

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

BİPOLAR BOZUKLUK VE MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK
TANILI HASTALARIN REMİSYON DÖNEMLERİNDE
BAĞLANMA VE ZİHİN KURAMI ÖZELLİKLERİNİN
ARAŞTIRILMASI

Dr. Murat Can KAYA

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2019

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

BİPOLAR BOZUKLUK VE MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK
TANILI HASTALARIN REMİSYON DÖNEMLERİNDE
BAĞLANMA VE ZİHİN KURAMI ÖZELLİKLERİNİN
ARAŞTIRILMASI

Dr. Murat Can KAYA

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŐMANI
Prof.Dr.Çınar YENİLMEZ

ESKİŞEHİR
2019

TEZ KABUL ve ONAY SAYFASI
T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Murat Can KAYA'ya ait ‘‘Bipolar Bozukluk Ve Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastaların Remisyon Dönemlerinde Bağlanma Ve Zihin Kuramı Özelliklerinin Araştırılması’’ adlı çalışma jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Çınar YENİLMEZ
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye

Prof. Dr. Gülcan GÜLEÇ
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye

Prof. Dr. Orhan Murat KOÇAK
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu’ nunTarih ve Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ali ARSLANTAŞ
Dekan

TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapmış olduğum uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleriyle bana yön veren başta tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Çınar YENİLMEZ'e, "insana dair hiçbir şeyin bize yabancı olmadığı" bilgisini bizlere öğreten Sayın Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU'na, değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Gülcan GÜLEÇ'e, Sayın Prof. Dr. Gökay AKSARAY'a, Sayın Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU'na, Sayın Doç. Dr. Ferdi KÖŞGER'e ve Sayın Doç. Dr. Ali Ercan ALTINÖZ'e, tezimle ilgili önerilerini sunan Sayın Prof. Dr. Orhan Murat Koçak'a, tezimin istatistiklerinin hazırlanmasında yardımcı olan Sayın Arş. Gör Dr. Muzaffer BİLGİN'e ve tezimin bulgularının yorumlanmasında desteğini esirgemeyen Uzm. Dr. Elif ÇARPAR KAYA'ya sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Kaya, M.C. Bipolar Bozukluk Ve Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastaların Remisyon Dönemlerinde Bağlanma Ve Zihin Kuramı Özelliklerinin Araştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir 2019. Bilişsel yeteneklerden biri olan zihin kuramının bağlanma tarzları ile ilişkisi olduğu bazı yazarlarca ifade edilmiştir. Çalışmamızda, bipolar bozukluk ve major depresif bozukluk tanılı bireylerin bağlanma tarzları ile zihin kuramını sağlıklı kontroller ile karşılaştırmak ve klinik özellikler ile arasında ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışmamıza dahil edilme kriterlerini karşılayan, major depresif bozukluk tanısına sahip 25 ve bipolar bozukluk tanısına sahip 26 birey ile herhangi bir psikiyatrik bozukluğa sahip olmayan 24 sağlıklı kontrol olgusu çalışmamıza alınmıştır. Çalışmamızda çocukluk dönem bağlanma türleri ikili kategori olarak incelendiğinde, güvensiz bağlanma bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk tanılı bireylerde sağlıklı bireylere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Gruplar erişkin dönem bağlanma puanları açısından incelendiğinde ikircikli bağlanma bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk tanılı bireylerde sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Bipolar bozukluk grubunda çocuklukta kaçınan bağlanma içinde bulunan bireylerde diğer bipolar bozukluk tanılı bireylere göre, ironiyi ve pot kırmayı kavrama yeteneği anlamlı olarak daha düşüktür. Majör depresif bozukluk grubunda erişkin dönemde güvenli bağlanma puanı azaldıkça gözlerden zihin okuma yeteneği artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, depresyon, bağlanma, zihin kuramı.

ABSTRACT

Kaya, M.C. Investigation of Attachment Styles and Theory of Mind Functions in Patients with Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder in Remission. Eskişehir Osmangazi University, Faculty of Medicine, Psychiatry Department. Thesis, Eskişehir 2019. It has also been asserted that as a domain of cognitive abilities, theory of mind functions are closely related manifestations of attachment patterns. In our study, it was aimed to evaluate the attachment styles of individuals with bipolar disorder and major depressive disorder and to investigate the relationship between theory of mind functions and clinical features, while comparing these entities with healthy control subjects. 25 patients diagnosed with major depressive disorder, 26 patients diagnosed with bipolar disorder and 24 healthy control subjects who were matched with respect to age and gender were included in the study. In our study, the dual categoric assessment of childhood attachment types revealed that insecure attachment was significantly higher in individuals with bipolar disorder and major depressive disorder when compared to healthy individuals. When the groups were examined in terms of adult attachment scores, mean ambivalent attachment scores were significantly higher in individuals with bipolar disorder and major depressive disorder than healthy controls. Individuals with avoidant attachment in childhood have a significantly lower ability to understand irony and faux pas. In the major depressive disorder group, the ability to reading the mind in the eyes increases as the number of secure attachment scores decreases.

Keywords: Bipolar disorder, depression, attachment, theory of mind.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1 Bipolar Bozukluk	2
2.1.1.Tanım ve Tarihçe	2
2.1.2.Epidemiyoloji	2
2.1.3.Etiyoloji	3
2.1.4.Klinik Özellikler	5
2.2. Majör Depresif Bozukluk	8
2.2.1.Tanım ve Tarihçe	8
2.2.2.Epidemiyoloji	8
2.2.3.Etiyoloji	9
2.2.4.Klinik Özellikler	11
2.3.Bağlanma Kuramı	13
2.3.1.Bağlanma ve Psikopatoloji	16
2.4.Zihin Kuramı	17
2.4.1.Zihin Kuramı ve Psikopatoloji	19
2.5.Bağlanma ve Zihin Kuramı İlişkisi	20
3.GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1.Örnekleme Seçimi	24
3.2.Yöntem	25
3.3.Kullanılan Ölçekler	25

3.4.İstatistiksel Yöntem	27
4.BULGULAR	28
4.1.Örneklem Özellikleri	28
4.2.Gruplar Arasında Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılması	28
4.3.Gruplar Arasında Klinik Değişkenlerin Karşılaştırılması	29
4.4.Gruplar Arasında Bağlanma Türlerinin Karşılaştırılması	30
4.5.Gruplar Arasında Zihin Kuramının Karşılaştırılması	32
4.6.Bağlanma Türlerine Göre Zihin Kuramının Karşılaştırılması	32
5.TARTIŞMA	39
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	47
KAYNAKLAR	48
EKLER	
EK 1: Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	
EK 2: Young Mani Ölçeği	
EK 3: Hamilton Depresyon Ölçeği	
EK 4: Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği	
EK 5: Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği	
EK 6: Gözler Testi	

SİMGELER VE KISALTMALAR

BB	Bipolar Bozukluk
BDNF	Beyinden Türetilen Nörotrofik Faktör
CRH	Kortikotrop Salgılatıcı Hormon
DEZKÖ	Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBBÖ	Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği
HPA	Hipotalamo Pitüiter Adrenal
HPT	Hipotalamo Pitüiter Tiroid
MDB	Majör Depresif Bozukluk
SK	Sağlıklı Kontrol
ToM	Theory of Mind
ZK	Zihin Kuramı

TABLULAR

	Sayfa
4.1. Gruplar Arasında Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılması	29
4.2. Gruplar Arasında Klinik Değişkenlerin Karşılaştırılması	30
4.3. Gruplar Arasında Bağlanma Türlerinin Karşılaştırılması	31
4.4. Gruplar Arasında Erişkin Bağlanma Puan Ortalaması Karşılaştırılması	32
4.5. Gruplar Arasında Zihin Kuramı Yeteneklerinin Karşılaştırılması	32
4.6. Çocukluk Çağı Bağlanma Türlerinin Üçlü Gruplamasında Zihin Kuramı Test Puanlarının Karşılaştırılması	33
4.7. Çocukluk Çağı Bağlanma Türlerinin İkili Gruplamasında Zihin Kuramı Test Puanlarının Karşılaştırılması	34
4.8. Erişkin Bağlanma Türlerinin Üçlü Gruplamasında Zihin Kuramı Test Puanlarının Karşılaştırılması	35
4.9. Erişkin Bağlanma Türlerinin İkili Gruplamasında Zihin Kuramı Test Puanlarının Karşılaştırılması	36
4.10. Erişkin Bağlanma Puanları İle Zihin Kuramı Test Puanlarının Korelasyon Analizi	37
4.11. Bağlanma Türleri ve Zihin Kuramı Yordayıcılarının Aşamalı Çoklu Regresyon Analizi	38

1. GİRİŞ

Bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk ataklar halinde seyredebilen tekrarlayıcı özellikleri ile işlevsellikte önemli kayıplara neden olabilen psikiyatrik bozukluklardır [1]. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, geçmiş yıllarda düşünülen aksine bu hastalıkların iyilik dönemlerinde de bilişsel fonksiyonlarda bazı bozulmalar olduğu ve başkasının zihinsel durumuyla ilgili atıfta bulunabilmek olarak açıklanabilecek zihin kuramının bu bozulan alanlardan biri olduğu iddia edilmiştir [2, 3]. Bakım verenlerle erken dönemde kurulan ilişkilerin, erişkin dönemde başka insanlarla kurulacak ilişkilerin doğasını belirlediği düşünceyi bağlanma kavramı ile tanımlanmıştır [4]. Kimi yazarlara göre, zihin kuramı ile tarif edilen başkalarının zihinsel durumu ile ilişkili atıfta bulunabilme yeteneği bebek ve bakımveren arasındaki bağlanma ilişkisinden köken alır ve zihin kuramında oluşan bozulmalar bağlanmadaki hasardan kaynaklanır [5]. Bu sebeplerle, bipolar bozukluğun ve majör depresif bozukluğun remisyon dönemlerinde bağlanma türleri ile zihin kuramı arasında bir ilişkinin tespit edilmesi, mevcut ilaç tedavilerine ek olarak remisyon dönemlerinde uygulanabilecek psikoterapötik müdahalelere kuramsal zemin hazırlaması açısından önem taşımaktadır.

Çalışmamızda bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk tanılı bireylerin remisyon dönemlerinde zihin kuramı ve bağlanma özelliklerini sağlıklı bireylerle karşılaştırmak ve bu alanlardaki sonuçlar ile klinik psikopatoloji arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır. Çalışmamızın başlıca hipotezleri şunlardır:

1. Bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk tanılı bireylerin klinik özellikleri ile zihin kuramı arasında ilişki vardır
2. Bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk tanılı bireylerde zihin kuramı sağlıklı bireylere göre azalmıştır.
3. Bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk tanılı bireylerde güvensiz bağlanma sağlıklı bireylere göre daha fazladır.
4. Güvensiz bağlanma ile zihin kuramındaki azalma arasında ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Bipolar Bozukluk

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

Duygudurum insan ruhsallığında iki uç arasında yer alan bir yelpazede değişiklik gösterebilen bir psikolojik olgudur [6]. Bipolar bozukluk duygudurumun iki ucunda dönemseller olarak ortaya çıkan ataklarla karakterize tekrarlayıcı bir hastalıktır [7]. Bu yelpazenin depresif uç noktası tarihte ilk kez sistematik olarak hipokrat tarafından melankoli olarak tanımlanmış, mani ve melankoli tablolarının tekrarlayan şekilde ortaya çıkmasıyla oluşan klinik antite 19. yüzyılda Falret ve Baillarger tarafından “döngüsel çılgınlık” şeklinde adlandırılmıştır [8]. Bu antitenin bir hastalık yelpazesi olarak tanımlanması ise Kraepelin tarafından “manik depresif çılgınlık” ismiyle yapılmıştır [8]. 1952’de psikiyatrik hastalıklar için standardize bir kategori yaratma çabası ile oluşturulan “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders I” (DSM) isimli sınıflandırma kitabında “manik depresif reaksiyon” ismiyle yer almıştır [8]. 1968 de yayınlanan DSM II’de “manik depresif hastalık” ismi ile “duygulanım bozuklukları” başlığı altında tarif edilmiş ve bu baskıda manik depresif hastalık “manik, depresif ve döngüsel” olarak 3 farklı türe ayrılmıştır [8]. 1980’de yayınlanan DSM III’de ise daha önceki sürümlerinden farklı olarak atak tanısı için gerekli olan kriterler belirtilmiş ve duygudurum bozuklukları bipolar ve unipolar isimleri ile iki farklı tip olarak tanımlanmıştır [8]. 1994’de yayınlanan DSM IV’de ise “duygudurum bozuklukları” başlığı altında iki farklı tür olarak değerlendirilen bipolar ve unipolar kavramları, 2013 yılında yayınlanan DSM 5’de bu şekilde sınıflandırılmamış, duygudurum bozuklukları başlığı kaldırılmış, unipolar depresyon kavramı yerine majör depresif bozukluk kavramı kullanılmış ve depresif bozukluklar genel başlığı içinde yer almıştır [8].

2.1.2 Epidemiyoloji

Küresel hastalık yükü ile ilgili çalışmalar engelliliğe yol açan yirmi hastalığın beşinin psikiyatrik bozukluklar olduğunu, majör depresif bozukluğun ikinci sırada, bipolar bozukluğun ise on yedinci sırada olduğunu göstermektedir [1]. Bipolar bozukluk etnik köken, milliyet, sosyal statüden bağımsız olarak dünya nüfusunun %1’den fazlasını etkilemektedir [9]. Etkilenmiş bireylerde artmış

psikiyatrik ve tıbbi eşanı tipiktir [7]. Hastalıkların Dünya çapında yapılan bir çalışmada farklı ülkelerde farklı etnik gruplarda tutarlı bir şekilde bipolar bozukluk tip 1 için %0.6, bipolar bozukluk tip 2 için %0.4, eşik altı bipolar bozukluk için %1.4 ve tüm bipolar bozukluk spektrumu için % 2.4 yaşam boyu yaygınlık oranları tespit edilmiştir [10]. 12 aylık sıklık bipolar bozukluk 1 için %0.4, bipolar bozukluk 2 için %0.3, eşik altı bipolar bozukluk için %0.8 ve bipolar bozuklukluk spektrumu için %1.5 tespit edilmiştir [10]. Bipolar bozukluk tip 1 sıklığı iki cinsiyette eşit iken, bipolar bozukluk tip 2 kadınlarda daha fazladır [11].

2.1.3 Etiyoloji

Bipolar bozukluğun etiyojisi henüz tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte patogeneğinde genetik, biyokimyasal, nöroendokrin, nöroanatomik ve psikososyal/çevresel faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir.

Genetik Faktörler

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, bipolar bozukluk'de güçlü bir genetik komponentin bulunduğunu destekler kanıtlar sunmaktadır [12]. Bipolar bozukluk hastalarının birinci dereceden akrabalarında bozukluğun yaşam boyu riski %5-10 arasında değişmektedir. Monozigot ikizlerde yaşam boyu bipolar bozukluk geçirme riski %40-70'tir [13]. Bipolar bozukluk tanılı ikizlerde yürütülen başka bir epidemiyolojik çalışmada, monozigotlardaki risk, dizigotlara göre sekiz kat fazla bulunmuştur [14]. CACNA1C, TENM4 ve NCAN gibi tanımlanmış genlerin, bipolar bozuklukdaki polijenik riske katkıda bulunuyor olabileceği ortaya atılmıştır [7].

Biyokimyasal Faktörler

Suçlanan biyokimyasal mekanizmalar arasında serotonerjik, noradrenerjik ve dopaminerjik sistemden oluşan monoaminerjik nörotransmitter sistemindeki dengesizlik yer almaktadır. Sıklıkla serotonerjik aktivitede düzensizlik, dopaminerjik-noradrenerjik aktivasyonda artış, adrenerjik ve kolinerjik sistem arasındaki dengenin bozulması üzerinde durulmuş ve kolinerjik yetersizliğin maninin ortaya çıkmasına sebep olabileceği öne sürülmüştür [15]. Üzerinde durulan diğer hipotezlerde mani döneminde dopaminerjik hiperaktivasyonun dopamin reseptör duyarlılığını azalttığı, hastalıkta platelet GABA konsantrasyonunun değiştiği, bazı beyin bölgelerinde NMDA reseptör ekspresyonunun etkilendiği ve mitokondriyal işlev bozukluğunun görülebileceği bildirilmektedir [16-19].

Nöroendokrin Faktörler

Etiyolojik alandaki araştırmaların önemli bir kısmı hipotalamo-pituiter-adrenal (HPA) ve hipotalamo-pituiter-tiroid (HPT) eksenleri ile ilgilidir. Manik hastalarda HPA eksenini değerlendiren bir çalışmada deksametazon/kortikotropin salgılatıcı hormon testinden sonra kortizol salınımı sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunmuş ve bu yüksekliğin semptomlar geriledikten sonra da devam ettiği saptanmıştır [20, 21].

Son dönemlerde yapılan inflamasyona dair çalışmalarda bağışıklık sistemi düzensizliği, interlökin-4 ve tümör nekroz faktör-alfa gibi sitokinlere ek olarak çeşitli sitokin reseptörlerinde düzey değişiklikleri saptanmıştır [22]. Aynı zamanda bağlanma kuramında tartışılan önemli bir biyolojik parametre olarak nöropeptid oksitosin düzeylerinin bipolar bozuklukta kontrol grubundan yüksek bulunduğu ve bu yüksekliğin tedaviye yanıtta sonra da devam ettiği gösterilmiştir [23].

Nöroanatomik Faktörler

Ne kadarının hastalığın etkisine bağlı olduğu bilinmemekle birlikte bipolar bozuklukta çeşitli nöroanatomik bölgelerin etkilendiği iddia edilmiştir [24]. Nörogörüntüleme araştırmalarında sıkça gözlenen yapısal değişiklikler arasında striatum, amigdala, ortahat serebellum ve lateral ventrikül bölgeleri bulunmaktadır [25]. Diğer bulgular arasında ventromedial prefrontal korteks, ventrolateral prefrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks bölgelerinde hacim azalması ve işlev bozukluğu saptanmıştır [26]. Prefrontal kortekste işlev bozukluğuna ek olarak, prefrontal ağlar ve başta amigdala olmak üzere limbik yapılar arasındaki bağlantılar zayıflamakta, buna ikincil olarak emosyonel bilginin otonomik ve endokrin yanıt ile birlikte işlenerek davranışın etkilenmesinde önemli role sahip limbik ve paralimbik bölgelerin işlevi düzensizleşmekte ve tüm bu etkileşimler emosyonel tepkisellikte artış, irritabilite, dürtüsellik, dikkat ve bilişsel işlevlerde bozulmaya yol açmaktadır [27, 28]. Polisomnografik çalışmalarla sonucunda bipolar bozuklukta sirkadyen ritim bozuklukları olduğu ve bunların güçlü genetik ilişkileri nedeniyle bir biyoşaretleyici olabileceği önerilmiştir [29].

