğu Tanısı ile Yatan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri: Bir Ön Bildirim. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. 2008;18(3).
28. Ünal A, Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici Ö, Tezcan E. BİPOLAR BOZUKLUĞA EŞLİK EDEN EKSEN I VE EKSEN II TANILARI.
29. Altindag A, Yanik M, Nebioglu M. The comorbidity of anxiety disorders in bipolar I patients: prevalence and clinical correlates. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. 2006;43(1):10.
30. Kessing LV. Gender differences in the phenomenology of bipolar disorder. Bipolar Disorders. 2004;6(5):421-5.
31. Subramaniam H, Dennis MS, Byrne EJ. The role of vascular risk factors in late onset bipolar disorder. 2007;22(8):733-7.
32. Kesebir S, Sayakci S, Suner O. Geç başlangıçlı olan ve olmayan iki uçlu bozukluk hastalarının karşılaştırılması. 2012.
33. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. Biological psychiatry. 2000;48(6):445-57.
34. Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ, Dibble E, Leckman JF, Sceery W, et al. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands. Archives of General psychiatry. 1982;39(10):1157-67.
35. Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A, Wittchen H-U. Epidemiology of Mood Disorders. 2006.
36. Smoller JW, Finn CT, editors. Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics; 2003: Wiley Online Library.
37. Craddock N, Sklar PJ. Genetics of bipolar disorder. 2013;381(9878):1654-62.
38. Sklar P, Ripke S, Scott LJ, Andreassen OA, Cichon S, Craddock N, et al. Large-scale genome-wide association analysis of bipolar disorder identifies a new susceptibility locus near ODZ4. 2011;43(10):977.
39. Seifuddin F, Mahon PB, Judy J, Pirooznia M, Jancic D, Taylor J, et al. Meta-analysis of genetic association studies on bipolar disorder. 2012;159(5):508-18.
40. Sobczak S, Honig A, Riedel WJ. Acute tryptophan depletion in bipolar disorders; literature review and directives for further research. Acta Neuropsychiatr. 2000;12(3):69-72.
41. Işık E, Işık U, Işık Taner Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara, Rotatıp Kitapevi. 2013.

42. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics*. 2012;35(1):51-71.
43. Zarate C, Machado-Vieira R, Henter I, Ibrahim L, Diazgranados N, Salvadore GJHrop. Glutamatergic modulators: the future of treating mood disorders? 2010;18(5):293-303.
44. Kim Y, Santos R, Gage FH, Marchetto MCJFicn. Molecular mechanisms of bipolar disorder: progress made and future challenges. 2017;11:30.
45. Vawter MP, Freed WJ, Kleinman JE. Neuropathology of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 2000;48(6):486-504.
46. Harrison PJ, Geddes JR, Tunbridge EMJTin. The emerging neurobiology of bipolar disorder. 2018;41(1):18-30.
47. Murri MB, Prestia D, Mondelli V, Pariante C, Patti S, Olivieri B, et al. The HPA axis in bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. 2016;63:327-42.
48. Goldsmith D, Rapaport M, Miller BJMp. A meta-analysis of blood cytokine network alterations in psychiatric patients: comparisons between schizophrenia, bipolar disorder and depression. 2016;21(12):1696-709.
49. Brambilla P, Glahn DC, Balestrieri M, Soares JCJPC. Magnetic resonance findings in bipolar disorder. 2005;28(2):443-67.
50. Savitz J, Drevets WCJN, Reviews B. Bipolar and major depressive disorder: neuroimaging the developmental-degenerative divide. 2009;33(5):699-771.
51. Marangoni C, Hernandez M, Faedda GLJoad. The role of environmental exposures as risk factors for bipolar disorder: a systematic review of longitudinal studies. 2016;193:165-74.
52. VandenBos GR. *APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association. 2007.
53. Alloy LB, Abramson LY, Neeren AM, Walshaw PD, Urosevic S, Nusslock R. Psychosocial risk factors for bipolar disorder: Current and early environment and cognitive styles. *The psychology of bipolar disorder: New developments and research strategies*: Oxford University Press; 2006. p. 11-46.
54. Beck AT. *Cognitive therapy of depression*: Guilford press; 1979.
55. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological review*. 1989;96(2):358.
56. Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR. Mindfulness, response styles and dysfunctional attitudes in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 2011;134(1-3):126-32.
57. Freud S. *The ego and the id*: Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis; 1923.
58. Klein M. 9. Mourning and Its Relation to Manic-Depressive States. *Essential Papers on Object Loss*. 1994:95.
59. Kupka RW, Luckenbaugh DA, Post RM, Leverich GS, Nolen WA. Rapid and non-rapid cycling bipolar disorder: a meta-analysis of clinical studies. 2003.
60. Dailey MW, Saadabadi A. *Mania*. 2019.
61. Ghaemi SN, Dalley SJA, *Psychiatry NZJo*. The bipolar spectrum: conceptions and misconceptions. 2014;48(4):314-24.
62. Koukopoulos A, Sani G, Koukopoulos A, Manfredi G, Pacchiarotti I, Girardi PJAPS. Melancholia agitata and mixed depression. 2007;115:50-7.
63. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FeiKJTJoP. "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. 2002;47(2):125-34.
64. Akiskal HS, Pinto OJPCoNA. The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III, and IV. 1999;22(3):517-34.

65. Hauser M, Pfennig A, Özgürdal S, Heinz A, Bauer M, Juckel G. Early recognition of bipolar disorder. *European Psychiatry*. 2007;22(2):92-8.
66. Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Arvilommi P, Leppämäki S, Paunio T, et al. Early age at onset of bipolar disorder is associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking. *Bipolar disorders*. 2007;9(7):698-705.
67. Tondo L, H Vazquez G, J Baldessarini R. Depression and mania in bipolar disorder. *Current neuropharmacology*. 2017;15(3):353-8.
68. Van Meter AR, Burke C, Youngstrom EA, Faedda GL, Correll CU. The bipolar prodrome: meta-analysis of symptom prevalence prior to initial or recurrent mood episodes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;55(7):543-55.
69. Shakibaei F, Alikhani M, Mahaki B, Sichani NK, Tabatabaei HD. The evaluation of mood condition among depressed adolescent students in Isfahan after 6 years. *Advanced biomedical research*. 2016;5.
70. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(2):217-24.
71. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA psychiatry*. 2013;70(9):931-9.
72. Cusin C, Serretti A, Lattuada E, Mandelli L, Smeraldi E. Impact of clinical variables on illness time course in mood disorders. *Psychiatry research*. 2000;97(2-3):217-27.
73. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. 2018;20(2):97-170.
74. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). 2006;163(2):217-24.
75. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen CJAjop. Relapse and impairment in bipolar disorder. 1995.
76. Geddes JR, Miklowitz DJF. Treatment of bipolar disorder. 2014;12(2):205-16.
77. Gitlin MJ, Abulseoud O, Frye MAJCMr, opinion. Improving the design of maintenance studies for bipolar disorder. 2010;26(8):1835-42.
78. Çakır SJTPD. Özerdem A. İki uçlu bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal sağaltımlar: sistematik bir gözden geçirme. 2010;21:143-54.
79. Glick ID, Burti L, Okonogi K, Sacks MJTBJoP. Effectiveness in Psychiatric Care: III: Psychoeducation and Outcome for Patients with Major Affective Disorder and Their Families. 1994;164(1):104-6.
80. Colom FJTBJoP. Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. 2011;198(5):338-40.
81. Vieta EJeron. Bipolar mixed states and their treatment. 2005;5(1):63-8.
82. Oud M, Mayo-Wilson E, Braidwood R, Schulte P, Jones SH, Morriss R, et al. Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. 2016;208(3):213-22.
83. Morris CD, Miklowitz DJ, Waxmonsky JAJJocp. Family-focused treatment for bipolar disorder in adults and youth. 2007;63(5):433-45.
84. Driessen E, Hollon SDJPC. Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. 2010;33(3):537-55.

85. Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K, Sham PJAJoP. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. 2005;162(2):324-9.
86. Gregory Jr VLJSWiMH. Cognitive-behavioral therapy for mania: A meta-analysis of randomized controlled trials. 2010;8(6):483-94.
87. Association AP. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision): American Psychiatric Pub; 2002.
88. Suppes T, Dennehy EB, Hirschfeld RM, Altshuler LL, Bowden CL, Calabrese JR, et al. The Texas implementation of medication algorithms: update to the algorithms for treatment of bipolar I disorder. 2005;66(7):870-86.
89. Health NCCfM. Bipolar disorder: The NICE guideline on the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. 2014.
90. Scott J, Colom F, Vieta EJJJoN. A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. 2007;10(1):123-9.
91. Miklowitz DJJAJoP. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. 2008;165(11):1408-19.
92. Zaretsky A, Lancee W, Miller C, Harris A, Parikh SVJTCjop. Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? 2008;53(7):441-8.
93. Rucci P, Frank E, Kostelnik B, Fagiolini A, Mallinger AG, Swartz HA, et al. Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy. 2002;159(7):1160-4.
94. Taymur İ, Hakan Türkçapar MJCAiPPGY. Kişilik: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi. 2012;4(2).
95. Coccaro E, Siever LJTopd. Neurobiology. 2005:155-70.
96. Heim A, Westen D. Theories of personality and personality disorders. 2009.
97. Akiskal H, Perugi G, Hantouche E, Haykal R, Manning S, Connor P. The affective temperament scales of Memphis, Pisa, Paris and San Diego: progress towards a self-rated auto-questionnaire version (TEMPS-A). J Affect Disord. 2005;85:3-16.
98. Friborg O, Martinsen EW, Martinussen M, Kaiser S, Øvergård KT, Rosenvinge JHJJoAd. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. 2014;152:1-11.
99. Drubach DAJJor, health. The purpose and neurobiology of theory of mind functions. 2008;47(3):354-65.
100. Bach LJ, Happe F, Fleminger S, Powell JJCN. Theory of mind: Independence of executive function and the role of the frontal cortex in acquired brain injury. 2000;5(3):175-92.
101. Corcoran R, Mercer G, Frith CDJSr. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. 1995;17(1):5-13.
102. Baron-Cohen S, O'riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted KJJoa, disorders d. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. 1999;29(5):407-18.
103. Bora E, Bartholomeusz C, Pantelis CJPM. Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. 2016;46(2):253-64.
104. Karamustafalıoğlu O. Temel ve Klinik Psikiyatri: Güneş Tıp Kitabevleri 2018.
105. Baddeley AJArop. Working memory: Theories, models, and controversies. 2012;63:1-29.

106. Maalouf FT, Brent D, Clark L, Tavitian L, McHugh RM, Sahakian BJ, et al. Neurocognitive impairment in adolescent major depressive disorder: state vs. trait illness markers. 2011;133(3):625-32.
107. Robinson LJ, Thompson JM, Gallagher P, Goswami U, Young AH, Ferrier IN, et al. A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. 2006;93(1-3):105-15.
108. Torres I, Boudreau V, Yatham LJAPS. Neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: a meta-analysis. 2007;116:17-26.
109. FIRAT S, Baskak B. Gelişimsel travmanın uzun dönem etkileri ve bunlara aracılık eden nörobiyolojik mekanizmalar. *Kriz Dergisi*. 2012;20(1):25-42.
110. Herman J. Travma ve iyileşme. İstanbul: Literatür Yayıncılık. 1992.
111. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child abuse & neglect*. 2001;25(2):279-90.
112. Kara B, Biçer Ü, Gökalp A. Çocuk İstismarı. ve Çocuk 2004; 47: 140-51. *Hastalıkları Dergisi*.
113. Yurdakök K. Çocuk istismarı ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. *Katkı Pediatri Dergisi*. 2010;32(4):423-34.
114. Organization WH. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. 2006.
115. Nemeroff CBJN. Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. 2016;89(5):892-909.
116. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*. 2004;35(2):82-6.
117. Veltkamp LJ, Miller TW. Clinical handbook of child abuse and neglect: International Universities Press, Inc; 1994.
118. Ekinci S. Fiziksel çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Dergisi*. 2010;32(5):625-31.
119. Topbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2004;3(4):76-80.
120. İH H. Adli Tıp ve Adli Bilimler. Seçkin yayıncılık. 2002;1:263-84.
121. Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. 2002.
122. Yalın A, Avcı A, Kerimoğlu E, Aslan H. Çocuklarda fiziksel örselenmenin Ankara ve Adana illerinde görülme sıklığının taranması. *3P Dergisi*. 1995;3:39-43.
123. Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. İşeri E Cinsel istismar 1inci Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2008:470-7.
124. Avcı A, Tahiroğlu A. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Eds: Aysev A, Taner YI. 2007;1.
125. Bulut S. Çocuk cinsel istismarı hakkında bir derleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2016;3(28).
126. Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child abuse & neglect*. 2009;33(6):331-42.
127. Kanbur N, Akgül S. Adölesanlarda cinsel istismar ve pediatriğin rolü. *Çocuk İhmal ve İstismarı-I*. 2010;32(4):491-502.
128. Alikasifoğlu M, Erginoz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, İlter O. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse & Neglect*. 2006;30(3):247-55.

129. Özgentürk İ. Child abuse and neglect Çocuk istismarı ve ihmal. *Journal of Human Sciences*. 2014;11(2):265-78.
130. Daruy-Filho L, Brietzke E, Lafer B, Grassi-Oliveira R. Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124(6):427-34.
131. Erten E, Uney AFK, Fıstıkcı N. Bipolar bozukluk ve çocukluk çağı travması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015;7(2):157-65.
132. Aas M, Henry C, Andreassen OA, Bellivier F, Melle I, Etain B. The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International journal of bipolar disorders*. 2016;4(1):2.
133. Agnew-Blais J, Danese AJTLP. Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. 2016;3(4):342-9.
134. Ali Algin Köşkdere AGK, Mine Özmen, Talat Parman, Nilgün Taşkıntuna, Raşit Tükel. *Psikanalitik Psikoterapiler*. Köşkdere AA, editor: TPD yayınları; 2011. 150 p.
135. Stotland NL. Wednesday's Child: Research Into Women's Experience of Neglect and Abuse in Childhood and Adult Depression. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(4):655-.
136. Margaret J. Black SAM. Freud ve Sonrası Modern Psikanalitik Düşüncenin Tarihi: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2014. 149 p.
137. Dönmez A. Bağlanma: Yakın ilişkilerle ilgili araştırmalar için bir çerçeve. *Türk Psikoloji Bülteni*. 2000;16(17):29-50.
138. Diehl M, Elnick AB, Bourbeau LS, Labouvie-Vief G. Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *Journal of personality and social psychology*. 1998;74(6):1656.
139. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. *The American journal of psychiatry*. 1988.
140. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*. 1991;61(2):226.
141. Simpson JA, Rholes WSE. *Attachment theory and close relationships*: Guilford Press; 1998.
142. Fraley RC, Shaver PR. Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of general psychology*. 2000;4(2):132-54.
143. Overbeek G, Vollebergh W, Engels RC, Meeus W. Parental attachment and romantic relationships: Associations with emotional disturbance during late adolescence. *Journal of Counseling Psychology*. 2003;50(1):28.
144. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*: Psychology Press; 2015.
145. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*. 1987;52(3):511.
146. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(2):321-42.
147. Venta A, Mellick W, Schatte D, Sharp C. Preliminary evidence that thoughts of thwarted belongingness mediate the relations between level of attachment insecurity and depression and suicide-related thoughts in inpatient adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2014;33(5):428-47.
148. Morriss RK, van der Gucht E, Lancaster G, Bentall RP. Adult attachment in bipolar 1 disorder. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*. 2009;82(3):267-77.
149. Kefeli MC, Turow RG, Yıldırım A, Boysan M. Childhood maltreatment is associated with attachment insecurities, dissociation and alexithymia in bipolar disorder. *Psychiatry research*. 2018;260:391-9.

