



**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUKTA TRAVMATİK YAŞAM
OLAYLARININ BAŞ ETME TUTUMLARI VE DUYGU
DÜZENLEME ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. Cemre KULAKCI
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi EDA ASLAN**

MERSİN - 2020



**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUKTA TRAVMATİK YAŞAM
OLAYLARININ BAŞ ETME TUTUMLARI VE DUYGU
DÜZENLEME ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. Cemre KULAKCI
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi EDA ASLAN**

MERSİN - 2020

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince ve tezimin tüm aşamalarında bilgisini ve desteğini esirgemeyen, tecrübelerinden faydalandığım ve her aşamada teşvik edici tutumu ve yol göstericiliği için başta değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Eda Aslan'a,

Asistanlık sürecimizde eğitimimizle yakından ilgilenen, bilgi ve deneyimleriyle yolumuza ışık tutan, bizlere sevgi ve huzur dolu bir çalışma ortamı sağlayan, asistanları olarak çalışmayı kendim için şans saydığım değerli hocalarım Prof. Dr. Mustafa Kemal Yazıcı, Prof. Dr. Aylin Ertekin Yazıcı, Prof. Dr. Şenel Tot Acar, Doç. Dr. Melike Nebioğlu Yıldız ve Öğr. Gör. Dr. Seda Türkili'ye,

Rotasyonlarım sırasında eğitimime katkıda bulunan Nöroloji Anabilim Dalı, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı değerli öğretim üyelerine,

Asistanlığımın ilk yılında birlikte çalışmış olmayı kendim için büyük bir şans saydığım, bildikleri her şeyi bize öğretmeye çalışan ve desteklerini hiçbir zaman bizden esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Ayşe Devrim Başterzi'ye ve Prof. Dr. Gamze Özçürümez Bilgili'ye,

Asistanlık sürecimde birlikte çalışma şansı bulduğum ve kocaman bir aile olduğumuz hissiyatını bana yaşatan tüm asistan arkadaşlarıma, hemşire arkadaşlarıma, sekreterlerimize ve servis personellerimize,

Tezimin ortaya çıkmasında desteklerini esirgemeyen Biyoistatistik Anabilim Dalı ve emeğinden ötürü Dr. Öğrencisi Ragıp Onur Öztornacı'ya,

Tez çalışmamın ortaya çıkmasına yardımcı olan, gönüllü olarak katılan tüm katılımcılara,

Tez yazım sürecinde motivasyon kaynağım olan sevgili nişanlıma ve üzerimdeki emeklerini asla ödeyemeyeceğim, hayatımın her aşamasında sevgi ve desteklerini daima yanımda hissettiğim canım anneme, babama ve kardeşime,

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum...

Dr. Cemre KULAKCI

Mersin-2020

İÇİNDEKİLER

ÖZET	5
ABSTRACT	7
1. GİRİŞ VE AMAÇ	9
2. GENEL BİLGİLER	11
2.1. Bipolar Bozukluk	11
2.1.1. Tanım	11
2.2. Travmatik Yaşam Olayları	20
2.2.1. Travma Tanımı	20
2.2.2. Travmatik Yaşam Olaylarının Türleri	21
2.2.4. Travmatik Yaşam Olaylarının Epidemiyolojisi	22
2.2.5. Travmatik Yaşam Olaylarının Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi	23
2.2.6. Travmatik Yaşam Olaylarının Bipolar Bozuklukla İlişkisi	24
2.3. Baş Etme Tutumları	24
2.3.1. Baş Etme Tanımı	24
2.3.2. Baş Etme Modelleri	24
2.3.3. Travma ve Başa Çıkma Tutumları İlişkisi	26
2.3.4. Başa Çıkma Tutumlarının Psikopatolojilerle İlişkisi	26
2.4. Duygu Düzenleme	27
2.4.1. Duygu Düzenlemenin Tanımı	27
2.4.2. Duygu Düzenlemenin özellikleri	28
2.4.3. Duygu Düzenleme Aşamaları	28
2.4.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü	30
2.4.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü ile İlişkili Psikopatolojiler	31
2.4.6. Duygu Düzenleme ve Duygudurum Bozuklukları İlişkisi	31
2.4.7. Duygu Düzenleme ve Çocukluk Çağı Travmalarının İlişkisi	32
2.4.8. Duygu Düzenleme Güçlüğü Tedavisi	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Türü ve Etik Kurul	33
3.2. Araştırma Örneklemi	33
3.3. Yöntem	34
3.4. Veri Toplama Araçları	35
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	35

3.4.2. DSM-IV-TR Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)	35
3.4.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)	35
3.4.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)	35
3.4.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)	36
3.4.6. Travma Değerlendirme Ölçeği	36
3.4.7. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	36
3.4.8. Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği (DDGÖ)	38
3.4.9. Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kısa Form-36)	38
3.5. İstatistiksel Analiz	39
4. BULGULAR	40
4.1. BPB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	40
4.2. Klinik Özellikler	42
4.3. Travmatik Yaşantılar ile İlgili Özellikler	43
4.4. BPB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun ÇÇTÖ (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği) Puanlarının ve Yetişkinlik Çağı Travmaları açısından Değerlendirilmesi	44
4.5. BPB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Baş Etme Tutumları Ölçeği (COPE) Puanlarının Değerlendirilmesi	46
4.6. BPB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği (DDGÖ) Puanlarının Değerlendirilmesi	47
4.7. BPB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Puanlarının Değerlendirilmesi	48
4.8. Hasta Grubunda Klinik Değerlendirme Ölçeklerinin Karşılaştırılması	49
4.9. BPB Hastalarında Başa Çıkma Tutumlarını Yordayan Faktörlerin İncelenmesi	51
5. TARTIŞMA	54
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	62
7. KAYNAKLAR	65
8. SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	83
9. TABLOLAR DİZİNİ	84
10. ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ	85
11. EKLER DİZİNİ	86
EK 1. BGOF Hasta	86

EK 2. BGOF Sağlıklı Kontrol	89
EK 3. Sosyodemografik Veri Formu	92
EK 4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	94
EK 5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	98
EK 6. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	102
EK 7. TRAVMA DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	104
EK 8. Baş Etme Tutumları Ölçeği	106
EK 9. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	110
EK 10. Yaşam Kalitesi Ölçeği	112
EK 11. ETİK KURUL ONAYI	116



ÖZET

Giriş: Bipolar bozukluk (BPB) her ne kadar daha çok biyolojik ve genetik faktörlerin rol oynadığı bir hastalık olarak bilinse de; psikososyal etkilerin de hastalığın oluşumunda ve klinik gidişatında rolünün olduğu düşünülmektedir. Geçmiş travmaların, özellikle de çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların bipolar bozukluk gelişimine etkisinin yadsınamaz olduğu görüşü yaygınlaşmaktadır. Hastalığın doğası gereği görülen duygudurum geçişlerinin altında da duygu düzenleyememenin yattığı düşünülmektedir. Ayrıca bipolar bozukluk hastalarının stres yaratan durumlar karşısında sağlıklı kişilere göre daha yüksek oranda maladaptif baş etme stratejileri kullandıkları saptanmıştır. Bu durumun da hastalığın seyrini etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, travmatik yaşantıların bipolar bozukluk hastalarının baş etme tutumları ve duygu düzenleme üzerine etkisini araştırmak ve bu konuda literatüre katkıda bulunmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne Mayıs 2019-Eylül 2019 tarihleri arasında başvuran çalışmaya dahil edilme ve çalışmadan dışlanma kriterlerini karşılayan DSM-5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-5) tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk tanısı almış 74 hasta ve 74 kontrol grubu dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ve daha önce geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Travmatik Yaşantılar Ölçeği, Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (COPE), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) uygulanmıştır. Bipolar tanılı hasta grubuna ek olarak Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Young Mani Depresyon Ölçeği (YMDÖ) uygulanmıştır. Sonuçlar SPSS 21.0 paket programı ile istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda hasta ve kontrol grubunun çocukluk çağı travma ölçek puanları birbirine yakın bulundu. Hasta grubunun sorun odaklı baş etme alt boyutu stratejilerinden olan yararlı sosyal destek, aktif başa çıkma, plan yapma alt ölçeklerini kontrol grubuna göre daha az kullandığı bulundu. Bunun yanında hasta grubunun işlevsel olmayan baş etme alt boyutu stratejilerinden inkar,

davranışsal boş verme ve madde kullanımı alt ölçeklerini kontrol grubuna göre daha sık kullandığı saptandı. Hasta grubunda çocukluk çağı travma ölçeği puanı yükseldikçe işlevsel olmayan baş etme tutumları puanlarının da yükseldiği saptandı. Duygu düzenleme açısından iki grup karşılaştırıldığında, hasta grubunun kontrol grubuna göre DDGÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca hasta grubunda çocukluk çağı travma puanları arttıkça duygu düzenlemenin de güçleştiği görüldü. Yaşam kalitesi açısından her iki grup incelendiğinde hasta grubunun yaşam kalitesi ölçek puanları kontrol grubuna göre daha düşük bulundu.

Sonuç: Çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların bipolar bozukluğun klinik gidişatını etkilediği, çocukluk çağı travması maruziyeti daha fazla olan hastaların duygu düzenlemede daha fazla zorluk yaşadıkları ve işlevsel olmayan baş etme stratejilerini daha fazla kullandıkları söylenebilir. Ancak travma, duygu düzenleme ve baş etme tutumları ilişkisinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha geniş örneklemelerle uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: bipolar bozukluk, travmatik yaşantılar, çocukluk çağı travması, duygu düzenleme güçlüğü, baş etme tutumları

ABSTRACT

Introduction: Although bipolar disorder (BD) is mostly known as a disease in which biological and genetic factors play a role; psychosocial effects are also thought to play a role in the occurrence and clinical course of the disease. Past traumas, especially childhood traumatic experiences, on the development of bipolar disorder is a common opinion among researchers. It is thought that emotional dysregulation underlies the mood transitions which is seen by the nature of the disease. In addition, bipolar disorder patients have been found to use higher rates of maladaptive coping strategies than healthy individuals in the face of stressful situations. This situation is thought to affect the course of the disease. The aim of this study is to investigate the effect of traumatic experiences on coping styles and emotion regulation of bipolar disorder patients and to contribute to the literature on this subject.

Materials and Methods: The study included 74 healthy controls and 74 patients who were admitted to the Adult Psychiatric Outpatient Clinic of Mersin University, Faculty of Medicine Training and Research Hospital, met the study inclusion and exclusion criteria, and were diagnosed with BD according to the DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5) diagnostic criteria. Sociodemographic data form prepared by the researcher, the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Trauma Assessment Scale, COPE scale, Difficulties in Emotion Regulation Strategies Scale (DERS), Short Form (SF-36) were applied to all participants who accepted to study. In addition Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and Young Mania Rating Scale (YMRS) were applied to the group of patients with bipolar diagnosis. Statistical analyses were performed with SPSS 21.0 computer program.

Results: In our study, childhood trauma scale scores of the patient and control groups were found close to each other. It was found that the patient group used less frequently instrumental social support, active-coping and planning subscales, which are among the problem-focused coping strategies, as compared to the control group. In addition, it was found that the patient group used more frequently denial, behavioral disengagement and substance use subscales, which are among the dysfunctional coping strategies, as compared to the control group. As the childhood trauma scale score increased in the

patient group, it was found that dysfunctional coping strategies scores also increased. When the two groups were compared in terms of emotion regulation, it was determined that the patient group had higher DERS scores than the control group. In addition, it was observed that emotional regulation became more difficult as childhood trauma scores increased in the patient group. When both groups were examined in terms of quality of life, the SF-36 scale scores of the patient group were lower than the control group.

Conclusion: It can be said that childhood traumatic experiences affect the clinical course of bipolar disorder, patients with more exposure to childhood trauma have more difficulty in emotion regulation and use dysfunctional coping strategies more. However, longitudinal studies with larger samples are needed to better understand the relationship between trauma, emotion regulation and coping skills.

