

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN MİZAÇ VE
BAĞLANMA ÖZELLİKLERİ İLE OKSİTOSİN DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Ayşe Rümeysa YAMAN

**UZMANLIK TEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Duru GÜNDOĞAR**

**Bu tez SDÜ araştırma projeleri yönetim birimi tarafından proje numarası
4401- TU1-15 ile desteklenmiştir.**

ISPARTA - 2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi sürecinde bilgi ve deneyimlerinden yararlanma olanağı sağlayan, mesleğimin yanında hayata ve insana dair çok şey öğrendiğim Prof. Dr. Ramazan Özçankaya'ya,

Tezimin hazırlanmasında emeği, bilgisi ve tecrübesi ile yanımda olan, ufkunun genişliğini örnek almaya çalıştığım, her şeyin benim gönlümce olması için imkân sağlayan, birlikte çalışmaktan büyük onur duyduğum çok değerli tez danışmanım Prof. Dr. Duru Gündoğar'a,

Bilgisini ve deneyimlerini paylaşmayı esirgemeyen, kendisinden çok şey öğrendiğim, sosyal ve bilimsel desteğini hiç esirgemeyen Doç. Dr. Abdullah Akpınar'a,

Hem hastalarına hem de bizlere karşı olan samimi ve güler yüzlü tutumu ile gülümseten, her daim görüşlerimize önem veren, birlikte çalışmaktan keyif aldığım Doç. Dr. İnci Meltem Atay'a,

Poliklinik hayatıma olan katkılarını meslek hayatımın ilerleyen dönemlerinde de kullanmaya devam edeceğim, çalışma azmimi ve hevesimi her daim destekleyen, yakın ilgi ve desteğini her zaman hissettiren Yrd. Doç. Dr. Arif Demirdaş'a,

Bilimsel konularda bize her daim yardımcı olan, tecrübesiyle yön veren Yrd. Doç. Dr. Kadir Demirci'ye,

Kıdemlilik yerine abilik yapan, kendisinden psikiyatriye ve hayata dair çok şey öğrendiğim, aklımı ve bilimsel bakış açımı hep dinç tutmamı öğreten Uzm. Dr. Bilal Tanrıtanır'a,

Emin adımlarla birçok alanda ilerlemeler sağlamama yardımcı olan, desteğiyle ve sabrıyla yanımda olan Hemşire Gizem Kaya Ekinci'ye,

Hem bilimsel çalışmalarda hem mutfak çalışmalarında kendisinden çok şey öğrendiğim, yemek yapabilme konusunda kendime olan inancımı artıran, kız kardeş sıcaklığı hissettiren Dr. Funda Özyay Eroğlu'na,

Uzmanlık eğitimi sürecini paylaştığımız bölüm arkadaşlarım Dr. Gülin Özdamar Ünal, Dr. Cafer Çağrı Korucu, Dr. Hasan Balaban, Dr. Fatma Kaplan

Başal, Dr. Havva Sert, Dr. Mehmet Akgönül, Dr. İbrahim Halil Aslan, Dr. Ekrem Didin, Dr. Süleyman Keleş, Dr. Merve Orhan, Dr. Ayşe Özçelik, Dr. Kevser Kuzdere'ye,

Birlikte çalışmaktan her zaman keyif aldığım, servisimizi ayakta tutan değerli arkadaşlarım Hemşire Sema Akbaş, Hemşire Mürşide Demircan, Hemşire Dilek Günal, Hemşire Dilek Zeybek ve ekip ruhunu tamamlayan sekreter arkadaşlara,

Kliniklerinde rotasyon yaptığım süre boyunca bilgilerinden ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocalarım Prof. Dr. Süleyman Kutluhan, Prof. Dr. Serpil Demirci, Doç. Dr. Hasan Rıfat Koyuncuoğlu, Doç. Dr. Evrim Aktepe, Doç. Dr. Vedat Ali Yürekli, Yrd. Doç. Dr. Seden Demirci'ye; arkadaşlarım Dr. Adem Işık, Dr. Orhan Kocaman, Dr. Emel Özen, Dr. Büşra Bağcı, Dr. Abdülbaki Yıldız, Dr. Yakup Erdoğan, Dr. Burcu Bahar Kurt, Dr. Hatice Değirmenci, Dr. Esra Taşkiran ve Sibel Kahraman'a,

Adli psikiyatri alanında çalıştığım süre boyunca eğitimime katkıda bulunan, samimiyetleriyle ekiplerinin bir parçası olduğumu hissettiren ve yaşatan Adli Tıp Anabilim Dalı ekibine,

Zamanını esirgemeyerek bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan, kendisinden çok şey öğrenme fırsatı bulduğum, enerjisini hiç yitirmeyen, adaletine ve hoşgörüsüne hayran olduğum, bir ömür örnek almaya çalışacağım Prof. Dr. Süleyman Serhat Gürpınar'a,

Hayatıma girdiği andan itibaren varlığıyla günlerimin rengârenk geçmesini sağlayan, mutlu günlerimin sayısını artıran, yüzümü hep gülümseten, zekâsıyla büyülediğim dostum Dr. Özgür Rıza Kaygusuz'a

Uzmanlık eğitimime olan katkılarından dolayı bütün hastalarım,

Tez hazırlama sürecinde vakit ayırarak son derece uyumlu biçimde gönüllü olarak çalışmama katılan bütün hastalarım ve kontrol grubundaki katılımcılara teşekkür ederim.

Dr. Ayşe Rümeysa YAMAN

Isparta, Şubat 2016

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLO DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Bipolar Bozukluk	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Bipolar I Bozukluk Tanı	4
2.1.2.1. DSM-IV'e Göre Depresif Dönemin Tanı Ölçütleri	4
2.1.2.2. DSM-IV'e Göre Manik Dönemin Tanı Ölçütleri.....	5
2.1.2.3. DSM-IV'e Göre Karma Dönemin Tanı Ölçütleri	6
2.1.3. Epidemiyoloji	6
2.1.4. Etiyoloji	7
2.1.4.1. Biyolojik Faktörler	7
2.1.4.1.1. Genetik Etkenler	7
2.1.4.1.2. Nörotransmitter Çalışmaları	8
2.1.4.1.2.1. Noradrenerjik Sistem	8
2.1.4.1.2.2. Serotonerjik Sistem.....	9
2.1.4.1.2.3. Dopaminerjik Sistem	9
2.1.4.1.2.4. Kolinerjik Sistem	9
2.1.4.1.2.5. Diğer Nörotransmitterler	9
2.1.4.1.3. İyon Sistemleri.....	9
2.1.4.1.3.1. Sodyum	9
2.1.4.1.3.2. Kalsiyum.....	10
2.1.4.1.4. Nöroendokrin Düzenleme	10
2.1.4.1.5. İmmünolojik Etkenlerin Rolü.....	10
2.1.4.1.6. Nöroanatomik Faktörler	10
2.1.4.2. Psikososyal Nedenler	11
2.1.4.3. Psikodinamik Faktörler	12
2.1.4.4. Bilişsel Kuram.....	12
2.1.4.5. Davranışçı Görüş.....	12

2.2. Mizaç	12
2.2.1. Tanım	12
2.2.2. Mizaç Sınıflandırılmasında Tanı Ölçütleri	13
2.2.3. Mizaç ve Bipolar Bozukluk	15
2.3. Bağlanma	17
2.3.1. Tanım	17
2.3.2. Bağlanma Biçimleri	17
2.3.3. Bağlanma ve Bipolar Bozukluk	18
2.3.4. Bağlanma ve Mizaç	19
2.4. Oksitosin	20
2.4.1. Oksitosin'e Genel Bakış ve Biyokimyasal Yapısı	20
2.4.2. Oksitosin ve Psikiyatrik Bozukluklar	20
2.4.3. Oksitosin ve Bağlanma	21
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER	23
3.1. Örneklem	23
3.1.1. Hasta Grubunda Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	23
3.1.2. Hasta Grubunda Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	23
3.1.3. Hasta Grubunda Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	23
3.2. Veri Toplama Araçları	24
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	24
3.2.2. SCID I/Klinik Versiyonu (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders, clinical version-SCID-I/CV)	24
3.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)	25
3.2.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)	25
3.2.5. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego autoquestionnaire)	25
3.2.6. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği	25
3.2.7. Oksitosin Düzeyi Ölçümü	26
3.3. İstatiksel Analiz	26
3.4. Biyokimyasal Analiz	27
4. BULGULAR	28
4.1. BPB ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri	28
4.2. Bağlanma Biçiminin Karşılaştırılması	29
4.3. Mizaç Özelliklerinin Karşılaştırılması	31

4.4. Bağlanma Biçimi ile Mizaç İlişkisi	31
4.5. Bağlanma Biçimi ile Klinik Özelliklerin İlişkisi.....	33
4.6. BPB ve Kontrol Gruplarının Oksitosin Düzeylerinin Karşılaştırılması	34
4.7. Bağlanma Özellikleri ve Oksitosin Düzeylerinin Karşılaştırılması	35
4.8. BPB Grubunda Bağlanma Biçimi ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması.....	36
4. TARTIŞMA	38
5. SONUÇLAR	46
ÖZET.....	47
SUMMARY	48
KAYNAKLAR	49
EKLER.....	58
Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu-Hastanın Doldurduğu.....	58
Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu-Klinisyenin Doldurduğu	59
Ek 3. TEMPS-A	60
Ek 4. EBBÖ	65

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

BPB	: Bipolar Bozukluk
N/NE	: Nörotisizm/negatif emosyonalite
PE	: Pozitif emosyonalite
MHPG	: 3-Metoksi-4-Hidroksifenilglükol
TCA	: Trisiklik antidepresan
BOS	: Beyin omurilik sıvısı
HVA	: Homovalinik Asit
GABA	: Gama amino bütirik asit
FSH	: Follikül stimulan hormon
LH	: Luteinizan hormon
ACTH	: Adrenokortikotropin hormon
HPA	: Hipotalamopitüiteradrenal
NE	: Norepinefrin

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Bipolar bozukluk ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri	29
Tablo 2a. Bipolar bozukluk ve kontrol gruplarının bağlanma özelliklerine göre dağılımı-1	30
Tablo 2b. Bipolar bozukluk ve kontrol gruplarının bağlanma özelliklerine göre dağılımı-2	30
Tablo 2c. Bipolar bozukluk ve kontrol gruplarının bağlanma biçimi puan ortalamaları	30
Tablo 3. Bipolar bozukluk ve kontrol gruplarının mizaç puan ortalaması açısından karşılaştırılması	31
Tablo 4a. Bipolar bozukluk grubunun bağlanma biçimi ile mizaç puan ortalaması açısından karşılaştırılması-1	32
Tablo 4b. Bipolar bozukluk grubunun bağlanma biçimi ile mizaç puan ortalaması açısından karşılaştırılması-2	33
Tablo 5. Bipolar bozukluk grubunda bağlanma biçimleri ve klinik özelliklerin karşılaştırılması	34
Tablo 6. Bipolar bozukluk ve kontrol gruplarının oksitosin düzeyleri açısından karşılaştırılması	35
Tablo 7. Bipolar bozukluk grubu bağlanma özellikleri ve oksitosin düzeylerinin karşılaştırılması	36
Tablo 8. Bipolar bozukluk grubunda bağlanma biçimleri ve sosyodemografik verilerin karşılaştırılması	37

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Bağlanma, bebek ile annesi ya da sürekli bakım sağlayan kişi arasında kurulan, temel güven duygusunu oluşturan ilk bağıdır [1]. Yaşamın ilk aylarında gelişmesine rağmen sonraki yaşam yıllarını olumlu veya olumsuz biçimde etkileyerek hayat boyunca sosyal ilişkilerin gelişiminin çekirdeğini oluşturmaktadır. Bilişsel, genetik, kültürel, sosyolojik ve coğrafi etmenlerin etkisiyle gelişen bağlanma karmaşık davranışsal süreçler içermektedir [2]. Bilişler, davranışlar ve yaşam şartları değiştirilebildiğine göre bağlanmayı etkileyen yapılar da esnektir ve bağlanma yaşam süresince değişmez değildir.

Psikiyatrik bozukluklar sosyal yaşantıyı etkileyen durumlardandır. Epizotlar halinde seyreden Bipolar Bozukluk (BPB) bilişlerin, davranışların ve yaşam şartlarındaki değişimlerin görüldüğü bir süreçtir. Bebeklikte kurulan bu bağ, duygudurum atakları nedeniyle olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bu hastalığa sahip bireyler ilişkilerinde güvensizlik ve duygusal güçlükler yaşayabilmektedir. Genlerden hastalığa uzanan nedensellik zincirinde endofenotip kabul edilen afektif mizaç [3] ise BPB için etiyolojik nedenler arasında olmakla birlikte bağlanma sürecinde de etkilidir.

Bunun dışında oksitosin, prolaktin ve endojen opioidlerin bağlanmada rol aldığı ve bu nörohormonlardaki bir bozukluğun bağlanma sorunlarına yol açabileceğinden söz eden yayınlar vardır [4]. Sosyal ilişkilerin haz veren, olumlu yönleri beyindeki endojen opioidlerin salınımı ile ortaya çıkmaktadır [5]. Birçok insan sosyal ilişkiyi bilişsel olarak deneyimleyebilse de, bu nörohormonların etkisi ile duygusal derinlik sağlanabilmektedir [6].

Dolayısıyla sosyal ilişkilerin çekirdeğini oluşturan bağlanma, hem biyolojik (hormonal) hem de bilişsel değişimlerden etkilenmektedir. Bu bağlamda yapılan insan çalışmaları sınırlı sayıdadır ve çalışmaların çoğu kadınları kapsamaktadır.

Bu çalışmadaki amacımız bipolar bozukluğu olan erkek hastalarda mizaç ve bağlanma özellikleri ile oksitosin düzeyleri arasındaki ilişkiyi göstermek ve değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemektir. Böylelikle kişinin sosyal ilişkilerinin

biçimlenmesinde rol oynayan bağlanma kavramı ve bunu etkileyen faktörler ile ilgili ayrıntılı bilgi sahibi olunacaktır.

.

2. GENEL BİLGİLER

BPB, depresif, manik ya da karma dönemlerle ve eşik altı belirtili ya da sağlıklı/belirtisiz ara dönemlerle tanımlanan, alevlenmeler sırasında hastalarda ciddi sosyal ve mesleki işlevsellik kaybına yol açan, süregelen bir hastalıktır [7]. Dünya Sağlık Örgütü, dünya çapında en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listesinde bipolar bozukluğu ilk on hastalık arasına almıştır[8].

2.1. Bipolar Bozukluk

2.1.1. Tarihçe

Duygulanım bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Tarih öncesi çağlara ait din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır depresyon ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanımlanmıştır [9]. Melankoli deyimini ilk olarak M.Ö. V. yy'de Hipokrat kullanmış ve “kara safra”ya bağlamıştır [10]. Eski Yunanlılar yükselmiş duygudurumuyla kendini belli eden bir hastalık durumunun farkına varmıştır. Bu durumun melankoli ile bağlantısını M.S. 1. yy'de Soranus kurmuştur. Kapadokyalı Aretaeus M.S. 150 civarında melankolinin maninin bir başlangıcı ve parçası olduğunu yazmıştır [9].

İlk kez Kraepelin (1899) bu hastalığı “manik-depresif hastalık” olarak adlandırmıştır. Bleuler 1924'te “affektif hastalık” deyimini kullanmıştır. 1987'de Akiskal ve Mallya “ılımlı bipolar spektrum” kavramını ortaya atmıştır [9].

Bu gelişmelerle 1980'de DSM sistemine giren Bipolar Bozukluk Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı Ruhsal Bozukluklar Tanı ve İstatistik Elkitabının IV-TR. basımında Bipolar I ve II bozukluk, Siklotimik bozukluk, başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk, genel tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan duygudurum bozukluğu olarak yer almaktadır [11].

2.1.2. Bipolar I Bozukluk Tanı

BPB Tip I; bir ya da birden fazla manik ya da karma epizot ile genellikle bu epizotlara eşlik eden majör depresif epizot dönemleri ile karakterizedir [11].

2.1.2.1. DSM-IV'e Göre Depresif Dönemin Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az biri ya (1) depresif duygudurumu ya da (2) ilgi kaybı ya da zevk alamamadır.