150. Beck JS, Beck AT. Cognitive therapy: Basics and beyond: Guilford press New York; 1995.
151. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders: Penguin; 1979.
152. Ellis A. Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach: Three Rivers Press; 1973.
153. Zarate CA, Tohen M, Land M, Cavanagh S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatric Quarterly*. 2000;71(4):309-29.
154. Barrera Á, Vázquez G, Tannenhau L, Lolich M, Herbst L. Theory of mind and functionality in bipolar patients with symptomatic remission. *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental (English Edition)*. 2013;6(2):67-74.
155. Léda-Rêgo G, Bezerra-Filho S, Miranda-Scippa ÂJBD. Functioning in euthymic patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis using the Functioning Assessment Short Test. 2020.
156. Tohen M, Frank E, Bowden CL, Colom F, Ghaemi SN, Yatham LN, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task Force report on the nomenclature of course and outcome in bipolar disorders. *Bipolar disorders*. 2009;11(5):453-73.
157. Elgie R, Morselli PL. Social functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations—a review. *Bipolar disorders*. 2007;9(1-2):144-57.
158. Levy B, Manove E. Functional outcome in bipolar disorder: the big picture. *Depression research and treatment*. 2012;2012.
159. Clark L, Iversen S, Goodwin G. The influence of positive and negative mood states on risk taking, verbal fluency, and salivary cortisol. *Journal of Affective Disorders*. 2001;63(1-3):179-87.
160. Latalova K, Prasko J, Diveky T, Velartova H. Cognitive impairment in bipolar disorder. *Biomedical Papers of the Medical Faculty of Palacky University in Olomouc*. 2011;155(1).
161. Grover S, Nehra R, Thakur AJ. Bipolar affective disorder and its impact on various aspects of marital relationship. 2017;26(2):114.
162. Fagioli A, Kupfer DJ, Masalehdan A, Scott JA, Houck PR, Frank E. Functional impairment in the remission phase of bipolar disorder. *Bipolar disorders*. 2005;7(3):281-5.
163. Rosa A, González-Ortega I, González-Pinto A, Echeburúa E, Comes M, Martínez-Àran A, et al. One-year psychosocial functioning in patients in the early vs. late stage of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2012;125(4):335-41.
164. First MB. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders SCID-I: Clinician version, scoresheet: American Psychiatric Press; 1997.
165. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon. Ankara: Hekimler yayın birliği. 1999.
166. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1960;23(1):56.
167. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(4):251-9.
168. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British Journal of Psychiatry*. 1978;133(5):429-35.
169. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E. Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;13(2):107-14.

170. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003;27(2):169-90.
171. Sar V, Ozturk E, Ikkardes E. Validity and reliability of the Turkish version of childhood trauma questionnaire. *Turkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2012;32(4):1054-63.
172. Griffin DW, Bartholomew K. The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. 1994.
173. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999;14(43):71-106.
174. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2007;3(1):5.
175. Aydemir Ö, Uykur B. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Bipolar Bozuklukta Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Derg*. 2012;23:193-200.
176. Weissman AN, Beck AT. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. 1978.
177. Şahin NH, Şahin N. How dysfunctional are the dysfunctional attitudes in another culture? *British Journal of Medical Psychology*. 1992;65(1):17-26.
178. Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, Manning JS, Connor PDJJoad. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. 2005;85(1-2):3-16.
179. Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazıcı O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *Journal of Affective Disorders*. 2005;85(1-2):113-25.
180. Nivoli AM, Pacchiarotti I, Rosa AR, Popovic D, Murru A, Valenti M, et al. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. 2011;133(3):443-9.
181. Kessler RC, Rubinow D, Holmes C, Abelson J, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychological medicine*. 1997;27(5):1079-89.
182. BAŞKAYA Z, ÜNAL AJJoISR. TÜRKİYE'DE EVLENME VE BOŞANMA ORANLARININ İLLER DÜZEYİNDE ZAMANSAL DEĞİŞİMİ (2001-2015). 2017;10(53).
183. Yeşilyurt ME, Karadeniz O, Gülel FE, Çağlar A, Kangallı Uyar SG. Türkiye'de illere göre ortalama ve beklenen okullaşma yılı. 2016.
184. ÜSTÜNDAĞ MF, KESEBİR SJTPD. İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: Klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. 2013;24:1-9.
185. Sournay D, Mussat I, Mendlewicz JJJAD. Genetics of BPD. 2000;18:278-86.
186. Craddock N, O'Donovan MC, Owen MJJomg. The genetics of schizophrenia and bipolar disorder: dissecting psychosis. 2005;42(3):193-204.
187. Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJJBd. Substance abuse in bipolar disorder. 2001;3(4):181-8.
188. Lagerberg TV, Andreassen OA, Ringen PA, Berg AO, Larsson S, Agartz I, et al. Excessive substance use in bipolar disorder is associated with impaired functioning rather than clinical characteristics, a descriptive study. 2010;10(1):9.
189. Özyildirim I, Yargıç I, Berkol T, Karayün D, Yazıcı OJN-PA. Bir Duygudurum Bozuklukları Biriminde İzlenen Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Alkol Kullanım Bozukluğunun Sıklığı/Frequency of Alcohol Use Disorder in Patients with Bipolar Disorder Followed in a Mood Disorders Unit. 2009;46(4):140.

190. Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, et al. Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. 2012;22(1):31-42.
191. Agaku IT, King BA, Dube SRJMM, report mw. Current cigarette smoking among adults—United States, 2005–2012. 2014;63(2):29.
192. Dickerson F, Stallings CR, Origoni AE, Vaughan C, Khushalani S, Schroeder J, et al. Cigarette smoking among persons with schizophrenia or bipolar disorder in routine clinical settings, 1999–2011. 2013;64(1):44-50.
193. Kreinin A, Novitski D, Rabinowitz D, Weizman A, Grinshpoon AJCP. Association between tobacco smoking and bipolar affective disorder: clinical, epidemiological, cross-sectional, retrospective study in outpatients. 2012;53(3):269-74.
194. ÜÇÖK A, POLAT A, Bozkurt O, METERIS HJP, neurosciences c. Cigarette smoking among patients with schizophrenia and bipolar disorders. 2004;58(4):434-7.
195. Yıldız M, ME ÖJBD. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında nikotin bağımlılığı yaygınlığı. 2000;1(2):86-8.
196. KULOĞLU M, ATMACA M, Ahmet ÜJKD. PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA NİKOTİN BAĞIMLILIĞI. 2001;9(1):33-8.
197. Tohen M, Waternaux CM, Tsuang MT. Outcome in mania: a 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. Archives of general psychiatry. 1990;47(12):1106-11.
198. Morriss R, Yang M, Chopra A, Bentall R, Paykel E, Scott JJBd. Differential effects of depression and mania symptoms on social adjustment: prospective study in bipolar disorder. 2013;15(1):80-91.
199. Gonda X, Pompili M, Serafini G, Montebovi F, Campi S, Dome P, et al. Suicidal behavior in bipolar disorder: epidemiology, characteristics and major risk factors. 2012;143(1-3):16-26.
200. Tondo L, Isacsson G, Baldessarini RJJCd. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. 2003.
201. Pompili M, Gonda X, Serafini G, Innamorati M, Sher L, Amore M, et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. 2013;15(5):457-90.
202. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, H Moreno D, Turecki G, Reis C, et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. 2015;17(1):1-16.
203. Joyce PR, Light KJ, Rowe SL, Cloninger CR, Kennedy MAJA, Psychiatry NZJo. Self-mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. 2010;44(3):250-7.
204. Sadock B, Sadock VJTç, Ankara: Öncü Basımevi. Comprehensive textbook of psychiatry,(8. baskı). 2007.
205. Hirschfeld R, Lewis L, Vornik LAJTJocp. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. 2003.
206. Özdoğan MG. Remisyon Dönemindeki İki Uçlu Bozukluk Hastalarında Homosistein Düzeylerinin Besin Tüketim Şekli ve Kronotip ile İlişkisi ve Klinik Seyire Etkisi: Atatürk University; 2017.
207. Daban C, Colom F, Sanchez-Moreno J, García-Amador M, Vieta EJCp. Clinical correlates of first-episode polarity in bipolar disorder. 2006;47(6):433-7.
208. Perugi G, Micheli C, Akiskal HS, Madaro D, Succi C, Quilici C, et al. Polarity of the first episode, clinical characteristics, and course of manic depressive illness: a systematic retrospective investigation of 320 bipolar I patients. 2000;41(1):13-8.