Keywords: bipolar disease, traumatic life events, childhood trauma, emotion dysregulation, coping skills

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar Bozukluk (BPB), tekrarlayıcı ve dönemsel seyir gösteren, mani, depresyon dönemleri veya her iki dönemin belirtilerinin de bulunduğu karma (miks) dönemlerle karakterize, bu dönemler arasında kişinin bazen sağlıklı/belirtisiz bazen de eşik altı belirtiler gösterebildiği, kronik bir rahatsızlıktır¹. Hastalık, alevlenmeler sırasında duygudurumda yükselme (mani/hipomani) ve çökkünlük (depresyon) şeklinde dalgalanmalar, dürtüsellik ve riskli davranışlar (aşırı para harcama, madde kötüye kullanımı, yasal sorunlar) nedeniyle hastalarda mesleki işlevsellik ve ciddi sosyal kayba neden olmaktadır². Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün yetersizlik sıralamasında altıncı olan bu hastalığın yaşam boyu yaygınlığı %5 olarak belirtilmektedir^{3,4}.

Travma kavramı, kişinin kendisinin maruz kaldığı veya çevresindekilerin maruziyetine şahit olduğu, bedensel ve ruhsal bütünlüğüne tehdit oluşturan, aniden gelen ağır örseleyici yaşantıları kapsar⁵. Travmatik olaylara maruz kalmanın, özellikle de çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerin anksiyete bozukluğu, duygudurum bozuklukları, disosiyatif ve somatizasyon bozukluğu gibi birçok psikiyatrik rahatsızlığın gelişimi açısından riski artırdığı bilinmektedir. Bipolar bozukluğu olan hastalarda da büyük oranda çocukluk çağı travma öyküsü bulunmaktadır.

Her ne kadar travmatik yaşam olayları kişiyi psikiyatrik rahatsızlıklara daha yatkın hale getirse de tek başına hastalığa yol açmadığı düşünülmektedir. Kişileri psikiyatrik rahatsızlıklara iten şeyin, yaşadıkları travmatik olaylar değil, bu olaylarla başa çıkma yetisi, bireyin bu olaylara yüklediği anlam ve kişilerin sosyal destekleriyle ilişkili olduğu belirtilmektedir⁶.

“Başa çıkma”, kişinin stres yaratan olay ya da etkenlere karşı direnmek için gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin bütünü olarak tanımlanabilir. Baş etme tutumları ile ilgili en basit sınıflandırma, işlevsel olan ve işlevsel olmayan baş etme tutumları olarak yapılabilir. İşlevsel olmayan başa çıkma stratejilerinin kullanılması, stres oluşturan etkenle ve zorlayıcı yaşam olayları ile psikopatolojik belirtilerin gelişmesinde ve devamında önemli rol oynamaktadır⁷. Bu bağlamda da bipolar bozukluk başta olmak üzere pek çok psikiyatrik bozuklukta başa çıkma tutumları incelenmiştir.

Duygu düzenleme, kişinin bir hedefe ulaşabilmesi için duygusal tepkilerini takip edebilme, gözden geçirebilme, denetleyebilme ve değiştirebilme yeteneği olarak tanımlanabilir⁸. Duygu düzenleme g  l ğ i ise bir stresör karşısında kişinin duygusal cevabını düzenlemede ve kontrol etmesinde yetersizlik yařamasıdır⁹. Özellikle duygudurum değişkenliği ve duygu dalgalanmaları ile giden bipolar bozuklukta duygu düzenleme güçlükleri yaşanması da hastalığın temel özelliklerinden olup hastalıkta görülen bu duygudurum geçişlerinin altında duyguları düzenleyememenin yattığı düşünülmektedir. Ayrıca travmatik yaşantıların, özellikle de çocukluk döneminde yaşanılan travmatik olayların kişilerarası ilişkilerde uygun duygusal tepkilerin gösterilmesini güçleştirdiği ve bu durumun da kişilerarası ilişkilerde sorun olarak bireylerin karşısına çıktığı g sterilmiřtir¹⁰.

Literatürde  ocukluk  ağı travmalarının duygu düzenleme g  l ğ i ile ilişkisiyle ilgili çalışmalar bulunsa da sınırlı sayıdadır.

Biz de çalışmamızda bipolar bozukluk hastalarında travmatik yaşam olaylarının ve çocukluk  ağı travmalarının, hastaların başa çıkma tutumları ve duygu düzenleme güçlükleri üzerine ilişkisini incelemeyi amaçladık. Çalışmamızın sınırlı sayıdaki literatür bilgisine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk

2.1.1. Tanım

Bipolar bozukluk (BPB), diğer adıyla İki Uçlu Bozukluk (İUB); yükselmiş (eleve) duygudurum, enerji artışı, azalmış uyku ihtiyacı ve taşkın ruh hali ile giden *mani* dönemleri veya belirtileri maniye göre daha az şiddetli olan *hipomani* dönemleri ile birlikte enerji azlığı, istek kaybı gibi belirtilerin eşlik ettiği çökkün duygudurum dönemleri ile giden *depresyon* dönemlerinin görüldüğü ya da her iki ruh halini de içeren *karma (miks)* dönemlerle karakterize bir duygudurum bozukluğudur ¹¹.

Mani; öfori, irritabilite, ajitasyon, düşünme hızında artış, konuşma hızında artış, cinsel istekte artış, uyku ihtiyacında azalmanın görüldüğü ve psikotik bulguların eşlik edebildiği duygudurum dönemidir. Manik epizod; hastaneye yatışı gerektirecek şiddette olan veya en az 1 hafta süren, olağandışı yükselmiş (eleve) ve iritabl bir duygudurum dönemidir ¹².

Hipomanik dönem, semptomların manideki kadar yoğun görülmediği, psikotik belirtilerin olmadığı, kişinin sosyal-mesleki işlevselliğinde bozulma yaratacak kadar şiddetli olmayan, en az 4 gün süren ve genellikle hastane yatışı gerektirmeyen bir duygudurum epizodudur ¹².

Depresyon; üzüntü, isteksizlik, özgüvende azalma ve kendini suçlamanın görüldüğü mental bir durumu tanımlar. Depresif epizod; en az iki hafta boyunca süren, ilgi ve istek kaybının olduğu, kişinin günün çoğunda kendisini üzüntülü ve çökkün hissettiği, bunlarla birlikte yorgunluk, enerji azlığı, iştah ve uyku düzeninde değişiklikler, suçluluk ve değersizlik duygularının görüldüğü ve hatta özkıym düşüncelerinin eşlik edebildiği bir dönemdir ¹².

Karma (miks) epizod; karşıt uçtaki dönemin en az üç belirtisinin görüldüğü mani veya depresyon dönemleri olarak tanımlanır. Hızlı döngülülük ise, mani, hipomani ve depresyon dönemlerinin bir yıl içinde en az dört kere görülmesi olarak adlandırılır ^{12,13}.

2.1.2. Tarihçe

Duygudurum bozuklukları, insanlık tarihinde yaklaşık 2500 yıldır insanlığın en yaygın hastalığı olarak var olmuştur ¹⁴. "Mani" (Yunanca öfke ve gazap anlamında) sözcüğü, İlyada Destanı'nda Homeros tarafından kullanılmıştır ¹⁵. M.Ö. 400'lü yıllarda "melankoli" deyimini ilk kez Hipokrat tarafından; isteksizlik, çökkünlük, keder, karamsarlık, irritabilite, iştahsızlık, uykusuzluk hali için kullanılmıştır ve Hipokrat bunu kara safraya bağlamıştır ¹². İbn-i Sina, ortaçağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan ve ilginç olgu örnekleri vermiştir ¹². Klinik tarihçiler bipolar bozukluk kavramının 19. yüzyılda geliştiğini öne sürerler. Bu dönemde akıl hastalarının hastane yatışları başlamıştır¹⁴. Fransız ve Alman ruh hekimleri 19. Yüzyılda mani ve melankolinin değişik türlerini ve klinik belirtilerini yazmışlarsa da; Kraepelin 1896'da hepsini psikoz manik depresif (PMD) adı altında toparlamayı, hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını başarmıştır ¹². 1957'de Leonhard tarafından mani ve aile öyküsünün varlığı ile ayrıştırılan bipolar bozukluk kavramı, betimleyici yaklaşımın temelini oluşturan ICD ve DSM sınıflandırma sistemlerinde yerini almıştır ¹⁵. Günümüzde, Amerika Birleşik Devletleri'nde daha çok DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı veya Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) sınıflandırma dizgesi, Avrupa'da ise daha çok ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Hastalıkların ve bunlarla ilişkili sağlık sorunlarının uluslararası istatistiksel sınıflandırılması), sınıflandırma dizgesi kullanılmaktadır.

Biz bu çalışmada sınıflandırmada, DSM'nin Amerikan Psikiyatri Birliğinden telif hakları alınarak sayın Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu tarafından Türkçe'ye çevrilen DSM-5'i temel aldık.

2.1.3. Epidemiyoloji

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda bipolar duygudurum bozukluğunun toplumun önemli bir kısmını etkilediği ve ciddi bir sağlık sorunu oluşturduğunu göstermektedir¹⁶. Çeşitli çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığı %

0,9 - %1,7 arasında bildirilmekle beraber, eşik altı bipolar bozukluklar da dahil edilirse bu oran %4,5'e kadar çıkmaktadır^{17,18}.

BPB başlangıç yaşı genellikle 15-24 yaşları arasındır, bunu 45-54 yaş arası görülen ikinci bir pik dönemi izler¹⁹. Ortalama başlangıç yaşı BPB tip I için 18, tip II için 20'dir. Özellikle ilk ataklar depresif epizod olduğunda tanı konulmasında geç kalınması BPB için önemli bir sorundur. İlk depresif epizottan tanı konulana kadar geçen ortalama süre 9 yıldır. Yaygınlık açısından bakıldığında; manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler ise kadınlarda daha yaygındır. Cinsiyet ve ırklar arasında genel olarak görülme sıklığı açısından bir fark ortaya konulmamıştır^{13,20}. Kadın cinsiyette hızlı döngülülük, karma dönemler, döngü kayması ve antidepresanlarla tetiklenen manik kaymanın, erkekte ise madde kullanımı ve bağımlılığın daha sık görüldüğü bildirilmektedir²¹. Ailesel öyküsü olan BPB hastalarında başlangıç yaşı daha erkendir. İleri yaşlarda ise daha çok organik beyin hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir²².

2.1.4. Etyoloji

Bipolar bozukluğun etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte; genetik yatkınlık, biyokimyasal etkenler ve çeşitli psikososyal etkenlerin üzerinde durulmaktadır¹².

Genetik Etkenler

Duygudurum bozukluklarının gelişiminde genetik geçişin önemi, yapılan pek çok çalışma ile gösterilmiştir. Kontrol deneklerinin birinci derece akrabalarıyla kıyaslandığında, BB tanılı hastaların birinci derece akrabalarında hastalık gelişme riskinin 8-18 kat arttığı bildirilmiştir¹⁶. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki, ebeveynlerden birinde Bipolar I bozukluk varsa, çocuklardan birinde bir duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %25, eğer her iki ebeveynde de hastalık varsa bu oran %50-75'e çıkmaktadır. Yapılmış olan bir evlat edinme çalışmasında monozigot ikizlerde Bipolar I bozukluk ortaya çıkma oranının %33-90 olduğu saptanmıştır²³.

Aile öyküsünde duygudurum bozukluğu olan hastalarda, hastalığın daha erken başlangıçlı olduğu, hızlı döngülülüğün ve özkıyım girişimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır²⁴.

BPB ile ilişkili olarak yapılan genetik çalışmalarda; en çok 18q ve 22q kromozom bölgelerinin BPB ile bağlantısı olduğu düşünülmüş olsa da belli bir gen ile ilişkisi ortaya konamamıştır¹³. Bulgular; BPB'nin kalıtsal geçiş şeklinin mendeliyen özellik göstermediğini, birden fazla geni ilgilendiren ve multifaktöriyel bir geçiş şekli gösterdiğini desteklemektedir²⁵.