1. Hastanın ya kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün, umutsuz ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamama (özel anlatıma göre ya da gözlemle belirlendiği üzere).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. ayda, vücut ağırlığının %5'inden daha çok değişiklik) ya da nerdeyse her gün yeme isteğinde azalma ya da artma.

4. Hemen her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon (sadece huzursuzluk ya da yavaşladığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).

6. Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Hemen 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 intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özel eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler bir karma hastalık dönemi tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

E. Bu belirtiler yasla daha iyi açıklanamaz.

2.1.2.2. DSM-IV'e Göre Manik Dönemin Tanı Ölçütleri

A. En az 1 hafta (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) süren, olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl (huzursuz) duygudurum döneminin varlığı.

B. Duygudurumu bozukluğunun olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçünün (ya da çoğun) (irritabl duygudurum varsa dördü) belirgin şekilde varlığı:

1. Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite.

2. Uyku gereksiniminde azalma.

3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.

4. Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.

5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyaranla 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 belirtiler karma döneme uymaz.

D. 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 ağır olması ya da psikoz özellikleri varlığı.

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

2.1.2.3. DSM-IV'e Göre Karma Dönemin Tanı Ölçütleri

A. En az 1 hafta süreyle, hemen her gün, hem manik hem de majör depresif dönem tanı ölçütlerine süre dışında uyuyordur.

B. Duygudurum bozukluğunun iş ya da sosyal yaşamda önemli bozulmaya yol açıyor ya da başkalarına zarar vermesini önlemek amacıyla hastaneye yatırılması gerekiyor ya da psikotik özelliklidir.

C. Belirtiler bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

2.1.3. Epidemiyoloji

BPB önemli ölçüde hastalık, iş görememe, sosyal ve ekonomik kayıpla ilişkili, ciddi, süregelen ve sık görülen bir hastalıktır [12]. Dünya Sağlık Örgütü, Bipolar Bozukluğun Dünya'da sakatlık ve ölüm nedeni olan 291 hastalık arasında 46. büyük neden olduğunu ve ayrıca yaralanmalara neden olan meme kanseri, Alzheimer hastalığı ve diğer demanslardan önde geldiğini bildirmektedir [13]. ABD'de maluliyet nedenleri arasında 18. sıradadır [14]. Tüm duygudurum bozukluklarının %10-20'sini BPB oluşturmaktadır [15]. Çalışmalara dayanarak

yetişkinler arasında BPB'nin tahmini yaşam boyu yaygınlığı dünya çapında %1-3 arasındadır [16, 17]. BPB tip I'in bir yıllık yaygınlığı %0.9-1.3 arasında, nokta yaygınlığı ise %0.4-0.5 arasındadır [18]. Bipolar I bozukluk için ortalama başlangıç yaşı 18'dir [19]. İlk başlangıç yaşıyla ilk tedavi veya hastaneye yatma yaşı arasında 5 ile 10 yıllık bir süre vardır [20, 21]. Kadın/erkek oranı ise yaklaşık 1:1'dir [22]. Epizotlar cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir. Erkeklerde başlangıç epizotu daha çok manik olup, daha sonrasında da manik epizotlar kadınlara oranla daha siktir. Kadınlarda ise karma epizot ve depresif epizotun daha sık görüldüğü ileri sürülmektedir. Başlangıç epizotu ırklar ve etnik gruplar arasında farklılık göstermemektedir. Boşanmış kişilerde risk artmış olup evli hastaların hastanede yatış sürelerinin daha kısa ve prognozlarının daha iyi olduğu bildirilmektedir. Aile öyküsü olanlarda risk artmakta, daha erken başlangıç ve daha kötü prognoz görülmektedir. Son yıllardaki veriler hastalığın daha çok şehirlerde ve üst sosyoekonomik düzeyde izlendiğine işaret etmektedir. Premorbid kişilik yapısının rolü çok belirgin olmamakla birlikte Hecht ve ark. (1998) depresyonun büyüklüğünün yüksek düzeydeki nörotisizm/negatif emosyonalite (N/NE) kısaltma ekle ile hipomani/manik dönemin de yüksek düzeyde pozitif emosyonalite (PE) kısaltma ekle ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür. Hastaların ortalama %25'i mevsimsel özellik göstermektedir [15].

2.1.4. Etiyoloji

BPB'nin etiyolojisi bugüne kadar kesin olarak gösterilememiştir [8]. Biyolojik ve psikososyal faktörler birbirleri ile etkileşerek duygudurum bozukluklarına neden olmaktadır [23].

2.1.4.1. Biyolojik Faktörler

2.1.4.1.1. Genetik Etkenler

BPB hastalarıyla yapılan aile çalışmaları, hastalığın genetik temelleri olduğunu ancak genetik ve epigenetik etkenlerin karmaşık bir rol oynadığını düşündürmektedir [24]. Aday genler yoğun olarak çalışılmış olmakla birlikte, henüz

tespit edilmiş tek bir gen yoktur. Genetik yatkınlık büyük bir etkiye sahip tek bir gen yerine birçok genin küçük etkilerinin etkileşimini içeriyor gibi görünmektedir [25-27]. Kalsiyum kanalı alt ünitesi için kodlama yapan ve kanal geçişine izin veren CACNA1C kalıcı yatkınlık lokusu olarak bildirilmiştir [28]. Genetik çalışmaların bir metaanalizi Fosfolipaz C sinyalizasyonu, glutamat sinyalizasyonu, endotelin 1 sinyalizasyonu, kortikotropin relasing hormon sinyalizasyonu, kardiyak hipertrofi sinyalizasyonu, kardiyak β -adrenerjik sinyalizasyonlarını içeren diğer biyolojik yolların da rol oynadığını düşündürmektedir [27]. Ayrıca araştırmalar bipolar bozukluğun klasik Mendel genetik yasalarıyla kalıtsal geçiş göstermediğini, polimorfik ve multifaktöriyel bir kalıtım ile genetik geçiş gösterdiğini ortaya koymaktadır [8]. BPB I oranı 1. derece akrabalarda kontrol grubuna oranla 8-10 kat artmıştır [8]. Birinci derece akrabasında BPB olan birinin yaşam boyu BPB riski % 5-10 arasındadır. Tek yumurta ikizleri için ise bu oran % 40 ile % 70 oranında bildirilmiştir [25]. İkizlerden birinde BPB olan 30 tek yumurta ikizi ve 37 çift yumurta ikizinin alındığı bir çalışmada BPB açısından tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre konkordans oranının 8 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (%40'-%5) [29]. Bununla birlikte bipolar bozukluğun konkordansının tek yumurta ikizlerinde %100 olmamasının tespiti ile BPB gelişme riskinin çevresel faktörlerle de ilgili olduğu görünmektedir.

2.1.4.1.2. Nörotransmitter Çalışmaları

2.1.4.1.2.1. Noradrenerjik Sistem

Mani oluşumunda noradrenerjik aktivasyondan ve noradrenerjik-kolinerjik sistem arasındaki denge bozukluğundan, kolinerjik yetersizlikten söz edilmektedir [8]. Manik epizot sırasında noradrenalin metaboliti 3-Metoksi-4-Hidroksifenilglükolün (MHPG) plazmada arttığı bilinmektedir. Sinaptik aralıkta katekolamin miktarını artıran stimulanlar ya da trisiklik antidepresanlar (TCA) manik epizotlara neden olabilmektedir [24].

2.1.4.1.2.2. Serotonerjik Sistem

Serotonin öncüsü olan L-triptofan, yüksek dozlarda verildiğinde mani benzeri tablo oluşturmaktadır [30]. Serotoninin uyku-uyanıklık, yeme isteği, libido, beden ısısı, gibi işlevlerde önemli düzenleyici görevi vardır. Adrenalin ve dopamin ile birlikte amaçlı motor işlevlerde, saldırgan davranışların bastırılmasında etkin yer alır [31].

2.1.4.1.2.3. Dopaminerjik Sistem

Mani tablolarının kokain gibi dopaminerjik aktiviteyi artıran ilaçlarla uyarılabilmesi, buna karşın antipsikotik ilaçlar gibi dopamin antagonistlerinin anti-manik etkinliğe sahip olması, mani oluşumunda dopaminerjik sistemin rolünün tartışılmasına neden olmuştur. Manik epizot sırasında beyin omurilik sıvısında (BOS) dopamin metaboliti olan Homovalinik Asit (HVA) yüksek bulunmuştur [24].

2.1.4.1.2.4. Kolinergik Sistem

Asetilkolinin sinaptik salınımının depresyon, azalmasının mani ile ilgili olduğu düşünülmekte, bununla birlikte tedavide etkilerin rolü netlik kazanmamıştır [24].

2.1.4.1.2.5. Diğer Nörotransmitterler

Gama amino bütirik asit (GABA) gibi aminoasit nörotransmitterlerin ve özellikle vazopressin ve endojen opiyatlar gibi nöroaktif peptidlerin duygudurum bozukluklarının fizyopatolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir [8].

2.1.4.1.3. İyon Sistemleri

2.1.4.1.3.1. Sodyum

Manik epizot sırasında hücre içi sodyum düzeyinin arttığı, iyileşme döneminde ise normale döndüğü gözlenmiştir [24].

2.1.4.1.3.2. Kalsiyum

Kalsiyum kanal blokerlerinin anti-manik etkinliğinin olması da, kalsiyumun etiyolojideki rolünü desteklemektedir [24].

2.1.4.1.4. Nöroendokrin Düzenleme

Nöroendokrin düzende hipotalamus merkezdedir ve nörotransmitterleri kullanan çok sayıda nöronal girdi alır. Duygudurum bozukluğu olan hastalarda çok sayıda nöroendokrin düzensizlik kaydedilmiştir. Duygudurum bozuklukları ile ilişkili ana nöroendokrin eksenler adrenal, tiroid ve büyüme hormonu eksenleri olmakla birlikte tanımlanan diğer nöroendokrin anormallikler nokturnal melatonin salgılanmasının azalması, triptofan verilmesine prolaktin salınımının azalması, follikül stimulan hormon (FSH) ve luteinizan hormon (LH) bazal değeri azalma ve erkeklerde testosteron düzeyinde düşüş olarak tanımlanmıştır [32].

2.1.4.1.5. İmmünolojik Etkenlerin Rolü

İmmün sistem tarafından üretilen bazı sitokinler (örneğin; interlökin-1, interlökin-6, tümör nekrozis faktör, interferon alfa, beta, gama vb.) bağışıklık sistemindeki rollerinin yanı sıra nörotransmitter benzeri roller de üstlenirler [24]. Yüksek interlökin-1 serum düzeyi ile oluşan "hastalık davranış sendromu" belirtileri, depresyonun bazı vejetatif belirtilerine benzemektedir. Hastalık davranış sendromunda depresyon sırasında hücrel bağışıklık sistemi baskılanmaktadır. İki uçlu bozuklukta hem depresif hem manik epizotlarda hücrel immünitede artış gözlenmektedir [33].

2.1.4.1.6. Nöroanatomik Faktörler

Birçok dizi kanıt bipolar bozuklukta beyin yapısı ve fonksiyonun değışmiş olduğunu göstermektedir. Ancak gözlenen değışimlerin etiyolojik nedenleri ve sekelleri temsil edip etmediği tam olarak belli değildir [34]. Öncelikle fMRI görüntüleme ve difüzyon tensör görüntülemeye dayanarak, BPB I hipotezlerinin

fonksiyonel nöroanatomi modelinin biri bu erken gelişim sürecinde (örneğin; beyaz cevher bağlantılarının kurulması ve prefrontal kortekste budanma) duygusal davranışı düzenleyen beyin ağlarının bozulmasıdır. Bu, prefrontal ağlar ile limbik yapılar özellikle amigdala arasında azalmış bağlantılara yol açar [35]. Bir MR görüntüleme çalışmasında uzun süre hastalık ve uzun dönem antipsikotik tedaviye maruz kalmanın toplam gri cevher hacimlerinin azalmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur [35]. Ayrıca lateral ventriküllerde tekrarlayan epizotlarla ilişkili olarak genişleme, derin beyaz cevher ve subkortikal gri cevher alanlarında hiperintensite artışı, duygudurum düzenleyici ilaçlarla kısmen düzelme gösteren Ventromedial prefrontal korteks (VPFK). Hücre yoğunluğu azalması, amigdala volümünde artış/azalma, hipokampal volümde azalma/değişiklik olmaması, bazal ganglionlarda hiperintens lezyonlarda artış ya da glial hücre azalması, astrosit ve oligodendrosit anormallikleri vb. yapısal değişiklikler, korpus kallozum volümlerinde azalma izlendiği bildirilmektedir [24].

2.1.4.2. Psikososyal Nedenler

Ateşlenme (kindling) modeline göre; ilk bir kaç manik ya da depresif epizot stresli yaşam olaylarıyla tetiklenir ve kişinin beyinde bir takım biyokimyasal değişikliklere yol açarlar. Bu değişiklikler hastalardaki duyarlılığı artırarak onları diğer stresör etkenlere karşı yatkın bir hale getirir. Bu duyarlaşma süreci, bir dış stresör olmadan da hastalık ataklarının kendiliğinden oluşmasına kadar devam eder. İşte bu durum, hastalığın ilerlemesine paralel olarak epizotlardaki sıklığın da artmasını açıklamaktadır [24]. Ancak hastalık başlangıcıyla ve daha şiddetli hastalık seyri ile ilişkili olabilen çocuklukta kötü muamele görmek gibi stresli yaşam olaylarını inceleyen çalışmalar arasında tutarlı sonuçlar mevcut değildir [36-40].

Son yıllarda ilerleyen baba yaşının, spermatogenez sırasında artmış genetik mutasyonlarla bağlantılı olarak kişinin çocuklarındaki bipolar bozukluk riskini artırdığı belirtilmektedir [41]. Yapılan bir çalışmada 45 yaş ve üzeri babaların çocuklarında 20-24 yaş arası babaların çocuklarına göre BPB riskinin yaklaşık 6 kat daha fazla olduğu bulunmuştur [42].

2.1.4.3. Psikodinamik Faktörler

Depresyonu anlama girişimlerinde, Freud nesne kaybı ve melankoli arasında ilişki olduğunu öne sürmüştür. Depresyonda öfkenin kayıp nesne ile özdeşim nedeniyle içe yöneldiğine ve objeyi terk etmek için egonun tek yolunun içe alma (introjeksiyon) olduğuna inanmaktaydı. Melanie Klein, manik depresif döngüleri; çocukluk çağında sevilen, içe alınan nesneleri oluşturmada başarısızlığın yansıması olarak ele almıştır. Maniyi diğerlerini yüceltmek, diğer insanlara karşı saldırganlığı ve yıkıcılığı yadsımak ve kayıp sevgi objesini onarmak için düzenlenen bir dizi savunma çalışmaları olarak tanımlamıştır [32]. Karl Abraham manik dönemlerin, gelişimsel bir trajediyi tolere etme yetisi yokluğunu yansıtıyor olabileceğine inanır. Bertram Lewin, manik hastanın egosunu, cinsellik gibi zevkli uyaranlar ya da agresyon gibi korkulan uyaranlar tarafından ezilmiş olarak ele almıştır [8].

2.1.4.4. Bilişsel Kuram

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bilişsel görüşe göre depresyon temelde bir duygudurum bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluktur. Duygudurum bozukluğu bilişsel bozukluğa ikincil gelişir. Depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayan kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır [43].

2.1.4.5. Davranışçı Görüş

Bu görüşe göre depresyon, çocukluktan beri acılı uyaranlarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur [44].

2.2. Mizaç

2.2.1. Tanım

Mizacın karşılığı olan “temperament”, “karışım” anlamına gelen “temperare” sözcüğünden türetilmiştir [3]. Mizaç, kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az

oranda değişen yapısal özelliklerdir [45]. Bu kavram; yapısal, genetik ve biyolojik temele dayanan tavır ve davranışları ifade etmektedir [46].

Eski çağlardan beri doğuştan gelen bazı huyların belirli psikiyatrik bozukluklara yol açtığı düşünülmektedir. Eski Yunanda Hipokrat'ın dört sıvı (kara safra, kan, sarı safra, lenf) kuramıyla kişilik ve huy tipleri açıklanmaya çalışılmıştır [45].