209. Valentí M, Pacchiarotti I, Undurraga J, Bonnín CM, Popovic D, Goikolea JM, et al. Risk factors for rapid cycling in bipolar disorder. 2015;17(5):549-59.
210. Wang X, Tian F, Wang S, Cheng B, Qiu L, He M, et al. Gray matter bases of psychotic features in adult bipolar disorder: A systematic review and voxel-based meta-analysis of neuroimaging studies. 2018;39(12):4707-23.
211. Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, et al. Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2012;22(1):31-42.
212. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RMJJoad. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. 1994;31(4):281-94.
213. Lewis LJBp. A consumer perspective concerning the diagnosis and treatment of bipolar disorder. 2000;48(6):442-4.
214. Perlis RHJTAjomc. Misdiagnosis of bipolar disorder. 2005;11(9 Suppl):S271-4.
215. Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, et al. Bipolar disorders. 2018;4(1):1-16.
216. Yazici O, Kora K, Üçok A, Saylan M, Özdemir Ö, Kiziltan E, et al. Unipolar mania: a distinct disorder? 2002;71(1-3):97-103.
217. MacQueen GM, Young LT, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2001;103(3):163-70.
218. Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea J, Salamero M, et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. Bipolar disorders. 2007;9(1-2):103-13.
219. Aydemir O, Aydin PC, Oyeckin DG, Gulseren S, Koybasi GP, Sahin H. The impact of psychotropic drugs on psychosocial functioning in bipolar disorder. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2014;24(2):122-7.
220. Cannon M, Jones P, Gilvarry C, Rifkin L, McKenzie K, Foerster A, et al. Premorbid social functioning in schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differences. American Journal of Psychiatry. 1997;154(11):1544-50.
221. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. The American journal of psychiatry. 1995.
222. Martínez-Arán A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J, et al. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. American Journal of Psychiatry. 2004;161(2):262-70.
223. Aparicio A, Santos J, Jiménez-López E, Bagney A, Rodríguez-Jiménez R, Sánchez-Morla EJAPS. Emotion processing and psychosocial functioning in euthymic bipolar disorder. 2017;135(4):339-50.
224. Olley AL, Malhi GS, Bachelor J, Cahill CM, Mitchell PB, Berk MJBd. Executive functioning and theory of mind in euthymic bipolar disorder. 2005;7:43-52.
225. Bonnín C, Martínez-Arán A, Torrent C, Pacchiarotti I, Rosa A, Franco C, et al. Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients: a long-term, follow-up study. 2010;121(1-2):156-60.
226. Kefeli MC, Turow RG, Yıldırım A, Boysan MJPr. Childhood maltreatment is associated with attachment insecurities, dissociation and alexithymia in bipolar disorder. 2018;260:391-9.
227. Bowlby JJA, loss. Separation: Anger and anxiety. 1973;2.
228. Bortolato B, Köhler CA, Evangelou E, León-Caballero J, Solmi M, Stubbs B, et al. Systematic assessment of environmental risk factors for bipolar disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. 2017;19(2):84-96.

229. Suppes T, Leverich GS, Keck Jr PE, Nolen WA, Denicoff KD, Altshuler LL, et al. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: II. demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of affective disorders*. 2001;67(1-3):45-59.
230. Romero S, Birmaher B, Axelson D, Goldstein T, Goldstein BI, Gill MK, et al. Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2009;112(1-3):144-50.
231. Etain B, Aas M, Andreassen OA, Lorentzen S, Dieset I, Gard S, et al. Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. *The Journal of clinical psychiatry*. 2013;74(10):991-8.
232. Palmier-Claus J, Berry K, Bucci S, Mansell W, Varese FJTBJoP. Relationship between childhood adversity and bipolar affective disorder: systematic review and meta-analysis. 2016;209(6):454-9.
233. Li X-B, Liu J-T, Zhu X-Z, Zhang L, Tang Y-L, Wang C-Y. Childhood trauma associates with clinical features of bipolar disorder in a sample of Chinese patients. *Journal of affective disorders*. 2014;168:58-63.
234. Özdemir D. Cinsel istismar ve çocuk ruh sağlığı. *Katkı Pediatri Dergisi*. 2010;32(5):569-82.
235. Lam D, Wright K, Smith N. Dysfunctional assumptions in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 2004;79(1-3):193-9.
236. Batmaz S, Kaymak SU, Soygur AH, Ozalp E, Turkcpar MHJCP. The distinction between unipolar and bipolar depression: a cognitive theory perspective. 2013;54(7):740-9.
237. Scott J, Stanton B, Garland A, Ferrier I. Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. *Psychological medicine*. 2000;30(2):467-72.
238. Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JRJoad. Mindfulness, response styles and dysfunctional attitudes in bipolar disorder. 2011;134(1-3):126-32.
239. Harnic D, Pompili M, Innamorati M, Erbuto D, Lamis DA, Bria P, et al. Affective temperament and attachment in adulthood in patients with Bipolar Disorder and Cyclothymia. *Comprehensive psychiatry*. 2014;55(4):999-1006.
240. Akiskal HS. Toward a temperament-based approach to depression: implications for neurobiologic research. *Advances in Biochemical Psychopharmacology*. 1995;49:99-112.
241. Akiskal HS, Mendlowicz MV, Jean-Louis G, Rapaport MH, Kelsoe JR, Gillin JC, et al. TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *Journal of Affective Disorders*. 2005;85(1-2):45-52.
242. Akiskal HS, Kilzieh N, Maser JD, Clayton PJ, Schettler PJ, Shea MT, et al. The distinct temperament profiles of bipolar I, bipolar II and unipolar patients. *Journal of affective disorders*. 2006;92(1):19-33.
243. Perugi G, Toni C, Maremmanni I, Tusini G, Ramacciotti S, Madia A, et al. The influence of affective temperaments and psychopathological traits on the definition of bipolar disorder subtypes: a study on bipolar I Italian national sample. *Journal of affective disorders*. 2012;136(1-2):e41-e9.
244. Akiskal HS, Akiskal K. Cyclothymic, hyperthymic, and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. *American Psychiatric Press review of psychiatry*. 1992.
245. Frye MA, Yatham LN, Calabrese JR, Bowden CL, Ketter TA, Suppes T, et al. Incidence and time course of subsyndromal symptoms in patients with bipolar I disorder: an evaluation of 2 placebo-controlled maintenance trials. 2006;67(11):1721-8.
246. De Dios C, Ezquiaga E, Agud J, Vieta E, Soler B, García-López AJJoad. Subthreshold symptoms and time to relapse/recurrence in a community cohort of bipolar disorder outpatients. 2012;143(1-3):160-5.