Biyolojik Etkenler

Serotonin (5-HT) ve norepinefrin (NE), duygudurum bozukluklarının patofizyolojisiyle en fazla ilişkilendirilmiş iki nörotransmitterdir. Akut stres durumunda serotonin salınımında artış olurken, kronik stres durumunda 5-HT depolarının boşalması ve serotonin aktivitesinin azalması söz konusudur¹⁶. Lityumun beyin serotonin işlevini artırması etkisi nedeniyle serotonerjik sistemin BPB'deki rolü önemlidir²⁶. 5-HT öncülü olan L-triptofan eksikliği sonucunda depresif belirtiler izlenirken, triptofan yüksek dozları ise mani benzeri tabloyla ilişkilidir²⁷.

Mani oluşumunda, 'noradrenerjik-kolinerjik' sistemler arasında denge bozukluğu söz konusudur²⁸. Manik hastaların BOS ve plazmalarında MHPG (3-metoksi-4-hidroksifenilglükol) ve idrar NE, VMA (vanil mandelik asit) düzeylerinin daha yüksek olduğu ve de lityum sağaltımıyla BOS MHPG ve idrar NE düzeylerinin anlamlı ölçüde azaldığı tespit edilmiştir. Katekolamin miktarını artıran uyaranlar veya trisiklik antidepresanlar manik atakları başlatabilmektedir²⁹.

BPB etyolojisinde dopaminin rolü de, dopaminerjik aktiviteyi artıran amfetamin, kokain gibi maddelerle mani tablosunun tetiklenmesi ve antidopaminerjik ilaçlarla mani tablolarının yatışmasıyla birlikte tartışılmaya başlanmıştır³⁰. Mevcut veriler neticesinde, depresyonda dopaminin azaldığı, manide ise arttığı düşünülmektedir. BPB'da dopamin metabolitlerinin (homovalinik asit gibi) beyin omurilik sıvısında arttığı gösterilmiştir¹³.

Asetilkolin her üç monoamin sistemiyle ilişkili olup, serebral kortekse dağınık şekilde yayılmış olan nöronlar içinde bulunmaktadır. Kolinerjik agonist ve antagonist ilaçlar depresyon ve mani üzerinde farklı klinik etkiler göstermektedir. Agonist ilaçlar depresyon belirtilerini tetikleyip mani belirtilerinde de sönmeye neden olabilmektedirler¹³.

GABA (G-aminobutirik asit), inhibitör etkili bir nörotransmitter olup, BPB hastalarında plazma GABA seviyelerinde azalma olduğu gösterilmiştir. Plazma

GABA seviyesinde azalmayla birlikte GABA etkinliğindeki azalmanın BPB kliniğiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir ²⁸.

BPB etiolojisinde bazı nöroendokrin düzensizliklerin de rolünün olduğu saptanmıştır. Bunlar içinde en çok üzerinde durulan nöroendokrin dizge, strese karşı vücudun verdiği yanıtı düzenleyen HPA (hipotalamik pitüiter adrenal) aksıdır. Bipolar bozuklukta, CRH (corticotropin releasing hormon)'ya karşı verilen ACTH (adrenocorticotrophic hormon) ve kortizol yanıtlarında düzensizlik olduğu ve bu düzensizliğin daha çok depresyon ve karma dönemlerde olduğu saptanmıştır. Manik hastalarda CRH'ya karşı ACTH yanıtı normal kontrollere göre artmış olarak bulunmuştur ³¹. BPB hastalarında ayrıca TRH (tirotropin releasing hormon) ya TSH (tiroid stimulan hormon) yanıtının da arttığı bildirilmiştir. Hipertiroidide daha çok duygudurumda yükselme görülürken, hipotiroidide daha çok duygudurumda çökme görülmektedir ¹². Duygudurum bozuklukları gelişimiyle ilgili bir başka varsayım da iyon kanallarının çalışmasında düzensizliğin neden olduğu sıvı-elektrolit dengesizliğidir. BPB'da Na-K ATPaz etkinliğinde azalma olduğu bildirilmiştir ^{32,33}. Mani döneminde hücre içi sodyumun azaldığı, potasyum ve su tutulumunun arttığı gösterilmiştir. BPB tedavisinde kullanılan antikonvülzan ilaçların sodyum kanallarını inhibe ederek etki göstermesi ve kalsiyum kanal blokerlerinin antimanik etkilerinin gösterilmesi de bu iyon sistemlerinin etiolojideki rollerini desteklemektedir ^{28,34}.

Duygudurum Bozukluklarının gelişiminde immünolojik etkenlerin de rol aldığı düşünülmektedir. İmmün sistem tarafından üretilen bazı sitokinlerin (örneğin; Interlökin-1, Interlökin-6, tümör nekrozis faktör (TNF), interferon alfa, beta, gama vb.) bağışıklık sistemindeki rollerinin yanı sıra nörotransmitter benzeri roller de oynadıkları belirlenmiştir. Interlökin-1'in serumda düzeyinin yükselmesi ile oluşan "hastalık davranışı sendromu" belirtileri, depresyonun bazı vejetatif belirtilerine benzerlik göstermektedir. Hastalık davranışı sendromunda ve depresyon sırasında hücrel bağışıklık sistemi baskılanmaktadır. Bipolar bozuklukta hem depresif hem de manik epizotlarda hücrel immünolojik aktivitede artış olmaktadır ³⁵.

Beyin görüntüleme Çalışmaları

BPB olan hastalarla yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında sağlıklı kontrollere göre bazı morfolojik farklılıklar saptanmıştır. Bu farklılıklardan biri; periventriküler beyaz cevherde ve subkortikal gri cevherde saptanan hiperintens

alanlardır. Bu hiperintens alanların BPB'ye özgül olmadığı fakat hastalık şiddeti ve yaş ile ilişkili olabilecekleri düşünülmektedir.

Prefrontal korteks, duyguların ifadesinde önemli rol aldığından BPB'da çok araştırılan bir bölge olmuştur. BPB olan hastalarda, ön singulat hacminde ve gri cevher yoğunluğunda azalma saptanmış olup, lityum tedavisi alanlarda böyle bir farklılık görülmemiştir ³⁶.

Psikososyal Etkenler

Psikososyal değişkenlerin bipolar bozuklukta rolü üzerine yapılan çalışmalarda güncel çevresel etmenlerin hastalığın başlangıcı ve gidişatında etkili olduğuna dair güçlü kanıtlar mevcuttur. Literatürde bipolar bozukluğu olan hastaların özellikle hastalığın başlangıcındaki atak dönemleri öncesinde stresli yaşam olayları deneyimledikleri pek çok kez gösterilmiştir ¹⁵. Ayrıca Çocukluk çağı travmalarının, bipolar bozukluğun da dahil olduğu pek çok psikiyatrik hastalığı tetiklediği, kötüleştirdiği ve yinelemelere neden olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir ³⁷.

Ateşlenme (kindling) modeline göre stresli yaşam olayları sonucunda ilk manik ya da depresif atak tetiklenmekte ve daha sonra bu durum diğer hastalık dönemlerinde beyinde bazı hücresel ve biyokimyasal değişikliklere yol açmaktadır. Sonrasında aynı uyarının tekrar tekrar gelmesi ile ataklar arası süre kısaltmakta ve atağın tekrarlaması kolaylaşmaktadır. Belli bir noktadan sonra ise hiçbir faktör olmaksızın atağın tetiklendiği ve böylece hızlı döngülülüğün meydana geldiği düşünülmektedir ³⁸.

2.1.5. Bipolar Bozukluk Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikleri:

Dünyanın her yerinde Psikiyatrik hastalıkların tanısında kullanılan ve kabul gören iki tane sınıflandırma sistemi bulunmaktadır. Bunlar; DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) ve ICD (International Classification of Diseases) sistemleridir.

I) DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder):

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından oluşturulmuştur. Son hali 2013 yılında DSM-5 tanı ölçütleri olarak yayımlanmıştır ¹¹. DSM-5'e göre bipolar bozuklukların sınıflandırılması Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. DSM-5'e göre Bipolar ve ilişkili Bozukluklar

1)Bipolar I Bozukluğu
2)Bipolar II Bozukluğu
3)Siklotimik Bozukluk
4)Maddenin/İlacın Yol Açtığı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk
5)Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk
6)Tanımlanmış Diğer Bir İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk
7)Tanımlanmamış İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk

II. ICD (International Classification of Diseases)

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından oluşturulan bir sınıflandırma sistemidir. En son 1990 yılında ICD-10 tanı ölçütleri yayımlanmıştır ³⁹. ICD-10'a göre duygudurum bozuklukları sınıflandırılması Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. ICD-10'A Göre Duygudurum Bozuklukları Sınıflaması

1) Manik Nöbet
2) Bipolar Duygulanım Bozukluğu
3) Depresif Nöbet
4) Yineleyen Depresif Bozukluk
5) İnatçı Duygudurum Bozuklukları
6) Duygudurum Bozuklukları, Tanımlanmamış

DSM-5'e göre Bipolar I tanısı konabilmesi için en az bir mani dönemi geçirilmiş olması yeterlidir (Tablo-3). Mani dönemi belirtilerinin en az 4 gün sürmesi durumunda da hipomani tanısı koyulabilmektedir. Major depresyon tanısı ise en az 2 hafta boyunca devam eden, DSM-5'te belirtilen en az 5 belirtinin olduğu, kişinin işlevselliğinde bozulmanın görüldüğü bir dönem olarak tanımlanmıştır ¹¹.

Tablo 3. DSM-5'e göre Bipolar I Bozukluk Tanı Kriterleri

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

B. Duygudurum bozukluğunun 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 farklıdır.

- 1) Benlik saygısında abartılı artış ya da büyüklük düşünceleri.
- 2) Uyku gereksiniminde azalma.
- 3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
- 4) Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
- 5) Dikkat dağınıklığı olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
- 6) Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon.
- 7) Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Duygudurum bozukluğu, mesleki ya da toplumsal işlevsellikte belirgin düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek kadar ağırdır ya da psikotik özellikler vardır.

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

Bipolar II Bozukluk tanısının konulabilmesi için ise en az bir depresyon döneminin ve en az bir hipomani döneminin geçirilmiş olması gerekmektedir ¹¹. Bipolar II Bozukluk tanı kriterleri Tablo-4'te gösterilmektedir.

Tablo 4. DSM-5'e Göre Bipolar II Bozukluk Tanı Kriterleri

A. Kabarmış, taşkın ya da irritabl, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun varlığı ile, etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az 4 ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunması

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

- 1) Benlik saygısında abartılı artma ya da büyüklük düşünceleri.
- 2) Uyku gereksiniminde azalma.
- 3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
- 4) Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
- 5) Dikkat dağınıklığı olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
- 6) Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon.
- 7) Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha farklı, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

D. Bu dönem, mesleki ya da toplumsal işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına zarar vermemesi için hastaneye yatırmayı gerektirecek kadar ağır değildir, psikotik özellikler yoktur

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

F. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

2.1.6. Bipolar Bozuklukta Tedavi

BPB ataklarla seyreden ve ataklar arasında genellikle hastaların işlevselliğinin iyi olduğu dönemlerle seyreden kronik bir hastalık olduğundan;

BPB tedavisi mani/hipomani ve depresif atakların akut dönem tedavisi ve koruyucu tedavi olarak ikiye ayrılmaktadır.

Mani/Hipomani ataklarının değerlendirilmesinde hastanın kendisine ve çevresine zarar verme riski, riskli davranışların olup olmaması, psikotik bulguların eşlik etmesi, geçmiş atakların öyküsü göz önüne alınarak hastanın ayaktan veya yatarak tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir.

Akut mani/hipomani varlığında öncelikle duygudurum dengeleyiciler (lityum ve valproat) ve ikinci kuşak antipsikotikler tek başlarına veya kombine olarak kullanılmaktadır. Tedaviye dirençli manilerde iki duygudurum dengeleyici birlikte kullanılabilir. İki duygudurum dengeleyici kombinasyonu dışında, karbamazepin en çok tercih edilen ajandır ⁴⁰.