Kraepelin (1909- 1915) “kişisel görüntü” (çağdaş anlamda: hastalık öncesi kişilik) ve bu kavramla bağlantılı “temel durumlar”ı tanımlamıştır. Duygulanım görünümlerinin ya yaşam boyunca duygudurum bozukluğu olmaksızın kişiliğin bir özelliği olduğunu ya da dönemsel (epizodik) hastalıklar için başlangıç noktası olduğunu ileri sürmüştür [47].

2.2.2. Mizaç Sınıflandırılmasında Tanı Ölçütleri

Akiskal afektif mizacın duygudurum bozukluklarının temelinin oluşturduğunu iddia etmiş ve beş temel afektif mizacı tanımlamıştır. Bu afektif mizaç türleri şunlardır [3]

1-Depresif

2-Hipertimik

3-Siklotimik

4-Sinirli (irritabl)

5-Endişeli (anksiyöz)

Akiskal'a göre mizaç tanı ölçütleri aşağıda verilmiştir [48].

1-Hipertimik mizaç:

Erken başlangıç (<21 yaş)

- Nadiren araya giren ötimiyle birlikte aralıklı eşik altı hipomanik özellikler
- Az uyuma alışkanlığı (<6 saat/gün, hafta sonları da dâhil)
- Yadsımanın çok fazla kullanılması

- *Schneiderian hipomanik kişilik özellikleri:*
 - *İrritabl, neşeli, aşırı iyimser veya coşkulu*
 - *Saf, kendine fazla güvenen, övünge, abartılı, gösterişli*
 - *Gayretli, çok plan yapan, tedbirsiz ve bitmez tükenmez bir dürtüyle koşuşturan*
 - *Aşırı konuşkan*
 - *Sıcakkanlı, insan arayan, veya dışa dönük*
 - *Aşırı karışan ve başkalarının işine burnunu sokan*
 - *Baskılanmayan, uyaran arayan veya rastgele cinsel ilişkide bulunan.*

2-Distimik mizaç:

- *Erken başlangıç (<21 yaş)*
- *Başka bir duruma ikincil olmayan aralıklı, düşük şiddette depresyon*
- *Çok uyuma alışkanlığı (>9 saat/gün)*
- *Derin derin düşünme, anhedoni ve psikomotor enerji azlığına meyil (hepsi sabah saatlerinde daha belirgin)*
- *Schneiderian depresif kişilik özellikleri:*
 - *Ümitsiz, kötümser, neşesiz veya eğlenmeyen*
 - *Sessiz, pasif ve kararsız*
 - *Şüpheli, aşırı eleştiren veya şikâyet eden*
 - *Derin derin düşünen ve endişelenen*
 - *Vicdanlı, kendi kendini disipline eden*
 - *Kendini eleştiren, kendini cezalandıran, kendini küçülten*
 - *Başarısızlıkları, yetersizlikleri ve olumsuz olaylar hakkında aşırı kafa yoran*

3-İrritabl mizaç:

- *Erken başlangıç (<21 yaş)*
- *Nadiren ötimik, çoğunlukla karamsar (irritabl ve çabuk kızan olma)*
- *Derin düşüncelere dalmaya meyil*
- *Aşırı eleştiren ve şikâyet eden*
- *Aksi şakalar yapan*

- *İstenmediği halde sokulup sıkıntı veren*
- *Disforik yerinde duramama*
- *Dürtüsellik*
- *Antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu ölçütlerini karşılamaz.*

4-Siklotimik mizaç:

- *Erken başlangıç (<21 yaş)*
- *Nadiren ötiminin olduğu, sık, kısa döngüler*
- *Bir fazdan diğerine öznel ve davranışsal görünümde ani geçişlerin olduğu iki dönemli hastalık*
- *Öznel görünümde:*
 - *Letarji X Ötoni*
 - *Kötümserlik X İyimserlik*
 - *Zihinsel konfüzyon X Keskinleşmiş ve yaratıcı düşünce*
 - *Düşük kendine güven X Aşırı kendine güven arasında değişen benlik saygısı*
- *Davranışsal görünümde:*
 - *Azalmış sözel dışavurum X çok konuşma*
 - *Hipersomnia X Uyku ihtiyacının azalması*
 - *Nedensiz sulu gözlülük X Aşırı şakacılık*
 - *İçedönük kendini soyutlama X Sınırsız insan arama*
 - *Üretkenlikte belirgin değişkenlik*

2.2.3. Mizaç ve Bipolar Bozukluk

Akiskal afektif mizacın duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu iddia etmiştir [3]. Bu konuda 1970 yılından önce yapılan çalışmalar bipolar hastaların önemli bir kısmının hastalık öncesi hipertimik mizaç yapısında olduklarını ileri sürmektedir [49].

Ayrıca mizaç ile kutuplar arasında bir süreklilik örneğinin, hipertimik mizacı olanlarda manik dönemlerin, depresif mizacı olanlarda depresif dönemlerin daha sık

görülmesi ve hipertimik özellikler ile iyi gidiş arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir [50].

Günümüzde BPB yelpazesinin bir ucunda afektif mizacın yer aldığı düşünülmektedir. Afektif mizaç bir duygudurum hastalık dönemi ölçütlerini karşılamamaktadır ama tanısal geçerliliği vardır. Yapısal ve genetik olarak aktarılabilir olmakla birlikte tedavi gerektirmemektedir. Bu özellikleriyle afektif mizaç BPB için, genlerden hastalıklara uzanan nedensellik zincirinde bir aracı, eşlikçi, endofenotip olarak kabul edilebilir. Öte yandan afektif mizaç özellikleri etiyoloji, fenomenoloji ve tedavi ile ilişkili bulunmaktadır. Afektif mizaç ve BPB ilişkisinde öne sürülen özellikler arasında ailesel yüklülük, erken başlangıç, yüksek oranda yinleme ve antidepresan etkisi altında manik kaymaya yatkınlık sayılmaktadır [3].

Yapılan bir çalışmada hasta grubunda sinirli mizaca sahip bireylerin psikotik bulgulu epizod varlığı ve ilk epizod tipinin manik oluşu gibi görüngüsel bulgulara sahip olduğu; ek olarak siklotimik mizaçlı hastalarda ek tanının daha sık görüldüğü belirlenmiştir [3].

Mizaç ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki çeşitli şekillerde ele alınabilir:

(1) Kraepelin'in varsayımına benzer şekilde kimi duygulanım mizaç özellikleri duygudurum bozukluklarının alt sendromal ya da alt duygulanım belirtilerini tanımlar.

(2) Duygudurum hastalık dönemi belirtilerinin görünümünü renklendirir.

(3) Duygulanım mizacı duygudurum hastalık dönemine yol açmaz ama dönemin şiddetine etki eder.

(4) Duygudurum bozukluğunun varlığı kişilik ya da mizacı değiştirir [51, 52].

Mizaç ile psikopatoloji arasındaki, özellikle de afektif mizaçlar ile duygudurum bozuklukları alt grupları arasındaki ilişkisi olduğunu gösteren genel model, yani psikiyatride uzun yıllardır kabul edilen depresyona ve maniye ait özgül mizaç özellikleri olduğunu iddia eden varsayım 2004'te Akdeniz ve ark. tarafından

yapılan çalışmayla da desteklenmiştir. Mani birincil olarak hipertimik mizaç, depresyon da depresif mizaç ile bağlantılı bulunmuştur [53].

2.3. Bağlanma

2.3.1. Tanım

Bağlanma biçimi yaşamın erken dönemlerinde belirlenen ve süreklilik gösterdiği düşünülen, kişinin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsünü şekillendiren bir görüngüdür [54]. Yaşam boyu sürerken doğası ve ifade ediliş şekli değişmektedir [55]. Bağlanma ile ilgili sorunlar olduğunda, organizma tüm hayatı boyunca zorluk çekebilmektedir. Sağlıklı bir bağlanma sonucunda çocuk kendine ve başkalarına güvenebilecek, dünyayı keşfedebilecek ve karşılaştığı hayat değişikliklerine uyum sağlamayı öğrenebilecektir [2]. Benzer şekilde, Bowlby (1973, 1983) bir kişinin, çocuklukta güvenli bağlanma geliştiremezse hayatının geri kalanındaki ilişkilerde de güvensizlik ve duygusal güçlükler yaşayabileceğini vurgulamaktadır [54].

2.3.2. Bağlanma Biçimleri

Ainsworth on iki haftalık bir bebeğin 8 dakika süreyle yabancı biri ile annesinden ayrı kaldıktan sonra bebeği anneden ayrılma ve buluşma anında verdiği tepkiye göre iki ana tarzı olan güvenli ve güvensiz bağlanma tarzlarında birine dâhil etmiştir;

Güvensiz bağlanma kendi içinde kararsız (kaygılı/ikircikli) ve kaçınan olarak ikiye ayrılmaktadır. Güvenli bağlanmaya sahip olan çocuklar anneden ayrılırken normal bir gerilim yaşarlar, anne geri döndüğünde ise mutlu ve sevinçli bir karşılama içine girerler.

Kaygılı/ikircikli bağlanma tarzındaki çocuk ise anne giderken aşırı bir üzüntü ve ayrılamama davranışı gösterirken, anne döndüğünde anneye öfkeli ve reddedicidir.

Kaçınan çocuklarda ise, ayrılış anı sakin ve neredeyse tepkisizken, buluşma anneyi reddedici ve uzaklaştırıcı özelliktedir [56-58].

Güvenli bağlanma çocuğun psikolojik gelişiminde ciddi bir öneme sahiptir ve annenin sıcak, duyarlı, gereksinimi gidermeye hazır ve bağlanabilir olma özelliklerini taşımasıyla ilgilidir. Duygusal sağlığın bir kaynağı olarak görülür. Çocuğa "ötekinin" onun için orada olacağı ile ilgili güven verir ki, bu da onun ilerleyen yaşamında tatmin edici ilişkiler kurma kapasitesine zemin oluşturur [56].

Erişkin hayatındaki bağlanma davranışı, çocuklukta, ergenlikte ve gençlikte gösterilen bağlanma davranışının bir devamı olarak düşünülmektedir [59]. Weiss erişkinlikteki bağlanmayı çocuklukta bağlanmadan ayıran üç özellik tanımlamıştır:

- i. Erişkinlerde, bağlanma ilişkileri tipik olarak eşler arasındadır, diğerinde bakım alan (bebek) ve bakım veren (ebeveyn) arasındadır.
- ii. Erişkinlerdeki bağlanma çocuklukta bağlanma gibi diğer davranışsal sistemlerin etkilenmesinden sorumlu değildir.
- iii. Erişkinlikteki bağlanma sıklıkla cinsel ilişki içerir [60].

Yapılan bir çalışmada belirtilen şekilde bağlanma tarzlarının erişkin hayattaki uzantılarını şu şekilde gözlemleyebiliriz: Kaygılı/ikircikli bağlanma tarzına sahip olanlar ikili ilişkilerde aşırı uçlarda, aşırı kıskançlık ve tutku içeren, takıntılı düşüncelerle dolu, manevi benzeşme ve birleşme talep eden ilişkilerde yer alırken; kaçınan bağlanma tarzına sahip olanlar ise, iş hayatını sosyal ortamdan kaçmak için araç olarak kullanmaktadır [61].

Güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken [54]; güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir [62].

Brown ve Wright'ın araştırmasında psikopatoloji göstermeyen grupta %73.3 güvenli bağlanma saptanmışken bu oran psikopatoloji gösteren grupta %13.3'dür [63].

2.3.3. Bağlanma ve Bipolar Bozukluk

Şizofreni ve BPB olan hastaların kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada BPB grubunun bağlanma paterni "sevgisiz" olarak yorumlanmıştır [64]. Önceki

yıllarda yapılan çalışmalarda da borderline kişilik bozukluğu, panik bozukluk ve madde kullanım bozukluğunda aynı özelliklerin görüldüğü bildirilmiştir [65-67].

Yakın tarihli bir çalışmada güvensiz bağlanmanın unipolar depresyon ve bipolar bozukluk ataklarının başlamasında etken olabileceği gösterilmiştir [68].

Literatürde BPB hastalarındaki bağlanma biçimi üzerine sınırlı çalışmalar olmakla birlikte bu çalışmalarda ötimik ve depresif bipolar olguların sağlıklı kontrollere göre daha bağımlı olmadıkları gösterilmiştir [69-71].

2.3.4. Bağlanma ve Mizaç

Kişinin bağlanma biçimi anne çocuk ilişkisinin doğasından olduğu kadar annenin ve çocuğun bireysel özelliklerinden de etkilenmektedir. Bu noktada annenin ve çocuğun mizacının, çocuğun bağlanma biçiminin belirleyicilerinden olduğu ileri sürülebilir [72]. Mizacın, özgün bir bağlanma biçimi ile ilişkili olduğundan çok, bağlanmayı güvenli ya da güvensiz olarak öngörebilme gücü olduğu düşünülmektedir [73]. 1989 yılında yapılan bir çalışmanın sonuçlarında daha önceki bulgularla uyumlu olarak bağlanma biçimi ile mizaç arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı görülmüştür [74]. Daha sonraki çalışmalardaki bulgulardan birkaçı şöyle özetlenebilir: Güvenli bağlanma ile zarardan kaçınma arasında ters ilişki, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, işbirliği yapma ve kendini aşma arasında düz ilişki saptanmıştır. Kaygılı bağlanma zarardan kaçınma ve yenilik arayışı ile pozitif ilişkiliyken kendini aşma ile negatif olarak ilişkilidir. Ayrıca kaçınan bağlanma zarardan kaçınma ile ters ilişkilidir [75]. Dayanıklılık ise güvenli bağlanma ve ödül bağımlılığı ile pozitif, zarardan kaçınma ile negatif ilişki içerisindedir [76]. Kaygılı bağlanma ile distimik ve siklotimik mizaçlar arasında güçlü bir ilişki görülmüştür [74].

2.4. Oksitosin

2.4.1. Oksitosin'e Genel Bakış ve Biyokimyasal Yapısı

Oksitosin, arka hipofizden salınan 9 aminoasitten oluşan peptid yapıda bir hormondur. 1906 yılında Sir Hanry Dale tarafından bulunmuştur. Arka hipofiz ekstraktının gebe kedilerde uterus kontraksiyonu sağladığını göstermiş, Yunancada hızlı doğum anlamına gelen “oksitosin” adını vermiştir [77].

Hipotalamusta supraoptik ve paraventriküler çekirdeklerde, magnosellüler nörosekretuar hücrelerde sentezlenip; nörofizinler aracılı aksonal transport ile arka hipofize taşınır [77]. Yarılanma ömrü canlılarda değişiklik göstermekle birlikte insanlarda bu süre 3-10 dakika arasında değişmektedir [78].

Laktasyonda süt salınımı ve doğum sırasında uterin kontraksiyonlar uyarmak gibi periferik etkilerinin yanı sıra annelik davranışının başlaması gibi santral görevlerinin de olduğu ifade edilmiştir. Yeni doğanın emme davranışı, dokunma veya bebeğin sesi veya görüntüsüne cevap olarak yükselmektedir [79].

Genel olarak dişi hormonu biçiminde bir kanı olsa da yapılan çalışmalarda erkeklerde de kadınlara yakın düzeyde oksitosin saptandığı ve cinsel davranışlarda rol aldığı bildirilmiştir. Bunun yanında diğer metabolik durumlarla ilintilidir [78].

Santral salınımının diüurnal ritmi mevcut olmakla birlikte plazmada böyle bir durum söz konusu değildir[77].

2.4.2. Oksitosin ve Psikiyatrik Bozukluklar

İnsan davranışı üzerindeki fizyolojik özellikleri nedeniyle çeşitli psikiyatrik hastalıklarda araştırılmıştır.

Depresyonlu hastalar ile sağlıklı kontroller arasında santral oksitosin-serum oksitosin düzeyi açısından farklılık olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur [80-82]. Ayrıca plazma oksitosin düzeyi ile motor aktivite ve nöropsikolojik test sonuçları ile aralarında ilişki bulunamamıştır [83, 84].

Bu bulgularla çelişerek major depresyonda ve bipolar bozukluk-depresif dönemde plazma oksitosin düzeylerinin düştüğünü gösteren çalışmalar da mevcuttur [85, 86].