Psikososyal ve Çevresel Faktörler

Çocukluktaki olumsuz yaşam olaylarının ve travmatik yaşantıların bipolar bozuklukta hastalık başlangıcını etkileyip hastalık seyrini şiddetlendirdiği iddia edilmiştir [30]. Yaşam olayları özellikle de çocukluk ağı olumsuz yaşantıların bipolar

bozukluk için risk faktörü olmakla birlikte aynı zamanda hastalıkta kötü gidişin de yordayıcılarıdır [9, 31].

Ateşlenme modeline göre (kindling model), ilk mani ya da depresif atak öncesinde atağı başlatan stresli yaşam olayları olmakla birlikte, sonraki hastalık dönemlerinde stresör etkenlere karşı duyarlılık artarak stresle başa çıkma becerisi azalmakta, dolayısıyla daha düşük yoğunluktaki stresörlerle atak geçirme olasılığı artmaktadır [32].

Psikanalitik yaklaşımda maninin depresyona karşı geliştirilen bir savunma mekanizması olduğu öne sürülmüş, kişinin kendi zayıflığını düşünmekten kaçınmak için başkalarının zayıflığına odaklandığı görüşü iddia edilmiştir [33]. Depresyon ise hayali ya da gerçek bir sevgi nesnesinin kaybıyla ilişkilendirilmiştir [34].

Bipolar bozukluk ile ilgili risk faktörü tanımlama çalışmalarının çoğunlukla klinik örnekleme yapılması ve toplum kökenli prospektif uzunlamasına çalışmaların yapılamaması, bu alanda yürütülen çalışmalarla ilgili önemli kısıtlılıklardandır [35]. Diğer çevresel risk faktörleri arasında; sezaryen doğum ile dünyaya gelmiş olmak [36], gebelikte anne tarafından geçirilen influenza infeksiyonu [37], gebelikte annenin sigara içmesi [38], ileri baba yaşı [39] gibi durumların varlığını destekleyen bulgular mevcuttur.

Ergenlikte madde kullanımı hem erken başlangıçlı bipolar bozukluk riskini artırabilir hem de hastalık seyrini kötüleştirebilir [40]. Tıbbi tedavilerden kortikosteroid, androjen, izoniazid ve klorokin kullanımının ve tıbbi hastalıklardan multiple skleroz, inme, addison ve cushing hastalıklarının da riski artırdığı belirtilmiştir [9, 41].

2.1.4 Klinik Özellikler

2013'de yayınlanan DSM 5'de Bipolar ve İlişkili Bozukluklar başlığı bipolar bozukluk tip 1, bipolar bozukluk tip 2, siklotimik bozukluk, madde veya ilacın indüklediği bipolar bozukluk, diğer tıbbi durumlara bağlı bipolar bozukluk, tanımlanmış diğer bir bipolar ve ilişkili bozukluk ve tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk tanımlarını içermektedir [42]. Çalışmamıza alınan bipolar bozukluk tanımlı bireyler bipolar bozukluk tip 1 tanımlı bireyler olması sebebiyle, bu bölümde bipolar bozukluk tip 1'e ait klinik bilgilere yer verilecektir.

Bipolar bozukluk tip 1 tanısı konulabilmesi için en az bir manik atak geçirilmiş olması gerekmektedir. Manik dönemin öncesinde veya sonrasında hipomani veya majör depresyon dönemleri geçirilmiş olabilir. DSM 5’de Manik atak kriterleri şu şekilde tanımlanmıştır:

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması

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

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

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

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

Not: A-D tanı ölçütleri bir mani dönemini oluşturur. Bipolar bozukluk tip 1 tanısı konabilmesi için yaşam boyu en az bir kez mani dönemi geçirilmiş olması gerekir [42].

Bipolar bozukluk tip 1'e sahip bireylerin %5'i hastalıkları sırasında sadece manik dönem yaşarlar [9]. Bipolar bozukluk tip 1 hastalarında hipomani dönemleri ortaya çıkabilir ve bu durum hastalığın kontrolü için daha fazla müdahaleye ihtiyaç olduğu anlamına gelebilir. Bipolar bozukluk tip 1 bozukluğa sahip bireylerde %75'e varan oranda akut mani döneminde psikoz ortaya çıkabilir [41]. Yaklaşık 13 yıllık bir uzun süreli izlem çalışmasında bipolar bozukluk tip 1 tanısı olan takip hastalarının %47.3'ünün semptomatik olarak hasta olduğu, hastaların %31.9'unun depresif semptomlara, %8.9'unun manik veya hipomanik semptomlara sahip olduğu, subsendromal semptomların sendromal ataklardan üç kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir [43].

Hastalığın iyilik dönemlerinde de bipolar bozukluğa sahip bireylerin bilişsel işlevleri değerlendiren çeşitli testlerde normal populyasyondan daha kötü performans gösterdikleri ve bozulmuş cevap inhibisyonunun bipolar bozukluğun en belirgin bilişsel endofenotipi olabileceğini göstermiştir [3]. Hastalığın tedavisi için kullanılan ilaçların da işleme hızını azaltıcı etkisi olduğu gösterilmiştir [3]. Hastalığın başlangıç yaşının düşük olması ile sözel bellekteki bozulma ve psikomotor yavaşlık arasında ilişki olduğu gösterilmiştir [3]. Hastalığın hem manik, hem depresif hem de iyilik dönemlerinde yürütücü işlevler, dikkat, sözel ve görsel hafıza bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur [44]. Sözel hafızadaki bozukluk hastalığın süresi, geçirilen manik atak sayısı, yatarak tedavi görme sayısı ve intihar girişimi ile ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada nöropsikolojik testlerdeki bozulma ile işlevsellikte azalmanın ilişkili bulunması ötimik dönemdeki bipolar hastaların günlük yaşamlarında ortaya çıkan zorlanmaların özellikle sözel hafızadaki bozukluktan

kaynaklanıyor olabileceğini düşündürmüştür [44]. Ayrıca bipolar bozukluğa sahip bireylerde eştanı olarak borderline kişilik bozukluğunun bulunmasının yürütücü işlevlerde daha fazla bozulmaya neden olduğu ve aile öyküsü pozitif olan bipolar bozukluk tanılı bireylerin ebeveynlerinde aile öyküsü pozitif olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylerin ebeveynlerine göre yürütücü işlevlerde anlamlı bozulma olduğu da gösterilmiştir [45,46].

2.2 Majör Depresif Bozukluk

2.2.1 Tanım ve Tarihçe

Majör depresif bozukluk çökkün ruh hali, ilgi alanlarında azalma, bilişsel işlevler ve uykuda bozulma, azalmış iştah gibi vejetatif semptomlarla karakterize bir bozukluktur [47]. Psikiyatride kaydedilen ilerlemelere rağmen, Hipokrat'ın zamanından bu yana ruhsal durumlar için tanısız isimlendirmeler çok az değişmiştir. İsa'dan önce 5. yüzyılda hipokrat melankoli terimini kullanmıştır, tanı sınıflandırma sistemlerinde 2013 yılında yayımlanan DSM 5'e kadar Duygudurum Bozuklukları başlığı altında bipolar bozukluk ile birlikte bulunan majör depresif bozukluk, DSM 5 ile birlikte bu tanı başlığından çıkartılmış ve Depresyon Bozuklukları başlığı altından tanımlanmıştır [42, 48].

2.2.2 Epidemiyoloji

Majör depresyonun bir yıllık sıklığı yaklaşık % 6, yaşam boyu sıklığı %18'dir ve yaşamı sırasında altı yetişkinden birini etkiler [49]. Tüm hastalıklar içinde hastalıkla geçen yıllar sıralamasında ikinci sıradadır [50]. Yüksek gelirli ülkeler ve düşük gelirli ülkelerde görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark yoktur [49]. Ortalama başlangıç yaşı, hastalığın şiddeti, belirti profili, sosyodemografik ve çevresel ilişkili faktörler çoğunlukla ülkeler ve kültürler arasında benzerdiler [47, 51]. Ülkeler arasındaki farklılık tedaviye ulaşım açısından belirgindir, yüksek gelirli ülkelerde ciddi majör depresyon hastalarının yaklaşık %60'ı uygun tedaviyi alırken düşük gelirli ülkelerde bu oran %10'un altındadır [52, 53]. Ergenlikten sonra kadınlar erkeklere göre majör depresif bozukluk gelişmesi açısından 2 kat daha risklidir. İki cinsiyette de ortalama başlangıç yaşı yaklaşık yirmibeştir [49, 54].

2.2.3 Etiyoloji

Majör depresif bozukluğun etiyojisine dair birçok hipotez öne atılmıştır. majör depresif bozukluk patogeneğinde genetik, biyokimyasal, nöroendokrin, bilişsel ve psikososyal/çevresel faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir [47].

Genetik Faktörler

Majör depresif bozukluğa sahip bireylerin birinci derece akrabalarında majör depresif bozukluk görülme riski üç kat artmış ve bu hastalık için kalılabirlik oranı yaklaşık %35 olarak hesaplanmıştır [55]. Belirleyici genetik etki araştırmaları, tutarlı ve sürekli bir bulgu açığa çıkartmamakla birlikte majör depresif bozukluk riski, küçük etkiye sahip birçok geni içeren yüksek polijenik özelliktedir [56]. İkiz çalışmalarında eş hastalanma oranı monozigotlar için dizigotlardan daha yüksek tespit edilmiştir [57]

Biyokimyasal Faktörler

Antidepresan ajanların temelde hedef aldığı serotonerjik ve noradrenerjik sistemler başta olmak üzere, majör depresif bozukluk etiyojisinde çeşitli nörotransmitter bozuklukları suçlanmaktadır [47]. Majör depresif bozuklukta genel olarak serotonin yapımı, metabolizması, reseptör sayısı ve duyarlılığındaki değişimlerle ilgili olarak ortaya çıkan serotonerjik işlev yetersizliğinden ve özellikle de limbik alanda serotonin azalmasından söz edilmektedir [58]. Yapılan çalışmalar majör depresif bozukluk hastalarında postsinaptik 5-hidroksitriptamin-2 reseptörlerinin sayısında artma olduğunu fakat buna rağmen presinaptik serotonin bağlanma oranının azaldığını göstermiştir [59]. Benzer şekilde prefrontal kortekste bozulan noradrenerjik sistemin, depresyonda görülen dikkati yönlendirme ve çalışma belleğindeki sorunlardan sorumlu olduğu düşünülmektedir. Majör depresif bozukluğa sahip bireylerde yapılan postmortem çalışmalarda frontal kortekste ve lokus seroleusta alfa-2 reseptör yoğunluğu ve affinitesinde artış bulunmuştur [60]. Buna ek olarak majör depresif bozuklukta dopamin aktivitesinin azaldığını gösteren çalışmalar mezolimbik dopamin yolağının ve dopamin tip 1 reseptörünün hipoaktif olduğuna işaret etmektedir [61].

Nöroendokrin Faktörler

Majör depresif bozukluk hastalarında yapılan histopatoloji ve nörogörüntüleme çalışmalarında elde edilen verilerde kimi beyin bölgelerinde izlenen yapısal plastisite değişikliklerinden nörotrofik faktörlerin sorumlu olabileceği

düşünülmüştür. Bunlardan en çok çalışılanı beyinden türetilen nörotrofik faktördür (BDNF) [62]. Majör depresif bozukluk hastalarında serum BDNF düzeyleri düşük bulunmuş ve BDNF gen polimorfizminin hastalığın kronikleşmesi açısından yordayıcı olabileceği öne sürülmüştür [63]. Ayrıca antidepresan ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi ve tekrarlayıcı transkraniyal manyetik stimülasyon tedavilerinden sonra BDNF düzeylerinde anlamlı yükselmeler saptanmıştır [64].

Etiyolojik alandaki araştırmaların diğer bir önemli kısmını hipotalamo-pituiter-adrenal (HPA) ve hipotalamo-pituiter-tiroid (HPT) eksenleri oluşturmaktadır. Depresyondaki hastaların önemli bir bölümü yükselmiş kortizol düzeylerine sahiptir. Kortikotrop salgılatıcı hormon (CRH) uyarımına adreno-kortikotropik hormon (ACTH) ve beta-endorfin yanıtında azalma görülmekte ve deksametazon supresyon testinde bu hastaların yaklaşık %50'sinde kortizol düzeyinde beklenen baskılanma oluşmamaktadır [65]. Bu bulgu, çocukluk çağında olumsuz yaşantılara sahip bireylerin, yetişkinlik döneminde stresörlere maruz kaldıklarında HPA ekseninde artmış aktivite gösterdiğini kanıtlayan klinik çalışmalarla desteklenmektedir [66, 67]. Benzer yanıtların gözlemlendiği bulgular tirotropin salgılatıcı hormon ve büyüme hormonu için de geçerlidir. Suçlanan diğer nöroendokrin anormallikler, azalmış melatonin sekresyonu, bazal folikül uyarıcı hormon (FSH), lüteinizan hormon (LH) ve testosteron düzeyleridir [68, 69].

Bilişsel Kuram Görüşleri

Bilişsel yaklaşıma göre majör depresif bozukluk, kişinin yaşadığı herhangi bir yaşam olayının kendisinde daha önceden mevcut, ancak işlevsel olmayan olumsuz şemaları harekete geçirmesiyle meydana gelmektedir [70]. Bilişsel yanlılık süreçleri ise kayıp veya engellenmenin abartılmış, kişiselleştirilmiş ve olumsuz bir tarzda yorumlanmasıyla olumsuz yaşam olaylarına karşı duyarlılığı artırır. Bilişsel kurama göre majör depresif bozuklukta kişinin kendisini, çevresini ve geleceğini tümüyle olumsuz değerlendirmesi ve olumsuz kendilik tasarımlarına sahip olması söz konusudur [71].

Psikososyal ve Çevresel Faktörler

Majör depresif bozukluk ile ilgili erken dönem çalışmalar daha çok güncel zorlayıcı yaşantılar (iş kaybı, ekonomik güvensizlik, kronik hastalığa sahip olmak) üzerine durmuşken son dönem çalışmalar daha çok çocukluk çağı olumsuz yaşantılarına (fiziksel veya cinsel istismar, psikolojik ihmal, aile içi şiddet,

ebeveynlerden erken ayrılma) odaklanmıştır. Tüm bu faktörlerin sıklığı, şiddeti ve süresi ile majör depresif bozuklukta kronisite ve semptom şiddeti arasında net bir ilişki vardır [72]. Çocukluk çağı travmasına sahip bireylerde majör depresif bozukluk görülme riski iki kat daha fazladır ve çocukluk çağı travmasına sahip majör depresif bozukluk tanılı bireylerde belirti şiddeti, işlevsellik kaybı ve tedaviye cevapsızlık daha yüksektir [73, 74].

Hem erkek hem kadınlarda bekar olmak veya bir partnere sahip olmamak ile yakın akraba veya arkadaşlarının hastalığı ya da yakınlarının veya arkadaşlarının kaybı, ekonomik ya da sosyal problemler ve işsizlik gibi olumsuz yaşam olaylarının varlığı majör depresif bozukluk için gösterilmiş risk faktörlerindedir [49, 75]. Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, düşük sosyoekonomik durum, zayıf sosyal destek, düşük öğrenim durumu her iki cinsiyette de majör depresif bozukluk için risk faktörüdür [55]. Ancak düşük öğrenim durumu ile majör depresif bozukluk arasında sebep sonuç ilişkisi olmadığı, iki durumun ortak genetik nedenlere dayalı olduğunu iddia eden görüşler de mevcuttur [56].

2.2.4 Klinik Özellikler

DSM 5’de Depresif Bozukluklar başlığı altında yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, majör depresif bozukluk, süregiden depresif bozukluk, premenstrüel disfori bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresif bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu, tanımlanmamış depresyon bozukluğu tanımlarını içermektedir [42]. Çalışmamız majör depresif bozukluk tanılı bireyler ile gerçekleştirildiğinden sadece majör depresif bozukluğa ait klinik bilgilere yer verilecektir. DSM 5’de majör depresif bozukluk kriterleri şu şekilde tanımlanmıştır.

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

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtiler kapsamamalıdır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. Üzüntülüdür, kendini boşlukta

hisseder yada umutsuzdur) yada bu durum başkalarınca gözlenir (örn. Ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir durum olabilir)

2. Bütün yada neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma yada bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre yada gözlemlerle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme yada kilo alma (örn. Bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) yada neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma yada artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır)

4. Neredeyse her gün uykusuzluk çekme yada aşırı uyuma

5. Neredeyse her gün psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) yada yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama yada yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik yada içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü)

7. Neredeyse her gün, değersizlik yada aşırı yad uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama yada suçluluk duyma olarak değil)

8. Neredeyse her gün, düşünmekte yada odaklanmakta güçlük çekme yada kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre yada başkalarınca gözlenir)

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini kendini öldürme (intihar) düşünceleri yada kendini öldürme girişimi yada kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

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

C. Bu dönem, bir maddenin yada başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur.

D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk, yada şizofren açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış yada tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani veya hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri yada hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse yada başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz [42].

Majör depresif bozukluğun seyri, yüksek belirti şiddeti, eşlik eden psikiyatrik hastalık varlığı ve çocukluk çağı travması gibi olumsuz yordayıcıların varlığına bağlı olarak remisyondan kronisiteye önemli çeşitlilik gösterir [47]. Toplum temelli örnekleme yapılan bir çalışmada bir majör depresif bozukluk atağının ortalama 13 – 30 hafta sürdüğü ve hastaların %70-90'ında bir yıl içinde iyileştiği gösterilmiştir [47]. Yapılan başka bir çalışmada poliklinik örnekleminde altı ay içinde hastaların yalnızca %25'inin remisyona girdiği, bununla birlikte %50 oranda majör depresif bozukluk atağının ikinci yıl da devam ettiği belirtilmektedir [47]. Majör depresif bozukluk atağından sonra rezidüel belirtiler ve işlevsellikte bozulma sıklıkla devam etmektedir [47, 76]. Buna ek olarak remisyondaki hastaların %80'i hayatlarında en az bir kez tekrar atak geçirdikleri ifade edilmiştir [47, 77]. Hastalığın seyri yaş ilerledikçe daha olumsuz özellik göstermektedir [47, 78]. Majör depresif bozukluk fiziksel sağlığı da etkiler. Büyük ölçekli birçok çalışma göstermektedir ki majör depresif bozukluk, diabetes mellitus, kalp hastalıkları, obezite, kanserler, inme, hipertansiyon, bilişsel bozulma ve alzheimer risklerini artırmaktadır [47, 79].