Bipolar II bozuklukta görülen depresyonun özkıyım açısından en riskli depresyon olduğu göz önünde bulundurularak öncelikle yatırılarak tedavi seçeneği değerlendirilmelidir ⁴¹. İntihar girişimi için risk faktörü sayılan aile içi özkıyım öyküsü, yakın zamanda veya daha önce bir özkıyım girişiminde bulunmuş olmak, sosyal izolasyon, psikotik özellikler, kişilik bozukluğu olması gibi faktörlerin varlığı göz önünde bulundurulmalıdır ⁴².

2.2. Travmatik Yaşam Olayları

2.2.1. Travma Tanımı

Travmatik olay; bireyin bir ölüm tehdidi veya gerçek bir ölüm, ağır bir yaralanma, kendisinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir olay yaşaması ve bu olaya karşı korku, dehşet, çaresizlik gibi tepkiler göstermesi olarak tanımlanmaktadır ¹¹. Bir kişinin önceki deneyimleri, kişilik özellikleri ve travmayla başa çıkma becerisi gibi özellikler travmanın algılanış ve travmayla ilgili bilginin işleniş biçimini etkiler. Yaşanan travma, bireyde yetersizlik ve çaresizlik hisleri yaratabilir ve bu hisler “kontrol kaybı” algısına neden olabilir. Bu kontrol kaybı algısı da bireyde umutsuzluk ve çaresizlik duygularına ve bunun sonucunda da depresyon, korku ve anksiyete gibi durumların ortaya çıkmasına neden olur ⁴³.

2.2.2. Travmatik Yaşam Olaylarının Türleri

Deprem, sel gibi doğal veya insanların neden olduğu felaketlerle karşılaşmak, ağır trafik veya iş kazaları, cinsel veya fiziksel saldırıya uğramak, hapisanede bulunmak, işkence görmek, bir çatışmada veya savaş alanında bulunmak, toplama kampında bulunmak veya rehin alınmak gibi durumlarla karşılaşmak olağan dışı travmatik deneyimlerdir. Bunun yanı sıra, bir kişinin ciddi şekilde yaralanması ya da doğal olmayan biçimde öldürülmesine şahit olmak, bir kazayı, felaketi, savaşı gözlemleme, ölü bir insan ya da bir insan bedeninin bir parçasını görmeye tanık olma durumları da travmatik yaşantılar olarak değerlendirilebilir ^{11,44}.

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) çocukluk çağı travmaları kavramıyla ilgili olarak yaptığı tanımda, çocukluk dönemindeki istismar ve kötü muamelenin her tür fiziksel, duygusal ve cinsel davranımla tanımlanabileceğini ve çocuğun sağlığına tehdit oluşturan bir durum olduğunu ve bütünlüğü sarstığını belirtmiştir (WHO, 2002).

Çocukluk çağı travmaları dört ana başlıkta toplanır. Bunlar;

1. Çocuğun duygusal istismarı
2. Çocuğun fiziksel istismarı
3. Çocuğun cinsel istismarı
4. Çocuğun ihmali
 - a. Fiziksel ihmal
 - b. Duygusal ihmal

Çocuğun fiziksel istismarı; çocuğa bakım veren kişi tarafından (anne, baba veya bakıcı) çocuğun gelişimine ve sağlığına zarar verecek şekilde fiziksel güç kullanılması olarak tanımlanır. En yaygın rastlanan ve belirlenmesi en kolay olan istismar türüdür. Fiziksel istismar içine giren davranışlar; sıkma, vurma, tekmeleme, yumruklama, yakma, ısırma, boğma gibi zarar verici davranışları içerir ^{45,46}.

Çocuğun duygusal istismarı; çevredeki yetişkin kişiler tarafından yapılan, çocuğun kişiliğini zedeleyen, duygusal gelişimini engelleyen eylemlerdir.

Bağırma, aşağılama, reddedici ve düşmanca tavır, değer vermeme, önemsememe, tehdit etme, katı şekilde cezalandırma, duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, alaylı konuşma, lakap takma duygusal istismar türlerindendir^{47,48}.

Çocuğun cinsel istismarı, bir çocuğu güç kullanarak, tehdit ederek ve kandırarak bir erişkinin cinsel istek ve ihtiyaçları amacıyla kullanması olarak tanımlanmaktadır⁴⁷. Cinsel organlara dokunma, kendi vücuduna dokundurtma, cinsel içerikli görsel gösterme, teşhircilik, pornografi ve tecavüz cinsel istismar örnekleridir^{49,50}.

İhmal kavramı, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olarak ikiye ayrılmaktadır.

Çocuğun fiziksel ihmali; beslenme, giyim, barınma ve bakım ihtiyaçlarının yetersiz bırakılması sonucunda çocuğun zarar görmesi olarak tanımlanabilir. Ev koşullarının sağlıklı, güvensiz oluşu, çocuğun beslenme, temizlik ihtiyaçlarının yapılmaması veya geciktirilmesi, çocuğun sağlık ihtiyaçlarının yetersiz bırakılması fiziksel ihmal dahilinde değerlendirilir^{47,51}.

Çocuğun duygusal ihmali, çocuğun ilgi ve sevgi ihtiyaçları bakımından yetersiz bırakılması, çocuğun şiddetle karşı karşıya bırakılması ve duygusal açıdan destek verilmemesi durumlarıdır⁴⁷. Duygusal ihmal kapsamına giren davranışlar; sevgi eksikliği, psikolojik ihtiyaçların karşılanmaması, çocuğun alkol ve madde kullanmasına göz yumulması, çocuğun aile içi tartışmalara maruz bırakılmasıdır^{45,47,51}.

2.2.4. Travmatik Yaşam Olaylarının Epidemiyolojisi

Travmatik olaylara maruziyet çok sık görülmektedir ve fiziksel ve cinsel taciz, doğal afetler, kaza ve çatışma durumlarını içerir⁵². Yaşam boyu travmatik bir olayla karşılaşma sıklığının %21.4-%89.6 arasında olduğu bildirilmiştir.

Daha önceden travmatik bir olay yaşama öyküsü psikiyatri hastalarında sık görülen bir durumdur ve bu tür olayların psikiyatrik rahatsızlıkların çoğu zaman tetikleyicisi ya da doğrudan sebebi olduğu bilinmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışma olan, Eskin ve arkadaşları tarafından, örneklem çöğünüğü duğıdu durum hastalarının (%58.1) oluşturduğı 118 ayaktan takipli psikiyatri hastasıyla yapılan çalışmada ortalama travmatik olay sayısının yaklaşık 2 (SS=1.7) olduğu ve çalışmaya katılanların 89'unun (%75.4) başlarına en az bir travmatik olayın geldiğı bulunmuştur. Katılımcılar tarafından en çok

bildirilen olaylar; hayati bir tehlike atlatmak, kötü muamele görmek, deprem yaşamak, kaza veya şiddet olayında bir yakını kaybetmek ve ciddi bir kaza geçirmek oluşmuştur⁵³.

Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının yaygınlığıyla ilgili olarak farklı sonuçlar bildirilmiştir. Otuz beş çalışmanın incelenerek oluşturulduğu bir derleme çalışmasında çocukluk çağı istismar-ihmal ve aile içi şiddete maruziyet oranlarının %30 ile %60 arasında değiştiği bildirilmiştir⁵⁴. 26.229 yetişkinin katıldığı bir çalışmada ise katılımcıların %59.4'ü en az bir, %8.7'si 5 veya daha fazla olumsuz çocukluk deneyimi belirtmişlerdir. Katılımcıların travmatik yaşantılarının dağılımı; yaklaşık dörtte birinde (%25.9) sözlü taciz, %14.8'inde fiziksel istismar, %12.2'sinde cinsel istismar yaşantısı ve %16.3'ü aile içi şiddete tanık olma şeklinde bulunmuştur⁵⁵.

2.2.5. Travmatik Yaşam Olaylarının Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi

Travmatik yaşantılar ruh sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerdendir. Travmatik olaylarla psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyle ilgili pek çok görüş bulunmaktadır. Bunlardan biri travmatik olaylar sonucunda doğrudan psikiyatrik bozuklukların gelişmediği ancak, kişinin ruhsal dengesini bozarak dayanıklılığını azalttığı, böylece kişide ruhsal bozukluk gelişme riskinin arttığı görüşüdür⁵³. Bazı çalışmalarda da travmatik yaşantıların genetik özellikler, çevresel koşullar, kişilik yapısı, baş etme tutumları gibi diğer etkenlerle birleşerek ruhsal bozukluk gelişimini tetikleyebileceği belirtilmiştir^{56,57}. Bazı çalışmalarda ise travmatik yaşam olayları neticesinde nöroenez inhibisyonu ve/veya nörotoksisite yoluyla hastalığın ortaya çıkmasının tetiklendiği ya da prognozun olumsuz etkilendiği ifade edilmektedir^{58,59}.

Çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar her türlü psikopatoloji için risk oluşturmaktadır⁶⁰. Fowke ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, psikiyatrik hasta grubunda çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmal yaşantılarının genel popülasyon ile karşılaştırıldığında daha fazla olduğu bulunmuştur⁶¹. Travmatik yaşantılar sonrasında görülen psikopatolojiler çok çeşitlidir. Bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı, intihar davranışı, borderline kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik

bozukluğu literatürde travmatik yaşantılarla ilişkilendirilen psikiyatrik bozukluklardan bazılarıdır ⁶²⁻⁶⁸.

2.2.6. Travmatik Yaşam Olaylarının Bipolar Bozuklukla İlişkisi

Tam mekanizması bilinmemekle birlikte, erken dönem yaşam olaylarının duygudurum bozukluklarına yatkınlıkta aracı rol oynadığı öne sürülmüştür ⁶⁹. 2016 yılında yayınlanan bir meta-analizde çocukluk çağı travma öyküsü olan bipolar hastalarında daha ağır mani ve depresyon dönemleri, daha erken başlangıç, daha fazla oranda hızlı döngülülük ve özkıyım riski, daha ağır psikotik belirtiler, daha sık alkol-madde kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozukluğu komorbiditesi görüldüğü saptanmıştır ⁷⁰.

2.3. Baş Etme Tutumları

2.3.1. Baş Etme Tanımı

Pek çok tanımı olmakla beraber baş etme en iyi şekilde; “içten gelen ve çevreden kaynaklanan arzu, istek ve çatışmaları kontrol etmek amacıyla bireylerin göstermiş olduğu davranışsal ve bilişsel gayretler” olarak tanımlanabilir. Tehlike ve stres durumlarından sonra kişinin normal hayatına dönebilmek için gösterdiği davranışların tamamı baş etme becerileri olarak adlandırılabilir ⁷¹.

2.3.2. Baş Etme Modelleri

Literatürde başa çıkma kavramının, pekçok farklı bakış açısı ve modellemelerle sınıflandırması bulunmaktadır. Bu modeller içinde en çok kabul gören modellerden biri Lazarus baş etme modelidir. Lazarus ve Folkman’ın bilişsel modeline göre baş etme becerileri; “duygu odaklı” ve “sorun odaklı” olmak üzere iki sınıfa ayrılır ⁷². Sorun odaklı baş etme stratejileri, strese yol açan sorunu doğrudan ele alan ve stresör hakkında bilgi aramayı, harekete geçmek için plan yapmayı ve stresörü çözmek veya yönetmek için bir sonraki adıma yoğunlaşmayı içeren stratejilerdir. Duygu odaklı baş etme stratejileri,

stresöre bağı gelişen duygusal stresi yönetmeye odaklanır, duygusal destek aramayı ve duyguları açığa vurmaya içerir^{73,74}.

Bir başka baş etme modeli; Roth ve Cohen tarafından tanımlanan “yaklaşma” ve “kaçınma” baş etme stratejileridir⁷⁵. Yaklaşma stratejilerinde stresörün kendisi veya kişinin ona olan tepkisi ön plandadır. Duygusal destek aramak, stresörü çözmeye yönelik plan yapmak yaklaşma stratejilerine örnek verilebilir. Kaçınma stratejilerinde ise stresörden kaçınma veya kişinin ona tepkisinden kaçınma söz konusudur. Diğer kişilerden uzaklaşıp geri çekilmek, stresörün varlığını inkar etmek ve stresörle ilgili hislerinden uzaklaşmak kaçınma stratejilerine örnek olarak verilebilir⁷⁴.