Özsoy ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada depresif duyguduruma sahip bireylerde kontrol grubuna göre kadın cinsiyette düşük seviyeler görülmekle birlikte erkeklerde anlamlı fark bulunamamıştır [85].

Tek bir çalışmada sağlıklı kontrollere göre majör depresyonda nokturnal plazma oksitosin düzeyinde yükselme saptanmıştır [87].

Özellikle amigdalada anksiyete ve korku reaksiyonunu azaltıcı etkiye sahiptir[77]. Duygudurumun düzenlenmesinde etkili olduğu yönünde bulgular vardır. Adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve bazal kortizol seviyelerini düşürerek hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) eksen üzerinden strese yanıtın düzenlenmesinde rol oynadığı ve oksitosin seviyelerindeki düzensizliklerin anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğu ileri sürülmektedir [88].

Bir çalışmada davranım bozukluğu olan erkeklerde kontrol grubundan farklı olarak oksitosin reaktif otoantikör seviyelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur [89]. Bağımlılık çalışmalarında geri çekilme semptomlarını azalttığı gösterilmiştir. Oksitosin, sosyal belleği artırırken, görsel/uzamsal belleği azaltır. Otizm spektrum bozukluklarında plazma oksitosin düzeyi ile sosyal işlevler doğru orantılıdır. Obsesif kompulsif bozukluk, tik bozukluğu ve Tourette sendromunda sağlıklı kontrollere göre BOS'ta oksitosin artmıştır. Ayrıca özellikle şizofrenide negatif belirtileri azalttığı, sosyalleşme ve iç görü artımı yaptığı bilinmektedir [77].

2.4.3. Oksitosin ve Bağlanma

Bağlanma biçiminin, erken çocukluk döneminde anne-bebek ilişkisinin niteliğine göre şekillenmeye başladığı göz önüne alındığında annelik davranışının derinliğinin önemi anlaşılmaktadır. Literatürde insan ve hayvanlarda annelik davranışının gelişmesi için oksitosinin çevresel etkenler ve diğer hormonal etkenlerle birlikte görev aldığı bildirilmiştir. [90].

Oksitosinin prolaktin ve endojen opioidler ile birlikte sosyal bağlanmada etkili olduğu ve nörohormonlardaki bir bozukluğun bağlanma sorunlarına yol açabileceği bildirilmektedir [2]. Bu hormonların duyguların derinliğini, kabullenmeyi, bakım verme ve sevgiyi sağladığını gösteren çalışmalar yapılmıştır [91, 92]. Sıçanlarla yapılan çalışmalarda, oksitosinin bebeğin anneye bağlanmasında da etkili olduğu gösterilmiştir [92, 93]. BOS içine oksitosin verilmesi deney hayvanlarında bağlanma ve beraber yaşama davranışını tetikler. Beraber sosyal yaşam, tanışma, empati yapma ve güven duyma davranışlarının temelinde oksitosin yer alır [77].

Yapılan gözlemlerde emziren kadınların, doğumdan sonraki birkaç gün içerisinde kişilik paternlerinde değişiklikler görüldüğü, daha sosyal, daha ılımlı ve monotonluğa daha tolerasyonlu oldukları bildirilmiştir [94].

Bağlanmanın ve duyguların laboratuvar ortamında incelenmesi zor olmakla birlikte, hayvanlarla yapılan çalışmalarda, oksitosinin bebek-anne bağlamasında etkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca ayrılık anksiyetesin deki ağlamaları da azalttığı bildirilmiştir [2].

İnsan çalışmalarında periferik plazma oksitosin düzeyleri ve genetik polimorfizm ile duyarlı ebeveynlik arasında ilişki olduğunu ve intranasal oksitosin ile ebeveynlik davranışının değiştiğini göstermiştir [95-98]. Ayrıca oksitosin düzeylerinin romantik ilişkilerde yükseldiği ve çiftler arasındaki ilişkiyi güçlendirdiği gösterilmiştir[99, 100].

Erken dönemde ebeveyn ayrılığı yaşamış olan erkeklerde ekzojen oksitosine karşı verilen kortisol yanıtını değiştirdiği ve kaygılı bağlanma ile bazal düzeyleri arasında yakın ilişki olduğu görülmüştür [101, 102].

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1. Örneklem

Çalışmaya Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde Mayıs 2015-Kasım 2015 tarihleri arasında ayaktan tedavi görmekte olan rastgele yöntemle seçilmiş, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre BPB Tip 1 tanısı konmuş, remisyonda olan 18-65 yaşları arasında, 30 erkek bipolar bozukluk hastası ve kontrol grubunu oluşturan 30 sağlıklı erkek olmak üzere toplam 60 kişi dâhil edilmiştir. Görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından yapılmıştır. Kişiler çalışmaya alınmadan önce çalışma hakkında bilgilendirilmiş, kabul edenlere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

3.1.1. Hasta Grubunda Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Klinik olarak bipolar bozukluk tanısı almış olmak
- 18 yaş üstü ve erkek cinsiyette olmak
- Yapılan anketleri anlama yetisinin olması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.1.2. Hasta Grubunda Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Son 6 ay içinde elektrokonvulzif tedavi (EKT) uygulanmış hastalar
- Bilinen metabolik veya endokrin hastalığı olan hastalar
- Sigara dışında madde kullanımı veya bağımlılığı
- Epilepsi, kafa travması gibi organik beyin bozukluğu yapacak nörolojik hastalıklar

3.1.3. Hasta Grubunda Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Bilinen metabolik veya endokrin hastalığın olmaması
- 18 yaş üstü ve erkek cinsiyette olma

- Yapılan anketleri anlama yetisinin olması
- Sigara dışında madde kullanımı veya bağımlılığının olmaması
- Epilepsi, kafa travması gibi organik beyin bozukluğu yapacak nörolojik hastalıklar

Hasta ve kontroller; fizik, psikiyatrik ve nörolojik muayeneleri, rutin biyokimyasal tetkikleri, tam kan sayımı, tiroid fonksiyon testleri yapılarak seçilmiştir.

Bu araştırma Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından desteklenmiş (Proje No: 4401-TU-15) ve Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'na 13.05.2015 tarih ve 2015/105 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu araştırma için hazırlanan soru listesinde bireyin yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği gibi demografik özellikler ve psikiyatrik durumu ve öyküsü ile ilgili bilgiler sorgulanmıştır.

3.2.2. SCID I/Klinik Versiyonu (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders, clinical version-SCID-I/CV)

First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanmış, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir [103]. Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öztürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [104].

3.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Max Hamilton tarafından geliştirilmiştir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [105].

3.2.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Young ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin [106]Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [107].

3.2.5. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego autoquestionnaire)

Memphis, Pisa, Paris, San Diego Mizaç Değerlendirme anketi (MPPS-MD) Akiskal ve arkadaşları tarafından baskın duygulanım mizacını değerlendirmek için 1997’de düzenlenmiştir. Orijinal ölçek erkekler için 109, kadınlar için 110 maddedir. Türkçe’ye uyarlanmış şekli depresif, siklotimik, hipertimik, sinirli (irritabl) ve endişeli (anksiyöz) mizacı belirlemek üzere 99 maddeden oluşur. Kişi tüm yaşamını göz önünde tutarak maddeleri evet ya da hayır olarak cevaplandırır. Ankette baskın depresif (19 madde), siklotimik (20 madde), hipertimik (20 madde), irritabl (17 madde) ve anksiyöz (23 madde) mizacı değerlendirmek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Vahip ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [108].

3.2.6. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği

Erişkin bağlanma ölçeği 1990 yılında Collins ve Read tarafından geliştirilmiştir [109]. 18 maddelik ölçek Hazen ve Shaver tarafından düzenlenmiştir [110]. Ölçek, üç alt grup ölçek aracılığıyla üç bağlanma biçimini ölçmektedir. Birinci alt grup ölçek “bağlı-güvenli” olarak adlandırılır ve bireylerin kendilerini diğer kişilere bağlanmaya ne derece izin verdiği konusunda bilgi verir (örneğin: ‘kendimi diğerlerine bağlanmada zorlanırım’). En yüksek puan alındığında kolayca diğerlerine bağlandığı anlaşılır. İkinci alt grup ölçek “kaygılı” olarak adlandırılır ve terkedilme

konusunda ne kadar endişelendiği ve diğer bireylerle birleşme isteğinin derecesini ölçer (örneğin: ‘partnerimin beni gerçekten sevmediği konusunda endişelenirim’). Üçüncü alt grup “kapalı-kaçıngan” ölçek diğerlerine yakınlaşmanın ne kadar kolay olduğu konusunda bilgi verir (örneğin: ‘başkalarına yakınlaşmaktan rahatsızlık duyarım’). En yüksek puan alındığında başka birine yakınlaşmaya kapalı olduğu anlaşılır. Katılımcılardan her durum için hislerini en iyi tanımlayan oranlar istenmektedir ki tamamen bana uyuyor ile çoğu bana uyuyor arasındadır. Cronbach alfa: 0.75 (bağlı-güvenli için), 0.72 (kaygılı için), 0.69 (kapalı-kaçıngan için) [109]. Türkçe uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Kesebir ve arkadaşları yapmıştır [111].

3.2.7. Oksitosin Düzeyi Ölçümü

Serum oksitosin ölçümü için hasta ve kontrol gruplarından sabah 08:00-09:00 saatleri arasında biyokimya tüplerine alınan 10 cc. venöz kan örnekleri, pıhtılaşmaları için 20 dk bekletildi. Pıhtılaşma gerçekleştikten sonra numuneler 3000 rpm’de 10 dk santrifüj edilerek serumların ayrılması sağlandı. Daha sonra serumlar, ependorf tüplerine her örnekten 3’er porsiyon olacak şekilde porsiyonlanarak -80°C’de çalışılacağı zamanına kadar saklandı.

3.3. İstatiksel Analiz

Veriler SPSS 15 ve minitab 16 paket programı kullanılarak incelendi. Çalışmada elde edilen veriler metinde ve tablolarda, ortalama $\pm$ standart sapma, minimum, maksimum ve/veya sayı ve yüzde değerler olarak verildi. Sayısal değişkenlerin karşılaştırılması bağımsız gruplarda t-test, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testi ile; sınıfsal değişkenlerin karşılaştırılması ki-kare ve 2 oran farkı testi ile yapıldı. Korelasyon için Pearson testi kullanıldı.

$p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.4. Biyokimyasal Analiz

Serum örnekleri Araştırma Biyokimya Laboratuvarı'nda değerlendirildi. Çalışma günü numuneler çözdürüldükten sonra vortekslendi. Daha sonra kit prosedürüne uygun şekilde çalışıldı. Serum oksitosin düzeyi, Enzim immunoassay yöntemi ile hazır kitle çalışıldı (EIA; Phoenix Pharmaceuticals, Inc., 330 Beach Road, Burlingame, California 94010. U.S.A.; sensitivite: 0,1 ng/ml). Son aşamada absorbans-konsantrasyon grafiği çizilerek numune konsantrasyonları ng/ml cinsinden hesaplandı.

4. BULGULAR

4.1. BPB ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri

Bu çalışmaya BPB hastalığı tanısı almış, remisyonunda olan 30 erkek hasta alınmıştır. Grubun yaş ortalaması 35.80 ± 11.63 'tür. Olguların %53.3'ü evli, %40'ı bekâr, %6.7'si ise boşanmıştır. Eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde %10'u ilkokul mezunu, %6.7'si ortaokul mezunu, %56.7'si lise mezunu, %26.7'si üniversite mezunu olarak saptandı. Hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 25.26 ± 10.00 , ortalama hastalık süresi 10.53 ± 8.12 olarak bulundu. Öyküde olguların %33.3'ünün en az bir kez öz kıyım girişiminde bulunduğu, %86.7'sinin en az bir kez hastaneye yatışının olduğu belirlendi. İlk epizot %66.7 mani, %30 depresyon, %3.3 karma olarak belirlendi. % 56.7'sinde egemen epizot mani, %16.7'sinde depresyon ve %26.7'sinde mani ve depresyon eşit oranda saptandı. %10'luk kesimde istismar öyküsü mevcuttu.

Kontrol grubu; hasta grubu ile aynı yaş aralığında ve cinsiyet yönünden benzer olan, bilinen herhangi bir psikiyatrik, nörolojik ve metabolik hastalığı olmayan 30 sağlıklı gönüllüden oluşturulmuştur. Hasta grubu ve kontrol grubu arasında yaş, sigara kullanımı ve yetiştirildiği ortam (kimin yanında yetiştiği) açısından anlamlı fark tespit edilmedi (Tablo 1).

Tablo 1. Bipolar bozukluk ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri*

		Bipolar Bozukluk Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)	p değeri
Yaş (Ort.±SS)		35,80±11,63	36.76±7.18	0.700
Medeni Durum	Evli	16 (%53.3)	25 (%83.3)	0.009
	Bekâr	12 (%40.0)	2 (%6.7)	
	Boşanmış	2 (%6.7)	3 (%10)	
	Dul	----	----	
Eğitim Durumu	Okuma yazma bilmiyor	----	----	0.007
	İlkokul mezunu	3 (%10)	2 (%6.7)	
	Ortaokul mezunu	2 (%6.7)	0 (%0.0)	
	Lise mezunu	17 (%56.7)	7 (%23.3)	
	Üniversite mezunu	8 (%26.7)	21 (%70.0)	
Sigara Kullanımı	Var	19 (%63.3)	18 (%60.0)	1.000
	Yok	11 (%36.7)	12 (%40.0)	
Kiminle Yaşıyor	Yalnız	0 (%0.0)	5 (%16.7)	0.001
	Eş	4 (%13.3)	4 (%13.3)	
	Eş ve çocuk	12 (%40.0)	21 (%70.0)	
	Çocuk	----	----	
	Anne	4 (%13.3)	0 (%0.0)	
	Baba	----	----	
	Anne-baba	9 (%30.0)	0 (%0.0)	
	Diğer	1 (%3.3)	0 (%0.0)	
Kimin yanında yetişti	Anne-baba	24 (%80.0)	25 (%83.3)	0.539
	Büyük anne-baba	1 (%3.3)	1 (%3.3)	
	Anne	3 (%10.0)	4 (%13.3)	
	Baba	2 (%6.7)	0 (%0.0)	

* Ki-kare ve t-test

4.2. Bağlanma Biçiminin Karşılaştırılması

BPB grubunda 11 olgu (%36.7) güvenli bağlanmıştır. Güvensiz bağlanan 19 olgunun (%63.3), 13'ü (%43.3) kaçınan, 6'sı (%20.0) kaygılı/ikircikli bağlanma biçimine sahiptir. Kontrol grubunda güvenli, kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma

biçimleri sırasıyla 21 (%70.0), 9 (%30.0), 0 (%0.0) olarak hesaplanmıştır (Tablo-2a). Güvensiz bağlanma açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,010$). (Tablo-2a). Her iki grubun kaçınan bağlanma biçimleri arasında anlamlı fark bulunmazken, kaygılı/ikircikli bağlanma biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p= 0,012$).

BPB tanılı olgular ile kontrol grubu karşılaştırıldığında BPB olgularında kaygılı/ikircikli bağlanma puanları anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p= 0.002$).