2.3 Bağlanma Kuramı

Bağlanma türü John Bowlby'nin bağlanma kuramından türetilen ve ebeveyn, çocuklar veya romantik eşlerden oluşan bağlanma figürleri ile girilen bakım alma veya bakım verme ilişkilerindeki karakteristik özellikleri tarif eder [80]. Kavram kişinin bağlanma figürüne dış dünyayı keşfederken güvenli bir üs olarak; destek, koruma ve stresli zamanlarda rahatlık aradığı durumlarda ise güvenli liman olarak güvenebilmesini içerir. Dünyanın keşfi yalnızca fiziksel dünya değil, diğer insanlarla kurulan ilişkiler ve kişinin iç dünyasının yansımaları ile ilgilidir [80]. Bowlby başlangıcından bu yana bağlanma kuramını klinik uygulamaya kılavuz olması amacıyla kavramsallaştırmıştır [80]. Bowlby'nin erken çalışmaları göstermiştir ki ebeveynlerinden ayrılmış veya mahrum kalmış çocuklar, en az erişkinler kadar zihinsel acı, ıstırap, özlem, umutsuzluk, ilgisizlik gibi yoğun zihinsel duygular yaşarlar. Bu ayrılıkta anne ve çocuk arasındaki hassas mekanizma bozulur ve bir insanı diğerine bağlayan kökensele bağ parçalanır. Parçalanarak acıya sebep olan bu

kökensel bağın doğası, bağlanma kuramının özünü oluşturur. Bu bağın doğası nedir ve nasıl gelişir, Bowlby'nin cevaplamaya çalıştığı sorular bunlardır [4].

Psikolojide bağlanma kavramı bebek davranışları ile araştırılmıştır. Bowlby'nin öncü çalışmalarında, bebeğin birincil bakım verenine nasıl bağlandığı ve onlardan ayrıldığında nasıl duygusal zorlanma yaşadığı açıklanmıştır [81]. Bowlby'e göre Freud ve Klein anne ve bebek arasında emzirmeden veya bebek cinselliğinden köken almayan ve kendine özgü olan bağlanmayı fark etmede başarısız olmuşlardı: Bowlby'e göre bağlanma kendine özgü çalışması ile birincil önemdeydi ve diğer sistemlerle onları düzenleyen bir bağ içindeydi [4].

Bowlby'nin kuramını etolojinin bulguları ve kendisinin psikanalize yönelik eleştirileri üzerine inşa ettiği bildirilmiştir [4]. Doğa bilimlerinin takipçisi olan Bowlby'nin, Lorenz'in bazı kuş türleri ile ilgili gözlemlerinden çok etkilendiği, yumurtadan yeni çıkan kaz yavrularının kendilerine direk besin sağlamayan anneleri veya anne benzerlerinden ayrıldıklarında kaygı sergiledikleri dikkatini çekmişti. Buradaki bağ, beslenmeden bağımsız görünüyordu. Başka bir örnek de Harlow'un maymun çalışmalarından gelmişti. Annelerinden ayrılan ve telden yapılmış cansız annelerin yanında yetiştirilen maymunlar, süt şişesi olan ve yumuşak kaplı olan iki farklı tel annelerden, yumuşak kaplı olanda vakitlerini daha çok geçiriyorlardı. Kazlar beslenme olmaksızın bağlanmayı, maymunlar bağlanma olmaksızın beslenmeyi gösteriyorlardı. Bu ve benzeri örneklerden de yola çıkılarak bağlanma kuramının, evrimsel ve gelişimsel yönleri ile psikanalizden farklı bir kavram olarak kabul edilebileceği ifade edilmiştir [4].

Bowlby psikanalizin gelişim fazlarının doğrusal tarzda tarif edilmesini eleştirir [4]. Fiksasyon alanlarına gerileme ile açıklanan psikopatoloji modeli ve patolojik durumlardan elde edilen bilgi ile oluşturulan normal gelişim modelini sorgulamıştır. Bowlby'e göre, çocuğun bağlanmaya bir eğilimi varsa da bağlanmasının doğası ve dinamikleri karşılaştığı çevreye bağlıdır ve bağlanma tıpkı vücuttaki organların görece birbirlerinden bağımsız gelişmesi gibi, beslenme veya seks gibi diğer dinamiklerden bağımsız kendine has dinamikleri ile gelişen bir süreç olarak düşünülmelidir. Bowlby, Lamarckçı bakış olarak nitelendirilebilecek psikolojik bir sürecin "a priori" bir amaç tarafından belirlendiği görüşünü reddeder. Örneğin "bağlanmanın amacı fizyolojik ihtiyaçları azaltmaktır" cümlesinde olduğu gibi, evrimsel bir gelişmenin doğanın dayattığı koşullara uyum sağlamak için tasarlanmış

bir özellik olarak ortaya çıktığı düşüncesine karşı çıkar. Bowlby'e göre, evrimsel terimlerle bağlanmanın varlığı yırtıcılardan korunmayı sağlar, fakat bu amaca hizmet etmek için ortaya çıkmamıştır. Bağlanma sisteminin biyolojik amacı, erken insanın evrimleştiği çevre koşullarında hayati bir öneme sahip olan yırtıcılardan korunmaktır. Yavru maymunlar annelerinden ayrılmaya nabızlarında hızlanma ve vücut sıcaklıklarında düşme ile yanıt verirler. Holmes, doğumdan bir yıl sonra işe dönen annelerde bebekleriyle kalan annelere göre daha yüksek düzeyde fizyolojik rahatsızlık olduğunu, bu annelerin bebeklerinde daha fazla enfeksiyon olduğunu gösteren çalışmaların olduğunu aktarmıştır. Aynı kaynakta güvenli bağlanmanın kan basıncını ve vücut sıcaklığı gibi iç düzenleyici mekanizmalar gibi çocuğun metabolizmasını kararlı durumda tutan dışsal bir psikolojik koruma çemberi sağladığı da ifade edilmiştir [4].

Bebek davranışlarına olan ilgi, bebekten gelen işaretlerin bakım verende oluşturduğu yanıtla, bebeğin gelişimi sırasında bağlanma türlerinden hangisini geliştirdiği arasında ilişki saptayan klasikleşmiş araştırmalar ile devam etmiştir [81, 82]. Bağlanma kuramının, yardıma muhtaç bebek ile bakım vereni arasındaki ilişkinin sonraki bütün yakın ilişkilerin temelini oluşturacağı düşüncesine dayandığı, bebek ve bakım vereni arasındaki bağlanmanın, bebeğin diğer zihinler hakkında eğitim aldığı bir alan işlevi gördüğü, çocuğun kendisini bağlanma figürlerinin davranışlarında bulmaya çalışırken başkalarının zihinlerini keşfedebilme imkanı bulunduğu ifade edilmiştir [83].

Bowlby'nin kuramını temel alarak 1978'de bebeklerde bağlanma türlerindeki bireysel farklılıkları değerlendirmek için yabancı durum adı verilen bir laboratuvar yöntemi geliştirilmiştir [80, 82]. Bu metod bebek, bakım veren ve bir yabancıyla etkileşimde olduğu ve bebeğin davranışlarının gözlemlendiği bir dizi uygulamayı içermektedir. Dikkat özellikle bakım verenden kısa bir ayrılık sonrası yeniden kavuşmada, bebeğin gösterdiği davranışlara odaklanmaktadır. Bu deneyin sonunda bebeklerin %63 ünün güvenli, %16 sının ikircikli ve %21 inin de kaçınan türde bağlandığını tanımlanmıştır [80, 82].

Bowlby'nin bağlanma sisteminin tüm yaşam boyu devam ettiği iddiasından köken alarak 1980'lerin ortalarından itibaren birçok araştırmacı erişkin davranışları ve kişilik yapısına bağlanmanın temel ilkelerini uygulamaya başlamışlardır [80].

Mary Main ve arkadaşları bebeklerin ebeveynleri ile yapılan görüşmenin çocukların yabancı durum davranışını güvenilir oranda yordadığı bir saatlik Erişkin Bağlanma Ölçeği isimli bir ölçek geliştirmişlerdir [84]. Erişkin bağlanma türlerinde üç bağlanma türü tanımlanmıştır, güvenli, ikircikli, kaçınan. Bu sınıflandırmaya yakın zamanda iki kategori daha eklenmiştir, çözümlenmemiş ve sınıflandırılmayan. İlk üç kategori klasik bağlanma sınıflamasının güvenli, ikircikli ve kaçınan sınıflamaları ile paraleldir, çözümlenmemiş kategorisi Main'in sonradan disorganize olarak adlandırdığı kategori ile paraleldir. Birçok çalışma kişinin kendi ebeveyni ile olan ilişkisini tanımlamaya dayanan Erişkin bağlanma görüşmesinin, kişilerin kendi çocuklarının yabancı durum deneyi sonuçlarını öngördüğünü belirtmektedir [85].

Bu alanda yapılan bazı çalışmalarda dört tip yetişkin bağlanma türü önerilmiştir. Bunlardan birincisi olan güvenli bağlanmanın bir ilişki içinde kendi ve ötekinin olumlu olarak algılandığı yakınlık ve özerklik içeren rahatlık ile karakterize olduğu, güvensiz bağlanma olarak değerlendirilen diğer üç alt tipten ise, ilkinin yakınlıktan korkan ve sosyallikten kaçınma ile karakterize olan korkulu bağlanma, ikincisinin kendisiyle ilgili olumsuz ötekilerle ilgili olumlu temsillere sahip saplantılı bağlanma (preoccupied) ve kendi ile ilgili olumlu temsillere sahip ve yakın ilişkilere izin vermeyen kayıtsız (dismissing) bağlanma şeklinde olduğu ifade edilmiştir [86, 87].

2.3.1 Bağlanma ve Psikopatoloji

Bağlanma teorisine göre, tutarsız, güvenilmez veya duyarsız bağlanma figürleriyle etkileşimler, güvenli ve istikrarlı bir zihinsel temelin gelişmesini engeller ve stresli yaşam olayları ile başa çıkma esnekliğini azaltarak kişiyi kriz zamanlarında ruhsal sorunlar yaşamaya yatkın kılar [88]. Mikulincer ve Shaver'in yüzün üstünde çalışmayı inceledikleri bir süreç sonunda güvensiz bağlanmanın hafif rahatsızlıklardan ağır kişilik bozukluğu ve hatta şizofreniye kadar çok çeşitli ruhsal rahatsızlıkla ilişkili olduğunu saptadıkları ifade edilmiştir [89]. Örneğin güvensiz bağlanmanın (hem ikircikli hem kaçınan bağlanma) depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, intihar eğilimi ve yeme bozuklukları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [90-93] Güvensiz bağlanma türünün

ileriye dönük olarak, yeni depresyon atakları için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir [86, 94].

Bipolar bozuklukta bağlanma türü konusunda sınırlı miktarda araştırma yapıldığı belirtilmiştir [86]. Ötimik ve depresyonda olan bipolar bozukluğa sahip bireylerin başka insanlara sağlıklı kontrollerden daha fazla bağımlı olmadığı [86, 95-97], buna karşılık nüks olasılığı ve kötü ilaç uyumunun zayıf ebeveyn bağı ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir [96]. Bipolar bozukluk tip 1 hastalarında yapılan ve bağlanmanın incelendiği bir araştırmada ötimik bipolar ve depresif atakta olan hastaların sağlıklı kontrollere göre daha az güvenli bağlanma skorları elde ettiği ve özellikle ikircikli bağlanma skorlarının yüksek olduğu gösterilmiştir [86]. Aynı çalışmada bağlanma türü ile hastalığın başlangıç yaşı, atak sayısı ve hastane yatış sayıları arasında ilişki bulunamamıştır [86].

2.4 Zihin Kuramı

Zihin kuramı, kendine ve başkalarına zihinsel durum atfetmeyi sağlayan bilişsel kapasiteyi ifade eder [96]. Kavramın ilk kez 1978 yılında Premack ve Woodruff'un çalışmaları sonrası kullanıldığı aktarılmıştır [98]. Bu kapasite “naif psikoloji” “zihin okuma” “zihinselleştirme” “sağduyu psikolojisi” “folk psikoloji” olarak da adlandırılmıştır [99]. Zihinsel atıflar sözel veya sözel olmayan formlarda yapılabilir. Neredeyse tüm dil topluluklarında algılar, bedensel duygular, duygusal durumlar ve önermecî tutumlar (inançlar, arzular, umutlar ve niyetler) dahil olmak üzere zihinsel durumları tanımlamak için kelimeler veya ifadeler vardır. Sosyal hayattaki insanların dile getirmeseler bile başkalarının zihinsel durumları hakkında düşünce ve inançlara sahip olduğu belirtilmiştir. İnsanların bu süreci nasıl yürüttüğü, kendisine ve üçüncü şahıslara atıf yaparken kullandığı metodlar arasındaki fark ve benzerlikler bilişsel bilim alanında tartışılmıştır [98]. zihin kuramı'nı açıklamak için en çok kullanılan yaklaşımların “teori – teorisi” ve “simülasyon teorisi” olduğu aktarılmıştır [99]. Teori teorisine göre kişinin kendi ve başkalarını anlamakta kullandığı üst temsiller ve kuralların olduğu, başkası hakkında bildiklerini bu kurallar yardımıyla inceleyerek bir teori oluşturduğu, simülasyon teorisinde ise kişinin ayna nöronlarının da aracılık ettiği bir empatik süreç aracılığı ile başkaları hakkında bilgi sahibi olduğu düşüncesinin savunulduğu ifade edilmiştir [99].

Zihin kuramı insan sosyal bilişinin merkezi bir bileşenidir [100, 101]. Çocuk zihin kuramı'nın erken çocukluk döneminde kademeli olarak geliştiği, preverbal bir yaşındaki çocukların, başkalarının bilgi eksikliğini belirleme konusunda başlangıç becerisi gösterdiği ve on sekiz aylık bebeklerin de başkalarının hatalarını tahmin etme, onlardan kaçınma ve onları düzeltme yeteneği gösterdiği ifade edilmiştir [100, 102-104]. Başkalarının niyetlerinin ilk tanınması bir yaş civarında ortaya çıkar ve bebeklerin ortak dikkat ve taklit kapasitelerinde ifade edilir [100, 101, 105]. Üç yaşındaki çocuklar kasıtlı eylemler ile hata, refleks ve pasif eylem gibi kasıtlı olmayanları ayırt etme yeteneğine sahiptirler [100, 106]. 5 yaşına geldiklerinde niyetli eylemler ile sonuçlarını fark edebilecekleri ve istenilen bir sonucun, amaçlanan bir eylemin sonucu olmasının zorunlu olmadığını ve istenmeyen bir sonucun başarısız bir işlemde kaynaklanabileceğini bu yaşla birlikte anlayabilecekleri ifade edilmiştir [100, 107-109]

Bu şekilde aşamalı bir şekilde karmaşıklaşarak gelişen zihin kuramı şu kavramlarla tanımlanmışlardır:

Birinci derece yanlış inanç yeteneği, en basit olanıdır ve bir kişiye inanç atfedebilme yeteneği anlamına gelir [110]. Çocuklarda 4 yaş civarında gelişir [111, 112].

İkinci derece yanlış inanç yeteneği, üçüncü bir kişinin nesnel bir olay ile ilgili düşünceleri hakkında ikinci bir kişinin düşüncelerini çıkarsayabilme yeteneğini ifade eder [110]. 6 – 7 yaş civarında gelişir [112, 113]

Metafor niyetleri anlamayı gerektiren bir zihin kuramı yeteneğidir [114]. Metaforda söylenen söz ilk bakışta doğru değildir ve dinleyicide şu durumu anlama yeteneğini gerektirir; “konuşan kişi söylediği sözün farklı anlamda anlaşılmasını istiyor” [115]. 5 yaşındaki çocuklarda basit metaforları anlama yeteneğinin geliştiği aktarılmıştır [112]

İroni de niyetleri anlamayı gerektirse de, “atfedilmiş bir düşünce hakkındaki düşünce” anlamına da gelen “ikinci düzey üst temsilleri” anlamayı gerektirdiği için metafora göre daha karmaşık bir yetenek gerektirir [114]. 5 – 6 yaş arası çocuklarda basit ironi ifadelerini anlama yeteneğinin geliştiği aktarılmıştır [112]

Pot kırmayı anlama (faux pas) bilişsel ve afektif bileşenleri olan gelişimsel olarak daha karmaşık bir yetenektir ve iki zihinsel durumun temsilini içermektedir [110]. Bir insanın duyan kişiyi üzecek söyli söylememesi gerektiğini anlama

kabiliyetini ifade eder [110, 113]. Söyleyen kişinin söylememesi gerektiğini anlama, bilişsel komponenti, duyan kişinin rencide olacağı ile ilgili empatik anlayış da afektif bileşenini oluşturur [112]. Yapılan gözlemler sonucunda bu yeteneğin kızlarda 9 yaşında erkeklerde 11 yaşında geliştiği bildirilmiştir [110, 113]

Zihin kuramının farklı yetiler içermesi sebebiyle farklı alt tiplere ayrılabilceği ve bazı yazarlar tarafından sosyal bilişsel ve sosyal algısal zihin kuramı olarak ikiye ayrıldığı aktarılmıştır [99, 116, 117]. Sosyal bilişsel zihin kuramının başkalarının davranışlarına bakarak altta yatan zihin durumunu tahmin etme yeteneği sağladığı ve klasik olarak yanlış inanç testi ile değerlendirildiği, bunun yanında sosyal algısal zihin kuramının ise doğrudan gözlenebilen bilgiye dayanarak başkalarının zihin durumları hakkında tahmin etme olanağı verdiği ve klasik olarak Gözler Testi ile değerlendirildiği ifade edilmiştir [99].