Başa çıkma tutumlarında bir başka sınıflandırma da “aktif başa çıkma” ve “pasif başa çıkma”dır. Aktif başa çıkma tutumlarında stresöre yönelip, stresörü ortadan kaldırmaya yönelik çabalar varken, pasif başa çıkma tutumlarında stresörden uzaklaşma çabası mevcuttur. Literatürde aktif başa çıkma tutumlarını “adaptif”, pasif başa çıkma tutumlarını ise “maladaptif” olarak tanımlayan başka sınıflandırmalar da mevcuttur. Psikiyatrik hastalıkların gelişiminde, stres oluşturan durumlar karşısında geliştirilen maladaptif baş etme tutumlarının önemli olduğu bildirilmiştir. Kişilerin stresörler karşısında kullandıkları baş etme tutumlarının, tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve tedavinin etkinliğinin takip edilmesinde yol gösterici olduğu belirtilmektedir⁷⁶.

Başa çıkma tutumları, Carver ve arkadaşları tarafından daha spesifik alt gruplara ayrılmıştır. Carver ve arkadaşları tarafından geliştirilen başa çıkma tutumları (COPE) ölçeğinde alt gruplar, “sorun odaklı”, “duygusal odaklı” ve “işlevsel olmayan” başa çıkma kategorileri altında toplanmıştır. Sorun odaklı yöntemler; stresörün etkisini azaltmak veya ortadan kaldırmak için harekete geçme-**aktif başa çıkma**, stresör ile başa çıkma konusunda düşünme-**planlama**, başka kişilerden bilgi, destek ya da tavsiye alma-**yararlı sosyal destek kullanımı**, diğer meşguliyetleri geri plana itme-**diğer meşguliyetleri bastırma**, çabaları uygun bir zamana dek durdurma-**geri durma** olarak belirlenmiştir.

Duygusal odaklı baş etme yöntemleri, başka insanlardan sempati beklemek ya da duygusal destek arayışı-**duygusal sosyal destek kullanımı**, artmış dini uğraşlar-**dini başa çıkma**, sorunun olumlu yönlerini bulabilme ve en iyi sonuçları elde etme çabası-**pozitif yeniden yorumlama ve gelişme**,

sorunun gerçekliğini reddetmeme-**kabullenme**, sorunla ilgili olarak mizah-**şaka yapma** stratejilerinden oluşur.

İşlevsel olmayan stratejiler ise; duygusal sıkıntısını fark etme ve bu duyguları dışa vurma-**soruna odaklanma ve duygu dışa vurumu**, sorunun gerçekliğini reddetme-**inkar**, sorunla ilgili düşüncelerden uzaklaşmak için dikkat dağıtıcı yöntemler kullanma-**zihinsel boş verme**, sorunu çözmeye yönelik çabalarını azaltma ya da çabalamaktan vazgeçme-**davranışsal boş verme**, alkol ya da madde kullanarak sorundan uzak durmaya çabalama-**alkol/madde kullanımını** içerir.^{76,77}

Literatürde, bireyin bir stresör karşısında çok çeşitli başa çıkma yöntemlerini kullanabildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Aynı stresli durumda yaklaşma/kaçınma veya sorun odaklı/duygu odaklı olarak sınıflandırılan başa çıkma yollarının bir arada kullanılabildiği gösterilmiştir^{75,78,79}.

2.3.3. Travma ve Başa Çıkma Tutumları İlişkisi

Travma sonrasında oluşabilecek stresin etkilerini yenmek için geliştirilen baş etme stratejilerinin ruhsal hastalık gelişiminde etkili olabileceği söylenmektedir. Geliştirilen bu stratejilerin bireye özgü olduğu; yaş, cinsiyet, kültür, hastalık, stres kaynağının şiddeti gibi çeşitli etkenlere göre değişebildiği bildirilmiştir^{77,80}.

2.3.4. Başa Çıkma Tutumlarının Psikopatolojilerle İlişkisi

Yapılan araştırmalar göstermektedir ki; travmatik yaşantılara maruz kalanların yaklaşık %80'i baş etmeyi başarmakta, %10-30'unda ise bazı ruhsal bozuklukların ortaya çıkmaktadır⁸¹. Yapılan çalışmalarda stresörle karşılaşıldığında başa çıkmak için uygun stratejiler kullanılmadığında, belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu çalışmalarda ortaya konmuştur. Kontrol edilemez olarak algılanan olaylar karşısında sorun odaklı stratejiler kullanıldığında kaygı, depresyon ve somatik yakınmalar gibi psikolojik belirtilerin şiddetlendiği gösterilmiştir⁸². Literatürde duygu odaklı baş etme stratejilerinin genel olarak şiddetli psikopatoloji ve işlevsellikteki bozulmayla birlikte olduğunu,

anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur^{77,83}.

Psikopatolojik belirtilerin oluşmasında ve belirtilerin sürmesinde özellikle işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının kullanılmasının rolü büyüktür⁷. Literatürde duyguya odaklanma, bastırma, kaçınma ve inkar gibi başa çıkma tutumlarının psikopatolojik belirtilerin şiddetiyle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Ayrıca yapılan çalışmalarda uyuma yönelik olmayan baş etme tutumlarının benlik saygısında azalma, sigara ve alkol kullanımı ve kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Sorun çözmeye odaklanan başa çıkma tutumlarının psikopatolojiye yatkınlığın azaltılmasını sağlayabileceği, duygu odaklı stratejilerden daha iyi bir psikolojik adaptasyon sağladığı ve depresyon için koruyucu bir faktör olabileceği saptanmıştır⁸⁴⁻⁸⁶.

2.4. Duygu Düzenleme

2.4.1. Duygu Düzenlemenin Tanımı

Duygular bir açıdan bakıldığında, birey için hem motivasyon kaynağı hem de daha kaliteli bir yaşam sürebilmek için gereklidir⁸⁷. Bu şekilde, birey için yararlı sonuçlar doğuran duygular aynı zamanda zarar verici de olabilmektedir⁸⁸. Duyguların, içinde bulunulan ortam ile uyumlu olmaması halinde zarar verici olabileceği görüşü duygu düzenleme kavramının oluşmasına ve araştırılmasına neden olmuştur⁸⁹.

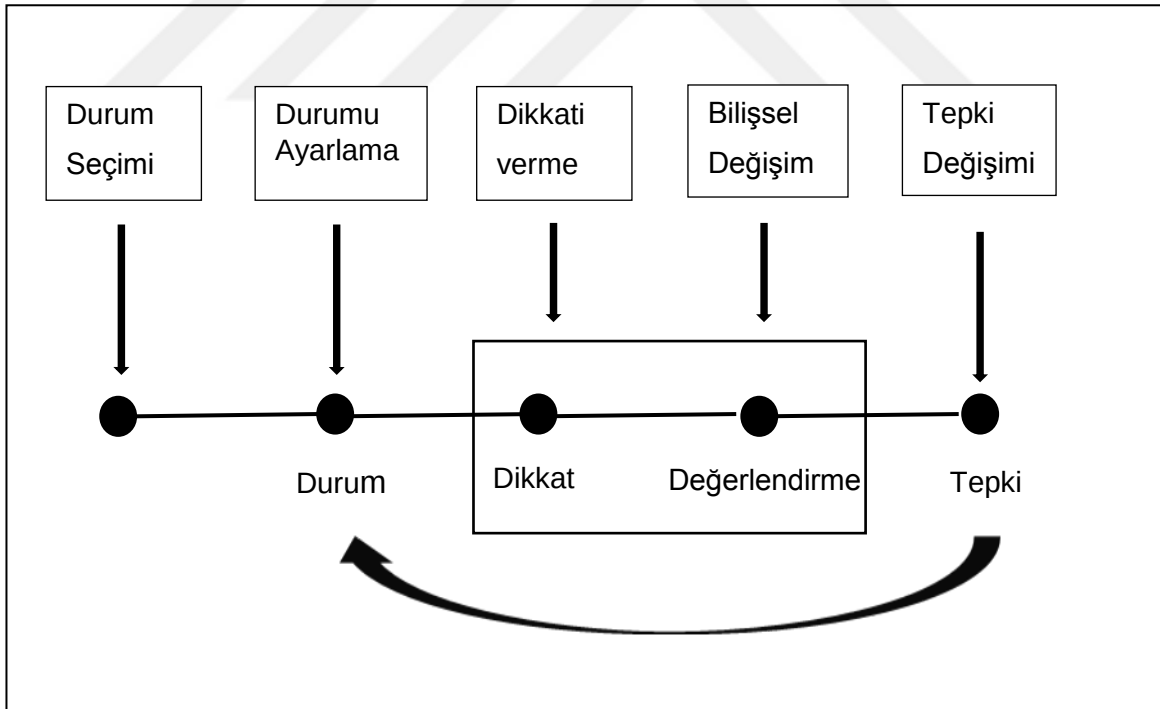
Duygu düzenleme kavramı pek çok kuramcı tarafından kendi görüşlerince tanımlandığından dolayı, tek bir tanımı bulunmamaktadır. Duygu düzenleme, Thompson (1994) tarafından, “kişinin amacına ulaşabilmek için, duygusal tepkilerini izleme, değerlendirme ve değiştirmeden sorumlu olan içsel ve dışsal süreçler” şeklinde tanımlanmıştır⁹⁰. Gross’a (1999) göre duygu düzenleme, duygusal tepkinin bir ya da birden fazla bileşeninin otomatik ya da kontrollü olarak, bilinçli veya bilinçdışı şekilde yönetilmesini içerir⁸. Duygusal tepkinin bu bileşenlerini, hisler, davranışlar ve kişinin fizyolojik tepkileri oluşturmaktadır⁹¹.

2.4.2. Duygu Düzenlemenin özellikleri

Gross ve Thompson'a (2007) göre duygu düzenlemenin üç temel özelliği bulunmaktadır. Birincisi; bireylerin olumlu veya olumsuz duygularını artırıp azaltma ile duygularını düzenleme imkanına sahip olmalarıdır. İkinci özellik; duygu düzenlemenin ilk olarak bilinçli yapıldığı, ilerleyen dönemde ise bilinçli olmadan yapılmasıdır. Son özellik ise; belli bir duygu düzenleme formunun iyi veya kötü olup olmadığı konusunda önceden bir varsayımda bulunulamayacağıdır⁹².

2.4.3. Duygu Düzenleme Aşamaları

Gross'un Duygu Düzenlemede Süreç Modeline göre beş farklı duygu düzenleme aşaması tanımlanmıştır. Bunlar; durum seçimi, durum değişimi, dikkat yayılması, bilişsel değişim ve tepki düzenleme aşamalarıdır.



Şekil 1. Duygu Düzenleme Süreç Modeli

Bu aşamalara göre de öncül odaklı stratejiler ve tepki odaklı stratejiler olmak üzere iki farklı duygu düzenleme stratejisinden söz edilmektedir. Durum

seçimi, durum değişimi, dikkat yayılması ve bilişsel değişim aşamaları öncül odaklı duygu düzenleme stratejileridir. Tepki düzenleme aşaması ise tepki odaklı duygu düzenleme stratejisini oluşturur. Öncül odaklı stratejiler, duygusal tepki oluşmadan önce aktif hale gelirler ve davranışlarımızla fizyolojik tepkilerimizi belirlerler. Tepki odaklı stratejiler ise tepki ortaya çıktıktan sonra oluşan durumları düzenler, yani duygu oluşuktan sonra kişinin kullandığı stratejilerdir ⁹³.