247. Dell'Osso L, Pini S, Tundo A, Sarno N, Musetti L, Cassano GBJCp. Clinical characteristics of mania, mixed mania, and bipolar depression with psychotic features. 2000;41(4):242-7.
248. Leverich GS, Post RM, Keck Jr PE, Altshuler LL, Frye MA, Kupka RW, et al. The poor prognosis of childhood-onset bipolar disorder. 2007;150(5):485-90.
249. Sanchez-Moreno J, Bonnin CdM, González-Pinto A, Amann B, Solé B, Balanzá-Martinez V, et al. Factors associated with poor functional outcome in bipolar disorder: sociodemographic, clinical, and neurocognitive variables. 2018;138(2):145-54.
250. Gitlin MJ, Miklowitz DJJload. The difficult lives of individuals with bipolar disorder: A review of functional outcomes and their implications for treatment. 2017;209:147-54.
251. Jiménez E, Arias B, Castellví P, Goikolea JM, Rosa A, Fananas L, et al. Impulsivity and functional impairment in bipolar disorder. 2012;136(3):491-7.
252. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr TEJPr. The interpersonal theory of suicide. 2010;117(2):575.
253. Joiner T. Why people die by suicide: Harvard University Press; 2007.
254. Sheftall AH, Mathias CW, Furr RM, Dougherty DMJA, development h. Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. 2013;15(4):368-83.
255. Lessard JC, Moretti MMJJoA. Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: Attachment patterns and clinical implications. 1998;21(4):383-95.
256. Miniati M, Callari A, Pini SJPD. Adult attachment style and suicidality. 2017;29(3):250-9.
257. Reis S, Grenyer BFJCP, Theory PAIJo, Practice. Fearful attachment, working alliance and treatment response for individuals with major depression. 2004;11(6):414-24.
258. Reis S, Grenyer BFJP. Fear of intimacy in women: Relationship between attachment styles and depressive symptoms. 2004;37(6):299-303.
259. Conradi HJ, de Jonge PJJoAD. Recurrent depression and the role of adult attachment: A prospective and a retrospective study. 2009;116(1-2):93-9.
260. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck Jr PE, Denicoff KD, Nolen WA, et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. 2002;51(4):288-97.
261. O'Garro-Moore JK, Adams AM, Abramson LY, Alloy LBJJoAD. Anxiety comorbidity in bipolar spectrum disorders: the mediational role of perfectionism in prospective depressive symptoms. 2015;174:180-7.
262. Goldberg JF, Gerstein RK, Wenzel SJ, Welker TM, Beck ATJTJoN, Disease M. Dysfunctional attitudes and cognitive schemas in bipolar manic and unipolar depressed outpatients: Implications for cognitively based psychotherapeutics. 2008;196(3):207-10.
263. Lex C, Meyer TD, Marquart B, Thau KJP, Psychotherapy: Theory R, Practice. No strong evidence for abnormal levels of dysfunctional attitudes, automatic thoughts, and emotional information-processing biases in remitted bipolar I affective disorder. 2008;81(1):1-13.
264. Morvan Y, Tibaoui F, Bourdel M-C, L  o H, Akiskal KK, Akiskal HS, et al. Confirmation of the factorial structure of temperamental autoquestionnaire TEMPS-A in non-clinical young adults and relation to current state of anxiety, depression and to schizotypal traits. 2011;131(1-3):37-44.
265. Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois ML, Azorin J-M, Sechter D, Allilaire J-F, et al. Gender, temperament, and the clinical picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN). 1998;50(2-3):175-86.
266. Baer JC, Martinez CDJJor, psychology i. Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. 2006;24(3):187-97.

267. Erozkán AJUjoer. The Link between Types of Attachment and Childhood Trauma. 2016;4(5):1071-9.
268. Reinecke MA, Rogers GMJB, Psychotherapy C. Dysfunctional attitudes and attachment style among clinically depressed adults. 2001;29(2):129-41.
269. Andersson P, Perris CJCP, Theory PAIJo, Practice. Attachment styles and dysfunctional assumptions in adults. 2000;7(1):47-53.
270. Ulu IP, Tezer EJTJoP. Adaptive and maladaptive perfectionism, adult attachment, and big five personality traits. 2010;144(4):327-40.
271. Perich T, Mitchell PB, Loo C, Hadzi-Pavlovic D, Roberts G, Green M, et al. Cognitive styles and clinical correlates of childhood abuse in bipolar disorder. 2014;16(6):600-7.
272. Gibb BE, Alloy LB, Abramson LY, Rose DT, Whitehouse WG, Donovan P, et al. History of childhood maltreatment, negative cognitive styles, and episodes of depression in adulthood. 2001;25(4):425-46.
273. MacDonald K, Berlow R, Thomas MLJoad. Attachment, affective temperament, and personality disorders: A study of their relationships in psychiatric outpatients. 2013;151(3):932-41.
274. Henry C, Lacoste J, Bellivier F, Verdoux H, Bourgeois ML, Leboyer MJJoad. Temperament in bipolar illness: impact on prognosis. 1999;56(2-3):103-8.
275. Rybakowski JK, Dembinska D, Kliwicki S, Akiskal KK, Akiskal HHJload. TEMPS-A and long-term lithium response: positive correlation with hyperthymic temperament. 2013;145(2):187-9.
276. Vazquez G, Gonda X, Zaratiegui R, Lorenzo L, Akiskal K, Akiskal HSJload. Hyperthymic temperament may protect against suicidal ideation. 2010;127(1-3):38-42.
277. Pompili M, Iliceto P, Innamorati M, Rihmer Z, Lester D, Akiskal HS, et al. Suicide risk and personality traits in physically and/or sexually abused acute psychiatric inpatients: a preliminary study. 2009;105(2):554-68.
278. Toda H, Inoue T, Tanichi M, Saito T, Nakagawa S, Masuya J, et al. Affective temperaments play an important role in the relationship between child abuse and the diagnosis of bipolar disorder. 2018;262:13-9.
279. Saito T, Toda H, Inoue T, Koga M, Tanichi M, Takeshita S, et al. Relationship between the subtypes of child abuse and affective temperaments: Comparison of depression and bipolar disorder patients and healthy controls using the reclassified Child Abuse and Trauma Scale. 2019;257:396-403.
280. Lee A, Hankin BLJJocc, Psychology A. Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. 2009;38(2):219-31.
281. Gois C, Akiskal H, Akiskal K, Figueira MLJload. The relationship between temperament, diabetes and depression. 2012;142:S67-S71.
282. Baldessarini RJ, Vázquez GH, Tondo LJload. Affective temperaments and suicidal ideation and behavior in mood and anxiety disorder patients. 2016;198:78-82.
283. de Azambuja Farias C, de Azevedo Cardoso T, Mondin TC, de Mattos Souza LD, da Silva RA, Kapczinski F, et al. Clinical outcomes and childhood trauma in bipolar disorder: a community sample of young adults. 2019;275:228-32.
284. Larsson S, Aas M, Klungsøyr O, Agartz I, Mork E, Steen NE, et al. Patterns of childhood adverse events are associated with clinical characteristics of bipolar disorder. 2013;13(1):97.
285. Cotter J, Kaess M, Yung AJIJoPM. Childhood trauma and functional disability in psychosis, bipolar disorder and borderline personality disorder: a review of the literature. 2015;32(1):21-30.

286. Jiménez E, Solé B, Arias B, Mitjans M, Varo C, Reinares M, et al. Impact of childhood trauma on cognitive profile in bipolar disorder. 2017;19(5):363-74.
287. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Gadelrab HF, Cabello M, Torrent C, del Mar Bonnin C, et al. The role and impact of contextual factors on functioning in patients with bipolar disorder. 2010;32(sup1):S94-S104.
288. Wagner-Skacel J, Bengesser S, Dalkner N, Mörk S, Painold A, Hamm C, et al. Personality Structure and Attachment in Bipolar Disorder. 2020;11:410.
289. Nilsson KK, Straarup KN, Jørgensen CR, Licht RWJ. Affective temperaments' relation to functional impairment and affective recurrences in bipolar disorder patients. 2012;138(3):332-6.
290. Walsh MA, Royal AM, Barrantes-Vidal N, Kwapił TRJ. The association of affective temperaments with impairment and psychopathology in a young adult sample. 2012;141(2-3):373-81.
291. Pompili M, Innamorati M, Gonda X, Serafini G, Sarno S, Erbuto D, et al. Affective temperaments and hopelessness as predictors of health and social functioning in mood disorder patients: a prospective follow-up study. 2013;150(2):216-22.

EKLER

EK 1. Sosyodemografik ve Klinik Veri

1- Bipolar Grubu Veri Formu

Tarih: **I) Adı soyadı:**

II)yaşı: **III) cinsiyeti: 1)E 2)K**

IV) Medeni hali: 1) bekar 2)evli 3)boşanmış

V) Nasıl yaşıyor? 1) yalnız 2) ailesiyle 3) arkadaşlarıyla

VI)Evlilik sayısı:

VII) Çocuk sayısı:

VIII) Eğitim yılı:

IX) İş durumu: 1) şu an çalışıyor: 2) şu an işsiz 3)emekli 4)öğrenci

X) Aylık gelir(çalışıyorsa):

A) 0-1500 lira arası: B) 1500-3000 lira arası:

C) 3000-5000 lira arası: D) 5000 lira ve üzeri:

XI)Anne- baba boşanma öyküsü var mı? 1)hayır 2)evet

XII)Boşanma olduysa hasta kaç yaşındayken olmuş?

XIII)Çeşitli sebeplerle anne babanın ayrı yaşama öyküsü var mı?