2.4.1 Zihin Kuramı ve Psikopatoloji

Zihin kuramı işlevlerinde görülen eksiklik, diğer nörokognitif becerilerle karşılaştırıldığında, kişilerarası ilişkiler ile daha doğrudan ilişkili sosyal bilişsel yetenekleri etkilemesi nedeniyle psikiyatrik bozukluklarda görülen psikososyal zorluklara daha önemli derecede katkıda bulunabilmektedir [118].

Zihin kuramındaki azalmanın başta otizm ve şizofreni olmak üzere birçok psikiyatrik hastalıkta belirgin olduğu ve kötü işlevsellikte rol alabileceği bilinmekle birlikte, zihin kuramının bipolar bozuklukta da azalmış olduğuna dair kanıtların da giderek arttığı belirtilmektedir [118].

Bipolar bozukluk tanılı hastaların önemli bir bölümünde psikososyal işlevsellik kötüdür ve remisyon sırasında da birçok hastada nörobilişsel bozukluğun belirgin olduğu ifade edilmiştir [3, 118, 119].

Bora ve arkadaşlarının yaptığı bir meta analiz çalışması göstermiştir ki bipolar bozukluğa sahip bireylerde zihin kuramı kontrol grubuna göre anlamlı olarak bozuktur [118]. Bu bozukluğun ötimik dönemde de belirgin olduğu ve subsendromal tablodaki bireylerle remisyonundaki bireyler arasında bu açıdan bir fark olmadığı, akut dönemlerdeki bipolar bozukluk hastalarındaki zihin kuramındaki azalmanın ise en fazla olduğu, bu artışın manik ataklarda daha belirgin olduğu ve Young Mani Ölçeği'nde puan arttıkça zihin kuramında azaldığı gösterilmiştir [118]. Psikotik atak geçiren bipolar hastalarda psikoz öyküsü bulunmayan hastalara göre zihin kuramı

daha düşük görünse de bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı ifade edilmiştir [118]. Zihin kuramındaki bozulmanın cinsiyet, yaş, eğitim, hastalığın başlangıç yaşı ve hastalığın süresi ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir [118]. Bu metaanalizde bilişsel ve algısal zihin kuramı alt tiplerinin her ikisinin de benzer derece bozulduğu ifade edilmiştir [118].

Bora ve arkadaşlarının majör depresif bozukluk ve zihin kuramı ilişkisini araştırdıkları meta analizde majör depresif bozuklukta sağlıklı kontrollere göre zihin kuramında anlamlı bozulma olduğu, bu bozulmanın hem bilişsel hem algısal zihin kuramı alt tipinde bulunduğu gösterilmiştir [120]. Majör depresif bozuklukta semptom şiddeti arttıkça zihin kuramındaki bozulmanın arttığını ifade etmişlerdir [120]. Sağlıklı kontroller ve majör depresif bozukluk hastalarındaki zihin kuramı farklılığının yaş, cinsiyet ve yürütücü işlev bozukluğunun şiddetinden etkilenmediği belirtilmiştir [120]. Bu metaanalizde, majör depresif bozukluğun remisyon dönemi ile sağlıklı kontroller arasındaki zihin kuramı farklılıklarını tanımlamak için daha çok sayıda çalışma yapılması gerektiği vurgulanmıştır [120]. Aynı çalışmada majör depresyon sonrası remisyon dönemindeki bireyler ile sağlıklı kontroller arasında anlamlı zihin kuramı farklılığı olmadığını belirten bir çalışma ve iki grup arasında majör depresyon sonrası remisyon dönemindeki bireylerin daha kötü performans gösterdiği başka bir çalışma da aktarılmıştır [120-122]. Bazı çalışmalarda majör depresif bozukluk sonrası remisyon dönemindeki bireylerde bazı olumsuz duyguları tanımakta (öfke, korku gibi) performans artışı bildirildiği ifade edilmiştir [120, 123-125]. Bununla birlikte majör depresif bozukluğun heterojen bir kavram olması göz önünde bulundurularak artmış sosyal bilişin sadece sosyal dışlanma ilişkili durumlarda gözlenebileceği bildirilmiştir [120, 126]. Geç başlangıçlı, psikotik ve melankolik gibi majör depresif bozukluk alt türlerinin remisyon döneminde bilişsel bozulma ve zihin kuramındaki azalma ile ilişki olabileceği aktarılmıştır [2, 120, 126-128]. Aynı meta analizde yürütücü işlev bozukluğunun majör depresif bozuklukta zihin kuramındaki bozukluğa anlamlı katkıda bulunmadığı bildirilmiştir [120].

2.5 Bağlanma ve Zihin Kuramı İlişkisi

Bağlanma kuramına göre güvenli bağlanmanın çocuğun bağlanma figürünün davranışlarını tahmin edebilmek için gerekli olan, ilişkinin tutarlı ve düzenli temsillerinin oluşumunu kolaylaştırdığı, bu yeteneğin Bowlby'nin "amaca yönelik

ortaklık” olarak adlandırdığı ve bebeğe, amaçlarını bağlanma figürü ile uyumlu sunabilecek bir içgörü kazandırdığı belirtilmiştir [129]. Bu nedenle bağlanma ilişkilerinin çocuklara davranış kılavuzu olarak, başkalarının zihinsel temsillerine bakma olanağı tanıdığı ve bu sürecin zihin kuramı ile birçok benzerliği olduğu vurgulanmıştır [129].

Bununla birlikte bağlanma ve zihin kuramı üzerine yapılan araştırmalar farklı sonuçlar vermektedir [129]. Bazı araştırmalar güvenli bağlanma ile zihinsel durumu anlama arasında ilişki saptamışlarken [130-132] diğer araştırmacılar güvenli bağlanma ile zihin kuramı arasında ilişki saptayamamışlardır [129, 133]. Bu farklı sonuçların nedenlerinden birinin araya giren değişkenler olabileceği savunulmuştur [129]. Meins çocuğun zihinsel deneyimleri hakkında uygun yorumlar yapma fırsatı veren, annedeki duyarlılık farklılıklarının bu ilişkiyi düzenleyen faktör olduğunu savunmuş ve yaptığı çalışma sonunda annenin çocuğu ile oynarken zihinsel durum dilini kullanmasının, zihin kuramı becerilerini yordadığını ifade etmiştir [129, 134].

Dunn ve arkadaşları 1991’deki öncü çalışmalarında, erken sosyal çevre ile çocuğun zihinleri anlayabilme yeteneği arasındaki ilişkiyi gösterdikten sonra bu alanda gittikçe artan kanıt oluşmuştur [135]. Bu dönüm noktası çalışmada ailelerin belirli etkileşim tarzları ile çocuğun ilerideki zihin kuramı arasında ilişki olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışmada eğer aileler duyguları tartışma eğilimi ve nedensellik dili kullanıyorlarsa ve anne büyük kardeşlerin davranışlarını sık kontrol etmeye çalışıyorsa çocukların zihin kuramında daha başarılı olma ihtimallerinin arttığı bulunmuştur. Başka bir çalışma sadece kardeş varlığının zihin kuramı üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermiştir ancak bunun sadece büyük kardeş için olduğu ileri sürülmüştür [134, 136]. Varlıklı ailelerin çocuklarının da yoksul ailelerin çocuklarına göre daha iyi performans gösterdikleri kaydedilmiştir [134]. Sayıları artan bu çalışmalarda araştırmacılar birlikte bulunan faktörlerin zihin kuramı ile arasında nedensellik bağı kurmakta temkinli davranmışlardır. Örneğin bu bağlamda, ailenin bazı etkileşim tiplerinin çocuğun zihin kuramında artmaya neden olduğu şeklinde yorumlanan çalışma, çocukların kendi yüksek zihin kuramının başkalarının ilgisini çekerek belli tarzda etkileşim kurmaya neden olabildiği şeklinde de yorumlanabilmektedir [134].

Meins ve arkadaşları bebekliğinde annelerine güvenli bağlanan çocukların diğerlerine göre daha iyi zihin kuramı gösterdiğini bildirmişlerdir [134]. Yazarlar bu

çalışma için de kesin nedensellik bağı bulunduğuna dair kanıtları olmadıkları şeklinde fikir belirtmişlerdir [134]. Güvenli bağlanmada, annenin çocuğa başka zihinleri tahmin edebilmeyi öğrettiği modeli “çıracılık modeli” olarak adlandıran yazarlar da vardır [137]. Meins ve arkadaşları bulgularını şu şekilde açıklamışlardır, güvenli bağlanma ile zihin kuramı arasındaki olumlu ilişki annedeki - bebeğe zihinsel dünyası olan bir birey olarak davranma eğilimi anlamına gelen – zihinsel zihin (mind-mindedness) varlığına bağlıdır [134]. Bu açıklama güvenli bağlanan annelerin güvensiz bağlanan annelere göre, çocukların tanımlanması istendiğinde onların davranış veya fiziksel özellikleri yerine zihinsel atıflarına odaklanmış olmalarından köken almıştır. Anneleri tarafından fiziksel özellikleri yerine zihinsel özellikleri ile tanımlanan çocuklarda zihin kuramı daha yüksek bulunmuştur [131, 134]. Bu zihinsel zihne sahip olma durumu klasik olarak güvenli bağlanmanın en iyi yordayıcısı olduğu düşünülen “annelerel duyarlılıktan” daha iyi bir yordayıcı olarak tespit edilmiştir [134]. Meins ve arkadaşları başka bir çalışmada da zihinsel zihin kavramının annenin çocuğa zihni olan bir birey olarak davranma eğiliminden daha çok, annenin bebek 6 aylık iken bebeğin zihni için yaptığı yorumlardaki zihinsel durumları içeren dilin kullanımı olarak tanımlamışlardır [134, 138].

Meins ve arkadaşları annesel zihinsel zihin ile güvenli bağlanma arasındaki öngörülebilir bağlantının zihin kuramı gelişimi açısından birkaç sebeple ilişkili olduğunu söylemişlerdir. Bunlardan ilki, erken dönem anne zihinsel zihnin bebeğin zihin durumlarını uygun bir şekilde temsil etme ve çocuğun amaçlı duruşunu anlamayı sağlamasıdır [5, 134]. Bu temsil etme durumu çocuğun da başkalarının zihinsel durumlarını temsil edebilmesi için gerekli olduğundan, zihin kuramı gelişiminin ana bileşenlerinden biridir. Bu nedenle annenin aktivitesindeki bu temsil etme durumuna odaklanmak, zihin kuramındaki farklılıkları güvenli bağlanmanın davranışsal ölçütleriyle açıklama çelişkisinden uzak durmayı sağlayabilir [134]. İkincisi Meins ve arkadaşlarının bulguları ruhsal durum dilini genel olarak açığa çıkarma ile, bebeğin zihinsel durumuna uygun yorumlar arasındaki farklılığı belirleme ihtiyacı olduğunu ortaya çıkarmıştır. Eğer genel açığa çıkarma zihin kuramını iyileştirseydi, ruhsal dilin tüm tiplerinin anne tarafından yüksek kullanımının zihin kuramı testlerinde yüksek performans ile ilişkili olduğu öngörülecekti [134]. Buna alternatif olarak ruhsal durum dilinin sadece belirli tipleri sonraki zihin kuramı performansı ile ilişkili olabileceği ifade edilmiştir [134].

Örneğin; bebeklerinin zihinsel süreçleri üzerine uygun yorumlar yaparak bebeklerine o anki deneyimlerine dair bir temsil ilişkisi sağlayabileceği ileri sürülmüştür [134].

Meins ve arkadaşları bebeğinin zihin durumuna uygun yorum yapma eğilimi olarak tanımladıkları zihinsel zihnin çocuğun ileriki dönemdeki zihin kuramını yordadığını belirtmişlerdir [134]. Sözel IQ ile zihin kuramı arasında ilişki olduğunu iddia eden çalışmalar aktarılmıştır [134, 139, 140].

Perner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birden fazla bağlanma figürünün olduğu büyük ailede yetişen çocukların daha küçük ailede yetişen çocuklara göre zihin kuramının daha iyi olduğu aktarılmıştır [130, 141]. Dunn ve arkadaşları 33 aylık iken anne bebek etkileşiminin bebeğin 40 aylık iken davranış açıklamada yanlış inanç kullanımını arasında korelasyon olduğunu göstermişlerdir [130, 135].

Bağlanma ve zihin kuramı ilişkisinin farklı hastalık popülasyonlarında incelenmesi ve bu ilişkinin sosyodemografik ve klinik faktörler açısından karşılaştırılması ve bu sayede elde edilecek verinin mevcut tedavi yöntemlerine ek olarak ara dönemlerde uygulanabilecek psikoterapötik uygulamalara zemin oluşturacak kuramsal bilgi oluşturması açısından önemli görünmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na yapılan başvurusu sonucunda “Bipolar Bozukluk ve Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastaların Remisyon Dönemlerinde Bağlanma ve Zihin Kuramı Özelliklerinin Araştırılması” isimli tez çalışmasının 22.01.2018 tarih ve 05 sayılı karar neticesinde yapılmasının uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

3.1 Örneklem Seçimi

Çalışmanın örnekleme; Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniklerinde tedavisi devam eden bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk tanılı hastalar ile yaş ve cinsiyet bakımından eşleştirilmiş sağlıklı bireylerden oluşmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler bilgilendirilerek onamları alınmıştır. Sağlıklı kontrol grubuna ilan yoluyla ulaşılmıştır.

Örneklem seçiminde şu dahil edilme kriterleri uygulanmıştır:

1. 18 – 65 yaş arasında olmak,
2. DSM 5 kriterlerine göre bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk tanısı almış olmak
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak,
4. En az ilkokul mezunu olmak

Örneklem seçiminde şu dışlama kriterleri uygulanmıştır:

1. 18 yaş altında ve 65 yaş üstünde olmak
2. Hastalıkların atak dönemlerinde olmak
3. Organik bir hastalığa sahip olmak

Örneklemin genişliğini belirlemek için yapılan biyoistatistik çalışmasında, güç analizi; PASS – II paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tek yönlü varyans analizi kullanılarak %90 güç ile tip 1 hata 0,05 kabul edilerek hesaplanmıştır. Güç analizinde kullanılan özet değerler “Bipolar ve Unipolar Depresyon Hastalarında Ve Sağlıklı Kontrollerde Zihin Kuramı Ve Bilişsel İşlevlerle İlişkisi” isimli çalışmadan alınmıştır. Güç analizi sonucunda grup başına en az 10 kişi olmaz üzere toplamda en az 30 kişi alınması uygun görülmüştür.

3.2 Yöntem

Bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk ve sağlıklı kontrol grubundan bireyler ile yapılan görüşmelerde Young Mani Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, Gözler Testi ve Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği uygulanmış ve sosyodemografik ve klinik özellikler veri formu ile bilgi alınmıştır.

3.3 Kullanılan Ölçekler

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu

Katılımcıların sosyodemografik bilgilerini değerlendirebilmek için çalışmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik form ile katılımcıların, yaşı, cinsiyeti, kaç yıldır hasta olduğu, kaç atak geçirdiği, atakların psikotik özellikli olup olmadığı, hastanede yatış sayısı, intihar öyküsü, ailelerinde duygudurum bozukluğu olup olmadığı sorgulanmıştır.

Young Mani Ölçeği

Bipolar bozukluk mani dönemini değerlendirmek için kullanılan Young Mani Ölçeği Young ve arkadaşları tarafından 1978'de oluşturulmuştur. Bu ölçeğin her biri 5 şiddet derecesi içeren 11 maddeden oluşan ve beşinci altıncı sekizinci ve dokuzuncu maddelerine iki katı puan verilen bir ölçek olduğu belirtilmiştir [142]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2001 yılında yapılmıştır [143]. Çalışmamız katılımcılarının bu ölçekte 5 puan ve altında olarak değerlendirilmesi göz önünde bulundurulmuştur.

Hamilton Depresyon Ölçeği

Bipolar bozukluk depresyon dönemi ve majör depresif bozukluğu değerlendirmek için kullanılan Hamilton Depresyon Ölçeği 1960 yılında Hamilton tarafından oluşturulmuştur [144]. İki ve dört puanlı şiddet dereceleri içeren on yedi alt başlıktan oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1996 yılında yapılmıştır [145]. Çalışmamız katılımcılarının bu ölçekte 7 puan ve altında olarak değerlendirilmesi göz önünde bulundurulmuştur.

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği

Bağlanma özelliklerini değerlendirmek için iki bölümden oluşan Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin ilk bölümü Hazan ve Shaver tarafından 1987 yılında [146], ikinci bölümü Mikulincer tarafından 1993 yılında oluşturulmuştur [147]. İlk bölüm bağlanmayı, güvenli, ikircikli ve kaçınan olarak

tanımlayan ve çocukluk döneminde ebeveyn ile ilişkileri inceleyen üç paragraftan oluşmaktadır. Katılımcı bu paragraflardan birini işaretleyerek çocukluk dönem bağlanma türünü ifade etmektedir [148]. İkinci bölüm ise erişkin dönem bağlanma özelliklerini araştıran, bir ve yedi puan arasında puanlamayı gerektiren on beş maddeden oluşmaktadır. Bu on beş madde güvenli, kaçınan ve ikircikli bağlanmayı tarif eden beşer maddeyi içermektedir. Yazarlar, katılımcının bağlanma türlerinden aldığı puanlardan en yüksek olanının erişkin bağlanma türünü ifade ettiğini belirtmişlerdir [148]. Bu değerlendirmeye ek olarak, bağlanma türlerinden alınan puanlarla kişinin hangi bağlanma türüne ne kadar yakın olduğunun kategorik olmayan bir şekilde değerlendirilebileceği de belirtilmiştir [148]. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2012 yılında yapılmıştır [148].

Gözlerden Zihin Okuma Testi

Zihin kuramının sosyal algısal bileşenini değerlendiren, kişilerin gözlerinden hangi duyguda olduğunu tahmin etmeye dayanan otuz iki adet resimden oluşan bir testtir. 1997 yılında Baron – Cohen ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş, 2001 yılında da aynı isimler tarafından geliştirilmiş sürümü yayınlanmıştır [149,150]. Katılımcıdan, resimde ifade edilen zihin durumunu en iyi ifade eden dört seçenekten birisinin seçilmesi talep edilir. Her resmin bir doğru cevabı vardır. Doğru cevap bir puan ile yanlış cevap sıfır puan ile değerlendirilir. Katılımcının aldığı puan arttıkça sosyal algısal zihin kuramının arttığı şeklinde yorumlanır [151]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında yapılmıştır [151].

Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği

Başkasının zihinsel durumu ile ilgili atıfta bulunabilme yeteneği olarak özetlenebilecek olan zihin kuramının, birinci derece yanlış inanç, ikinci derece yanlış inanç, metafor, ironi, pot kırma ve empati isimli bileşenlerini değerlendiren bir ölçektir. Yedi hikaye, iki resim ve 16 sorudan oluşturulmuştur. 1, 2, 9 ve 12. sorular birinci derece yanlış inanç görevini, 3, 4, ve 14. sorular ikinci derece yanlış inanç görevini, 6 ve 13. sorular metafor kavrama görevini, 5, 10 ve 11. sorular ironi kavrama görevini, 15. soru pot kırmayı anlama görevini, 7, 8 ve 16. sorular empatik anlayış görevini değerlendirmektedir. Birinci derece yanlış inanç, ikinci derece yanlış inanç ve metafor kavrama görevlerinden oluşan (1, 2, 3, 4, 6, 9, 12, 13, 14 numaralı sorular) temsil alt ölçeği, ironi ve pot kırmayı anlama görevlerinden oluşan (5, 10, 11, 15 numaralı sorular) üst temsil alt ölçeği ve empati alt ölçeği (7, 8, 16 numaralı

sorular) isimlerinde üç alt ölçek bulundurmaktadır. Değirmencioglu tarafından 2008 yılında oluşturulmuş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış, 2017’de geçerlik güvenirlik çalışması güncellenmiştir [112, 152].

3.4 İstatistiksel Yöntem

Sürekli veriler Ortalama \pm Standart Sapma olarak verilmiştir. Kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk’s testinden yararlanılmıştır. Çalışmamızda Gözler Testi ve sigara paket yıl değişkenleri normal dağılım, diğer değişkenler normal olmayan dağılım göstermiştir. Normal dağılım gösteren grupların karşılaştırılmasında, grup sayısı iki olan durumlar için bağımsız örnek t testi analizi, grup sayısı üç ve üzerinde olan durumlar için Tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen grupların karşılaştırılmasında, grup sayısı iki olan durumlar için Mann-Whitney U testi, grup sayısı üç ve üzerinde olan durumlar için Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin (korelasyon) yönü ve büyüklüğünün belirlenmesi normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenler için ise Spearman korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Oluşturulan çapraz tabloların analizinde Pearson Ki-Kare ve Pearson Kesin (Exact) Ki-Kare analizleri kullanılmıştır. Analizlerin uygulanmasında IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve SAS Studio programlarından yararlanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri kriter kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1 Örneklem Özellikleri

Araştırmaya toplamda 90 olgu alınması planlanmış, 77 olguya ulaşılmış, 2 olgunun görüşmeyi tamamlayamaması sebebiyle dahil edilmemiştir. Ötistik dönemdeki bipolar bozukluk tanısı olan 26 (%34,7) olgu, remisyon döneminde majör depresif bozukluk tanısı olan 25 (%33,3) olgu ve kontrol grubu olarak 24 (%32,0) sağlıklı olgu olmak üzere 75 olgu dahil edilmiştir. Çalışma örneklemini 46 kadın (%61,3) ile 29 erkek (%38,7) birey oluşturmaktadır. Katılımcıların 39'u (%52,0) evli, 30'u (%40,0) bekar, 6'sı (%8,0) ise dul/boşanmıştır. Çalışmaya alınan olguların 30'u (%40,0) herhangi bir meslek grubunda çalışmıyor iken 16'sı (%21,3) memur, 11'i (%14,7) öğrenci, 7'si (%9,3) emekli, 4'ü (%5,3) işçi, 4'ü (%5,3) serbest meslek mensubu iken 3 kişi (%4,0) diğer işlerde çalışmaktadır. Çalışma örnekleminde ortalama yaş $37,86 \pm 12,03$, ortalama öğrenim yılı $12,84 \pm 4,26$ ve ortalama gelir $4636,66 \pm 3057,93$ olarak hesaplanmıştır.

4.2 Gruplar Arasında Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Çalışmaya alınan olgular hastalık tanılarına göre bipolar bozukluk saptanan 26 (%34,7) kişi, majör depresif bozukluk saptanan 25 (%33,3) kişi ve kontrol grubunda 24 (%32,0) sağlıklı kişi olmak üzere üç gruba ayrılmış ve sosyodemografik değişkenler bu gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Bireylerin hastalık tanılarına göre, yaş, cinsiyet, medeni durum ve ailenin aylık geliri dağılımları karşılaştırıldığında oranlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.1). Gruplar öğrenim yılı açısından karşılaştırıldığında bipolar bozukluk ile majör depresif bozukluk arasında herhangi bir istatistiksel farklılık tespit edilmezken sağlıklı kontrol grubunda öğrenim yılı belirgin olarak fazladır ($p=0,021$). Gruplar arasında mesleki durum karşılaştırıldığında oranlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,010$), bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk grubunda çalışmama oranı sağlıklı kontrollere göre yüksektir.

Tablo 4.1: Gruplar arasında sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		Bipolar Bozukluk (n=26)	Majör Depresif Bozukluk (n=25)	Sağlıklı Kontrol (n=24)	p	χ^2
Yaş ¹		36,61±11,50	39,56±12,11	37,45±12,79	0,663	0,40
Cinsiyet	Kadın	16(61,5)	16(64,0)	14(58,3)	0,920	0,16
	Erkek	10(38,5)	9(36,0)	10(41,7)		
Öğrenim yıl ¹		12,84±4,12	11,12±4,45	14,62±3,57	0,021*	4,53
Medeni durum	Bekâr	14(53,8)	8(32,0)	8(33,3)	0,201	5,89
	Evli	11(42,3)	13(52,0)	15(62,5)		
	Boşanmış/Dul	1(3,8)	4(16,0)	1(4,2)		
Mesleki durum	Çalışmıyor	14(53,8)	14(56,0)	2(8,3)	0,010*	24,76
	Öğrenci	3(11,5)	1(4,0)	7(29,2)		
	Memur	2(7,7)	4(16,0)	10(41,7)		
	İşçi	2(7,7)	1(4,0)	1(4,2)		
	Serbest meslek	1(3,8)	2(8,4)	1(4,2)		
	Emekli	2(7,7)	3(12,0)	2(8,3)		
	Diğer	2(7,7)	0(0)	1(4,2)		
Ailenin aylık geliri ¹		4150,00±2818,97	4156,00±2301,10	5664,58±3781,72	0,301	2,39

Ki-Kare testi, n(%),

¹:Independent-Samples Kruskal Wallis Test, ortalama±standart sapma

*:p<0,05

4.3 Gruplar Arasında Klinik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Hastalık tanısına göre klinik veriler karşılaştırıldığında bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk grupları arasında aile öyküsü, hastalık süresi, yatış sayısı, psikotik özellik, özkıyım girişimi ve sayısı, sigara kullanımı ve miktarı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.2). Bipolar bozukluğa sahip bireylerde ilk hastalık yaşı, majör depresif bozukluk görülen bireylerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı derecede küçüktür ($p=0,009$). Majör depresif bozuklukta alkol veya madde kullanımı bipolar bozukluğa göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,031$). Grupların bağlanma türleri ve zihin kuramı ölçek puanları ile klinik özellikleri arasındaki ilişki araştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2: Gruplar arasında klinik değişkenlerin karşılaştırılması

		Bipolar Bozukluk (n=26)	Majör Depresif Bozukluk (n=25)	p	χ^2	F
Aile Öyküsü	Var	5 (19,23)	6 (24,00)	0,1428	3,8929	
	Yok	21 (80,77)	19 (76,00)			
İlk Hastalık Yaşı ¹		21,57±5,13	29,04±11,12	0,009*	9,590	
Hastalık Süresi ¹		15,03±11,44	10,52±10,34	0,102	2,180	
Yatış Sayısı ¹		2,04±1,04	2,0±0,75	0,840	0,010	
Psikotik Özellik	Var	8(30,8)	4(16,0)	0,361	1,545	
	Yok	18(69,2)	21(84,0)			
Özkıyım Girişimi	Var	8(30,8)	6(24,0)	0,820	0,293	
	Yok	18(69,2)	19(76,0)			
Özkıyım Sayısı ¹		2,12±1,35	1,50±0,83	0,389	0,980	
Sigara Kullanımı	Var	11(42,3)	11(44,0)	0,507	1,359	
	Yok	15(57,7)	14(56,0)			
Sigara Paket Yılı [†]		8,59±6,06	14,27±13,95	0,268		1,249
Alkol veya Madde Kullanımı	Var	2(7,7)	8(32,0)	0,031*	7,147	
	Yok	24(92,3)	17(68,0)			

Ki-Kare testi, n(%),

¹:Independent-Samples Kruskal Wallis Test, ortalama±standart sapma

*:p<0,05

†: ANOVA testi uygulanmıştır.

4.4 Gruplar Arasında Bağlanma Türlerinin Karşılaştırılması

Tanı gruplarına göre bağlanma türleri karşılaştırıldığında çocukluk çağı bağlanma özellikleri güvenli, kaçınan ve ikircikli olarak üç alt türde incelendiğinde tanılar arasında anlamlı fark tespit edilememiştir (p>0.05). Kaçınan ve ikircikli alt türleri güvensiz bağlanma türü ismi altında birleştirildiğinde, sağlıklı bireylerin bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk tanılı bireylere göre çocukluk çağı güvenli bağlanma oranının anlamlı oranda yüksek olduğu (p=0,044), bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk tanılı bireylerde güvensiz bağlanmanın sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu, bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk tanılı bireylerden oluşan iki grup arasında ise bu açıdan anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir(p>0.05). Erişkin dönem bağlanma özellikleri üçlü kategori olarak değerlendirildiğinde güvenli bağlanma sağlıklı bireylerde bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk tanılı bireylere göre anlamlı oranda yüksek

tespit edilmiş ($p=0,020$), güvenli ve güvensiz olarak iki kategori olarak değerlendirildiğinde ise sağlıklı bireylerle bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk grupları arasında farkın daha da arttığı tespit edilmiş ($p=0,003$), bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk grupları arasında ise fark tespit edilememiştir. Erişkin bağlanma türleri geçerlilik güvenirlilik çalışmasında belirtildiği gibi [148] puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında güvenli ve kaçınan bağlanma puanları arasında üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p>0,05$), ikircikli bağlanma puanı bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk gruplarında sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p=0,007$), bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk arasında ise anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.3 ve Tablo 4.4).

Tablo 4.3: Gruplar arasında bağlanma türlerinin karşılaştırılması

		Bipolar Bozukluk (n=26)	Majör Depresif Bozukluk (n=25)	Sağlıklı Kontrol (n=24)	p	χ^2
Çocukluk Bağlanma (ikili)	Güvenli	18(69,23)	18(72,00)	23(95,83)	0,044*	6,2559
	Güvensiz	8(30,77)	7(28,00)	1(4,17)		
Çocukluk Bağlanma (üçlü)	Güvenli	18(69,2)	18(72,0)	23(95,8)	0,166	6,486
	Kaçınan	5(19,2)	4(16,0)	1(4,2)		
	İkircikli	3(11,5)	3(12,0)	0(0)		
Erişkin Bağlanma (ikili)	Güvenli	16(61,54)	17(68,00)	24(100)	0,003*	11,437 2
	Güvensiz	10(38,46)	8(32,00)	0(0)		
Erişkin Bağlanma (üçlü)	Güvenli	16(61,5)	18(72,0)	24(100)	0,020*	11,261
	Kaçınan	5(19,2)	4(16,0)	0(0)		
	İkircikli	5(19,2)	3(12,0)	0(0)		

Ki-Kare testi, n(%),

*: $p<0,05$

Tablo 4.4: Gruplar arasında erişkin bağlanma puan ortalaması karşılaştırılması

		Bipolar Bozukluk (n=26)	Majör Depresif Bozukluk (n=25)	Sağlıklı Kontrol (n=24)	p	χ^2
Erişkin Bağlanma Puan Ortalaması	Güvenli	22,03±5,65	22,64±5,83	24,79±4,01	0,161	1,87
	Kaçıngan	18,11±5,55	18,20±6,47	15,37±4,97	0,151	1,94
	İkircikli	17,57±6,06	17,72±6,67	12,91±4,59	0,007*	5,32

Independent-Samples Kruskal Wallis Test, ortalama±standart sapma

*:p<0,05

4.5 Gruplar Arasında Zihin Kuramının Karşılaştırılması

Tanı gruplarına göre zihin kuramı test puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmediği tespit edilmiştir (p>0,05). Majör depresif bozukluğa sahip bireylerde bipolar bozukluk ve sağlıklı gruba göre Gözler Testi ve Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği puanları göreceli düşük bulunmuştur, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Gruplar arasında zihin kuramı test puanlarının karşılaştırılması

	Bipolar Bozukluk (n=26)	Majör Depresif Bozukluk (n=25)	Sağlıklı Kontrol (n=24)	P	χ^2	f
Gözler Testi [†]	22,57±4,0	20,92±3,95	23,33±3,25	0,077		2,650
Dokuz Eylül Temsil	6,65±1,87	5,84±2,05	6,87±1,62	0,176	2,120	
Dokuz Eylül Üst Temsil	3,19±1,05	2,72±1,20	3,37±1,10	0,089	2,340	
Dokuz Eylül Empati	2,84±0,46	2,96±0,20	2,87±0,33	0,529	0,710	
Dokuz Eylül Toplam Puan	12,69±2,78	11,52±2,64	13,12±2,32	0,083	0,252	

Independent-Samples Kruskal Wallis Test, ortalama±standart sapma, *:p<0,05,

†: ANOVA testi uygulanmıştır.

4.6 Bağlanma Türlerine Göre Zihin Kuramının Karşılaştırılması

Tanı gruplarının kendi içlerinde zihin kuramı açısından bağlanma özellikleri araştırılması amaçlanarak, çocukluk bağlanma özellikleri üçlü kategori olarak karşılaştırıldığında, majör depresif bozukluk grubunda bu açıdan herhangi bir farklılık saptanmamışken bipolar bozukluk grubunda, çocukluk bağlanma

özelliklerini kaçınan olarak tarif edenlerin güvenli ve ikircikli olarak tarif edenlere göre, Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği üst temsil ($p=0,038$) ve Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği toplam puanda ($p=0,040$) istatistiksel olarak anlamlı daha düşük sonuçlar aldığı, güvenli ve ikircikli gruplar arasında ise anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) tespit edilmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Çocukluk çağı bağlanma türlerinin üçlü gruplamasında zihin kuramı test puanlarının karşılaştırılması

		Bipolar Bozukluk (n=26)			Majör Depresif Bozukluk (n=25)		
		Güvenli	Kaçınan	İkircikli	Güvenli	Kaçınan	İkircikli
Gözler Testi		23,1	19,4	24,6	20,0	22,2	24,3
	p	0,16			0,10		
	χ^2	3,57			4,95		
Dokuz Eylül Temsil		6,7	5,6	8,0	5,8	5,5	6,3
	p	0,19			0,87		
	χ^2	3,24			0,26		
Dokuz Eylül Üst Temsil		3,5	1,6	3,6	2,7	2,5	3,0
	p	0,038*			0,87		
	χ^2	11,28			0,26		
Dokuz Eylül Empati		2,8	2,6	3,0	2,9	3,0	3,0
	p	0,65			0,82		
	χ^2	0,85			0,38		
Dokuz Eylül Toplam Puan		13,1	9,8	14,6	11,5	11,0	12,3
	p	0,040*			0,89		
	χ^2	6,56			0,21		

Independent-Samples Kruskal Wallis Test, ortalama

*: $p<0,05$

Çocukluk çağı bağlanma özellikleri güvenli ve güvensiz olarak ikiye ayrıldığında, bipolar bozukluk grubunda çocukluk çağında güvenli bağlanan bireylerin Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği Üst Temsil puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p=0,04$), bunun dışındaki parametrelerde anlamlı bir fark olmadığı, majör depresif bozukluk tanılı bireylerde ise güvensiz bağlananların Gözler Testi'nde güvenli bağlananlara göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı,

bunun dışındaki parametrelerde anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) tespit edilmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Çocukluk çağı bağlanma türlerinin ikili gruplamasında zihin kuramı test puanlarının karşılaştırılması

		Bipolar Bozukluk (n=26)		Majör Depresif Bozukluk (n=25)	
		Güvenli	Güvensiz	Güvenli	Güvensiz
Gözler Testi		23,1	21,0	20,0	23
	p	0,4		0,04*	
	U	-0,8		-2,0	
Dokuz Eylül Temsil		6,7	6,5	5,8	5,8
	P	0,7		0,7	
	U	-0,3		-0,3	
Dokuz Eylül Üst Temsil		3,5	2,3	2,7	3,0
	P	0,02*		0,9	
	U	-2		-0,09	
Dokuz Eylül Empati		2,9	2,7	2,9	3,0
	P	0,8		0,7	
	U	-0,2		-0,4	
Dokuz Eylül Toplam Puan		13,1	11	11,5	11,5
	P	0,2		0,3	
	U	-1		-1	

Mann-Whitney U, ortalama

*: $p<0,05$

Erişkin bağlanma özellikleri üçlü veya ikili kategori olarak zihin kuramı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir (tablo 4.8 - 4.9).