Tablo 2a. Bipolar bozukluk ve kontrol gruplarının bağlanma özelliklerine göre dağılımı-1*

	Bipolar Bozukluk Grubu (n=30) (%100)	Kontrol Grubu (n=30) (%100)	p değeri
Güvenli Bağlanma	11 (% 36.7)	21 (%70,0)	0,010
Kaçınan Bağlanma	13 (% 43.3)	9 (%30,0)	0,211
Kaygılı/ikircikli Bağlanma	6 (%20.0)	0 (%0,0)	0,012

*İki oran farkı testi

Tablo 2b. Bipolar bozukluk ve kontrol gruplarının bağlanma özelliklerine göre dağılımı-2*

	Bipolar Bozukluk Grubu (n=30) (%100)	Kontrol Grubu (n=30) (%100)	p değeri
Güvenli Bağlanma	11 (% 36.7)	21 (%70)	0,010
Güvensiz Bağlanma	19 (% 63.3)	9 (%30)	0,010

* İki oran farkı testi

Tablo 2c. Bipolar bozukluk ve kontrol gruplarının bağlanma biçimi puan ortalamaları

	Bipolar Bozukluk Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)
Güvenli Bağlanma	3.03 $\pm$ 1.62	3.83 $\pm$ 1.51
Kaçınan Bağlanma	3.06 $\pm$ 1.70	2.53 $\pm$ 1.90
Kaygılı/İkircikli Bağlanma	2.33 $\pm$ 1.24	1.30 $\pm$ 1.17

4.3. Mizaç Özelliklerinin Karşılaştırılması

Hastaların TEMPS-A ile değerlendirilen afektif mizaç skorlarında, bipolar bozukluk grubunda iki olgu depresif, bir olgu siklotimik, bir olgu hipertimik, bir olgu irritabl, bir olgu anksiyöz mizaçlı saptandı. Örneklemen yalnızca küçük bir kısmının kesim değerlerini geçmesi nedeniyle kategorik verilere (var-yok) yönelik istatistiksel analiz yöntemi yerine mizaç özelliklerini değerlendiren skorlamada elde edilen puanlar kullanıldı.

Her iki grupta istatistiksel açıdan anlamlı fark depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaçlarda saptanırken ($p=0.000$, $p=0.000$, $p=0.032$, $p=0.000$), hipertimik mizaç puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p=0.334$) (Tablo 3).

Tablo 3. Bipolar bozukluk ve kontrol gruplarının mizaç puan ortalaması açısından karşılaştırılması*

	Bipolar Bozukluk Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)	p değeri
Depresif Mizaç Puanı (Ort. $\pm$SS)	7.63 $\pm$ 3.06	4.50 $\pm$ 2.14	<0.001
Siklotimik Mizaç Puanı (Ort. $\pm$SS)	10.46 $\pm$ 4.36	4.06 $\pm$ 3.53	<0.001
Hipertimik Mizaç Puanı (Ort. $\pm$SS)	9.13 $\pm$ 5.53	10.43 $\pm$ 4.78	0.334
İrritabl Mizaç Puanı (Ort. $\pm$SS)	4.20 $\pm$ 3.82	2.20 $\pm$ 3.18	0.032
Anksiyöz Mizaç Puanı (Ort. $\pm$SS)	9.50 $\pm$ 6.86	3.06 $\pm$ 3.63	<0.001

*t-test

4.4. Bağlanma Biçimi ile Mizaç İlişkisi

BPB grubunda

Depresif mizaç, siklotimik mizaç, irritabl mizaç ve anksiyöz mizaç puanları ile güvenli ve güvensiz bağlanma biçimleri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p=0.009$, $p=0.008$, $p=0.019$, $p=0.020$) (tablo 4a).

Güvenli bağlanan olguların depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puan ortalamaları kaygılı/ikircikli ve kaçınan bağlanan olgularinkinden daha düşüktür (sırasıyla $z = -2.623$, $p = 0.009$; $z = -2.657$, $p = 0.008$; $z = -0.648$, $p = 0.517$; $z = -2.338$, $p = 0.019$ ve $z = -2.330$, $p = 0.020$).

İrritabl mizaç puanları ile kaygılı/ikircikli bağlanma puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ($r = 0.478$, $p = 0.018$,) korelasyon saptandı.

Kontrol grubunda

Siklotimik mizaç puanları ile kaçınan bağlanma ve kaygılı/ikircikli bağlanma arasında düz ($p = 0.014$, $r = 0.445$; $p = 0.003$, $r = 0.525$) korelasyon saptandı.

İrritabl mizaç puanları ile kaçınan bağlanma puanları arasında düz ($p = 0.007$, $r = 0.481$) korelasyon saptandı.

Anksiyöz mizaç puanları ile kaçınan bağlanma puanları arasında düz ($p = 0.04$, $r = 0.337$) korelasyon saptandı.

Tablo 4a. Bipolar bozukluk grubunun bağlanma biçimi ile mizaç puan ortalaması açısından karşılaştırılması-1*

	Güvenli Bağlanma (n=11)	Güvensiz Bağlanma (n=19)	p değeri
Depresif Mizaç Puanı (Ort. $\pm$SS) (Min-Max)	5.72 $\pm$ 0.58 3-10	8.73 $\pm$ 0.70 4-14	0.009
Siklotimik Mizaç Puanı (Ort. $\pm$SS) (Min-Max)	8.00 $\pm$ 0.84 2-11	1.89 $\pm$ 1.03 1-18	0.008
Hipertimik Mizaç Puanı (Ort. $\pm$SS) (Min-Max)	10.00 $\pm$ 1.40 3-17	8.63 $\pm$ 1.38 0-20	0.517
İrritabl Mizaç Puanı (Ort. $\pm$SS) (Min-Max)	2.09 $\pm$ 0.66 0-7	5.42 $\pm$ 0.93 0-14	0.019
Anksiyöz Mizaç Puanı (Ort. $\pm$SS) (Min-Max)	5.54 $\pm$ 1.59 0-14	11.78 $\pm$ 1.54 0-24	0.020

* Mann-Whitney U

Tablo 4b. Bipolar bozukluk grubunun bağlanma biçimi ile mizaç puan ortalaması açısından karşılaştırılması-2*

	Güvenli Bağlanma (n=11)	Kaçınan Bağlanma (n=13)	Kaygılı/ikircikli Bağlanma (n=6)
Depresif Mizaç Puanı (Ort. $\pm$SS) (Min-Max)	5.72 $\pm$ 0.58 3-10	8.38 $\pm$ 0.84 4-14	9.50 $\pm$ 1.36 4-14
Siklotimik Mizaç Puanı (Ort. $\pm$SS) (Min-Max)	8.00 $\pm$ 0.84 2-11	10.69 $\pm$ 1.37 1-18	14.50 $\pm$ 0.67 12-16
Hipertimik Mizaç Puanı (Ort. $\pm$SS) (Min-Max)	10.00 $\pm$ 1.40 3-17	8.07 $\pm$ 1.79 0-20	9.83 $\pm$ 2.15 2-17
İrritabl Mizaç Puanı (Ort. $\pm$SS) (Min-Max)	2.09 $\pm$ 0.66 0-7	4.69 $\pm$ 1.15 0-14	7.00 $\pm$ 1.50 3-12
Anksiyöz Mizaç Puanı (Ort. $\pm$SS) (Min-Max)	5.54 $\pm$ 1.59 0-14	10.07 $\pm$ 1.77 0-21	15.50 $\pm$ 2.60 9-24

* Kruskal-Wallis

4.5. Bağlanma Biçimi ile Klinik Özelliklerin İlişkisi

BPB'li 30 olguda güvenli ve güvensiz bağlanma oranları 11 (% 36.7) ve 19 (% 63.3) şeklindedir.

Güvenli bağlanan olgularda ortalama hastalık başlama yaşı 23.54 $\pm$ 2.15 olup, yaş aralığı 15-36 olarak, güvensiz bağlanan olgularda ortalama başlama yaşı 26.26 $\pm$ 2.61, yaş aralığı 14-60 olarak saptandı. Her iki grupta başlangıç yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0.698) (Tablo-5).

Ortalama hastalık süresi; güvenli bağlanan olgularda 7.90 $\pm$ 2.05, güvensiz bağlanan olgularda 12.05 $\pm$ 1.97 olarak saptandı. Her iki grupta ortalama hastalık süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0.101) (Tablo-5).

Öyküde fiziksel ve/veya cinsel istismar güvensiz bağlanan olgular arasında daha sıktır (p= 0.279) (Tablo-4). Güvensiz bağlanan olgular arasında ilk epizot ve

egemen epizot mani olanlar daha fazladır ($p= 0.118$, $p= 0.980$). Güvensiz bağlanan bu grupta psikotik özellik daha sık bulunmuştur ($p= 0.537$). Sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p= 1.000$). Güvenli ve güvensiz bağlanan olgularda öz kıyım girişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ($p= 0.702$) (Tablo-5).

Tablo 5. Bipolar bozukluk grubunda bağlanma biçimleri ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

		Güvenli Bağlanma (n=11)	Güvensiz Bağlanma (n=19)	p değeri
Hastalığın başlangıç yaşı (Ort. $\pm$SS) * (Min-Maks)		23.54 $\pm$ 2.15 15-36	26.26 $\pm$ 2.61 14-60	0.698
Hastalık süresi (Ort. $\pm$SS) * (Min-Maks)		7.90 $\pm$ 2.05 1-25	12.05 $\pm$ 1.97 1-30	0.101
İlk atak**	Mani	5	15	0,118
	Depresyon	5	4	
	Karma	1	0	
Egemen atak**	Mani	6	11	0,980
	Depresyon	2	3	
	Eşit	3	5	
Psikotik özellik**		9	18	0,537
Özkıyım**		3	7	0,702
İstismar**		0	3	0,279
Sigara kullanımı**		7	12	1,000

* Mann-Whitney U

**Ki-kare

4.6. BPB ve Kontrol Gruplarının Oksitosin Düzeylerinin Karşılaştırılması

BPB olan hasta grubu ile kontrol grubunun serum oksitosin düzeyleri değerlendirildiğinde; BPB hasta grubunda 1.03-3.96 ng/ml, kontrol grubunda ise 0.78-3.94 ng/ml düzeyleri arasında bulundu.

Hasta ve kontrol gruplarının ortalama oksitosin düzeyleri incelendiğinde; BPB hasta grubunda 2.98 ± 0.83 ng/ml, kontrol grubunda ise 3.15 ± 0.89 ng/ml olarak hesaplandı.

BPB olan hasta grubu ve kontrol grubu arasında serum oksitosin düzeyleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p=0.462$).

Tablo 6. Bipolar bozukluk ve kontrol gruplarının oksitosin düzeyleri açısından karşılaştırılması*

	Bipolar Bozukluk Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)	p değeri
Serum Oksitosin (Ort. $\pm$SS)	2.98 ± 0.83	3.15 ± 0.89	0.462
Minimum - Maksimum Değer	1.03-3.96	0.78-3.94	

*Bağımsız gruplarda t-testi

4.7. Bağlanma Özellikleri ve Oksitosin Düzeylerinin Karşılaştırılması

BPB olan hasta grubunda ortalama serum Oksitosin düzeyleri; güvenli bağlanan hasta grubunda 3.23 ± 0.14 ng/mL, güvensiz bağlanan hasta grubunda ise 2.84 ± 0.22 ng/mL olarak hesaplandı. Güvenli bağlanan ve güvensiz bağlanan BPB hasta grupları arasında ise Oksitosin düzeyleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktu ($p=0.478$).

BPB grubunda güvenli, kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma ile oksitosin düzeyleri arasında anlamlı korelasyon bulunmadı (sırasıyla $p=0.346$, $r=-0.178$; $p=0.620$, $r=-0.094$; $p=0.056$, $r=-0.352$).

Kontrol grubunda güvenli, kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma ile oksitosin düzeyleri arasında korelasyon bulunmadı (sırasıyla: $p=0.081$, $r=0.324$; $p=0.918$, $r=-0.020$; $p=0.190$, $r=0.246$).

Tablo 7. Bipolar bozukluk grubu bağlanma özellikleri ve oksitosin düzeylerinin karşılaştırılması*

	Güvenli Bağlanma (n=11)	Güvensiz Bağlanma (n=19)	p değeri
Serum Oksitosin (Ort. ±SS)	3.23±0.14	2.84±0.22	0.478
Minimum-Maksimum Değer	2.42-3.85	1.03-3.96	

* Mann-Whitney U

4.8. BPB Grubunda Bağlanma Biçimi ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Medeni durum, eğitim durumu, aile durumu, yetiştiği ortam (kimlerin yanında yetiştiği) değişkenleri; güvenli ya da güvensiz bağlanmalar arasında fark göstermemektedir. (p= 0.366, p= 0,401, p= 0.523, p= 0.570).

Tablo 8. Bipolar bozukluk grubunda bağlanma biçimleri ve sosyodemografik verilerin karşılaştırılması*

		Güvenli Bağlanma (n=11)	Güvensiz Bağlanma (n=19)	p değeri
Medeni Durum	Evli	4	12	0.366
	Bekâr	6	6	
	Boşanmış	1	1	
	Dul	----	-----	
Eğitim Durumu	Okuma yazma bilmiyor	----	----	0,401
	İlkokul mezunu	2	1	
	Ortaokul mezunu	0	2	
	Lise mezunu	7	10	
	Üniversite mezunu	2	6	
Kiminle Yaşıyor	Yalnız	0	0	0.523
	Eş	2	2	
	Eş ve çocuk	2	10	
	Çocuk	0	0	
	Anne	2	2	
	Baba	0	0	
	Anne-baba	5	4	
	Diğer	0	1	
Kimin yanında yetişti	Anne-baba	10	14	0.570
	Büyük anne-baba	0	1	
	Anne	1	2	
	Baba	0	2	

*Ki-kare

4. TARTIŞMA

Bireyin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsünü, sevgi ilişkilerini ve yakınlık kurabilme özelliklerini şekillendiren, kendilik ve ötekilik temsillerini etkileyen bir fenomen olan bağlanma biçimi sosyal ilişkilerin çekirdeğini oluşturmaktadır. Kişilerin bağlanma biçimine göre yakın ilişkiler kurma düzeyi ve bu ilişkilerin destekleyici ve koruyuculuk düzeyi değişebilmektedir. Yaşamın erken döneminde belirlenmeye başlayan ve süreklilik gösteren bu duygusal bağın çeşitli kavramsal modellerle ve biyokimyasal moleküllerle ilişkisi araştırmalar için ilgi konusu olmuştur.

Bu nedenle kişilerarası ilişkiler üzerine etkisi olduğu bilinen bağlanma biçiminin, mizaç özellikleri ve oksitosin düzeyleri ile ilişkisinin araştırılması konunun anlaşılmasına katkıda bulunacaktır.

Araştırmamızda; BPB tanılı hastalarda bağlanma biçimi ile mizaç özellikleri ve oksitosin düzeyleri arasındaki ilişkiyi sağlıklı bireyler ile karşılaştırarak, bağlanma biçiminin bu kavramlarla ilişkisini incelemek amaçlanmıştır. Bu çalışma BPB olan erkek olgularda bağlanmayı iki kavram ile olan ilişkisiyle birlikte inceleyen ilk çalışmadır. Bu doğrultuda; 30 BPB hastası ve 30 kontrol grubu çalışmaya dâhil edilmiştir.

Bipolar Bozuklukta Bağlanma

Bipolar bozuklu olgular pek çok yönden sağlıklı bireylerden ve diğer psikiyatrik rahatsızlığı olan olgulardan ayrılırlar. Sorunlu aile içi ve kişilerarası ilişkiler ve hastalığın yinelenmeler nedeniyle sıkı bir terapötik işbirliğini gerektirmesi bu farkların başında gelir. Her iki durumda bu kişilerin gerek içsel tasarımları gerekse kişilerarası ilişkileri bağlanma biçimleri tarafından etkilenmektedir [70, 112].

Bipolar bozukluğu olan kişilerin diğer insanlarla ilişkileri tedaviye uyum, nükslerin önlenmesi ve aile çatışmaları açısından önemli olmakla beraber erişkinlerde kişilerarası ilişkilerin iç temsillerinin dikkate alınmasındaki en popüler ve teorik olarak önemli olan yetişkin bağlanma stilidir [113].

Bağlanma biçimleri öfke ve özeleştirinin, yüklü yaşam olaylarının, çocukluk çağı ihmal ve kötüye kullanımlarının izlerini taşır ki tümü depresyon etiyolojisinde önemlidir [69].

Birçok çalışma, erişkin bağlanma stili ile depresyon arasındaki ilişkiyi ve zayıf destek ile olumsuz çocukluk deneyimleri ile depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Güvensiz bağlanmanın, diğer bağlanma teori hipotezleriyle tutarlı olarak ihmal ve istismar gibi kötü çocukluk deneyimlerinin yanında, evlilik çatışması, zayıf destek ve düşük benlik saygısı gibi diğer depresyon savunmasızlıklarıyla yakından ilişkili olduğunu saptamıştır [114].