1) hayır 2)evet

XIV)Ayrılma varsa hasta kaç yaşındayken ayrılmışlar?

XV)Ayrılma varsa ne kadar süre ayrı yaşamışlar?

XVI)Anne hayatta mı? 1)hayır 2)evet

XVII)Hayatta değilse hasta kaç yaşındayken ölmüş?

XVIII)Baba hayatta mı? 1)hayır 2)evet

XIX)Hayatta değilse hasta kaç yaşındayken ölmüş?

XX) Hastalığın ilk başlangıç yaşı:

XXI) Teşhis konulma yaşı:

XXII) İlk hastaneye yatış yaşı:

XXIII) Hastalığın süresi(ay üzerinden):

XXIV) Hastaneye yatış sayısı:

XXV) Şu anki remisyon süresi kaç hafta:

XXVI) Toplam depresif epizod sayısı:

XXVII) İlk depresif epizod yaşı?

XXVIII) Toplam manik epizod sayısı:

XXIX) İlk manik epizod yaşı?

XXX) Toplam karma epizod sayısı:

XXXI) İlk karma epizod yaşı?

XXXII) Toplam hipomanik epizod:

XXXIII) İlk hipomanik epizod yaşı?

XXXIV) Toplam epizod sayısı:

XXXV) Hastanın ilk atağı nedir? 1) depresyon 2) manik 3) karma 4) hipomanik

XXXVI) Hızlı döngülülük hikayesi: 1) yok 2) var

XXXVII) İntihar girişimi 1) yok 2) var

XXXVIII) Varsa intihar girişimi sayısı:

XXIX) Hayatı boyunca; cildini kesme, cildini çizme, kendini ısırma, derisini yolma, kendine vurma, kendini yakma, yara iyileşmesini bozmak şeklinde gibi metotlarla hiç kendisine zarar verme(self mutilasyon) girişimi olmuş mu? 1) hayır 2) evet

XL) Herhangi bir duygudurum atağında psikotik belirtisi olmuş mu? 1) hayır 2) evet

XLI) Halen kullandığı ilaçlar ve dozları?

- 1) Lityum ve dozu:
- 2) Valproik asit ve dozu:
- 3) Karbamazepin ve dozu:
- 4) Lamotrijin ve dozu:
- 5) Ketiyapin ve dozu:
- 6) Olanzapin ve dozu:
- 7) Risperidon ve dozu:
- 8) Paliperidon ve dozu:
- 9) Amisülpirid ve dozu:
- 10) Aripiprazol ve dozu:
- 11) Klozapin ve dozu
- 12) Haloperidol ve dozu:
- 13) Zyklopentiksöl ve dozu:
- 14) essitalopram ve dozu:

- 15) sitalopram ve dozu
- 16) sertralin ve dozu:
- 17) paroksetin ve dozu:
- 18) fluoksetin ve dozu:
- 19) venlafaksin ve dozu:
- 20) bupropion ve dozu:
- 21) duloksetin ve dozu:
- 22) diğ er:

XLII) Elektrokonvulsif tedavi almış mı? 1) hayır 2)evet

XLIII) Aldıysa kaç epizodunda almış?

XLIV) Kendisinde psikiyatrik komorbidite var mı? 1)yok 2)var

XLV) Varsa psikiyatrik komorbid tesi nedir? 1) panik bozukluğu 2) yaygın anksiyete bozukluğu 3) obsesif kompulsif bozukluk 4) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu 5) somatizasyon bozukluğu 6) alkol bağımlılığı 7)alkol kötüye kullanımı 8) madde bağımlılığı 9) madde kötüye kullanımı 10) başka:

XLVI) Kendisinde sürekli ilaç kullanımını gerektiren kronik bir hastalığı var mı? 1)yok 2)var

XLVII) Kronik hastalığı varsa nedir? 1) Hipertansiyon 2) Diabetes mellitus 3) Koroner kalp hastalığı 4) Kronik böbrek yetmezliği 5) Kronik karaciğer hastalığı 6) Hipertirodi 7) Hipotirodi 8) Başka:

XLVIII)Ailede(birinci dereceden akrabasında; anne, baba, kardeş veya  ocuk) psikiyatrik bozukluk öyküsü:

1) yok 2)majör depresif bozukluk 3) bipolar affektif bozukluk 4) şizofreni 5)şizoaffektif bozukluk 6) panik bozukluğu 6) alkol bağımlılığı 7) alkol kötüye kullanımı 8) madde bağımlılığı 9) madde kötüye kullanımı 10) demans 11) Yaygın anksiyete bozukluğu 12) dikkat eksikliği hiperaktivitebozukluğu 13) Obsesif kompulsif bozukluk 14)somatizasyon bozukluğu 16) hipokondriyazis 17) başka:

XLIX) Ailede (birinci dereceden akrabasında; anne, baba, kardeş veya  ocuk) duygudurum bozukluğu öyküsü mevcut mu?

1) hayır 2)evet

L) Madde kullanım hikayesi mevcut mu?

1) yok 2) alkol 3) esrar 4) metamfetamin 5) kokain 6)eroin 7)başka:

LI) Sigara kullanım hikayesi var mı? 1) yok 2) var

Varsa günde kaç tane:

LII) Hamilton depresyon skoru: LIII) Young mani skoru:



2-Kontrol Grubu Veri Formu

Tarih: **I) Adı soyadı:**

II)yaşı: **III) cinsiyeti:** 1)E 2)K

IV) Medeni hali: 1) bekar 2)evli 3)boşanmış

V) Nasıl yaşıyor? 1) yalnız 2) ailesiyle 3) arkadaşlarıyla

VI)Evlilik sayısı:

VII) Çocuk sayısı:

VIII) Eğitim yılı:

IX) İş durumu: 1) şu an çalışıyor: 2) şu an işsiz 3)emekli 4)öğrenci

X) Aylık gelir(çalışıyorsa):

A) 0-1500 lira arası: **B) 1500-3000 lira arası:**

C) 3000-5000 lira arası: **D) 5000 lira ve üzeri:**

XI)Anne- baba boşanma öyküsü var mı? 1)hayır 2)evet

XII)Boşanma olduysa hasta kaç yaşındayken olmuş?

XIII)Çeşitli sebeplerle anne babanın ayrı yaşama öyküsü var mı?

1) hayır 2)evet

XIV)Ayrılma varsa hasta kaç yaşındayken ayrılmışlar?

XV)Ayrılma varsa ne kadar süre ayrı yaşamışlar?

XVI)Anne hayatta mı? 1)hayır 2)evet

XVII)Hayatta değilse hasta kaç yaşındayken ölmüş?

XVIII)Baba hayatta mı? 1)hayır 2)evet

XIX)Hayatta değilse hasta kaç yaşındayken ölmüş?

XII)İntihar girişimi 1) yok 2)var

XIII)Varsa intihar girişimi sayısı:

XIV) Hayatı boyunca; cildini kesme, cildini çizme, kendini ısırma, derisini yolma, kendine vurma, kendini yakma, yara iyileşmesini bozmak şeklinde gibi metotlarla hiç kendisine zarar verme(self mutilasyon) girişimi olmuş mu?

1)hayır 2)evet

XV) Kendisinde sürekli ilaç kullanımını gerektiren kronik bir hastalığı var mı? 1)yok 2)var

XVI) Kronik hastalığı varsa nedir? 1) Hipertansiyon 2) Diabetes mellitus 3) Koroner kalp hastalığı 4) Kronik böbrek yetmezliği 5) Kronik karaciğer hastalığı 6) Hipertiroidi 7) Hipotiroidi 8) Başka:

XVII) Ailede (birinci dereceden akrabasında; anne, baba, kardeş veya çocuk) psikiyatrik bozukluk öyküsü:

1) yok 2) majör depresif bozukluk 3) bipolar affektif bozukluk 4) şizofreni 5) şizoaffektif bozukluk 6) panik bozukluğu 6) alkol bağımlılığı 7) alkol kötüye kullanımı 8) madde bağımlılığı 9) madde kötüye kullanımı 10) demans 11) Yaygın anksiyete bozukluğu 12) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu 13) Obsesif kompulsif bozukluk 14) somatizasyon bozukluğu 16) hipokondriyazis 17) başka:

XVIII) Ailede (birinci dereceden akrabasında; anne, baba, kardeş veya çocuk) duygudurum bozukluğu öyküsü mevcut mu?