Tablo 4.8: Erişkin bağlanma türlerinin üçlü gruplamasında zihin kuramı test puanlarının karşılaştırılması

		Bipolar Bozukluk (n=26)			Majör Depresif Bozukluk (n=25)		
		Güvenli	Kaçıngan	İkircikli	Güvenli	Kaçıngan	İkircikli
Gözler Testi		23,0	22,4	21,2	20,2	20,0	24,7
	p	0,40			0,74		
	χ^2	1,79			5,21		
Dokuz Eylül Temsil		7,0	6,0	6,2	5,6	7,0	5,7
	p	0,47			0,39		
	χ^2	1,50			1,88		
Dokuz Eylül Üst Temsil		3,4	2,6	3,2	2,6	2,7	3,0
	p	0,39			0,86		
	χ^2	1,88			0,3		
Dokuz Eylül Empati		2,7	3,0	3,0	2,9	3,0	3,0
	p	0,36			0,80		
	χ^2	2,03			0,47		
Dokuz Eylül Toplam Puan		13,1	11,6	12,4	11,2	12,7	11,7
	p	0,40			0,51		
	χ^2	1,85			1,38		

Independent-Samples Kruskal Wallis Test, ortalama,

*:p<0,05

Tablo 4.9: Erişkin bağlanma türlerinin ikili gruplamasında zihin kuramı test puanlarının karşılaştırılması

		Bipolar Bozukluk (n=26)		Majör Depresif Bozukluk (n=25)	
		Güvenli	Güvensiz	Güvenli	Güvensiz
Gözler Testi		23,0	21,8	20,2	22,3
	p	0,18		0,18	
	U	-1,3		-1,3	
Dokuz Eylül Temsil		7,0	6,1	5,6	6,3
	P	0,23		0,32	
	U	-1,2		-1,0	
Dokuz Eylül Üst Temsil		3,4	2,9	2,6	2,9
	P	0,22		0,7	
	U	-1,2		-0,39	
Dokuz Eylül Empati		2,7	3,0	2,9	3,0
	P	0,15		0,49	
	U	-1,4		-0,6	
Dokuz Eylül Toplam Puan		13,1	12,0	11,1	12,2
	P	0,20		0,33	
	U	-1,2		-0,9	

Mann-Whitney U, ortalama

*:p<0,05

Erişkin bağlanma türlerinin puan ortalamaları ile değerlendirilerek zihin kuramı açısından karşılaştırıldıklarında bipolar bozukluk grubunda güvenli, kaçınan veya ikircikli bağlanma puanlarının herhangi bir zihin kuramı puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı ($p>0,05$), majör depresif bozukluk’de ise erişkin güvenli bağlanma puanı ile Gözler Testi arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulunduğu ($r=-0,42$, $p=0,03$), majör depresif bozukluk grubunda bunun dışında anlamlı bir ilişki olmadığı, sağlıklı kontrol grubunda ise kaçınan ve ikircikli bağlanma puanları ile Gözler Testi arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Erişkin bağlanma puanları ile zihin kuramı test puanlarının korelasyon Analizi

		Bipolar Bozukluk (n=26)			Majör Depresif Bozukluk (n=25)			Sağlıklı Kontrol (n=24)		
		Güvenli	Kaçıngan	İkircikli	Güvenli	Kaçıngan	İkircikli	Güvenli	Kaçıngan	İkircikli
Gözler Testi	r	0,05	-0,18	-0,23	-0,42	-0,01	0,15	-0,19	-0,46*	-0,40*
	p	0,79	0,37	0,25	0,03*	0,97	0,44	0,37	0,02*	0,04*
Dokuz Eylül Temsil	r	0,08	-0,06	-0,06	-0,27	0,28	0,24	-0,07	-0,20	-0,03
	p	0,66	0,73	0,76	0,18	0,16	0,23	0,74	0,32	0,86
Dokuz Eylül Üst Temsil	r	0,25	-0,18	-0,28	-0,32	-0,01	0,01	-0,12	-0,22	-0,09
	p	0,21	0,37	0,15	0,10	0,96	0,97	0,54	0,28	0,65
Dokuz Eylül Empati	r	-0,13	0,25	0,23	0,09	0,01	0,11	-0,05	-0,20	-0,37
	p	0,51	0,20	0,25	0,65	0,97	0,58	0,80	0,33	0,07
Dokuz Eylül Toplam Puan	r	0,13	-0,07	-0,11	-0,35	0,21	0,20	-0,11	-0,27	-0,12
	p	0,51	0,72	0,58	0,08	0,29	0,33	0,59	0,19	0,57

Pearson korelasyon testi, *:p<0,05

Güvenli, kaçıngan ve ikircikli bağlanma türleri ile farklı zihin kuramı testleri arasındaki yordayıcılık ilişkisi tespit edilmek amacıyla majör faktörlerin belirlenmesi için aşamalı regresyon modeli kullanılmıştır. 5. Aşamada modelde önemli değişken kalmadığı görülmüştür (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Bağlanma türleri ve zihin kuramı yordayıcılarının aşamalı çoklu regresyon analizi

Model	B	Std. Hata	Beta	t	p
Güvenli Bağlanma					
1. Aşama					
Sabit	28,567	5,863	-	4,872	,000
Gözler Testi	-0,190	0,191	-0,138	-0,994	0,324
Dezkö ÜstTemsil	0,116	0,862	0,024	0,135	0,893
Dezkö Empati	-0,465	1,858	-0,031	-0,250	0,803
Dezkö Toplam	-0,019	0,397	-0,009	-0,047	0,963
2. Aşama					
Sabit	28,535	5,782	-	4,936	,000
Gözler Testi	-0,193	0,177	-0,140	-1,092	0,278
Dezkö ÜstTemsil	0,087	0,603	0,018	0,145	0,885
Dezkö Empati	-0,478	1,823	-0,032	-0,262	0,794
3. Aşama					
Sabit	28,536	5,742	-	4,970	,000
Gözler Testi	-0,184	0,165	-0,133	-1,119	0,267
Dezkö Empati	-0,453	1,803	-0,030	-0,251	0,802
4. Aşama					
Sabit	27,420	3,616	-	7,583	,000
Gözler Testi	-0,193	0,160	-0,140	-1,207	0,231
5. Aşama					
Sabit	23,120	0,613	-	37,694	,000
Kaçıngan Bağlanma					
1. Aşama					
Sabit	18,636	6,139	-	3,036	0,003
Gözler Testi	-0,410	0,200	-0,273	-2,050	0,044
Dezkö ÜstTemsil	-1,432	0,902	-0,277	-1,587	0,117
Dezkö Empati	1,661	1,946	0,101	0,854	0,396
Dezkö Toplam	0,594	0,416	0,272	1,429	0,158
2. Aşama					
Sabit	22,504	4,136	-	5,441	0,000
Gözler Testi	-0,394	0,199	-0,262	-1,981	0,052
Dezkö ÜstTemsil	-1,465	0,900	-0,283	-1,628	0,108
Dezkö Toplam	0,648	0,410	0,297	1,580	0,118
3. Aşama					
Sabit	24,756	3,923	-	6,310	0,000
Gözler Testi	-0,273	0,186	-0,182	-1,473	0,145
Dezkö ÜstTemsil	-0,453	0,639	-0,88	-0,709	0,480
4. Aşama					
Sabit	24,433	3,884	-	6,292	0,000
Gözler Testi	-0,322	0,172	-0,214	-1,872	0,065
5. Aşama					
Sabit	17,267	0,668	-	25,858	0,000
İkircikli Bağlanma					
1. Aşama					
Sabit	17,091	6,636	-	2,575	0,012
Gözler Testi	-0,339	0,216	-0,210	-1,567	0,122
Dezkö ÜstTemsil	-1,671	0,975	-0,301	-1,714	0,091
Dezkö Empati	1,499	2,103	0,085	0,713	0,478
Dezkö Toplam	0,597	0,449	0,255	1,328	0,189
2. Aşama					
Sabit	20,580	4,464	-	4,610	0,000
Gözler Testi	-0,324	0,215	-0,201	-1,510	0,135
Dezkö ÜstTemsil	-1,701	0,971	-0,307	-1,752	0,084
Dezkö Toplam	0,645	0,443	0,276	1,459	0,149
3. Aşama					
Sabit	22,823	4,223	-	5,404	0,000
Gözler Testi	-0,204	0,200	-0,127	-1,022	0,310
Dezkö ÜstTemsil	-0,693	0,688	-0,125	-1,008	0,317
4. Aşama					
Sabit	22,331	4,195	-	5,323	0,000
Gözler Testi	-0,278	0,186	-0,173	-1,499	0,138
5. Aşama					
Sabit	16,133	0,715	-	22,551	0,000

5. TARTIŞMA

Bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk yapılan çalışmalara karşılık etiyojisi tam olarak aydınlatılamamış, ancak patogeneğinde genetik, biyokimyasal, nöroendokrin, nöroanatomik ve psikososyal/çevresel faktörlerin rol oynadığı bilinen psikiyatrik bozukluklardır. Epidemiyolojik alan çalışmalarında bipolar bozukluk ile majör depresif bozukluğun bazı sosyodemografik özellikler gösterdikleri söylenebilir.

Çalışmamızda sağlıklı kontroller, hastalık tanısına sahip bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek öğrenim yılına sahip olsalar da, geçmiş çalışmalar ağırlıklı olarak zihin kuramı fonksiyonlarının eğitimden etkilenmediğini desteklemektedir [2, 3]. Çalışmamızda sosyodemografik değişkenler açısından bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk gruplarında çalışmama oranı sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Küresel hastalık yükü ile ilgili yapılan çalışmalarda engelliliğe yol açarak işlevselliği belirgin derecede azaltan yirmi hastalığın beşinin psikiyatrik bozukluklar olduğu, majör depresif bozukluğun ikinci sırada, bipolar bozukluğun ise on yedinci sırada olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir [1]. Çalışmamıza yalnızca ötimik dönemdeki hastalar dahil edilmiş olup bu durum yapılan tanımlamaların manik yada depresif atak yaşayan bireyleri kapsamasını engellemiştir. Atak yaşayan hastaların işlevsellik ve yaşam kalitesi bakımından ötimik hastalara göre daha düşük performans göstermelerine ek olarak remisyonadaki hasta grubunda da çalışmama oranının azımsanamayacak düzeyde olduğu ifade edilmiştir [1]. Bizim çalışmamıza ötimik populasyon ele alınmıştır. Buna rağmen hasta gruplarında sağlıklı kontrollere göre çalışmama oranının daha yüksek oluşu ile literatür ile uyumludur [1]. Bu çalışmada majör depresif bozukluk ile bipolar bozukluk arasında çalışmama oranı bakımından herhangi bir istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık tespit edilememiştir. Her ne kadar yakın zamanda majör depresif bozukluk ile bipolar bozukluk hasta populasyonlarını sosyodemografik parametreler açısından karşılaştıran çalışma sayısı fazla olmasa da, Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen ulusal bir çalışmada bipolar bozukluk tanılı bireylerde işsizlik görülme oranının majör depresif bozukluk tanılı bireylere oranla daha yüksek olduğu belirtilmektedir [153]. Bir diğer çalışmada ise borderline kişilik bozukluğunun eşlik ettiği majör depresif bozukluk tanılı

bireyler ile bipolar bozukluk tanılı bireyler karşılaştırıldığında işsizlik görülme oranları benzer tespit edilmiştir [154]. Bizim çalışmamızda hasta gruplarında işsizliği yordayan faktörler ayrıca incelenmemiş olup, bu ayrı bir çalışma konusudur.

Klinik özelliklerin ele alınması, bipolar bozukluk ile majör depresif bozukluğa sahip bireylerin incelenmesinde önem teşkil etmektedir. Çalışmamızda klinik değişkenler açısından bipolar bozukluk ile majör depresif bozukluk bireyler arasında ilk hastalık yaşı ve alkol madde kullanım oranı dışında herhangi bir farklılık görülmemiştir. Majör depresif bozukluğun tanımsal bir klinik özelliği olarak bipolar bozukluğa göre daha geç yaşta başladığı çalışmalarda ifade edilmiştir [7,47]. Çalışmamızda da hastalık başlangıç yaşı literatür ile uyumlu olarak majör depresif bozukluk tanılı bireylerde daha yüksektir, bu durum hastaların çalışmaya dahil edildiği poliklinik ortamının genel hastalık popülasyon örneklemini yansıttığı anlamına gelebilir.

Hastalık gruplarında klinik değişkenler bakımından farklılık gösteren ikinci parametre alkol ya da madde kullanımınıdır. Çalışmamızdaki majör depresif bozukluk tanılı bireylerin, bipolar bozukluk tanılı bireylere göre daha yüksek oranda madde veya alkol kullanmaları, genel literatürde bipolar bozukluk tanılı bireylerde alkol kullanımının daha yüksek olduğunu belirten bilgi ile uyumlu değildir [155]. Aile öyküsü, hastalık süresi, yatış sayısı, psikotik özellik, özkıyım girişimi, özkıyım sayısı, sigara kullanımı olup olmadığı ve paket/yıl cinsinden sigara kullanımı değişkenleri, majör depresif bozukluk ile bipolar bozukluk hastalık grupları arasında herhangi bir farklılık göstermemektedir. Bipolar ile unipolar depresyonun klinik özelliklerini karşılaştıran çalışmalara daha sık rastlanmakla birlikte ülkemizde yürütülen bir çalışmada bipolar bozukluk-1, bipolar bozukluk-2 ile majör depresif bozuklukta ayrışan çeşitli sosyodemografik, klinik ve mizaç özelliklerinin varlığından bahsedilmekte, ve bu farklılaşmalarda cinsiyet, tedavi durumu, aile desteği gibi çoklu faktörlerin rol oynayabileceği belirtilmektedir [156].

Çalışmamızda sosyodemografik ve klinik değişkenlerin ötimik majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk ve sağlıklı kontrollerden oluşan genel örnekleme zihin kuramı fonksiyonlarını etkileyip etkilemediğinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda her bir klinik ve sosyodemografik parametre ile zihin kuramı testleri puanları arasında korelasyon incelenmiştir. Yakın zamanda ülkemizde ötimik dönemde bulunan ve 52 kişiden oluşan bipolar bozukluk tanılı grup ile 60 kişilik

sağlıklı grupta yapılan bir çalışmada, hastalığın başlangıç yaşı, hastanede yatış sayısı ve manik atak sayısı gibi çeşitli klinik özelliklerin zihin kuramı performansı ile arasında anlamlı ilişki bulunduğu gösterilse de bizim çalışmamızda aile öyküsü, hastalık süresi, yatış sayısı, psikotik özellik, özkıyım girişimi ve sayısı, sigara kullanımı ve miktarı bakımından klinik parametreler ile zihin kuramı puanları arasında herhangi bir anlamlı ilişki saptanmamıştır [157].

Bebeklik ve erken çocukluk çağında ebeveynler veya bakım verenlerle kurulan ilişkilerin, erişkin dönemde diğer insanlarla kurulacak ilişkilerin doğasını belirlediği düşüncesine dayanan bağlanma kuramına göre güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir. Kabaca genel olarak bakıldığında güvensiz bağlanma biçimleri olan ikircikli bağlanma anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklarla ilişkilendirilirken, kaçınan bağlanma diğer davranışsal patolojilerle ilişkilendirilmiştir [158]. Bağlanma biçimleri gerek ikili, gerek üçlü ya da dörtlü olarak ele alındığında literatürde karşılaştırma çalışmalarında psikiyatrik bozukluklara sahip bireylerde sağlıklı kontrollere göre farklılık göstermektedir, sağlıklı bireylerde temel olarak tespit edilen bağlanma biçimi güvenli bağlanmadır [86]. Çalışmamızda bağlanma türü güvenli ve güvensiz olarak ikiye gruplandırıldığında sağlıklı kontrollerde, diğer hastalık tanı gruplarına göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda güvenli bağlanma görülmektedir. Bu durum literatür ile uyumludur [86, 90, 96].

Bağlanma türleri üçlü gruplama halinde ele alındığında ise sağlıklı kontroller ile hastalığa sahip bireyler arasında çocukluk çağı bağlanma türleri açısından herhangi bir istatistiksel farklılık saptanmaz iken bu durumun erişkin bağlanma türleri incelendiğinde değiştiği görülmektedir. Sağlıklı kontrollerin %100'ünün erişkin bağlanma türünü güvenli olarak, bunun yanında %4,17'sinin çocukluk çağı bağlanma türünü güvensiz olarak belirtmesi dikkat çekici bir bulgudur. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği'nin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin alt boyutları güvenli, ikircikli ve kaçınan şeklinde üçlü grup olarak değerlendirildiğinde birinci ve ikinci bölüm arasındaki tutarlılık %55 iken, alt boyutlar güvenli ve güvensiz olarak değerlendirildiğinde birinci ve ikinci bölüm arasındaki tutarlılığın %82 olduğu ifade edilmiştir [148]. Ölçeğin erişkinlikte uygulanıyor olması ve çocukluk çağını

geçmişe yönelik değerlendiriyor olması bu yanlılığa sebep oluyor olabilir, ve çalışmamızın kısıtlılıklar bölümünde ele alınmıştır [148].

Farklı tanı yelpazesinde güvensiz bağlanmanın birçok psikopatolojik durumda etkin rol aldığı düşünülmektedir [90 - 96]. Erişkin bağlanma puanları boyutsal olarak ele alındığında ise sağlıklı kontrollerde ortalama ikircikli bağlanma puanlarının, daha önce yapılan bir çalışmayla da uyumlu olarak hastalık tanılarında göre anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir [86]. Hem bipolar hem depresyon tanılarında ikircikli bağlanma puan ortalamalarının sağlıklı bireylerden yüksek olması, ruhsal hastalıkların patofizyolojisinde ikircikli bağlanmanın önemine işaret etmektedir. Bipolar bozuklukta bağlanma özelliklerini geniş kapsamlı inceleyen çalışmalar kısıtlı olup [86, 96] güvensiz bağlanmanın alt tipleri arasındaki ilişkinin (kaçıngan ile ikircikli) detaylı incelenmesi için daha geniş çaplı ve fazla sayıda kaynağa ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Bipolar bozukluk ve majör depresif bozuklukta bağlanmanın alt tipleri ile ilgili ayrıntılı çalışma olmasa da, borderline kişilik bozukluğunda ikircikli bağlanmanın daha sık olduğunu iddia eden bazı yazarlar, borderline kişilik bozukluğu ile bipolar bozukluk arasında da ilişki olduğunu iddia etmiştir. [160, 161].

Çalışmamızda herhangi bir bağlanma türüne göre gruplandırılmadığında, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk ve sağlıklı kontrol bireyler arasında zihin kuramı açısından herhangi bir fark olmadığı görülmektedir. Çelişkili bilgilerden bahsedilse de genel olarak literatürde gerek bipolar bozukluk gerekse majör depresif bozukluk hasta gruplarında zihin kuramının sağlıklı kontrollerden daha düşük olduğu gösterilmektedir [2, 3].