Güvensiz bağlanma biçiminin tek uçlu depresyonun yeni dönemlerinin başlangıcına yatkınlıkla ilişkili olduğu ileriye dönük olarak gösterilmiştir. Bununla birlikte düşük sosyal sınıf ve işsizlik, yalnız olma veya evlenmeyip birlikte yaşamanın, düşük destek ve az sosyal iletişimin ve çocukluk yaşantısının kesintiye uğraması ile de ilişkili olduğu bildirilmiştir [114].

Joyce parental bağlanma açısından bipolar hastalarda kontrol grubu ile kıyaslandığında fark olmadığını, bununla birlikte zayıf bağlanması olan kadın bipolar hastaların daha az ilaç uyumunun olduğu ve bu nedenle nüksün daha fazla olduğunu göstermiştir [70].

Rosenfarb, Becker, Khan ve Mintz ise bipolar deprese kadınların psikiyatrik olmayan kontrollerden daha çok bağımlı olmadığını belirtmiştir. Bunun yanında bipolar bozukluğu olup düzelen kadınların psikiyatrik öyküsü olmayan kadınlardan daha az bağımlılık ihtiyacı olduğunu saptamıştır [69].

Ayrıca Lam, Wright ve Smith unipolar depresyonlu grupla kıyaslandığında bipolar hastaların sosyal olarak kabullenme ihtiyacının azalmış olduğunu ifade etmiştir. Kabullenme ihtiyacının ve özyeterlilik tutumlarının azalmasının bipolar hastalar için anahtar özellik olabileceğini önermişlerdir [115].

Bipolar bozuklukta bağlanma ile ilgili bir çalışmada ise depresyon ve remisyon dönemlerinde BPB olan olguların sağlıklı kontrollerden daha bağımlı olmadıkları sonucuna varılmıştır [69].

Diğer bir çalışmada ise bipolar bozukluğu olan olgularda; iyilik, manik ve depresif tüm dönemlerde anksiyöz bağlanma biçimi sağlıklı olgulardan daha fazla görülmüştür. [113]. Genel olarak bipolar grupta anksiyöz bağlanma stili duygudurum ile ilişkili olarak ile çok küçük değişiklikler göstermiş fakat mani daha yüksek güvenli bağlanma puanları ve anksiyöz bağlanma stili ile depresyon daha yüksek anksiyöz bağlanma puanları ile ilişkili bulunmuştur. Manik dönemde güvenli bağlanma puanları ve ötimik dönemdeki hastalarda anksiyöz bağlanma puanları sağlıklı kontrol grubundan belirgin olarak farklı bulunmamıştır. Ötimik ve deprese bipolar bozukluk olgularında sağlıklı kontrollerden daha az güvenli bağlanma saptanmış fakat mani ve sağlıklı kontroller arasındaki ortalama güvenli bağlanma puanları arasında küçük bir fark bildirilmiştir. Ancak anksiyöz bağlanma stilleri duygudurumdan daha fazla etkilenmiştir. Ötimik bipolar olgular ve sağlıklı katılımcılar karşılaştırıldığında anksiyöz bağlanmanın hem manide hem depresyonda daha yüksek olduğunu göstermiştir. Tüm bipolar gruplarda sağlıklı gruba göre güvenli bağlanma stili daha az ve anksiyöz bağlanma stili daha fazlaydı. Depresyon grubu anksiyöz bağlanma stilini daha fazla desteklemekteydi. Bu çalışmada bildirilen anksiyöz bağlanma biçimi kaygılı ve sosyal kaçınan bir bağlanma biçimine karşılık gelmektedir [113].

Bu durum, bağlanma stillerinin duygudurumdan etkileneceği düşüncesini [71, 116] doğrulamaktadır. Bu durumun tam tersini bildiren yayınlar olsa da [117] çalışmalarda cinsiyet ayrımının olmaması bu çalışmaların daha kapsamlı yapılmasını gerekli kılmaktadır.

Ülkemizde yapılan yakın tarihli bir çalışmada ise bipolar bozukluğu olan olgularda güvensiz bağlanma sağlıklı bireylerden daha sık, kaçınan bağlanma biçimi puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir [72].

Bu çalışmada bipolar olgularda güvensiz bağlanma sağlıklı bireylerden daha sık ve kaygılı/ikircikli bağlanma puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Bulgular literatür ile uyumludur.

Ayrıca bağlanmayı etkileyen etmenlerin içinde annenin sosyal desteği, anne-baba ilişkisi, babanın geleneksel rolü ve kültürel farklılıklar sayılmaktadır. Pek çok araştırmacıya göre anne-baba-çocuk arasındaki iyi bir ilişkinin sonraki yaşam

yıllarında genç ve erişkin ruh sağlığında belirleyici rol aldığı ileri sürülmüştür [118]. Bu çalışmada ise anne-baba tarafından yetiştirilen bipolar olgularda güvensiz bağlanma daha sık saptanmıştır. Bu bulgu ise çocuklukta gelişen güvenli bağlanmanın duygudurum bozuklukları ve ciddi yaşam olayları ile bozulabileceği ve bu nedenle bağlanma özelliklerinin hem çocuklukta hem erişkinlikte değerlendirilmesi gerektiğini [118] destekler niteliktedir.

Çalışmamızda güvensiz bağlananlarda psikotik özellikler, öz kırım ve egemen epizotun mani olması güvenli bağlananlardan daha sık bulunmuştur. Psikotik özellikler ve egemen epizotun mani olması kaçınan bağlanma ile ilişkili bulunmuşken, özkırım kaygılı/ikircikli bağlanma ile ilişkilendirilmiştir.

Güvensiz bağlanmanın yardım arama davranışı ile olumsuz ilişkisi olmasına rağmen [119] ilginçtir ki çalışmaya katılan hastalar kontrollerine ve tedavilerine düzenli biçimde uyum sağlayan olgulardır.

Bağlanma ve Mizaç ilişkisi

Yapılan bir çalışmada bipolar olgularda, kaçınan bağlanma puanları ile depresif, siklotimik, sinirli ve endişeli mizaç puanları arasında düz, hipertimik mizaç puanları arasında ise ters bir ilişkinin olduğu; detaylı incelendiğinde kaçınan bağlanmanın depresif ve anksiyöz mizaç ile kaygılı/ikircikli bağlanmanın ise sinirli mizaç ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Hipertimik mizaç ise iki uçlu olgularda hem kaçınan bağlanma ile hem de kaygılı/ikircikli bağlanma ile ters ilişkilidir [72]. Yaptığımız bu çalışma önceki verilerle uyumlu olup olgu grubunda sinirli mizaç kaygılı/ikircikli bağlanma ile pozitif ilişki olarak bulunmuştur. Olgu grubunda güvenli bağlanan olguların depresif ve anksiyöz mizaç puanları güvensiz bağlanan olgularından daha düşüktür. Ayrıca güvenli bağlananlarda siklotimik ve irritabl mizaç puanları kaygılı/ikircikli bağlananlara göre daha düşüktür. Genel olarak bakarsak güvenli bağlananların depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanları literatür ile uyumlu olarak güvensiz bağlanan olgulara göre daha düşüktür. Yakın tarihli bir çalışma [72] ile uyumlu olan diğer bir bulgu ise siklotimik mizacın güvensiz bağlanma olasılığını arttırdığıdır.

Sağlıklı kontrol grubunda üç tip bağlanma puanları ile herhangi bir mizaç tipinin puanları arasında bir ilişki gösterilemediği ancak güvensiz bağlanan bireylerin siklotimik mizaç puanların daha yüksek olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur [72].

Kontrol grubunda kaçınan bağlanma puanları ile siklotimik, sinirli ve anksiyöz mizaç puanları arasında pozitif ilişki gösterilmiştir. Ayrıca siklotimik mizaç puanları kaygılı/ikircikli bağlanma ile de ilişkili bulunmuştur.

Morriss ve arkadaşlarının çalışmasında sağlıklı bireylerdekine en yakın güvenli bağlanma profili manik dönemdeki hastalardan elde edilmiştir. Kolay mizaç, pozitif emosyonalite ve benlik saygısı ile güvenli bağlanma arasında gösterilmiş ilişkilerin de [73] olduğu göz önünde bulundurulursa hipertimik mizaca sahip bireylerin bağlanmasının daha güvenli olabileceği düşünülebilir.

Bağlanma ve Oksitosin İlişkisi

Endokrin sistemdeki bozulmaların ve hormon düzeylerindeki değişikliklerin, insan davranış ve düşünceleri etkileyerek, psikiyatrik hastalıkların oluşumuyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Depresyonun uzun süreli kortikosteroid kullanımı, hipomani ve maninin kısa süreli kortikosteroid kullanımı ile ortaya çıkabileceği sonucu ve bipolar bozuklukta etkin olan ilaçların kortikosteroidlerin indüklediği duygudurum semptomlarına etkili olduğu bu düşüncüyü desteklemiştir [120].

Nöroendokrin bir hormon olan Oksitosin gebelik ve laktasyonda önemli rol oynamakta ve sosyal olan ve olmayan çeşitli insan davranışlarının düzenlenmesinde belirgin şekilde görev almaktadır. Bunlar arasında sosyal davranışlar kapsamında değerlendirilen cinsiyetler arası ilişkiler, çiftler arası ilişkiler ve ebeveynlik ilişkileri gibi yakın ilişkilerin ve saldırgan davranışların düzenlenmesinin yanında güven duygusunda da etkili olması yer almaktadır.

Oksitosinin sosyal hafıza ve farkındalık üzerinde etkili olarak, uygun davranışların gösterilmesinde etkili olduğu yönünde çok sayıda kanıt mevcuttur [88]. Dluzen ve arkadaşlarının erkek cinsiyet üzerinde yaptıkları bir çalışmada oksitosinin koku işleme yeteneğini etkileyerek sosyal farkındalık cevapları üzerinde etkili olduğunu gösterilmiş, olfaktör bulbusa ulaştığında norepinefrin (NE) salınımını artırdığını bildirmiştir [121-123].

Bununla birlikte çalışmalarda oksitosinin bağlanma ile ilişkisinin kadınlarda daha güçlü olduğu bildirilmekte, erkeklerde vazopressinin daha önemli olduğu ifade edilmektedir [124]. Dolayısıyla erkeklerde yapılan bağlanma çalışmalarında vazopressin düzeylerinin incelenmesi daha anlamlı olacaktır.

Ayrıca pek çok hayvan çalışmalarında oksitosinin çiftlerin bağlanmasında ve ebeveyn bakımında kolaylaştırıcı olduğu gösterilmiş olmasına rağmen insan çalışmalarından bu konuda elde edilen veriler yetersizdir. Genellikle inanılan düşünce oksitosinin insanlarda bağlanma hislerini ve sosyal iletişimi kolaylaştırdığı yönündedir [88].

Yapılan bir çalışmada oksitosinin erkeklerde kortikostereoid düzeyini azaltarak, Trier Sosyal Stres Testi (seyirci önünde konuşma ve aritmetik işlem) boyunca sosyal desteğin (arkadaş varlığı) anksiyolitik etkisini güçlendirdiği saptanmıştır [125]. Kadınlarda ise Temperament and Character Inventory (TCI) kullanılarak yapılan bir çalışmada oksitosinin daha yüksek bağlılık hisleri ile arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır [126].

İlginç olan başka bir veri, köpekleriyle uzun süreli bakışan ve köpekleriyle aralarında yüksek düzey bağlılık bildiren köpek sahiplerinde köpekleriyle iletişim sonrasında daha yüksek üriner oksitosin düzeylerinin saptandığı [127] bir çalışmadan elde edilmiştir.

Bu çalışma bağlanmanın ve bağlanma nörobiyolojisinin temelinde olan oksitosinin etkinliğinin sadece kişiler arası ilişkilerde sınırlı olmayıp yaşamda ilişki içerisinde olduğumuz diğer canlılarla olan ilişkilerde de etkili olduğunu göstermektedir.

Postpartum dönemde plazma oksitosin düzeylerinde yükselen patern izlenen annelerde daha yüksek oranda anne-bebek bağlanması bulunmuş, gebelik ve postpartum birinci ay boyunca daha yüksek plazma oksitosin düzeylerinin; daha yüksek düzeyde olan annenin bebeğe karşı olan bakış, seslenme ve pozitif etki gibi davranışlar ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [128, 129].

Intranasal oksitosin ile yapılan randomize plasebo kontrollü insan çalışmalarında ve hayvan çalışmalarında görüldüğü gibi, güvenli bağlanması olan

annelerdeki yüksek oksitosin düzeyleri bağlanmada ve sosyal davranışlarda aracı olan bu nöropeptitin önemini vurgulamıştır [130-135].

Güvenli bağlanan annelerin bebek ile iletişimde daha yüksek oksitosin ürettiği gösterilmiştir. Aynı çalışmada maternal bağlanmadaki bireysel farklılıkların dopaminerjik ve oksitonerjik sistemlerin gelişimi ile ilişkili olduğu; periferik oksitosin ile beyin ödül bölgeleri arasındaki korelasyonun, sosyal olarak uygun ipuçlarının dopaminerjik yolları aktive etmesi ve böylece davranışı pekiştirmenin altında yatan bir mekanizma olabileceği öne sürülmüştür [79].

Oksitosinin, nükleus akkumbens ve bağlantılı ödül yapılarında dopamin D2 reseptörlerini uyararak sosyal ilişkileri artırdığı ve bağlanma ile oksitosin ilişkisinin karşılıklı olduğu düşünülmektedir [136].

Oksitosin-dopamin arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, hipotalamustaki oksitosin nöronlarının direk olarak ventral striatuma projekte olduğu böylece ödül işleme ve davranış pekiştirmeye sosyal ve maternal ilişkili ipuçlarının bağlandığına dair kanıtlar mevcuttur [4, 135, 137].

Oksitosinin sosyal bağlanmada ve olumlu sosyal davranışlarda merkezi düzenleyici fonksiyonunun göstermesi nedeniyle [132, 138-140] BPB hastalarında bağlanma özellikleri ile Oksitosin arasındaki ilişki araştırmamıza konu olmuştur.

Araştırmamızda, BPB hasta grubunda güvenli ve güvensiz bağlanma grupları arasında Oksitosin düzeyleri açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bu bulgu literatürle uyumlu değildir. Örneklemin küçük olması, bipolar bozukluğun etiyolojisinde dopaminerjik sistemdeki disregülasyonun sayılması ve tedavideki psikotrop ilaçların nörotransmitter sistemleri etkilemesi göz önünde bulundurulursa bu gruptaki oksitosin düzeyleri konusundaki bilginin sağlıklı olmadığını düşündürmektedir. BPB tedavisinde temel ilaç olan lityumun ve antidepresanların Oksitosin düzeylerini değiştirdiği bilgisi [141] bu düşüncemizi destekler niteliktedir.

Erken yaşantıların nöropeptitlerde değişiklikler yaparak davranışları düzenlemede etkili olduğunu gösteren çalışmalara [142] dayanarak BPB güvensiz bağlanan olgu grubunda anne-baba birlikteliğinden mahrum kalmış 5 olgunun olması, istismar öyküsünün olduğu 3 olgunun olması, bu deneyimlerin hormon

düzeyini etkileyerek bağlanma-oksitosin ilişkisinin araştırılmasını etkileyebileceğini akla getirmektedir.

Literatürde BPB’de oksitosin düzeylerinin ve mizaç özelliklerinin ikili olarak bağlanma üzerine olan etkilerini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bilgiler ışığında; bipolar hastalarda mizaç özelliklerinin ve oksitosin düzeylerinin bağlanma ile ilişkilerinin farklı olup olmadığı ilgi konusu olmaktadır. Kavramlar arasındaki olası ilişkilerin ileriki çalışmalarla desteklenmesi, BPB’de bağlanma biçimini etkileyen faktörlerin aydınlatılmasına katkıda sağlayacaktır.