Tablo 5. Duygu Düzenleme Aşamaları

Öncül Odaklı Stratejiler	Tepki Odaklı Stratejiler
Durum seçimi Durum değişimi Dikkati verme Bilişsel değişim	Tepki değişimi

- **Durum seçimi:** Muhtemel bir duyguyu ortaya çıkaracak durum ya da kişilerden kaçınma olarak tanımlanır. Şakalarından hoşlanmadığımız komşumuzla karşılaşmamak için farklı bir yoldan yürümeyi tercih etmek, duruma ilişkin seçim yapmaya örnek verilebilir.
- **Durum değişimi:** Bir olay karşısında oluşacak duyguyu değiştirmek için durumun kendisini değiştirmeye çalışmaktır. Kişinin gerginlik yaratan bir durumu dağıtmak için mizah kullanması, buna örnek gösterilebilir
- **Dikkati verme:** Kişinin karşılaşılan durumda dikkatini neye odaklayacağını seçmesi olarak tanımlanır. Dikkat, tekrarlayan bir biçimde duygularımıza ve onun sonuçlarına yönlendirilirse; ruminasyonlar ortaya çıkar.
- **Bilişsel değişim:** Kişinin karşılaştığı durumda dikkat edeceği şeyi seçtikten sonra o duruma hangi olası anlamı atfedeceği şeklinde tanımlanabilir. Kişinin olaya atfedeceği anlam duygusal tepki eğilimini belirler. Örneğin; yaklaşan sınavla ilgili konuşulurken, kişinin kendisine “sınavın nasıl geçtiği benim değerimi göstermez” şeklinde hatırlatma yapması bilişsel değişikliğe örnek olarak verilebilir.
- **Tepki değişimi:** Bir duyguya cevap olarak meydana gelen fizyolojik, deneyimsel veya davranışsal değişiklikleri doğrudan etkilemek için yapılan

girişimleri içerir. Sevinç veya öfke dış görünümünü bastırma, buna örnek gösterilebilir ^{94,95}.

Bütün bu bilgiler ışığında duygu düzenleme için özellikle iki strateji önem arz etmektedir. Bunlar bilişsel yeniden yapılandırma ve bastırma olarak adlandırılmıştır ⁹⁶. Bilişsel yeniden yapılandırma, ortaya çıkan negatif duyguları ve bu duygulara bağlı olarak gelişen işlevsel olmayan davranışları azaltmada etkili olarak kullanılır ⁹¹. Aynı zamanda bilişsel yeniden yapılandırma stratejisini kullanan insanların daha fazla pozitif duygu deneyimledikleri gözlemlenmiştir ⁹⁶. Diğer yandan ise, bastırma stratejisinin olumsuz duyguları ifade eden davranışları baskı altına almada etkili olduğu fakat bu olumsuz duygulara karşı bir rahatlama sağlamadığı izlenmiştir⁹³. Üstelik, bastırma stratejisini kullanan kişilerin daha fazla olumsuz duygu deneyimledikleri gözlemlenmiştir ⁹⁶.

2.4.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenleme güçlüğü'nün literatürde pek çok tanımı yapılmış olmakla beraber en basit şekliyle, duyguyu yaşamada ve işlemede yetersizlik, duygusal cevabın kontrol edilememesi olarak tanımlanabilir ⁹⁷.

Gratz ve Roemer'e göre duygu düzenleme güçlüğü'nün 6 tane bileşeni bulunmaktadır ⁹⁸. Gratz ve Roemer tarafından geliştirilen duygu düzenleme güçlüğü'nü değerlendirme ölçeğinde bu bileşenler alt faktörler olarak belirlenmiştir.

- **Farkındalık:** Duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması durumudur. Örneğin; 'Ne hissettiğimi dikkate alırm'.
- **Açıklık:** Duygusal tepkilerin anlaşılmaması durumudur. Örneğin; 'Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur'.
- **Kabul etmeme:** Duygusal tepkilerin kabul edilmemesi durumudur. Örneğin; 'Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım'.
- **Stratejiler:** Etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine ulaşımın sınırlı olması durumudur. Örneğin; 'Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmemin bir yolunu bulacağımı bilirim'.

- **Dürtü:** Olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşanmasıdır. Örneğin; 'Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım'.
- **Amaçlar:** Olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama durumudur. Örneğin; 'Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım'.

2.4.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü ile İlişkili Psikopatolojiler

Kişilerde duygu düzenleme güçlüğü ve dürtüsellik, işlevsel olmayan davranışlar sergilenmesine ve psikolojik rahatsızlıklar gelişmesine neden olduğu gibi, sergilenen bu davranışlar ve yaşanan psikolojik rahatsızlıklar nedeniyle de duygu düzenleme güçlüğü ve dürtüsellikte artış görülebilmektedir⁹⁹. Yani duygu düzenleme güçlüğü psikopatolojiler açısından hem neden hem sonuç konumundadır.

Duygu düzenleme güçlüğü ile ilgili yapılan araştırmalar sonucunda pek çok psikopatoloji ile ilişkili olduğu görülmüştür. Duygu düzenleme güçlüğü'nün duygudurum bozuklukları ile güçlü ilişkisi haricinde; yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğu görülmüştür^{98,100-104}. Bunların yanında, duygu düzenleme güçlüğü'nün en yaygın görüldüğü kişilik bozukluğunun, sınır kişilik bozukluğu olduğu yapılan çalışmalarda saptanmıştır¹⁰⁵⁻¹⁰⁹.

2.4.6. Duygu Düzenleme ve Duygudurum Bozuklukları İlişkisi

Duygu düzenleme güçlüğü'nün majör depresif bozukluk ile ilişkisi yapılan çalışmalarda değerlendirilmiştir¹¹⁰.

Ruminasyon, tekrarlayıcı olumsuz düşüncelerin zihnimizde dönüp durmasıdır ve bu düşüncelerin sonucunda olumsuz duygu ve davranışlar gelişir. Ruminasyon sıklığı arttıkça, depresif belirtilerde ve kaygı düzeylerinde artış olduğu görülmüştür¹¹¹. Ruminasyonların sıklığının ruhsal hastalıkların nükslerinde ve kronisite kazanmasına neden olduğu bildirilmiştir. Major depresyon hastalarının, bastırma stratejisini daha sık kullandığı, yeniden düzenleme stratejisini ise daha az sıklıkta kullandıkları gösterilmiştir^{112,113}.

Duygu düzenleme güçlüğü ile bipolar bozukluk ilişkisine baktığımızda; yakın zamanda yapılan çalışmalar sonucunda bipolar bozukluk hastalarının uyumsuz duygu düzenleme stratejilerini daha fazla kullandıkları saptanmıştır¹¹⁴.

2.4.7. Duygu Düzenleme ve Çocukluk Çağı Travmalarının İlişkisi

Çocukluk çağı istismarının kişilerin davranışlarını kontrol edebilme ve kişilerarası ilişkilerin üzerindeki olumsuz etkileri bilinmektedir. Son dönemde yapılan birçok çalışma ile de istismara maruz kalan çocukların, istismara maruz kalmayan yaşlılarından daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadıkları gösterilmiştir. Amatem'de yatan hastalarla yapılan bir çalışmada kendini yaralama davranışı olan madde bağımlılarının kendini yaralama davranışı olmayanlara kıyasla daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı gösterilmiş olup bu güçlüklerin, bu kişilerin çocukluklarındaki duygusal istismar ve ihmal yaşantıları tarafından yordandığı gösterilmiştir¹¹⁵.

2.4.8. Duygu Düzenleme Güçlüğü Tedavisi

Duygu düzenleme güçlüğü'nün tedavisinde farmakoterapiden ziyade duygu düzenleme eğitimi, duygu odaklı bilişsel davranışçı terapi, şema terapi, diyalektik davranış terapisi, duygu düzenleyici grup terapisi gibi farklı eğitim ve terapiler uygulanmaktadır^{12,13,116,117}

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Etik Kurul

Çalışmamız, bipolar bozukluk tanılı hastalarda travmatik yaşam olaylarının hastaların baş etme tutumları ve duygu düzenlemeleri üzerine etkilerinin incelenmesi amacıyla yapılmış olup randomize olmayan paralel kontrollü, kesitsel anket çalışmasıdır. Bu çalışma için Mersin Üniversitesi Rektörlüğü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 08/05/2019 tarihli ve 2019/185 sayılı kurul kararı ile onay alınmıştır.

Etik Kurul İzni Ek-11'de yer almaktadır.

3.2. Araştırma Örneklemi

Yapılması planlanan, “Bipolar Bozuklukta Travmatik Yaşam Olaylarının Baş Etme Tutumları Ve Duygu Düzenleme Üzerine Etkilerinin İncelenmesi” başlıklı tez çalışmasına Mersin Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve Bipolar Bozukluk teşhisi almış hastalara ve sağlıklı kontrol gruplarının tümüne uygulanmak üzere kullanılacak olan; önemli parametrelerden “Young Mani Depresyon Ölçeği (YMDÖ)” ve “Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)” alt parametreleri ile birlikte göz önüne alınarak taranan literatür bilgisi¹¹⁸ doğrultusunda, YMDÖ ile DDGÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı 0.32 birimlik korelasyon katsayısı¹¹⁹ elde edebilmek için, %5 tip 1 hata ve %80 güç ile her gruba minimum 74 kişinin dahil edilmesi, toplam olarak ise 148 kişinin gerektiği belirlenmiştir.

Araştırmanın evreni, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran 74 Bipolar bozukluk tanılı hasta ve 74 kontrol grubu olmak üzere toplam 148 katılımcıdan oluşmaktadır.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

- Hasta Grubu: DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerine göre Bipolar Bozukluk tanısı almış olma
- Sağlıklı Kontrol Grubu: DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerine göre herhangi bir ruhsal hastalık tanısı bulunmayan kişiler

- Bütün gruplarda 18-69 yaş arasında olanlar
- Bütün gruplarda okuryazar olanlar

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- Hasta Grubu: 1.DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerine göre Bipolar Bozukluk dışında ek olarak herhangi başka bir ruhsal hastalık tanısı konmuş olan hastalar, herhangi bir merkezi sinir sistemi hastalığı olanlar, mental retardasyon tanısı olanlar
- Sağlıklı Kontrol Grubu: DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerine göre herhangi bir ruhsal hastalık tanısı bulunmayan gönüllüler
- Bütün gruplarda 18 yaş altı ve 69 yaş üstü olanlar
- Bütün gruplarda okur yazar olmayanlar

3.3. Yöntem

Araştırmada 2 grup bulunmaktadır. Tüm bireylerden çalışmaya alınırken çalışma konusunda aydınlatılıp ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (BGOF) ile yazılı onay alınmıştır.

1)Hasta Grubu: Yapılacak klinik görüşme sonucunda DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk tanısı almış her hastaya sırasıyla; a-Sosyodemografik Veri Formu, b-Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, c-Young Mani Derecelendirme Ölçeği, d-Çocukluk Çağı Travması Ölçeği, e-Travma Değerlendirme Ölçeği, f-Baş a Çıkma Tutumları Ölçeği, g-Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, h-SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır.

2)Sağlıklı Kontrol Grubu: Çalışmaya katılan her sağlıklı kontrol grubuna; a- Sosyodemografik Veri Formu, b-Çocukluk Çağı Travması Ölçeği, c- Travma Değerlendirme Ölçeği, d-Baş a Çıkma Tutumları Ölçeği, e-Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmada tarafımızca hazırlanan bilgi formu kullanılmıştır. Bu form; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, yerleşim yeri gibi sosyodemografik özellikler ve hastalık süresi, hastalığın seyri, hastaneye yatış sayısı, intihar girişim öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık, ek tıbbi hastalık öyküsünü içeren klinik özellikler ile ilgili soruları kapsamaktadır. Form, hastanın verdiği bilgiler doğrultusunda klinisyen tarafından doldurulmuştur.

Sosyodemografik Bilgi Formu Ek-3'te yer almaktadır.

3.4.2. DSM-IV-TR Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)

Eksen I psikiyatrik bozukluk tanılarını göz önüne alarak araştıran yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur¹²⁰. Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999), SCID-I'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını gerçekleştirmişlerdir¹²¹.

3.4.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)

Depresyon derecesinin ölçmek amacıyla Hamilton tarafından geliştirilmiştir¹²². Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Akdemir ve arkadaşları Türkçe gerçekleştirmişlerdir¹²³.

HDDÖ Ek-4'te yer almaktadır.

3.4.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Maninin derecesini ölçmek amacıyla Young ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir¹²⁴. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır¹²⁵.

YMDÖ Ek-5'te yer almaktadır.