Çalışmamıza alınan gruplar kendi içlerinde güvenli, kaçıngan ve ikircikli (üçlü) ile güvenli ve güvensiz (ikili) bağlanma türleri bağlamında analiz edildiğinde , bipolar bozukluk grubunda kaçıngan bağlanan bireylerde ironi ve pot kırmayı anlama anlamlı olarak düşük olduğu, majör depresif bozukluk grubunda erişkin bağlanma puanında güvenli bağlanma puanı azaldıkça Gözler Testi puanının arttığı, sağlıklı kontrollerde ise kaçıngan ve ikircikli bağlanma puanlarının arttıkça Gözler Testi puanlarının anlamlı olarak azaldığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda Gözler Testi ve Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği ile tespit edilen zihin kuramı puanlarındaki farklılığın ancak farklı bağlanma türlerine göre ayrıştırıldığında ortaya çıkıyor oluşu, gerek hastalık gruplarında gerekse sağlıklı kontrolde zihin kuramını etkileyen önemli

bir faktör olarak bağlanmanın önemini ortaya koymaktadır. Zihin kuramı, kendine ve başkalarına zihinsel durum atfetmeyi sağlayan bilişsel kapasiteyi ifade etmektedir [96]. Çeşitli sözel ve sözel olmayan formlarda yapılabilen zihinsel atıflar sosyal hayattaki karşılıkları insanların dile getirmeseler bile başkalarının zihinsel durumları hakkında düşünce ve inançlara sahip olduğu belirtilmiştir. İnsanların bu süreci nasıl yürüttüğü, kendisine ve üçüncü şahıslara atıf yaparken kullandığı metodlar arasındaki fark ve benzerlikler bilişsel alanda tartışılmakta ve bağlanma türlerinin görüngüsü oldukları görüşü desteklenmektedir [98]. Bağlanma ve zihin kuramı ilişkisi klinik düzlemde henüz çok iyi aydınlatılabilmemiş değildir.

Zihin kuramı farklı testlerle ele alınabilmekle birlikte geçerlik güvenilirlik testlerinin varolması sebebiyle çalışmamızda kullandığımız testler Gözler Testi ile Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği'dir. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği'nin geçerlilik güvenilirlik çalışması şizofreni hastalarıyla yapılmış ve tüm alt ölçekleriyle birlikte iç tutarlılığının yüksek olduğu ve geçerli ve güvenilir bir test olarak kullanılabilmesi ifade edilmiştir [112]. Alt ölçekleri ile birlikte ele alındığında, bipolar bozukluk grubunda çocukluk çağı kaçınan bağlanma görülen bireylerde Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği üst temsil ve toplam puanları belirgin olarak daha düşüktür. Bu anlamlı ilişki, güvenli ve güvensiz şeklindeki ikili gruplandırmakta da sürmektedir. Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği'nin alt ölçeklerinden biri olarak üst temsil, ironiyi kavrama ve pot kırmayı kavrama yeteneklerini ölçmektedir [112]. Bipolar bozuklukta özellikle mani döneminde ironiyi ve pot kırmaya dair kusurların beklenmesi şaşırtıcı değildir. Fakat çalışmamızın ötimik bireylerden oluşması, bipolar bozuklukta atak dönemlerine ek olarak remisyon döneminde de kişilerarası ilişkilerde yaşanan problemlere bu durumun katkı sunduğu düşünülebilir [162]. Kaçınan bağlanmada görülen benzer ilişkinin bir diğer zihin kuramı testi olan Gözler Testi'nde görülmemesi, bu testin zihin kuramında afektif bileşeni ölçmesi ile açıklanabilir. Gözler Testi'nin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin 32 soruluk haliyle hem sağlıklı grupta hem klinik gruplarda kullanılabilmesi ifade edilmiştir.

Yakın zamanda ülkemizde yürütülen bir tez çalışmasında aktif dönemdeki bipolar ve unipolar depresyon hastaları arasında zihin kuramı parametreleri açısından anlamlı fark olmadığı gösterilmiştir [162]. Çalışmamızda, majör depresif bozuklukta çocukluk çağı bağlanma tipleri ile zihin kuramı arasında üçlü gruplandırmada

herhangi bir ilişki görülmezken, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği geçerlik güvenirlik çalışmasında önerildiği üzere ikili olarak gruplandırıldığında, Gözler Testi puanlarının, güvensiz bağlanma görülen majör depresif bozukluğa sahip bireylerde arttığı izlenmektedir. Çalışmamızdaki bu bulgu, Gözler Testi puanlarının güvensiz bağlanma türünden genellikle negatif etkilendiği bilgisi ile ters düşmekte olduğundan dikkat çekicidir. Bu noktada majör depresif bozuklukta görülen bu ilişkinin, bipolar bozukluk ve sağlıklı kontrol grubunda görülmediğinin altı çizilmelidir. Bazı kaynaklarda remisyondaki majör depresif bozuklukta artmış duygu tanıma yetilerinin olduğu ifade edilmiştir [123 - 125]. Çalışmamızda gösterildiği şekilde güvenli bağlanma puanında azalma ile Gözler Testi puanında artışın olması, depresyonda artmış zihin kuramı görülebilen bir altgrubun varlığını destekleyen bir bulgu olabilir [123 - 125]. Majör depresif bozukluk tanılı bireylerle sağlıklı olguların karşılaştırıldığı bir çalışmada iki grubun mutlu ve üzgün yüz ifadelerini benzer şekilde tanıdığı, ancak majör depresif bozukluk grubunun duygusal açıdan nötral olan yüz ifadelerini tanımakta başarısız olduğu, nötral ifadeyi tanıyamamanın hem depresif dönemde hem de remisyon döneminde devam ettiği ifade edilmiştir [163]. Çalışmamızda bu durumu destekleyecek bir bulguya ulaşamamıştır.

Erişkin bağlanma türleri üç kategorik grupta ele alındığında, zihin kuramı puanları açısından gruplar arasında herhangi bir farklılık olmadığı görülmektedir. Geçerlik güvenirlik çalışmasında yazarlar üçlü kategorik gruplandırmayı çocukluk ve erişkin dönemler arasındaki tutarlılığı artırmak için güvenli ve güvensiz olarak ikili kategorik tekrar düzenlenmesi veya puan ortalamalarının kullanılması önerilmiştir [148]. Çalışmamızda ikili gruplamada da erişkin bağlanma türleri ile zihin kuramı arasında herhangi bir ilişki izlenmediği görülmektedir. Fakat erişkin bağlanma puanları boyutsal olarak hesaplandığında, yukarıdaki paragraflarda ele alındığı üzere çocukluk çağında izlenen güvensiz bağlanma ile yüksek Gözler Testi puanı ilişkisine benzer korelasyon saptanmıştır.

Korelasyon analizi sonuçlarına göre sağlıklı kontrolde kaçınan ve ikircikli bağlanma puanı arttıkça Gözler Testi puanı azalmaktadır. Beklendiği üzere herhangi bir hastalığa sahip olmayan bireylerde güvensiz bağlanma, düşük zihin kuramı ile ilişkili gösterilmektedir [5] ve bu bulgu literatürle uyumludur.

Erişkin bağlanma puanları ile zihin kuramı testleri arasında aşamalı regresyon analizi yapıldığında, zihin kuramı ile erişkin çağı bağlanma puanları arasında

herhangi bir yordayıcı etki tespit edilememiştir. Boyutsal olarak ele alınmadığından çocukluk çağı bağlanma verilerinde regresyon analizi uygulanamamaktadır. Bağlanmanın zihin kuramı üzerine yordayıcı etkisine dair klinik popülasyonda yürütülen çalışmalar sayılıdır, yapılan bir çalışmada kadın cinsiyete özgü olmakla birlikte majör depresif bozukluk tanılı hastalarda bağlanma türünün zihin kuramı performansını yordadığı gösterilmiştir [164].

Araştırmamızın sonuçları, kısıtlılıkları dikkate alınarak yorumlanmalıdır. Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında birinci olarak, bağlanmayı tespit eden Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği'nin bir öz bildirim ölçeği oluşu, katılımcıların kısıtlı bir sürede çeşitli duygusal uyarımlara sebep olabilen kişisel bir ölçeği yanıtlamaları beklenmektedir. Özellikle birinci kısımda çocukluk çağına dair cümleler, oldukça eski bir dönemi işaret eden ve aile bağlarını niteleyen uzun çoktan seçmeli cümlelerdir. Katılımcıların bunlardan sadece birini seçmesi, diğer cümlelerden dolayısıyla bağlanma türlerinden vazgeçmesi anlamına gelmektedir. Ayrıca çocukluk çağına dair sorulan durumların retrospektif doğası nedeniyle hatırlama yanlılığı, sonuçların gerçekliği yansıtmaya kalitesini etkilemektedir.

Sosyodemografik formdaki detaylı sorulara ek olarak Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, Gözler Testi ve Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği gibi profesyonel anlamda geçerlik güvenirliği kanıtlanmış enstrümanların kullanılması ile bu kısıtlılık minimize edilmeye çalışılmıştır.

Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı ile çalışma popülasyonunun yaklaşık 75 kişiden oluşmasıdır. Her bir hastalık grubu ile sağlıklı kontrol grupları 25 kişiden oluşmakta ve karşılaştırma verilerinde anlamlı sonuçlar elde etmeyi bu sebeple etkileyebilmektedir. Bu noktada çalışmamızdan önce gerekli güç analizi yapıldığının ve grup popülasyonlarının bu doğrultuda oluşturulduğunun altı çizilmelidir.

Çalışmamızın güçlü yönleri arasında, prospektif deseni sayesinde veri toplama sürecinde edinilen sosyodemografik ve klinik verilerin gerçeği yüksek düzeyde yansıttığı düşünülmektedir. Benzer şekilde gerek bağlanma ölçeği doldurulurken gerekse Gözler Testi ve Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği puanlamaları çalışmacı tarafından titizlikle yürütülmüş ve her aşamasında yanıtlayıcının arada kaldığı durumlara ve yaşayabileceği sorunlara karşı ulaşılabilir olunmuştur.

Çalışmamızın bir diğer güçlü yanı, bağlanmayı hem çocukluk hem de erişkinlik düzeyinde ayrı ayrı ele alıyor oluşudur. Buna ek olarak erişkin bağlanmanın ortalama puan ölçümleri, boyutsal hesaplamaları mümkün kılmaktadır. Böylece analiz yelpazesi genişlemektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1) Çalışmamızda klinik parametreler ile bağlanma türleri veya zihin kuramı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

2) Bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk ve sağlıklı kontrol grupları arasında zihin kuramı test puanları açısından anlamlı fark yoktur.

3) Çalışmamızdaki gruplarda çocukluk dönem bağlanma türleri ikili kategori olarak incelendiğinde, güvensiz bağlanma bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk tanılı bireylerde sağlıklı bireylere göre anlamlı olarak daha yüksektir.

4) Gruplar erişkin dönem bağlanma türleri açısından üçlü kategori olarak incelendiğinde, bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk tanılı bireylerde kaçınan ve ikircikli bağlanma sağlıklı bireylere göre anlamlı olarak daha yüksektir.

5) Bipolar bozukluk grubunda çocuklukta kaçınan bağlanma içinde bulunan bireylerde diğer bipolar bozukluk tanılı bireylere göre, ironiyi ve pot kırmayı kavrama yeteneği anlamlı olarak daha düşüktür.

6) Majör depresif bozukluk grubunda erişkin dönemde güvenli bağlanma puanı azaldıkça gözlerden zihin okuma yeteneği artmaktadır.

7) Sağlıklı kontrol grubunda kaçınan ve ikircikli bağlanma bağlanma puanı azaldıkça gözlerden zihin okuma yeteneği artmaktadır.

8) Yapılan regresyon analizinde zihin kuramı testlerinin bağlanma türleri üzerine herhangi bir yordayıcı etkisi tespit edilememiştir.

KAYNAKLAR

1. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(2):171-178.
2. Bora E, Harrison BJ, Yucel M, Pantelis C. Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2013;43(10):2017-2026.
3. Bora E, Yucel M, Pantelis C. Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: a meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *Journal of Affective Disorders*. 2009;113(1-2):1-20.
4. Holmes J. *John Bowlby and attachment theory*. 1st ed. Routledge; 2014.
5. Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*. 1997;9(4):679-700.
6. Wong MY. The mood-emotion loop. *Philosophical Studies*. 2016;173(11):3061-3080.
7. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016;387(10027):1561-1572.
8. Mason BL, Brown ES, Croarkin PE. Historical Underpinnings of Bipolar Disorder Diagnostic Criteria. *Behav Sci (Basel)*. 2016;6(3):14.
9. Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, Gao K, Miskowiak KW, Grande I. Bipolar disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4(18008):1-16.
10. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(3):241-251.

11. Nivoli AM, Pacchiarotti I, Rosa AR, Popovic D, Murru A, Valenti M, Bonnin CM, Grande I, Sanchez-Moreno J, Vieta E, Colom F. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *J Affect Disord.* 2011;133(3):443-479.
12. Martinowich K, Schloesser RJ, Manji HK. Bipolar disorder: from genes to behavior pathways. *J Clin Invest.* 2009;119(4):726-736.
13. Barnett JH, Smoller JW. The genetics of bipolar disorder. *Neuroscience.* 2009;164(1):331-343.
14. McGuffin P, Rijsdijk F, Andrew M, Sham P, Katz R, Cardno A. The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(5):497-502.
15. Bymaster FP, Felder CC. Role of the cholinergic muscarinic system in bipolar disorder and related mechanism of action of antipsychotic agents. *Mol Psychiatry.* 2002;7(1):57-63.
16. Ashok AH, Marques TR, Jauhar S, Nour MM, Goodwin GM, Young AH, Howes OD. The dopamine hypothesis of bipolar affective disorder: the state of the art and implications for treatment. *Mol Psychiatry.* 2017;22(5):666-679.
17. Volk DW, Sampson AR, Zhang Y, Edelson JR, Lewis DA. Cortical GABA markers identify a molecular subtype of psychotic and bipolar disorders. *Psychol Med.* 2016;46(12):2501-2512.
18. Chitty KM, Lagopoulos J, Hickie IB, Hermens DF. Investigating the role of glutathione in mismatch negativity: an insight into NMDA receptor disturbances in bipolar disorder. *Clinical Neurophysiology.* 2015;126(6):1178-1184.
19. Andreazza AC, Duong A, Young LT. Bipolar disorder as a mitochondrial disease. *Biological psychiatry.* 2018;83(9):720-721.
20. Kalia M, Costa ESJ. Biomarkers of psychiatric diseases: current status and future prospects. *Metabolism.* 2015;64(3):11-15.
21. Turan MT, Lushi Z. Bipolar Bozuklukta Hormonların Rolü. *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics.* 2014;7(3):36-41.

22. Modabbernia A, Taslimi S, Brietzke E, Ashrafi M. Cytokine alterations in bipolar disorder: a meta-analysis of 30 studies. *Biol Psychiatry*. 2013;74(1):15-25.
23. Dinsdale NL, Crespi BJ. Revisiting the wandering womb: Oxytocin in endometriosis and bipolar disorder. *Hormones and Behavior*. 2017;96:69-83.
24. Kara K, Verim S, Akarsu S. Bipolar Bozuklukta Nörogörüntüleme/Neuroimaging in Bipolar Disorder. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*. 2013;5(1):1-14.
25. Strakowski SM, Delbello MP, Adler CM. The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a review of neuroimaging findings. *Mol Psychiatry*. 2005;10(1):105-116.
26. Hanford LC, Nazarov A, Hall GB, Sassi RB. Cortical thickness in bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disord*. 2016;18(1):4-18.
27. Blond BN, Fredericks CA, Blumberg HP. Functional neuroanatomy of bipolar disorder: structure, function, and connectivity in an amygdala–anterior paralimbic neural system. *Bipolar Disorders*. 2012;14(4):340-355.
28. Strakowski SM, Adler CM, Almeida J, Altshuler LL, Blumberg HP, Chang KD, DelBello MP, Frangou S, McIntosh A, Phillips ML, Sussman JE, Townsend JD. The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a consensus model. *Bipolar Disord*. 2012;14(4):313-325.
29. Milhiet V, Boudebessé C, Bellivier F, Drouot X, Henry C, Leboyer M, Etain B. Circadian abnormalities as markers of susceptibility in bipolar disorders. *Frontiers in Bioscience*. 2014;6(6):120-137.
30. Janiri D, Sani G, Danese E, Simonetti A, Ambrosi E, Angeletti G, Erbutto D, Caltagirone C, Girardi P, Spalletta G. Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II. *J Affect Disord*. 2015;175:92-97.

31. Bortolato B, Kohler CA, Evangelou E, Leon-Caballero J, Solmi M, Stubbs B, Belbasis L, Pacchiarotti I, Kessing LV, Berk M, Vieta E, Carvalho AF. Systematic assessment of environmental risk factors for bipolar disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Bipolar Disord.* 2017;19(2):84-96.
32. Post RM. Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicality, and tolerance phenomena. *Biobehavioral Reviews.* 2007;31(6):858-873.
33. Hirsch I. Narcissism, mania and analysts' envy. *Am J Psychoanal.* 2011;71(4):363-369.
34. Desmet M. Some preliminary notes on an empirical test of Freud's theory on depression. *Frontiers in Psychology.* 2013;4:158.
35. Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF. *The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorders.* American Psychiatric Pub; 2007.
36. Chudal R, Sourander A, Polo-Kantola P, Hinkka-Yli-Salomaki S, Lehti V, Sucksdorff D, Gissler M, Brown AS. Perinatal factors and the risk of bipolar disorder in Finland. *J Affect Disord.* 2014;155:75-80.
37. Parboosing R, Bao Y, Shen L, Schaefer CA, Brown AS. Gestational influenza and bipolar disorder in adult offspring. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(7):677-685.
38. Talati A, Bao Y, Kaufman J, Shen L, Schaefer CA, Brown AS. Maternal smoking during pregnancy and bipolar disorder in offspring. *Am J Psychiatry.* 2013;170(10):1178-1185.
39. Frans EM, Sandin S, Reichenberg A, Lichtenstein P, Langstrom N, Hultman CM. Advancing paternal age and bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(9):1034-1040.
40. Tohen M, Greenfield SF, Weiss RD, Zarate CA, Vagge LM. The effect of comorbid substance use disorders on the course of bipolar disorder: a review. *Harvard Review of Psychiatry.* 1998;6(3):133-141.

41. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression. Oxford University Press; 2007.
42. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
43. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(6):530-7.
44. Martínez-Arán A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J, Benabarre A, Goikolea JM, Comes M, Salamero M. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161(2):262-270.
45. Baltacioglu M, Kosger F, Essizoglu A, Gulec G, Ozlem Akarsu F, Yenilmez C. Comparison of cognitive functions in bipolar disorder patients with and without comorbid borderline personality disorder. *Psychiatry Clinical Psychopharmacology*. 2017;27(1):35-40.
46. Kosger F, Essizoglu A, Baltacioglu M, Ulkgun N, Yenilmez C. Executive function in parents of patients with familial versus sporadic bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2015;61:36-41.
47. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, Mohr DC, Schatzberg AF. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2(1):6065.
48. Öztürk MO, Uluşahin A. Duygudurum Bozuklukları. In: Öztürk MO, Uluşahin A, editors. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13th ed. Nobel Tıp Kitabevleri; 2014:261-333.
49. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Hu C, Iwata N, Karam AN, Kaur J, Kostyuchenko S, Lepine JP, Levinson D, Matschinger H, Mora ME, Browne MO, Posada-Villa J, Viana MC, Williams DR, Kessler RC. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011;9(1):90.

50. Vos T, Haby MM, Barendregt JJ, Kruijshaar M, Corry J, Andrews G. The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(11):1097-1103.
51. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:119-138.
52. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, Bruffaerts R, De Girolamo G, De Graaf R, Gureje O. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):841-850.
53. Ten Have M, Nuyen J, Beekman A, de Graaf R. Common mental disorder severity and its association with treatment contact and treatment intensity for mental health problems. *Psychol Med*. 2013;43(10):2203-2213.
54. Weissman MM, Bland R, Joyce PR, Newman S, Wells JE, Wittchen HU. Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord*. 1993;29(2-3):77-84.
55. Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2003;157(2):98-112.
56. Peyrot W, Lee SH, Milaneschi Y, Abdellaoui A, Byrne E, Esko T, De Geus E, Hemani G, Hottenga JJ, Kloiber S. The association between lower educational attainment and depression owing to shared genetic effects? *Mol Psychiatry*. 2015;20(6):735.
57. Dempster EL, Wong CC, Lester KJ, Burrage J, Gregory AM, Mill J, Eley TC. Genome-wide methylomic analysis of monozygotic twins discordant for adolescent depression. *Biol Psychiatry*. 2014;76(12):977-983.
58. Uher R, McGuffin P. The moderation by the serotonin transporter gene of environmental adversity in the aetiology of mental illness: review and methodological analysis. *Mol Psychiatry*. 2008;13(2):131-146.
59. Owens MJ, Nemeroff CB. Role of serotonin in the pathophysiology of depression: focus on the serotonin transporter. *Clin Chem*. 1994;40(2):288-95.

60. Albayrak EÖ, Ceylan ME. Depresyon etiolojisinde nörobiyolojik etkenler. *Düşünen Adam*. 2004;17(1):27-33.
61. Dunlop BW, Nemeroff CB. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(3):327-337.
62. Wolkowitz OM, Wolf J, Shelly W, Rosser R, Burke HM, Lerner GK, Reus VI, Nelson JC, Epel ES, Mellon SH. Serum BDNF levels before treatment predict SSRI response in depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2011;35(7):1623-1630.
63. Lee Y, Lim SW, Kim SY, Chung JW, Kim J, Myung W, Song J, Kim S, Carroll BJ, Kim DK. Association between the BDNF Val66Met polymorphism and chronicity of depression. *Psychiatry Investig*. 2013;10(1):56.
64. Gonul AS, Akdeniz F, Taneli F, Donat O, Eker Ç, Vahip S. Effect of treatment on serum brain-derived neurotrophic factor levels in depressed patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;255(6):381-386.
65. Alexander N, Kuepper Y, Schmitz A, Osinsky R, Kozyra E, Hennig J. Gene-environment interactions predict cortisol responses after acute stress: implications for the etiology of depression. *Psychoneuroendocrinology*. 2009;34(9):1294-1303.
66. Meaney MJ. Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annu Rev Neurosci*. 2001;24(1):1161-1192.
67. Stetler C, Miller GE. Depression and hypothalamic-pituitary-adrenal activation: a quantitative summary of four decades of research. *Psychosom Med*. 2011;73(2):114-126.
68. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry*. 2003;44(3):234-246.
69. Rohr UD. The impact of testosterone imbalance on depression and women's health. *Maturitas*. 2002;41(1):25-46.

70. Clak DA, Beck AT. Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. John Wiley & Sons; 1999.
71. Leahy R. Bilişsel terapi yöntemleri. Ankara: HYB Basım Yayın; 2007.
72. Li M, D'Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol Med.* 2016;46(4):717-730.
73. Heim C, Binder E. Current research trends in early life stress and depression: Review of human studies on sensitive periods, gene–environment interactions, and epigenetics. *Exp. Neurol.* 2012;233(1):102-111.
74. Hovens JG, Giltay EJ, Wiersma JE, Spinhoven P, Penninx BW, Zitman FG. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;126(3):198-207.
75. Risch N, Herrell R, Lehner T, Liang K-Y, Eaves L, Hoh J, Griem A, Kovacs M, Ott J, Merikangas KR. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. *JAMA.* 2009;301(23):2462-2471.
76. Ormel J, Oldehinkel AJ, Nolen WA, Vollebergh W. Psychosocial disability before, during, and after a major depressive episode: a 3-wave population-based study of state, scar, and trait effects. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61(4):387-392.
77. Vos T, Haby MM, Barendregt JJ, Kruijshaar M, Corry J, Andrews G. The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. 2004;61(11):1097-1103.
78. Penninx BW, Nolen WA, Lamers F, Zitman FG, Smit JH, Spinhoven P, Cuijpers P, de Jong PJ, van Marwijk HW, van der Meer K, Verhaak P, Laurant MG, de Graaf R, Hoogendijk WJ, van der Wee N, Ormel J, van Dyck R, Beekman AT. Two-year course of depressive and anxiety disorders: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord.* 2011;133(1-2):76-85.

79. Penninx BW, Milaneschi Y, Lamers F, Vogelzangs N. Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC Med.* 2013;11(1):129.
80. Levy KN, Ellison WD, Scott LN, Bernecker SL. Attachment style. *J Clin Psychol.* 2011;67(2):193-203.
81. Feeney JA, Noller P. Attachment Style as a Predictor of Adult Romantic Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1990;58(2):281-291.
82. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press; 2015.
83. Allen JG. Bağlanma İlişkilerinde Zihinleştirmenin Onarımı İzmir: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Org. Ltd. Şti. Yayınları; 2014.
84. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in Infancy, Childhood, and Adulthood - a Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development.* 1985;50(1-2):66-104.
85. Van IMH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol Bull.* 1995;117(3):387-403.
86. Morriss RK, van der Gucht E, Lancaster G, Bentall RP. Adult attachment in bipolar 1 disorder. *Psychol Psychother.* 2009;82(3):267-277.
87. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1991;61(2):226.
88. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry.* 2012;11(1):11-5.
89. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. Guilford Press; 2007.

90. Cantazaro A, Wei M. Adult attachment, dependence, self-criticism, and depressive symptoms: a test of a mediational model. *J Pers.* 2010;78(4):1135-1162.
91. Doron G, Moulding R, Kyrios M, Nedeljkovic M, Mikulincer M. Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. *J Soc Clin Psychol Bull.* 2009;28(8):1022-1049.
92. Ein-Dor T, Doron G, Solomon Z, Mikulincer M, Shaver PR. Together in pain: attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *J Couns Psychol.* 2010;57(3):317-327.
93. Illing V, Tasca GA, Balfour L, Bissada H. Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198(9):653-659.
94. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2006;41(10):796-805.
95. Gilbert P, McEwan K, Hay J, Irons C, Cheung M. Social rank and attachment in people with a bipolar disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy.* 2007;14(1):48-53.
96. Joyce PR. Parental bonding in bipolar affective disorder. *J Affect Disord.* 1984;7(3-4):319-324.
97. Rosenfarb IS, Becker J, Khan A, Mintz J. Dependency and self-criticism in bipolar and unipolar depressed women. *Br J Clin Psychol.* 1998;37(4):409-414.
98. Bora E. Şizofreni Spektrum Bozukluklarında Zihin Kuramı. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2009;20(3):269-281.
99. Margolis E, Samuels RI, Samuels R, Stich SP. *The Oxford handbook of philosophy of cognitive science.* New York: Oxford University Press; 2012.
100. Ziv M, Solomon A, Strauss S, Frye D. Relations between the development of teaching and theory of mind in early childhood. *Journal of Cognition and Development.* 2016;17(2):264-284

101. Tomasello M, Carpenter M, Call J, Behne T, Moll H. Understanding and sharing intentions: the origins of cultural cognition. *Behav Brain Sci.* 2005;28(5):675-691.
102. Liszkowski U, Carpenter M, Striano T, Tomasello M. 12 and 18 month olds point to provide information for others. *Journal of Cognition and Development.* 2006;7(2):173-187.
103. Knudsen B, Liszkowski U. Eighteen and 24 month old infants correct others in anticipation of action mistakes. *Developmental Science.* 2012;15(1):113-122.
104. Knudsen B, Liszkowski U. 18 month olds predict specific action mistakes through attribution of false belief, not ignorance, and intervene accordingly. *Infancy.* 2012;17(6):672-691.
105. Meltzoff AN. Understanding the Intentions of Others: Re-Enactment of Intended Acts by 18 Month Old Children. *Dev Psychol.* 1995;31(5):838-850.
106. Shultz TR. Development of the concept of intention. in *Development of cognition, affect, and social relations. The Minnesota Symposia on Child Psychology.* 1980. Erlbaum Hillsdale, NJ.
107. Astington J, Lee E. What do children know about intentional causation. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development. Seattle. 1991.
108. Joseph RM, Tager Flusberg H. Preschool children's understanding of the desire and knowledge constraints on intended action. *British Journal of Developmental Psychology.* 1999;17(2):221-243.
109. Schult CA. Children's understanding of the distinction between intentions and desires. *Child Development.* 2002;73(6):1727-1747.
110. Bach LJ, Happe F, Fleminger S, Powell J. Theory of mind: Independence of executive function and the role of the frontal cortex in acquired brain injury. *Cognitive Neuropsychiatry.* 2000;5(3):175-192.

111. Brüne M, Brüne-Cohrs U. Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2006;30(4):437-455.
112. Değirmencioğlu B, Alptekin K, Akdede bipolar bozukluk, Erdil N, Aktener A, Mantar A, Ulaş H. Şizofreni Hastalarında Dokuz Eylül Zihin Kuramı Ölçeği'nin (DEZİKÖ) Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2018;29(3):193-201.
113. Stone VE, Baron-Cohen S, Knight RT. Frontal lobe contributions to theory of mind. *J Cogn Neurosci*. 1998;10(5):640-656.
114. Happé FG. Communicative competence and theory of mind in autism: A test of relevance theory. 1993;48(2):101-119.
115. Norbury CF. The relationship between theory of mind and metaphor: Evidence from children with language impairment and autistic spectrum disorder. *British Journal of Developmental Psychology*. 2005;23(3):383-399.
116. Tager-Flusberg H, Sullivan K. A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. *Cognition*. 2000;76(1):59-90.
117. Sabbagh MA. Understanding orbitofrontal contributions to theory-of-mind reasoning: implications for autism. *Brain Cogn*. 2004;55(1):209-219.
118. Bora E, Bartholomeusz C, Pantelis C. Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychol Med*. 2016;46(2):253-264.
119. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabares-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychother Psychosom*. 2009;78(5):285-297.
120. Bora E, Berk M. Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;191:49-55.
121. Purcell AL, Phillips M, Gruber J. In your eyes: does theory of mind predict impaired life functioning in bipolar disorder? *J. Affect. Disord*. 2013;151(3):1113-1119.

122. Harkness KL, Jacobson JA, Duong D, Sabbagh MA. Mental state decoding in past major depression: Effect of sad versus happy mood induction. *Cognition & Emotion*. 2010;24(3):497-513.
123. Anderson IM, Shippen C, Juhasz G, Chase D, Thomas E, Downey D, Toth ZG, Lloyd-Williams K, Elliott R, Deakin JF. State-dependent alteration in face emotion recognition in depression. *Br J Psychiatry*. 2011;198(4):302-308.
124. Bhagwagar Z, Cowen PJ, Goodwin GM, Harmer CJ. Normalization of enhanced fear recognition by acute SSRI treatment in subjects with a previous history of depression. *Am J Psychiatry*. 2004;161(1):166-168.
125. LeMoult J, Joormann J, Sherdell L, Wright Y, Gotlib IH. Identification of emotional facial expressions following recovery from depression. *J Abnorm Psychol*. 2009;118(4):828-833.
126. Day CV, Gatt JM, Etkin A, DeBattista C, Schatzberg AF, Williams LM. Cognitive and emotional biomarkers of melancholic depression: An iSPOT-D report. *J Affect Disord*. 2015;176:141-150.
127. Roca M, Monzon S, Vives M, Lopez-Navarro E, Garcia-Toro M, Vicens C, Garcia-Campayo J, Harrison J, Gili M. Cognitive function after clinical remission in patients with melancholic and non-melancholic depression: a 6 month follow-up study. *J Affect Disord*. 2015;171:85-92.
128. Zaninotto L, Guglielmo R, Calati R, Ioime L, Camardese G, Janiri L, Bria P, Serretti A. Cognitive markers of psychotic unipolar depression: a meta-analytic study. *J Affect Disord*. 2015;174:580-588.
129. Ontai LL, Thompson RA. Attachment, parent-child discourse and theory-of-mind development. *Social Development*. 2008;17(1):47-60.
130. Fonagy P, Redfern S, Charman T. The relationship between belief-desire reasoning and a projective measure of attachment security (SAT). *British Journal of Developmental Psychology*. 1997;15(1):51-61.
131. Meins E, Fernyhough C, Russell J, Clark-Carter D. Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*. 1998;7(1):1-24.

132. Steele H, Steele M, Croft C, Fonagy P. Infant-mother attachment at one year predicts children's understanding of mixed emotions at six years. *Social Development*. 1999;8(2):161-178.
133. Meins E, Fernyhough C, Wainwright R, Clark-Carter D, Das Gupta M, Fradley E, Tuckey M. Pathways to understanding mind: construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Dev*. 2003;74(4):1194-211.
134. Meins E, Fernyhough C, Wainwright R, Das Gupta M, Fradley E, Tuckey M. Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development*. 2002;73(6):1715-1726.
135. Dunn J, Brown J, Slomkowski C, Tesla C, Youngblade L. Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: Individual differences and their antecedents. *Child Development*. 1991;62(6):1352-1366.
136. Ruffman T, Perner J, Naito M, Parkin L, Clements WA. Older (but not younger) siblings facilitate false belief understanding. *Developmental Psychology*. 1998;34(1):161-174.
137. Lewis C, Freeman NH, Kyriakidou C, Maridaki-Kassotaki K, Berridge DM. Social influences on false belief access: specific sibling influences or general apprenticeship? *Child Dev*. 1996;67(6):2930-47.
138. Meins E, Fernyhough C, Fradley E, Tuckey M. Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2001;42(5):637-648.
139. Happé FG. The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism. *Child Development*. 1995;66(3):843-855.
140. Jenkins JM, Astington JW. Cognitive factors and family structure associated with theory of mind development in young children. *Developmental Psychology*. 1996;32(1):70.
141. Perner J, Ruffman T, Leekam SR. Theory of mind is contagious: You catch it from your sibs. *Child Development*. 1994;65(4):1228-1238.

142. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978;133(5):429-435.
143. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E. Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2001;13(2):107-114.
144. Hamilton M. The Hamilton rating scale for depression. In: editors. *Assessment of depression*. Springer; 1986. p. 143-152.
145. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)’nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Dergisi*. 1996;4(4):251-259.
146. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*. 1987;52(3):511.
147. Mikulincer M, Florian V, Weller A. Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: the impact of the Gulf War in Israel. *J Pers Soc Psychol*. 1993;64(5):817-826.
148. Kesebir S, Dereboy F, Kokcu F. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Yeni Symposium*. 2012;50(2):99-104.
149. Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C, Robertson M. Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(7):813-822.
150. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2001;42(2):241-251.
151. Yildirim EA, Kaşar M, Güdük M, Ateş E, Küçükparlak İ, Özalmete EO. Gözlerden Zihin Okuma Testi’nin Türkçe Güvenirlik Çalışması. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(3):177-186.

152. Değirmencioğlu B, İlk kez geliştirilecek olan Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeğinin (DEZTÖ) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 2008, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü: İzmir.
153. Shippee ND, Shah ND, Williams MD, Moriarty JP, Frye MA, Ziegenfuss JY. Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder. Health quality of life outcomes. 2011;9(1):90.
154. Zimmerman M, Martinez JH, Young D, Chelminski I, Dalrymple K. Sustained unemployment in psychiatric outpatients with bipolar depression compared to major depressive disorder with comorbid borderline personality disorder. Bipolar Disord. 2012;14(8):856-862.
155. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA. 1990;264(19):2511-2518.
156. İbiloğlu AO, Çayköylü A. Bipolar-I, Bipolar-II ve Majör Depresif Bozuklukta Ayrışan Sosyodemografik, Klinik ve Mizaç Özellikleri. Turk Psikiyatri Dergisi. 2011;22(3):159-165.
157. Budak EA, Kucukgoncu S, Bestepe EE. Theory of mind abilities and its relationship with clinical features in euthymic bipolar patients. Cukurova Medical Journal. 2019;44(1):176-182.
158. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry. 2011;3(2):321-342.
159. Koelkebeck K, Liedtke C, Kohl W, Alferink J, Kret ME. Attachment style moderates theory of mind abilities in depression. J Affect Disord. 2017;213:156-160.
160. Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. Am J Psychiatry. 1996;153(6):752-8.

161. Gunderson JG, Weinberg I, Daversa MT, Kueppenbender KD, Zanarini MC, Shea MT, Skodol AE, Sanislow CA, Yen S, Morey LC, Grilo CM, McGlashan TH, Stout RL, Dyck I. Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2006;163(7):1173-8.
162. Büyükgöncü B, Bipolar ve Unipolar Depresyon Hastalarında Ve Sağlıklı Kontrollerde Zihin Kuramı Ve Bilişsel İşlevlerle İlişkisi. 2015, Erciyes Üniversitesi: Kayseri.
163. Leppänen JM, Milders M, Bell JS, Terriere E, Hietanen JK. Depression biases the recognition of emotionally neutral faces. *Psychiatry Research*. 2004;128(2):123-133.
164. Rosa AR, Reinares M, Michalak EE, Bonnin CM, Sole B, Franco C, Comes M, Torrent C, Kapczinski F, Vieta E. Functional impairment and disability across mood states in bipolar disorder. *Value Health*. 2010;13(8):984-988.