Çalışmamız BPB’de mizaç özelliklerinin, oksitosin düzeylerine göre bağlanma biçimlerinde daha merkezi rol alabileceğini göstermektedir. Ayrıca hipertimik mizaç puanların hem bipolar olgularda hem sağlıklı grupta benzer olabileceği, bununla birlikte her iki grupta hipertimik mizaç puanların güvenli bağlanma ile ilişkisinin olduğu ve bu nedenle hipertimik mizaca sahip olanların sosyal hayatta daha avantajlı olabileceği düşünülebilir. Yakın gelecekte yapılacak çalışmalarla desteklenerek hipertimik mizaca sahip olanların iletişimin daha ön planda olduğu konumlarda etkili olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak her ne kadar mizaç özellikleri ve oksitosinin bağlanma üzerine olan etkilerini farklı desenlerde ayrı ayrı inceleyen araştırmalar olsa da, çalışmamız bu kavramların ikili olarak bağlanma biçimine etkilerini aynı anda incelendiği ilk çalışma olmuştur. Bipolar bozuklukta bağlanma-mizaç, bağlanma-oksitosin ikililerinin olası ilişkilerinin detaylı incelenmesi ile ilgili yapılacak tüm çalışmalar; bipolar bozuklukta bağlanma biçimlerine etkili kavramların belirlenmesine yardımcı olacaktır.

5. SONUÇLAR

1. BPB olgularda güvensiz bağlanmanın sağlıklı bireylerden daha sık bulunacağı öngörülmüştür. Çalışmada BPB olgularda güvensiz bağlanma sağlıklı bireylerden daha sık bulundu. BPB olguların kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma puanlarının sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu gösterildi. Bu bulgulardan yola çıkarak güvensiz bağlanma biçimi ile duygudurum bozukluklarının karşılıklı ve çift yönlü olarak olumsuz etkilediği anlaşıldı.

2. BPB olgular ve kontrol grubunda bağlanma biçiminin mizaç ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür. BPB grubunda depresif mizaç, hipertimik mizaç, irritabl mizaç ve anksiyöz mizaç puanları güvensiz bağlanmada daha yüksek bulundu. İrritabl mizaç puanları ile kaygılı/ikircikli bağlanma puanları arasında düz korelasyon saptandı. Siklotimik mizacın güvensiz bağlanmayı artırdığı izlendi. Kontrol grubunda ise güvensiz bağlanan bireylerin siklotimik mizaç puanlarının daha yüksek olduğu görüldü.

3. BPB olgular ve kontrol grubu bireylerinde serum oksitosin düzeyleri ile bağlanma biçimi puanları arasında ilişki olabileceği düşünülmüştür. Her iki grupta da bağlanma özellikleri ile serum oksitosin düzeyleri arasında korelasyon saptanmadı.

4. Medeni durum, eğitim durumu, aile durumu, yetiştiği ortam (kimlerin yanında yetiştiği) değişkenleri; güvenli ya da güvensiz bağlanmalar arasında fark göstermemektedir.

5. BPB olgularda bağlanma biçiminin, bozukluğun klinik özellikleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Baskın epizotun mani olması, psikotik tablonun eşlik etmesi, fiziksel ve/veya cinsel istismar öyküsünün olması güvensiz bağlanma lehine yorumlanmıştır.

Güvensiz bağlanmanın BPB ile ve mizaç özelliklerinin gelişimi ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde; olguların sendromal veya subsendromal afektif patolojilere sahip olması bağlanma özelliği üzerine etkisi açısından çok önemli görülmektedir.

ÖZET

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Mizaç ve Bağlanma Özellikleri ile Oksitosin Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Amaç: Bu çalışmanın amacı birincil olarak bipolar bozukluğu olan erkek olgularda bağlanma biçimlerini araştırmaktır. İkinci ve üçüncü olarak bağlanma biçimi ile mizaç arasında ve bağlanma biçimi ile serum oksitosin arasında bir ilişki olup olmadığını incelemektir. Başka bir deyişle güvenli ve güvensiz bağlanma biçimi arasında mizaç ve serum oksitosin düzeyi yönünden benzerlikleri ve farklılıkları ortaya koymaktır.

Yöntem: Bu çalışmaya 30 bipolar bozukluk tanılı erkek hasta ve 30 erkek kontrol grubu dahil edilmiştir. Hastalar ile cinsiyet yönünden benzer 30 sağlıklı kontrol olgusu çalışmaya alınmıştır. Psikiyatri polikliniğinde izlenen hastalarda 18 yaşın üzerinde olmak, metabolik veya endokrin hastalığın olmaması ve remisyon döneminde (ötimi) olmak şartları aranmıştır. Tanı görüşmesi SCID I ile yapılmıştır. Mizaç değerlendirilmesi TEMPS-A mizaç ölçeği ile bağlanma değerlendirilmesi EBBÖ ölçeği kullanılarak yapılmış, serum oksitosin düzeyi ELIZA yöntemi ile bakılmıştır.

Bulgular ve sonuçlar: BPB olgularda güvensiz bağlanmanın sağlıklı bireylerde olduğundan daha sık olduğu bulunmuştur. BPB olguların kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma puanlarının sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunda bireylerinde güvensiz bağlanan bireylerin siklotimik mizaç puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır. BPB olgular ve kontrol grubu bireylerinde bağlanma biçimi puanları ile serum oksitosin düzeyi arasında ilişki bulunamadı. Her iki grup için medeni durum, eğitim durumu, aile durumu, yetiştiği ortam (kimlerin yanında yetiştiği) değişkenleri ile güvenli ya da güvensiz bağlanmalar arasında fark gösterilmedi.

Tartışma: Güvensiz bağlanma biçiminin ve duygudurum bozukluklarının birbirlerini karşılıklı ve çift yönlü olarak olumsuz etkiledikleri yorumu yapılmıştır. BPB olgularda sikotimik mizacın güvensiz bağlanmayı artırdığı saptanmıştır. Hem bipolar olgularda hem kontrol grubunda hipertimik mizaç puanların güvenli bağlanma ile ilişkisi olması hipertimik mizaca sahip olmanın sağlıklı bireylere benzer ilişkiler kurulabileceğini düşündürmüştür. Bağlanma biçimi puanları ile oksitosin düzeyleri arasında ilişkinin olmaması bunun yanında olguların sendromal veya subsendromal afektif patolojilere sahip olması bağlanma üzerine etkide mizaç özelliklerinin belirleyici olduğunu akla getirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, bağlanma, mizaç, oksitosin

SUMMARY

The Relationship Between Attachment Styles with Temperament And Oxytocin Levels in Bipolar Cases

Objective: This study primarily aims to investigate the attachment styles of male bipolar cases. Second and third aim is to examine the probability of relationship between temperament and attachment style, and relationship of attachment style with oxytocin levels. In other words; our objective is to reveal similarities and differences between secure and insecure attachment styles in terms of similarities and differences of temperament and oxytocin level of bipolar disorder.

Methods: 30 male patients with bipolar disorder and 30 healthy control subjects who are at the similar sex with the patients have been also recruited. Patients observed at the psychiatry clinic were sought to be over 18 years old and at euthymic period and absence of metabolic or endocrine disease. Diagnosis interview was made with SCID I. Temperaments were evaluated with TEMPS-A and attachments were evaluated with EBBÖ and plasma oxytocin levels were evaluated with ELIZA.

Finding and Results: It is found that bipolar cases have insecure attachments more frequent than healthy group. Avoidant and anxious/ambivalent attachment scores of bipolar cases were higher than the control group. In control group individuals with insecure attachment, cyclothymic temperament scores were higher than bipolar cases. In bipolar cases and control group, there haven't been association between scores of attachment style and oxytocin levels. Both in two groups, there were no differences between secure or insecure attachments and variabilities that included marital status, education level, family, hometown environment (lived with in the past).

Discussion: It is commented that insecure attachment and mood disorder negatively affected each other mutually and in two ways. In bipolar group it has detected that cyclothymic temperament increases insecure attachment. Both in bipolar and control groups, relationship between hypertimic temperament scores and secure attachment suggested that individuals with hypertimic temperament may ensure similar relationships like healthy individuals. Absence of association between attachment scores and plasma oxytocin levels; furthermore, cases with syndromal or subsyndromal affective pathology reminds that affective temperament features are descriptive for attachment styles.

Keywords: Bipolar disorder, attachment, temperament, oxytocin

KAYNAKLAR

1. Abood, Z., Sharkey, A., Webb, M., Kelly, A., & Gill, M. (2002). Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group. *Bipolar Disorders*, 4(4), 243-248.
2. Özbaran, B. and T. Bildik, The Neurobiology of Attachment. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 2006. 13(3): p. 137-144.
3. Kesebir, S., et al., Bipolar bozuklukta mizaç ile klinik özelliklerin ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 2005. 16(3): p. 164-169.
4. Insel, T.R., Is social attachment an addictive disorder? *Physiology & Behavior*, 2003. 79(3): p. 351-357.
5. Nelson, E.E. and J. Panksepp, Brain substrates of infant–mother attachment: contributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 1998. 22(3): p. 437-452.
6. Panksepp, J., Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. *Consciousness and cognition*, 2005. 14(1): p. 30-80.
7. Cankorur VS. & İlhan RS. Bipolar Bozukluk Tıp - II tanı ve tedavi el kitabı. Bozkurt A. & Oral ET.(editör) Birinci Baskı. Pelin Ofset Mabaacılık Ankara 2015, Sayfa: 6.
8. Akiskal HS. Duygudurum Bozuklukları. In: Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA (eds). Türkçe Çevirisi; Aydın H, Bozkurt A (çeviri editörleri), Sekizinci Baskı, Günes Kitabevi, Ankara 2007, 1559- 717.
9. Işık E, Taner E, Işık U. Güncel Klinik Psikiyatri. Golden Print Matbaası. Ankara 2008, S: 157.
10. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Onbirinci baskı, Tuna Matbaacılık Ankara 2008, 339.
11. Birliği, A.P. and E. Köroğlu, DSM-IV-TR tanı ölçütleri başvuru elkitabı. 2005: Hekimler Yayın Birliği.
12. Schaffer, A., Cairney, J., Cheung, A., Veldhuizen, S., & Levitt, A. (2006). Community survey of bipolar disorder in Canada: lifetime prevalence and illness characteristics. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(1), 9-16.
13. Murray, C.J., et al., Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 2013. 380(9859): p. 2197-2223.
14. Murray CJ, Atkinson C, Bhalla K, et al. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA* 2013; 310:591.
15. Işık, E. Işık, U. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve bipolar bozukluklar. Ziraat Grup Matbaacılık, 2013, S: 329.

16. Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... & Ladea, M. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, 68, 241.
17. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:90.
18. Uğur M. Mizaç Bozuklukları. İlkay E (editör). Cerrahpasa Psikiyatri, CTF Yayınları, İstanbul 2002, 391-451.
19. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:543.
20. Tohen M, Tsuang MT, Goodwin DC. Prediction of outcome in mania by mood-congruent or mood-incongruent psychotic features. *Am J Psychiatry*. 1992;149(11):1580-4.
21. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord*. 1994;31(4):281-94.
22. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, et al. Crossnational associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:785.
23. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Onbirinci baskı, Tuna Matbaacılık Ankara 2008, 374.
24. Işık, E. Işık, U. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve bipolar bozukluklar. Ziraat Grup Matbaacılık, 2013, S: 361-377.
25. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *Lancet* 2013; 381:1654.
26. Finn CT, Smoller JW. Genetic counseling in psychiatry. *Harv Rev Psychiatry* 2006; 14:109.
27. Nurnberger JI Jr, Koller DL, Jung J, et al. Identification of pathways for bipolar disorder: a metaanalysis. *JAMA Psychiatry* 2014; 71:657.
28. Ferreira MA, O'Donovan MC, Meng YA, et al. Collaborative genomewide association analysis supports a role for ANK3 and CACNA1C in bipolar disorder. *Nat Genet* 2008; 40:1056.
29. McGuffin P, Rijsdijk F, Andrew M, et al. The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:497.
30. Yumru M, Savas HA, Kurt E, Kaya MC, Selek S, Savas E, et al. Atypical antipsychotics related metabolic syndrome in bipolar patients. *J Affect Disord*. 2007;98(3):247-52.
31. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Onbirinci baskı, Tuna Matbaacılık Ankara 2008, 337-427.

32. Sadock, B.J., E. Abay, and H.I. Kaplan, Klinik psikiyatri. 2004: Nobel Tıp Kitabevleri.
33. Isık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Birinci Baskı, Görsel Sanatlar Yayınevi, Ankara; 2003, 463-510.
34. Schneider MR, DelBello MP, McNamara RK, et al. Neuroprogression in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2012; 14:356.
35. Strakowski SM, Adler CM, Almeida J, et al. The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a consensus model. *Bipolar Disord* 2012; 14:313.
36. Janiri D, Sani G, Danese E, et al. Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II. *J Affect Disord* 2015; 175:92.
37. Sugaya L, Hasin DS, Olfson M, et al. Child physical abuse and adult mental health: a national study. *J Trauma Stress* 2012; 25:384.
38. Gilman SE, Ni MY, Dunn EC, et al. Contributions of the social environment to firstonset and recurrent mania. *Mol Psychiatry* 2015; 20:329.
39. Etain B, Aas M, Andreassen OA, et al. Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. *J Clin Psychiatry* 2013; 74:991.
40. Scott KM, Smith DR, Ellis PM. Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSMIV mental disorders in young adults. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:712.
41. Chudal R, Gissler M, Sucksdorff D, et al. Parental age and the risk of bipolar disorders. *Bipolar Disord* 2014; 16:624.
42. D'Onofrio BM, Rickert ME, Frans E, et al. Paternal age at childbearing and offspring psychiatric and academic morbidity. *JAMA Psychiatry* 2014; 71:432.
43. Beck, A.T., ve ark., *Cognitive Therapy of Depression*. 1983, New York: Guildford Press.
44. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Onbirinci baskı, Tuna Matbaacılık Ankara 2008, 393.
45. SAYIN, A. and S. Aslan, Duygudurum bozuklukları ile huy, karakter ve kişilik ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005. 16(4): p. 276-283.
46. Goodwin FK, Jamison KR (1990) *Manic-depressive Illness*. Oxford University Press, New York.
47. Von Zerssen D, Akiskal HS (1998) Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. *J Affect Disord*, 51: 1-5.
48. Akiskal HS, Mallya G (1987) Criteria for the 'soft' bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull*, 23: 68-73.
49. Angst J (2000) Temperament and personality types in bipolar patients: a historical review. *Bipolar Disorders: 100 Years After Manic-depressive Insanity*. Marneros A, Angst J (Ed), London, Kluwer Academic Publishers, s.175-199.

50. Henry C, Lacoste J, Belliver F ve ark. (1999) Temperament in bipolar illness: impact on prognosis. *J Affect Disord*, 56: 103-108.
51. Akiskal HS, Khani MK, Scott-Strauss A ark. (1979) Cyclothymic temperamental disorders. *Psychiatr Clin N Am*, 2: 527-553.
52. Hirschfeld RMA, Klerman GL (1979) Personality attributes and affective disorders. *Am J Psychiatry*, 136: 67-70.
53. Akdeniz, F., et al., Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004. 15(3): p. 183-190.
54. Bowlby J (1973) *Attachment and Loss: Separation, Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.
55. Collins NL, Laurson W. Adolescents' relationships with parents. *J Lang Soc Psychol* 2003; 22: 58-65.
56. Tüzün, O. and K. Sayar, Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam*, 2006. 19(1): p. 24-39.
57. Eder R, Mangelsdorf S: The emotional basis of early personality development: Implications for the self concept, *Handbook of Personality Psychology*, 1997.
58. Karen R: *Becoming attached*, Oxford University Press, New York, s: 6,17-24, 41, 43, 94, 107, 1998.
59. Bowlby J. *Attachment and Loss*, 1st Ed. London, Hogarth Press, 1969.
60. West ML, Sheldon-Keller AE. *Patterns of Relating: An Adult Attachment Perspective*. New York, Guilford Press, 1994.
61. Carver C, Scheier M: *Perspectives on psychology*, Cambridge University Press, 1998: 281-282.
62. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D ve ark. (2002) Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41:1111-23.
63. Brown LS, Wright J: The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence, *psychology and psychopathology* 76:351-367, 2003.
64. Gomes, F.G., et al., Differences in parental bonding between schizophrenia and bipolar disorder: Evidence of prodromal symptoms? *Schizophrenia research*, 2015. 165(2): p. 134-137.
65. Zweig-Frank,H., Paris, J., 1991. Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 148, 648-651.
66. Wiborg, I.M., Dahl, A.A., 1997. The recollection of parental rearing styles in patients with panic disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 96, 58-63.
67. Torresani, S., Favaretto, E., Zimmermann, C., n.d. Parental representations in drugdependent patients and their parents. *Compr. Psychiatry* 41, 123-129.

68. Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P. M., Bunn, A., & Beer, N. (2006). Adult attachment style as a mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(10), 796–805.
69. Gilbert, P., McEwan, K., Hay, J., Irons, C., & Cheung, M. (2007). Social rank and attachment in people with a bipolar disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 48–53.
70. Joyce, P. R. (1984). Parental bonding in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 7(3–4), 319–324.
71. Rosenfarb, I. S., Becker, J., Khan, A., & Mintz, J. (1998). Dependency and self-criticism in bipolar and unipolar depressed women. *British Journal of Clinical Psychology*, 37(4), 409–414.
72. KÖKÇÜ, F. and S. KESEBİR, İki Uçlu Olgular ve Çocuklarında Bağlanma Biçimi'nin Mizaç, Kişilik ve Klinik Özellikler İle İlişkisi: Kontrollü Bir Çalışma.
73. Mangelsdorf SC, Frosch CA (1999) Temperament and attachment: one construct or two? *Adv Child Dev Behav*, 27:181-220.
74. MacDonald, K., R. Berlow, and M.L. Thomas, Attachment, affective temperament, and personality disorders: A study of their relationships in psychiatric outpatients. *Journal of affective disorders*, 2013. 151(3): p. 932-941.
75. Chotai, J., et al., Adolescent attachment styles and their relation to the temperament and character traits of personality in a general population. *European Psychiatry*, 2005. 20(3): p. 251-259.
76. Simeon, D., et al., Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, 2007. 32(8): p. 1149-1152.
77. Erbaş, O., Oksitosinin fizyolojik etkileri ve klinik uygulama alanları. *İZMİR ÜNİVERSİTESİ TIP DERGİSİ*, 2013(1): p. 45-56.
78. UZUN, M. and N. SULU, OKSİTOSİN VE FİZYOLOJİK ETKİLERİ.
79. Strathearn, L., et al., Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology*, 2009. 34(13): p. 2655-2666.
80. Pitts AF, Samuelson SD, Meller WH, Bissette G, Nemeroff CB, Kathol RG. Cerebrospinal fluid corticotropin-releasing hormone, vasopressin, and oxytocin concentrations in treated patients with major depression and controls. *Biol Psychiatry*. 1995; 38(5):330–335. [PubMed: 7495928].
81. Sasayama D, Hattori K, Teraishi T, et al. Negative correlation between cerebrospinal fluid oxytocin levels and negative symptoms of male patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2012; 139(1–3):201–206. [PubMed: 22742979].
82. van Londen L, Goekoop JG, van Kempen GM, et al. Plasma levels of arginine vasopressin elevated in patients with major depression. *Neuropsychopharmacology*. 1997; 17(4):284–292. [PubMed: 9326754].

83. van Londen L, Kerkhof GA, van den Berg F, et al. Plasma arginine vasopressin and motor activity in major depression. *Biol Psychiatry*. 1998; 43(3):196–204. [PubMed: 9494701].
84. Van Londen L, Goekoop JG, Zwinderman AH, Lanser JB, Wiegant VM, De Wied D. Neuropsychological performance and plasma cortisol, arginine vasopressin and oxytocin in patients with major depression. *Psychol Med*. 1998; 28 (2):275–284. [PubMed: 9572085].
85. Anderberg UM, Uvnäs-Moberg K. Plasma oxytocin levels in female fibromyalgia syndrome patients. *Z Rheumatol*. 2000; 59(6):373–379. [PubMed: 11201002].
86. Ozsoy S, Esel E, Kula M. Serum oxytocin levels in patients with depression and the effects of gender and antidepressant treatment. *Psychiatry Res*. 2009; 169(3):249–252. [PubMed: 19732960].
87. Parker KJ, Kenna HA, Zeitzer JM, et al. Preliminary evidence that plasma oxytocin levels are elevated in major depression. *Psychiatry Res*. 2010; 178(2):359–362. [PubMed: 20494448].
88. Lee, H.-J., et al., Oxytocin: the great facilitator of life. *Progress in neurobiology*, 2009. 88(2): p. 127-151.
89. Fetissov, S.O., et al., Aggressive behavior linked to corticotropin-reactive autoantibodies. *Biological psychiatry*, 2006. 60(8): p. 799-802.
90. Eşel, E., Anneliğin Nörobiyolojisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010. 21(1): p. 68-78.
91. Bartels A, Zeki S (2004) The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage* 21:1155-1166.
92. Panksepp J, Moskal JR (2005) Loving opioids in the brain. *Behav Brain Sci* 28:361-2.
93. Insel TR, Winslow JT (1991) Central oxytocin modulates the infant rats response to social separation. *Eur J Pharmacol* 203:149-152.
94. Uvnäs-Moberg, K., Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 1998. 23(8): p. 819-835.
95. Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH (2008). Oxytocin receptor (OXTR) and serotonin transporter (5-HTT) genes associated with observed parenting. *Soc Cogn Affect Neurosci* 3: 128–134.
96. Feldman R, Zagoory-Sharon O, Weisman O, Schneiderman I, Gordon I, Maoz R et al (2012). Sensitive parenting is associated with plasma oxytocin and polymorphisms in the OXTR and CD38 genes. *Biol Psychiatry* 72: 175–181.
97. Gordon I, Zagoory-Sharon O, Leckman JF, Feldman R (2010). Oxytocin and the development of parenting in humans. *Biol Psychiatry* 68: 377–382.
98. Weisman O, Zagoory-Sharon O, Feldman R (2012b). Intranasal oxytocin administration is reflected in human saliva. *Psychoneuroendocrinology* 37: 1582–1586.

99. Schneiderman I, Zagoory-Sharon O, Leckman JF, Feldman R (2012). Oxytocin during the initial stages of romantic attachment: relations to couples' interactive reciprocity. *Psychoneuroendocrinology* 37: 1277–1285.
100. Ditzen B, Schaer M, Gabriel B, Bodenmann G, Ehlert U, Heinrichs M (2009). Intranasal oxytocin increases positive communication and reduces cortisol levels during couple conflict. *Biol Psychiatry* 65: 728–731.
101. Meinlschmidt G, Heim C. Sensitivity to intranasal oxytocin in adult men with early parental separation. *Biol Psychiatry*. 2007; 61(9):1109–1111. [PubMed: 17141739].
102. Bartz JA, Zaki J, Ochsner KN, et al. Effects of oxytocin on recollections of maternal care and closeness. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2010; 107(50):21371–21375. [PubMed: 21115834].
103. First MB. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV) Washington D.C: Am Psychiatric Press; 1997.
104. Özkürkçügil A. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12:233-236.
105. Akdemir, A., et al., Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Comprehensive psychiatry*, 2001. 42(2): p. 161-165.
106. Young, R., et al., A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British Journal of Psychiatry*, 1978. 133(5): p. 429-435.
107. Karadağ, F., et al., Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001. 13(2): p. 107-114.
108. Vahip S, Kesebir S, Alkan M ve ark. Affective temperamental features in Turkey: findings from the validity and reliability study of TEMPS-A. *J Affect Disord*.
109. Collins, N.L., & Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644–663.
110. Hazen, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511–524.
111. Kesebir, S., F. Dereboy, and F. Kokcu, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. 2012.
112. Miklowitz, D.J., et al., Perceived criticism from family members as a predictor of the one-year course of bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 2005. 136(2): p. 101-111.
113. Morriss, R.K., et al., Adult attachment in bipolar 1 disorder. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*, 2009. 82(3): p. 267-277.
114. Bifulco, A., et al., Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. *The British Journal of Psychiatry*, 2004. 184(46): p. s31-s37.

115. Lam, D., K. Wright, and N. Smith, Dysfunctional assumptions in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 2004. 79(1): p. 193-199.
116. Klein, D.N., et al., Dependency and self-criticism in depression: Evaluation in a clinical population. *Journal of Abnormal Psychology*, 1988. 97(4): p. 399.
117. Bagby, M. B., Schuller, D. R., Parker, J. D., Levitt, A., Joffe, R. T. & Shafir, S. (1994). Major depression and the self-criticism and dependency personality dimensions. *American Journal of Psychiatry*, 151, 597-599.
118. Kesebir, S., S.Ö. Kavzoğlu, and M.F. Üstündağ, Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011. 3(2).
119. Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosom Med* 64:660–7.
120. Brown, E.S., Effects of glucocorticoids on mood, memory, and the hippocampus. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2009. 1179(1): p. 41-55.
121. Dluzen, D.E., Muraoka, S., Engelmann, M., Ebner, K., Landgraf, R., 2000. Oxytocin induces preservation of social recognition in male rats by activating alphasadrenoceptors of the olfactory bulb. *Eur. J. Neurosci.* 12, 760–766.
122. Dluzen, D.E., Muraoka, S., Engelmann, M., Landgraf, R., 1998a. The effects of infusion of arginine vasopressin, oxytocin, or their antagonists into the olfactory bulb upon social recognition responses in male rats. *Peptides* 19, 999–1005.
123. Dluzen, D.E., Muraoka, S., Landgraf, R., 1998b. Olfactory bulb norepinephrine depletion abolishes vasopressin and oxytocin preservation of social recognition responses in rats. *Neurosci. Lett.* 254, 161–164.
124. Donaldson ZR, Young LJ (2008) Oxytocin, vasopressin, and the neurogenetics of sociality. *Science* 322:900 –904.
125. Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., Ehler, U., 2003. Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biol. Psychiatry* 54, 1389–1398.
126. Tops, M., van Peer, J.M., Korf, J., Wijers, A.A., Tucker, D.M., 2007. Anxiety, cortisol, and attachment predict plasma oxytocin. *Psychophysiology* 44, 444–449.
127. Nagasawa, M., Kikusui, T., Onaka, T., Ohta, M., 2008. Dog's gaze at its owner increases owner's urinary oxytocin during social interaction. *Horm. Behav.*
128. Levine A, Zagoory-Sharon O, Feldman R, Weller A. Oxytocin during pregnancy and early postpartum: individual patterns and maternal-fetal attachment. *Peptides*. 2007; 28:1162–1169. [PubMed: 17513013].
129. Feldman R, Weller A, Zagoory-Sharon O, Levine A. Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. *Psychol Sci*. 2007; 18:965–970. [PubMed: 17958710].

130. Baumgartner T, Heinrichs M, Vonlanthen A, Fischbacher U, Fehr E (2008). Oxytocin shapes the neural circuitry of trust and trust adaptation in humans. *Neuron* 58: 639–650.
131. Guastella AJ, Mitchell PB, Mathews F (2008b). Oxytocin enhances the encoding of positive social memories in humans. *Biol Psychiatry* 64: 256–258.
132. Insel TR, Young LJ (2001). The neurobiology of attachment. *Nat Rev Neurosci* 2: 129–136.
133. Champagne F, Diorio J, Sharma S, Meaney MJ (2001). Naturally occurring variations in maternal behavior in the rat are associated with differences in estrogen-inducible central oxytocin receptors. *Proc Natl Acad Sci USA* 98: 12736–12741.
134. Insel TR (1992). Oxytocin: a neuropeptide for affiliation: evidence from behavioral, receptor autoradiographic, and comparative studies. *Psychoneuroendocrinology* 17: 3–35.
135. Liu Y, Wang ZX (2003). Nucleus accumbens oxytocin and dopamine interact to regulate pair bond formation in female prairie voles. *Neuroscience* 121: 537–544.
136. Eşel, E., Kadın ve Erkek Beyninin Farklılıkları. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 2005. 15(3).
137. Ross HE, Cole CD, Smith Y, Neumann ID, Landgraf R, Murphy AZ et al. (2009). Characterization of the oxytocin system regulating affiliative behavior in female prairie voles. *Neuroscience* 162: 892–903.
138. Carter CS (1998): Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology* 23:779–818.
139. Insel TR (1997): A neurobiological basis of social attachment. *Am J Psychiatry* 154:726–735.
140. Pedersen CA (1997): Oxytocin control of maternal behavior. Regulation by sex steroids and offspring stimuli. *Ann N Y Acad Sci* 807:126–145.
141. McGregor, I.S. and M.T. Bowen, Breaking the loop: oxytocin as a potential treatment for drug addiction. *Hormones and behavior*, 2012. 61(3): p. 331-339.
142. Fries, A.B.W., et al., Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2005. 102(47): p. 17237-17240.

EKLER**Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu-Hastanın Doldurduğu**

1. Ad-Soyad:
2. Doğum tarihi:
3. Yaş:
4. Telefon Numarası:
5. Adres:
6. Eğitim Durumu:
 - ☐ İlkokul mezunu
 - ☐ Ortaokul mezunu
 - ☐ Lise mezunu
 - ☐ Üniversite mezunu
 - ☐ Okuma yazma bilmiyorum
 - ☐ Diğer (açıklayınız).....
7. Medeni Durum:
 - ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Eşi vefat
8. Kimlerle yaşıyorsunuz?
 - ☐ Yalnız
 - ☐ Eşimle
 - ☐ Eşim ve çocuklarımla
 - ☐ Çocuklarımla yaşıyorum
 - ☐ Annemle yaşıyorum
 - ☐ Babamla yaşıyorum
 - ☐ Annem ve babamla yaşıyorum
 - ☐ Diğer
9. Sizi kim yetiştirdi?
10. Sigara, alkol, madde kullanımı gibi alışkanlığınız var mı?
 - ☐ Evet ☐ Hayır
11. Varsa tek tek belirtiniz.

Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu-Klinisyenin Doldurduğu

1. Başlangıç yaşı:
2. Hastalık süresi (yıl):
3. İlk epizod tipi:
1)mani 2)hipomani 3)depresyon 4)mikst
4. Manik epizod sayısı:
5. Depresyon sayısı:
6. Hipomani sayısı:
7. Psikotik özellik:
8. Hastanede yatış öyküsü:
9. Suisid girişim sayısı:
0)yok 1)tek 2) çoğul
10. Polarite :
1)BP I 2) BP II
11. Fiziksel ve cinsel istismar öyküsü

Ek 3. TEMPS-A

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 bir şeylere 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 her şeyi 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 Her şeyin 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 bir şeylerle 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 hissederim.
55. D Y İşin patronu, “tepedeki adam” olmayı seven tipte bir kişiyim.
56. D Y Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım 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 yakınırim.
61. D Y Başkalarını çok eleştiririm.
62. D Y Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
63. D Y Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.

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 bilirim.
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 hissederim.
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 hissederim.
88. D Y Heyecanlandığımda tuvalete daha 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.

Ek 4. EBBÖ

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- (K) Kendimi rahat bırakıp başka insanlara bağlanmak zor gelir. D Y

2- (K) İhtiyacın olduğunda başkaları asla orada olmaz. D Y

3 - (G) Başka birine rahatça bağlanırım. D Y

4- (G) İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağını bilirim. D Y

5- (K) İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağına her zaman güvenilebileceğimden emin değilim. D Y

6- (K) Başka bir insana tümüyle güvenmek zor gelir. D Y

7- (G) Sıklıkla terk edilme kaygıları yaşamam. D Y

8- (Kİ) Sıklıkla birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği endişesine kapılırım. D Y

9- (Kİ) Başkalarının benimle benim istediğim kadar yakınlık kurmadıklarını düşünürüm. D Y

10- (Kİ) Sıklıkla birlikte olduğum kişinin benimle kalmak istemeyeceği endişesi yaşarım. D Y

11- (Kİ) Başka bir insanla tümüyle bütünleşmek isterim. D Y

12- (Kİ) Başka bir insanla tümüyle bir olma arzum insanları benden uzaklaştırır. D Y

13- (G) Başkalarıyla yakın ilişkiler kurmayı kolay bulurum. D Y

14- (G) Başka birinin benimle çok yakın olma isteğinden rahatsız olmam. D Y

15- (K) Başka birinin benimle çok yaklaşması beni endişelendirir. D Y

16- (G) Başka birini kendime yakınlaştırmak konusunda rahatımdır. D Y

17- (K) Sıklıkla birlikte olduğum kişi benimle benim kendimi rahat hissedebileceğimden daha çok yaklaşmak ister. D Y

18- (Kİ) Sıklıkla birlikte olduğum kişi ile onun kendini rahat hissettiğinden daha yakın olmak isterim. D Y