1) hayır 2) evet

XIX) Madde kullanım hikayesi mevcut mu?

1) yok 2) alkol 3) esrar 4) metamfetamin 5) kokain 6) eroin 7) başka:

XX) Sigara kullanım hikayesi var mı? 1) yok 2) var

Varsa günde kaç tane:

XXI) Hamilton Depresyon Ölçeği Skoru:

XXII) Young mani Skoru:

EK 2. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	☐
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	☐
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	☐
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	☐
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	☐
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	☐
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	☐
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	☐
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	☐
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	☐
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	☐
11. İNTİHAR	(1-5)	☐
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	☐
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	☐
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	☐
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	☐
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	☐
17. AJİTASYON	(1-5)	☐
TOPLAM		

EK 3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Orijinalinde son 48 saat, ancak son yıllarda yapılan pek çok çalışmada son bir hafta değerlendirmeye alınmaktadır. Hastanın söylediklerinden çok klinisyenin kanaati önemlidir. Bu çalışmada uygulanmadı ama katılan bir geçerlik güvenilirlik çalışmasında 0-4 puanlı maddelerde klinisyen karar veremiyorsa (örneğin 2 mi, 3 mü gibi) daha büyük olan puanı vermesi, 0-8 puanlı maddelerde ise aradaki değeri alması (yani 2 mi, 4 mü karar veremiyorsa 3 puan verilmesi gibi) önerilmiştir. Tanı koymak amacıyla değil, o anki manik durumun şiddetini belirlemek için kullanılır. Ölçekteki her bir üst basamağın kendinden önceki alt basamakları kapsadığı kabul edilir. 15-30 dakikalık bir görüşme ile uygulanır. Hastanın kendi ifadelerine izin verilir. Görüşme anındaki değerlendirme dışında servis personeli ya da hasta ailesinden bilgi alınabilir.

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 yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciyeye 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) İlgörü

0. İlgörü 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 4. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

Aşağıdaki alanlar dikkate alındığında, hasta ne düzeyde zorluk yaşamaktadır? Hastaya işlevsellik açısından zorluk çekebileceği alanlarla ilgili sorular sorun ve aşağıdaki yanıt ölçeğine göre puan verin: (0): hiç zorlanma yok (1): çok az zorlanma, (2): orta derecede zorlanma, (3): aşırı derecede zorlanma

ÖZERKLİK 1. Evde sorumluluk üstlenme 2. Kendi başına yaşayabilme 3. Alışveriş yapabilme 4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik)	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
MESLEKİ İŞLEVSELLİK 5. Maaşlı bir işte çalışabilme 6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme 7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme 8. Mesleki kazanımlar elde etme 9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK 10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme 11. Akıldan hesap yapabilme 12. Bir problemi hakkıyla çözebilme 13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme 14. Yeni bilgiler öğrenebilme	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
MALİ KONULAR 15. Kendi parasını idare edebilme 16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER 17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme 18. Sosyal faaliyetlere katılabilme 19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme 20. Ailesiyle birlikte yaşama 21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması 22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ 23. Egzersiz veya spor yapma 24. Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)

EK 5. İlişki Ölçekleri Anketi (Relationship Scales Questionnaire; RSQ)

Asağıdaki maddeler romantik ilişkileriniz dahil olmak üzere yakın ilişkilerinizde (arkadaşlık, dostluk gibi) hissettiğiniz duygulara iliskindir. Sizden, genel olarak, yakın ilişkilerinizde yasadıklarınızı dikkate alarak asağıdaki ifadeleri değerlendirmeniz istenmektedir. Asağıdaki maddeleri yakın iliski içinde olduğunuz kisileri düşünerek cevaplandırınız. Her maddenin iliskinizdeki duğu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karsılarındaki 7 aralıklı ölçek üzerinde gösteriniz.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

	1	2	3	4	5	6	7
1.Baskalarına kolaylıkla güvenemem.							
2.Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.							
3.Baskalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.							
4.Baskalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.							
5.Baskalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.							
6.Baskalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık istiyorum.							
7.Yalnız kalmaktan korkarım.							
8.Baskalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.							
9.Baskalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım.							
10.Baskalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.							
11.Baskalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediginden kaygılanırım.							
12.Kendi kendime yettigimi hissetmem benim için çok önemli.							
13.Baskalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.							
14.Baskalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.							
15.Baskalarının bana, benim istedigim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum							
16.Baskalarına bağlanmamayı tercih ederim.							
17.Baskaları beni kabul etmeyecek diye							

korkarım.							
18. Başkalarıyla tam olarak kaynaşıp bütünleşme arzum bazen onları ürkütüp benden uzaklaştırıyor.							
19. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.							
20. Birisi bana çok fazla yakınlaştığında rahatsızlık duyarım.							
21. Romantik ilişkide olduğum insanların benimle kalmak istemeyeceklerinden korkarım.							
22. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.							
23. Terk edilmekten korkarım.							
24. Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder							
25. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.							
26. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.							
27. İhtiyacım olduğunda insanları yanımda bulacağımı biliyorum.							
28. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.							
29. Romantik ilişkide olduğum insanlar, genellikle onlarla, benim kendimi rahat hissettiğimden daha yakın olmamı isterler.							
30. Başkalarıyla yakınlaşmayı nispeten kolay bulurum.							

EK 6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

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

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

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

7. Sevildiğimi hissediyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

13. Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

14. Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

16. Çocukluğum mükemmeldi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

19. Ailemdelikiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

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

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

EK 7. İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği (İOTÖ)

FOTÖ (DAS)

Tarih.../.../...

Bu ölçek insanların zaman zaman savunduğu ya da inandığı tutumları bir listesini içermektedir. Lütfen HER CÜMLEYİ ayrı ayrı dikkatle okuyup, bunlara ne kadar katıldığınızı belirleyin. Her tutuma ilişkin kendi katılma derecenizi, yandaki cevap bölümündeki sayılardan birinin üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz. Her tutum için sadece BİR işaret koymaya özen gösterin. İnsanların hepsinin kendine özgü düşünceleri olduğundan, burada doğru ya da yanlış diye bir yanıt söz konusu değildir. Lütfen seçimlerinizin SİZİN GENEL OLARAK nasıl düşündüğünüzü yansıtmaya özen gösterin.

1. Bir insanın mutlu olabilmesi için ya çok güzel (yakışıklı), ya çok zengin, ya çok zeki, ya da çok yaratıcı olması gerekir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum
2. Mutlu olabilmem için başkalarının benim hakkındaki duygu ve düşüncelerinden çok benim kendimle ilgili duygu ve düşüncelerim önemlidir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum
3. İnsanların bana değer vermesi için hiç hata yapmamam gerekir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum
4. İnsanların bana saygı göstermeleri için her zaman başarılı olmam gerekir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum
5. Risk almak hiç bir zaman doğru bir şey değildir. Çünkü kaybetmek bir felaket olabilir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum
6. İnsanın herhangi bir alanda özel bir yeteneği olmasa da başkalarının saygısını kazanması mümkündür.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum
7. Mutlu olabilmem için tanıdığım insanların çoğunun hayranlığını kazanmamalıyım.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum
8. Bir başka kişiden yardım istemek aslında zayıflık işaretidir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum
9. Bir insan olarak yeterli olmam için, başkaları kadar başarılı olmam gerekir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümüyle katılıyorum