3.4.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)

Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen çocukluk ve ergenlik çağındaki örselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik bir öz bildirim ölçeğidir¹²⁶. Ölçeğin 28 ve 53 soruluk olmak üzere iki versiyonu bulunmaktadır. Bu çalışmada 28 soruluk formu kullanılmıştır. 28 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. 5 alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutlar: Fiziksel istismar, Fiziksel ihmal, Duygusal istismar, Duygusal ihmal ve Cinsel istismar şeklindedir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği Şar ve Öztürk tarafından yapılmıştır¹²⁷.

ÇÇTÖ Ek-6'da yer almaktadır.

3.4.6. Travma Değerlendirme Ölçeği

Travmatik yaşam deneyimlerini değerlendirmek amacı ile Foa ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup Işıklı tarafından türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçekte; doğal bir afet, ciddi bir kaza, fiziksel saldırıya uğramak, cinsel saldırıya maruz kalmak, işkence görmek, hapisanede bulunmak gibi travmatik yaşantıların sıralandığı bir liste bulunmaktadır. Bireylerden bu olaylardan hangisi ve/veya hangilerini deneyimledikleri "Evet " veya "Hayır " şeklinde ve ne zaman yaşadıkları belirtmeleri istenmiştir^{128,129}.

Travma Değerlendirme Ölçeği Ek-7'de yer almaktadır.

3.4.7. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Ölçek Carver ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiş olup 2005 yılında Ağargün ve arkadaşlar tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır⁷⁷. Ölçeğin cronbach α değeri 0.79 olarak ve alt ölçeklere ait puanların COPE toplam puanıyla bağıntısı pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur¹³⁰.

Bu ölçek yardımıyla kişilerin günlük yaşamlarında bunaltı verici ve zor olaylar karşısında nasıl tepki verdikleri incelenmektedir. Ölçek 60 sorudan oluşan 4'lü likert tip bir öz bildirim ölçeğidir ve 15 alt ölçekten oluşmaktadır. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır ve bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa

çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği birey tarafından hangi başa çıkma tutumunun daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir.

Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçek şu şekildedir:

- Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (1, 29, 38, 59),
- Zihinsel boş verme (2, 16, 31, 43),
- Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (3, 17, 28, 46),
- Yararlı sosyal destek kullanımı (4, 14, 30, 45),
- Aktif başa çıkma (5, 25, 47, 58), inkâr (6, 27, 40, 57),
- Dini olarak başa çıkma (7, 18, 48, 60),
- Şakaya vurma (8, 20, 36, 50),
- Davranışsal olarak boş verme (9, 24, 37, 51),
- Geri durma (10, 22, 41, 49),
- Duygusal sosyal destek kullanımı (11, 23, 34, 52),
- Madde kullanımı (12, 26, 35, 53),
- Kabullenme (13, 21, 44, 54),
- Diğer meşguliyetleri bastırma (15, 33, 42, 55),
- Plan yapma (19, 32, 39, 56).

Bu 15 alt ölçek de kendi içinde 3 gruba ayrılmıştır:

SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA:

Yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma

DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA:

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme

İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA:

Zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkâr, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımı

COPE Ek-8'de bulunmaktadır.

3.4.8. Duygu Düzenleme Güçlükleri  l eği (DDGÖ)

DDGÖ Gratz ve Roemer tarafından geliştirilmiş olup 36 maddeden oluşan bir öz bildirim  l eđidir⁹⁸. Klinik ve güncel açıdan duygu düzenlemesiyle ilgili anlamlı güçlükleri değerlendirir. 5'li Likert tip bir ölçek olup (1=hemen hiçbir zaman, 5=hemen her zaman) kullanılarak katılımcıların kendilerine sunulan ifadenin sıklığını değerlendirmeleri istenir. 36 sorudan oluşan ölçeğin 6 alt  l eği bulunmaktadır.

- Farkındalık (madde 2, 6, 8, 10, 17, 34)
- Açıklık (madde 1, 4, 5, 7, 9)
- Kabullenmeme (madde 11, 12, 21, 23, 25, 29)
- Stratejiler (madde 15, 16, 22, 28, 30, 31, 35, 36)
- Dürtü (madde 3, 14, 19, 24, 27, 32)
- Hedefler (madde 13, 18, 20, 26, 33)

Yüksek puanlar, duygu düzenleme güçlüğünü göstermektedir. Ölçeğin  lkemizdeki geçerlik-güvenirlik  alışması Rugancı ve Gençöz tarafından yapılmıřtır¹³¹.

DDGÖ Ek-9'da yer almaktadır.

3.4.9. Yaşam Kalitesi  l eği (Kısa Form-36)

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliřtirilmiřtir¹³². Ko yig t ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik-güvenirlik çalışması ger ekleřtirilmiřtir¹³³. Kişinin son 4 haftası g  z önünde bulundurularak hasta tarafından doldurulur. 8 tane alt  l eği bulunmaktadır. Alt  l ekler şunlardır:

- Fiziksel Fonksiyon (10 madde),
- Sosyal İşlevsellik (2 madde),
- Fiziksel Fonksiyonlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları (4 madde),
- Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları (3 madde),
- Ruhsal (Mental) Sağlık (5 madde),
- Enerji/Canlılık (4 madde),
- Ağrı (2 madde)
- Genel Sağlık Algısı (5 madde)

Yaşam Kalitesi  l eği Ek-10'da yer almaktadır.

3.5. İstatistiksel Analiz

Yapılan tüm analizler için SPSS 21.0 paket programı deneme sürümü kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk kontrolü Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri ile yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluk gösteren testler için parametrik yöntemler tercih edilirken, normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenlerde parametrik olmayan yöntemlere başvurulmuştur. Tüm testlerin istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.



4. BULGULAR

4.1. BPB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne Haziran 2019-Eylül 2019 tarihleri arasında başvuran, DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerine göre Bipolar Affektif Bozukluk tanısı almış olan 74 hasta ile 74 sağlıklı gönüllü çalışmaya dahil edilmiştir. Örneklemenin sosyodemografik özellikleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

		Kontrol N=74 Ort. ±St.Sapma	BPB N=74 Ort. ±St.Sapma	P Değeri
Yaş		28.44±6.50	45.48±12.10	<0.001*
Cinsiyet		Kontrol	BPB	P Değeri
	Kadın	46	43	0,737
		62,2%	58,1%	
	Erkek	28	31	
Medeni Durum		37,8%	41,9%	
	Bekar	49	19	
		66,2%	25,7%	<0.001*
	Evli	25	43	
Eğitim Düzeyi		33,8%	58,1%	
	Boşanmış/ Dul	0	12	
		0,0%	16,2%	
	İlk Öğretim	0	19	<0.001
		0,0%	25,7%	*
	Lise	9	23	
		12,2%	31,1%	
	Üniversite ve Üzeri	65	32	
		87,8%	43,2%	

Tablo 6. (devamı)

Çalışma Durumu	Çalışmıyor	31	45	0.032
		41,9%	60,8%	
	Çalışıyor	43	29	
		58,1%	39,2%	
Yaşadığı Yer	İlçe	0	15	<0.001
		0,0%	20,3%	*
	Merkez	74	59	
		100,0	79,7%	
		%		
Başka Hastalık Durumu	Yok	71	40	<0.001
		95,9%	54,1%	*
	Var	3	34	
		4,1%	45,9%	
Kiminle Yaşadığı	Tek	11	3	0.046
		14,9%	4,1%	
	Birisiyle	63	71	
		85,1%	95,9%	
Ailede ruhsal hastalık durumu	Yok	64	40	<0.001
		86,5%	54,1%	*
	Var	10	34	
		13,5%	45,9%	

Hasta ve Kontrol grubu arasında yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, başka hastalık durumu, ailede ruhsal hastalık durumu değişkenleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$).

Çalışmamıza katılan BPB tanılı hastaların yaş ortalaması 45.48 ± 12.10 kontrol grubunun yaş ortalaması 28.44 ± 6.50 olarak bulunmuştur. Araştırmanın hasta grubunu oluşturan bireylerin 43'ü kadın (%58,1) ,31'i erkek (%41,9) iken; kontrol grubunun 46'si kadın (%62,2), 28'i erkek (%37,8) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.737$).

Çalışmamızda yer alan hasta grubunun medeni durumları incelendiğinde %25,7'si bekar, %58,1'i evli, %16,2'si boşanmış veya duldur. Kontrol grubunun %66,2'si bekar, %33,8'i evliydi. Gruplar arasında medeni durum açısından

istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). BPB grubunda evli olanların sayısı daha yüksek bulunmuştur. Hasta grubunun eğitim durumlarına bakıldığında %25,7'si ilköğretim, %31,1'i lise ve %43,2'si üniversite mezunudur. Kontrol grubunun eğitim düzeyleri ise %12,2'si lise, %87,8'i üniversite mezunu şeklinde dağılmıştır. İki grup eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunda eğitim seviyesinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Hasta grubunun %45,9'unda başka bir tıbbi hastalık varken kontrol grubunun %4,1'inde ek tıbbi hastalık bulunmaktadır. BPB grubunda ek tıbbi hastalık varlığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Çalışmamıza katılan bireylerde hasta grubunun %45,9'unun, kontrol grubunun ise %13,5'inin ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmaktadır. Hasta grubunun aile öyküsünde ruhsal hastalık bulunma oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

4.2. Klinik Özellikler

Hasta grubu; 57 ötimik hasta, 14 depresif atakta olan hasta ve 3 hipomanik/manik atakta olan hastadan oluşmaktadır. Hastalık tipi açısından değerlendirildiğinde hastaların %71,6'sı Bipolar Tip I, %28,4'ü Bipolar Tip II Bozukluk tanılıdır. Hastaların %40,5'inin ilk atak tipi depresif atak, %58,1'ininki manik/hipomanik atak olarak saptanmıştır. Hastaların toplam hastalık süresi ortalaması $15,25\pm8,94$ yıl olarak bulunmuştur. Hastaların toplam atak sayısı ortalaması $10,39\pm9,14$ olarak bulunmuştur. Toplam atak sayısının, toplam hastalık süresine bölünmesi ile atak frekansı elde edilmiş olup hasta grubunun atak frekansı ortalaması $10,39\pm9,14$ olarak hesaplanmıştır. 74 kişilik hasta grubunun 61'inin yatış öyküsü bulunmakta olup, hastaların yatış sayısı ortalaması $10,39\pm9,14$ ve hastaların 33'ünde intihar girişimi öyküsü olup, intihar girişim sayıları ortalaması ise $10,39\pm9,14$ olarak tespit edilmiştir. Hastaların Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) puan ortalaması $3,00\pm4,23$, Young Mani Depresyon Ölçeği (YMDÖ) puan ortalaması $1,75\pm3,72$ olarak bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Hasta Grubunda Klinik Özellikler

N=74			
		Min-Max	Ort±St.Sapma
Yaş		21-68	28,44±6,50
Toplam Hastalık Süresi (yıl)		2-45	15,25±8,94
Toplam Atak Sayısı		2-60	10,39±9,14
Atak Frekansı		0,11-2,67	0,82±0,58
Yatış Sayısı		0-15	3,00±3,17
İntihar Sayısı		0-12	1,08±2,24
HDDÖ		0-22	3,00±4,23
YMDÖ		0-17	1,75±3,72
		N	%
Hastalık Tipi	BP I	53	%71,6
	BP II	21	%28,4
İlk Atak Tipi	Depresif	30	%40,5
	Manik/Hipomanik	43	%58,1
	Karma	1	%1,4
	Ötimik	57	%77,0
Mevcut Duygudurum	Depresif	14	%18,9
	Manik/Hipomanik	3	%4,1
	Yok	13	%17,6
Yatış Durumu	Var	61	%82,4
	Yok	41	%55,4
İntihar Durumu	Var	33	%44,6
	Yok	41	%55,4

4.3. Travmatik Yaşantılar ile İlgili Özellikler

Hasta grubunun yetişkinlik çağındaki travma durumu incelendiğinde; %59,45'inin en az bir travmatik yaşantısının olduğu görülmüştür. Hastaların %40,55'i yetişkinlik dönemine ait travmatik bir yaşantı tariflememiştir. Travmatik yaşantılar sınıflandırıldığında birinci sırada 18 kişi ile (%24,3) ciddi bir kaza, yangın, patlama yaşantısı, ikinci sırada 16 kişi ile (%21,6) doğal afet olayı,

üçüncü sırada ise 14 kişi ile (%18,9) aileden veya tanıdık birisi tarafından cinsel olmayan saldırı yer almaktaydı (Tablo 8).