10. İnsan bir işi yapamıyorsa hiç yapmasın daha iyi.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
11. Bir insan olarak başarılı sayılabilmem için yaptığım işlerde başarılı olmam gerekir.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
12. Hatalarımdan da bir şeyler öğrenebildiğim sürece, hata yapmamda bir sakınca yoktur.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
13. Beni seven bir insanın benimle aynı fikirde olması gerekir.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
14. Bir işte tümüyle başarısız olmak ile yarı yarıya başarısız olmak arasında pek fark yoktur.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
15. İnsanların bana verdiği önemi yitirmemem için kendimi açmamalıyım.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
16. Sevdiğim insan beni sevmediği sürece hiç sayılırım.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
17. Sonucu başarısızlıkta olsa insan yaptığı işten zevk alabilir.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
18. İnsanın başarılı olacağına ilişkin biraz olsun inancı yoksa, herhangi bir işe girişmemelidir.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
19. Başkalarının benim hakkındaki düşünceleri bir insan olarak değerimi büyük ölçüde belirler.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum
20. İkinci sınıf bir insan durumuna düşmemem için kendime koyduğum standartların en yüksek olması gerekir.
Ⓐ Hiç katılmıyorum Ⓑ Biraz katılıyorum
Ⓒ Çok az katılıyorum Ⓓ Oldukça katılıyorum
Ⓔ Ender olarak katılıyorum Ⓕ Genellikle katılıyorum
Ⓖ Tümüyle katılıyorum

21. En azından bir yönümle başarılı değilsem, değerli bir insan sayılmam.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümünüyle katılıyorum
22. İnsanın değerli biri sayılması için iyi fikirleri olması gerekir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümünüyle katılıyorum
23. Bir hata yaptığım zaman bundan rahatsızlık duymam gerekir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümünüyle katılıyorum
24. Benim için önemli olan başkalarının benim hakkındaki düşüncelerinden çok, benim kendimle ilgili düşüncelerimdir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümünüyle katılıyorum
25. İhtiyacı olan herkese yardım etmediğim takdirde iyi bir insan sayılmam.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümünüyle katılıyorum
26. Yenilmiş, kaybetmiş duruma düşmemek için soru sormamalıyım.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümünüyle katılıyorum
27. İnsanın kendisi için önemli olan kişiler tarafından onaylanmaması çok kötüdür.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümünüyle katılıyorum
28. İnsanın mutlu olabilmesi için dayanabileceği, güvенеbileceği başka insanların olması gerekir
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümünüyle katılıyorum
29. Önemli amaçlarıma ulaşabilmem için kendimi çok fazla zorlamam gerekmez.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümünüyle katılıyorum
30. İnsan biri tarafından azarlansa da buna üzülmemesi gerekir.
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
☐ Tümünüyle katılıyorum

31. Bana zarar verebileceklerin düşündüğünden diğer insanlara güvenmem
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
32. Diğer insanlar tarafından sevilmedikçe mutlu olamazsın.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
33. İnsanın, başkalarını mutlu etmek için kendi ihtiyaçlarından vazgeçmesi gerekiyorsa, bunu yapması gerekir.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
34. Mutluluğum kendimden çok diğer insanlara bağlıdır.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
35. Mutlu olmam için diğer insanların beni ve yaptıklarını onaylaması gerekmez.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
36. İnsan, sorunlardan uzak durabildiği sürece sorunlarda ortadan kalkar.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
37. Hayatın güzelliklerinin çoğundan (zenginlik, güzellik, başarı...) nasibimi almasam da mutlu olabilirim.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
38. Başka insanların benim hakkında ne düşündükleri benim için önemlidir.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
39. Başkalarından ayrı olmak eninde sonunda mutsuzluğa yol açar.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum
40. Bir başka insan tarafından sevilmesem de mutlu olabilirim.
- ☐ Hiç katılmıyorum ☐ Biraz katılıyorum
- ☐ Çok az katılıyorum ☐ Oldukça katılıyorum
- ☐ Ender olarak katılıyorum ☐ Genellikle katılıyorum
- ☐ Tümüyle katılıyorum

EK 8. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire)

Ad-Soyad:

Soruları Nasıl Yanıtlayacaksınız?

Lütfen her cümleyi dikkatle okuduktan sonra **yaşamınızın büyük bir bölümü** için size uyup uymadığına karar verin.

“Nasıl birisi olduğunuzu, çevrenizdeki insanların sizi nasıl anlattığını, çocukluğunuzda ve gençliğinizde nasıl birisi olduğunuzu, bu özelliklerin sizin huyunuzu suyunuzu anlatıp anlatmadığını” düşünerek:

- Eğer cümle size “**kesinlikle uyuyorsa**” → (D) Doğru’yu daire içine alınız.
- Eğer cümle size “**tam olarak uymuyorsa**” ya da “**yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa**” → (Y) Yanlış’ı daire içine alınız.
- Her cümleyi Doğru ya da Yanlış olarak cevaplayınız. Lütfen boş bırakmayınız.
- Bu cümlelerin herkes için geçerli doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Size uyan cevabı işaretleyiniz.

Teşekkür ederiz

Yaşamınızın büyük bir bölümü için size “**kesinlikle uyuyorsa**”→ (D) Doğru

“**tam olarak uymuyor**” ya da

“**yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa**” → (Y) Yanlış

1. D Y Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. D Y İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. D Y Hayatım boyunca çok çektim.
4. D Y İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. D Y Kolay pes ederim.
6. D Y Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. D Y Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. D Y Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
9. D Y Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. D Y Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. D Y Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. D Y Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. D Y Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. D Y Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. D Y Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. D Y İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. D Y Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. D Y Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. D Y Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
20. D Y Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
21. D Y Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
22. D Y Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
23. D Y Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
24. D Y Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
25. D Y Sıklıkla birşeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.

26. D Y Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
27. D Y Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gider gelirim.
28. D Y Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
29. D Y Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşanmaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
30. D Y Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
31. D Y Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
32. D Y Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.
33. D Y Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
34. D Y Bazen herşeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
35. D Y Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.
36. D Y Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
37. D Y Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
38. D Y Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
39. D Y Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
40. D Y Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
41. D Y Herşeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
42. D Y Kendime müthiş güvenirim.
43. D Y Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
44. D Y Her zaman birşeylerle meşgulümdür.
45. D Y Birçok işi hem de yorulmadan yapabilirim.
46. D Y Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
47. D Y Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
48. D Y Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
49. D Y Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
50. D Y İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
51. D Y İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
52. D Y Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
53. D Y Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.

54. D Y Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissedirim.
55. D Y İşin patronu, “tepedeki adam” olmayı seven tipte bir kişiyim.
56. D Y Birisiyle bir konu üzerinde anlaşılamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
57. D Y Cinsel isteklerim daima fazladır.
58. D Y Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
59. D Y Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
60. D Y Çok yakınırım.
61. D Y Başkalarını çok eleştiririm.
62. D Y Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissedirim.
63. D Y Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissedirim.
64. D Y Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor.
65. D Y Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiç bir şey görmüyor.
66. D Y Terslendiğimde kavga edebilirim.
67. D Y İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
68. D Y Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
69. D Y İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
70. D Y O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
71. D Y Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
72. D Y Küfürbaz olarak bilinirim.
73. D Y Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
74. D Y Çok kuşkucu bir kişiyim.
75. D Y Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
76. D Y Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
77. D Y Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
78. D Y Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
79. D Y Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
80. D Y Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
81. D Y Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
82. D Y Gevşemeyi beceremiyorum.
83. D Y Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissedirim.
84. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
85. D Y Sık sık midem bozulur.
86. D Y Heyecanlandığımda ishal olabilirim.

- | | | | |
|-----|---|---|---|
| 87. | D | Y | Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissedirim. |
| 88. | D | Y | Heyecanlandığımda tuvalete dah sık gitmek zorunda kalırım. |
| 89. | D | Y | Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım. |
| 90. | D | Y | Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım. |
| 91. | D | Y | Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor. |
| 92. | D | Y | Uykum dinlendirici değil. |
| 93. | D | Y | Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim. |
| 94. | D | Y | Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır. |
| 95. | D | Y | Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır. |
| 96. | D | Y | Kendimi güvende hissetmiyorum. |
| 97. | D | Y | Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar. |
| 98. | D | Y | Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım. |
| 99. | D | Y | Ani sesler beni kolayca irkiltir. |

Yaşamınızın büyük bölümü için sizi genel olarak en iyi tanımlayan yalnızca bir şıkkı daire içine alınız.

1. Hemen hemen her zaman üzgünüm.
2. Tamamen enerji dolu, neşe dolu bir kişiyim.
3. Pek çok duygusal çıkış ve inişlerim vardır.
4. Kolay sinirlenirim, küçük şeyler bile beni çileden çıkarır.
5. Hemen her zaman endişeliyimdir.
6. Sakin tabiatla bir kişiyim.