Tablo 8. Hasta grubunda yetişkinlik çağı travma durumu ve dağılımı

N:74		N	Yüzde
Yetişkinlikte geçirilmiş travma durumu	Yok	30	%40,55
	Var	44	%59,45
Ciddi bir kaza, yangın, patlama	Yok	56	%75,7
	Var	18	%24,3
Doğal Afet (sel, deprem vb)	Yok	58	%78,4
	Var	16	%21,6
Aile üyelerinden biri ya da tanıdık tarafından cinsel olmayan saldırı	Yok	60	%81,1
	Var	14	%18,9
Bir yabancı tarafından cinsel olmayan saldırı	Yok	68	%91,9
	Var	6	%8,1
Aile üyelerinden biri ya da tanıdık tarafından cinsel saldırı	Yok	64	%86,5
	Var	10	%13,5
Bir yabancı tarafından cinsel saldırı	Yok	70	%94,6
	Var	4	%5,4
Askeri bir çarpışma, bir savaş alanında bulunma	Yok	69	%93,2
	Var	5	%6,8
18 yaş öncesinde kendinden büyük birisiyle cinsellik yaşama	Yok	65	%87,8
	Var	9	%12,2
Hapishanede bulunma	Yok	72	%97,3
	Var	2	%2,7
İşkence görme	Yok	74	%100,0
Yaşamı tehdit eden bir hastalık geçirme	Yok	61	%82,4
	Var	13	%17,6
Başka bir travmatik deneyim yaşama	Yok	64	%86,5
	Var	10	%13,5

4.4. BPB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun ÇÇTÖ (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği) Puanlarının ve Yetişkinlik Çağı Travmaları açısından Değerlendirilmesi

BPB ve kontrol grubunun ÇÇTÖ toplam ve 5 alt ölçekten aldıkları puanların karşılaştırması Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. BPB ile Sağlıklı Kontrol Grubu Arasında ÇÇTÖ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar	Sağlıklı	BAB	t	P Değeri
Değişkenler	Ort±St.Sap.	Ort±St.Sap.	İstatistiği	
Toplam	60.58±4.83	59.76±9.04	0.703	0.483
Duygusal	11.73±1.31	11.35±1.89	1.416	0.159
İstismar				
Fiziksel İstismar	14.39±1.94	12.97±2.68	3.688	<0.001*
Fiziksel İhmal	19.08±2.26	17.28±2.77	4.326	<0.001*
Duygusal İhmal	24.14±3.69	22.34±3.27	3.133	0.002*
Cinsel İstismar	11.70±1.48	11.76±2.29	-0.170	0.865

t: Bağımsız İki Grup Karşılaştırılması t Testi

BPB ve sağlıklı kontrol grubu arasında çocukluk çağı travmaları değerlendirmesinde fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla p değerleri; $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.002$). BPB grubunda bu alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur.

BPB ve kontrol grubunun yetişkinlik çağı travmaları açısından karşılaştırılması Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. BPB ve kontrol grubunun yetişkinlik çağı travmaları açısından karşılaştırılması

		Gruplar		P Değeri
		saglikli	hasta	
Travma_Durumu	Yok	43	30	0,048*
		58,1%	40,5%	
	Var	31	44	
		41,9%	59,5%	

* $p<0.001$, Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

BPB ve sağlıklı kontrol grubu arasında yetişkinlik dönemi travmatik yaşantıların değerlendirmesinde, sonuçlar iki oran testi ile kıyaslanmış olup $p<0.001$ bulunmuştur. BPB ve kontrol grubu arasında yetişkinlik çağı travma

sayıları bakımından karşılaştırıldığında BPB grubunun yetişkinlik çağı travma maruziyetinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

4.5. BPB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Baş Etme Tutumları Ölçeği (COPE) Puanlarının Değerlendirilmesi

BAB ve sağlıklı kontrol grubunun baş etme tutumları ölçeği'nde (COPE) 15 alt ölçekten aldıkları puanlar ve karşılaştırması Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. BPB ile Sağlıklı Kontrol Grubu Arasında COPE Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Sağlıklı		BPB		P Değeri
	Min-Max	Ort±St.Sp	Min-Max	Ort±St.Sp	
<i>Sorun Odaklı Başa Çıkma</i>	36,00-74,00	56,51±7,13	32,00-72,00	53,41±8,82	0,020*
<i>Yararlı Sosyal Destek</i>	6,00-16,00	11,97±2,75	4,00-16,00	10,93±3,04	0,031*
<i>Aktif Başa Çıkma</i>	8,00-16,00	12,16±1,79	4,00-16,00	10,70±2,64	<0,001*
<i>Geri Durma</i>	5,00-13,00	9,50±1,90	6,00-16,00	10,35±2,12	0,011
<i>Diğer Meşguliyetleri Bastırma</i>	5,00-15,00	10,12±1,84	7,00-16,00	10,58±1,99	0,147
<i>Plan Yapma</i>	7,00-16,00	12,76±2,14	4,00-16,00	10,84±2,79	<0,001*
<i>Duygusal Odaklı Başa Çıkma</i>	32,00-71,00	54,01±7,28	34,00-76,00	52,93±9,07	0,428
<i>Pozitif Yeniden Yorumlama Ve Gelişme</i>	9,00-16,00	13,31±1,75	4,00-16,00	12,25±2,39	0,002*
<i>Dini Olarak Başa Çıkma</i>	4,00-16,00	10,58±3,66	4,00-16,00	12,24±3,71	0,007*
<i>Şakaya Vurma</i>	4,00-16,00	8,58±2,96	4,00-15,00	7,16±2,90	0,004*
<i>Duygusal Sosyal Destek Kullanımı</i>	4,00-16,00	11,28±2,77	5,00-16,00	11,15±2,79	0,768
<i>Kabullenme</i>	6,00-15,00	10,26±2,03	4,00-15,00	9,97±2,50	0,450
<i>İşlevsel Olmayan Başa Çıkma</i>	27,00-60,00	38,70±6,58	31,00-71,00	43,91±7,46	<0,001*
<i>Zihinsel Boş verme</i>	5,00-14,00	9,92±1,83	5,00-16,00	10,01±2,17	0,775
<i>Soruna Odaklanma Ve Duyguları Açığa Vurma</i>	5,00-16,00	11,43±2,14	7,00-16,00	11,92±2,48	0,203
<i>İnkâr</i>	4,00-12,00	6,26±2,04	4,00-16,00	7,53±2,95	0,003*
<i>Davranışsal Olarak Boş verme</i>	4,00-13,00	5,99±2,15	4,00-16,00	8,35±2,74	<0,001*
<i>Madde Kullanımı</i>	4,00-15,00	5,11±2,29	4,00-16,00	6,09±3,42	0,041*

* p<0.05; Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark vardır

BPB ve sağlıklı kontrol grubu baş etme tutumları açısından incelendiğinde, sorun odaklı baş etme strateji puanları ve işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri puanları açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0,020$, $p<0,001$). Sağlıklı kontrol grubunun sorun odaklı baş etme stratejilerini daha fazla kullandığı, BPB grubunun da işlevsel olmayan baş etme stratejilerini daha fazla kullandığı saptanmıştır. COPE ölçeğinin yararlı sosyal destek ($p=0,031$), aktif başa çıkma ($p<0,001$), plan yapma ($p<0,001$), pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ($p=0,002$), dini olarak başa çıkma ($p=0,007$), şakaya vurma ($p=0,004$), inkar ($p=0,003$), davranışsal boş verme ($p<0,001$), madde kullanımı ($p=0,041$) alt ölçekleri açısından sağlıklı kontrol grubu ve BPB tanılı hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. BPB grubunun yararlı sosyal destek, aktif başa çıkma, plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, şakaya vurma tutumlarını daha az kullandığı; dini olarak başa çıkma, inkar, davranışsal boş verme, madde kullanımı tutumlarını kontrol grubuna göre daha fazla oranda kullandığı saptanmıştır.

4.6. BPB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği (DDGÖ) Puanlarının Değerlendirilmesi

Hasta ve kontrol grubunun DDGÖ toplam puan ve 6 alt ölçekten aldıkları puanların karşılaştırmalı değerlendirmesi Tablo 12’de özetlenmiştir.

Tablo 12. BPB ile Sağlıklı Kontrol Grubu Arasında DDGÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Sağlıklı Ort±St.Sap.	BPB Ort±St.Sap.	t İstatistiği	P Değeri
DDGÖ-Farkındalık	20.05±3.14	20.04±4.53	0.021	0.983
DDGÖ-Açıklık	13.27±1.93	13.78±2.88	-1.276	0.204
DDGÖ-Kabullenmeme	11.12±4.40	15.26±5.51	-5.043	<0.001*
DDGÖ-Stratejiler	16.72±4.22	22.20±7.07	-5.729	<0.001*
DDGÖ-Dürtü	12.42±3.06	15.61±4.89	-4.755	<0.001*
DDGÖ-Hedefler	13.46±2.99	15.30±4.18	-3.076	0.003*
DDGÖ-Toplam	87.04±13.51	102.18±20.86	-5.241	<0.001*

t: Bağımsız İki Grup Karşılaştırılması t Testi

BPB tanılı hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubu duygu düzenleme güçlükleri açısından değerlendirilmiş olup, hasta grubunun duygu düzenleme güçlüğü toplam puanı ile, kabullenmeme ($p<0.001$), stratejiler ($p<0.001$), dürtüsellik ($p<0.001$), hedefler ($p=0.003$) alt ölçekleri puanları sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

4.7. BPB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Puanlarının Değerlendirilmesi

BPB tanılı hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubu, yaşam kalitesi açısından ve 8 alt ölçeği açısından incelenmiş olup aşağıda Tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 13. BPB ile Sağlıklı Kontrol Grubu Arasında SF-36 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Sağlıklı			Hasta			P Değeri
	Min	Maks	Ort±S.Sapma	Min	Maks	Ort±S.Sapma	
Fiziksel Fonksiyon	18,00	30,00	28,73±2,12	11,00	60,00	25,18±6,37	<0.001*
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	4,00	8,00	7,28±1,30	4,00	8,00	6,43±1,43	<0.001*
Ruhsal Rol Kısıtlılığı	3,00	6,00	5,12±1,23	3,00	6,00	4,65±1,21	<0.001*
Enerji/Canlılık	6,00	26,00	16,65±4,52	7,00	27,00	15,95±5,04	<0.001*
Ruhsal Sağlık	9,00	28,00	20,28±4,62	6,00	29,00	18,51±4,73	0.023*
Genel Sağlık Algısı	11,00	25,00	18,69±3,49	6,00	23,00	15,72±4,09	<0.001*
Ağrı	3,00	10,00	7,86±1,80	3,00	10,00	7,32±1,97	0,083
Sosyal İşlevsellik	3,00	10,00	7,99±1,79	3,00	10,00	7,04±2,09	0.004*
SF36 Toplam	75,00	141,00	112,68±14,95	59,00	142,00	100,99±15,15	<0.001*

p* <0.05 , İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

BPB ve sağlıklı kontrol grubu yaşam kalitesi toplam puanı ve alt ölçekleri açısından incelendiğinde, hasta grubunun fiziksel fonksiyon ($p<0.001$), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılığı ($p<0.001$), ruhsal nedenlere bağlı rol kısıtlılığı ($p<0.001$), enerji/canlılık ($p<0.001$), ruhsal sağlık ($p=0.023$), genel sağlık algısı ($p<0.001$), sosyal işlevsellik ($p=0.004$) alt ölçekleri puanlarının ve SF-36 toplam puanının sağlıklı kontrol grubunun puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur.

4.8. Hasta Grubunda Klinik Değerlendirme Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Çalışmamızda Bipolar bozukluk tanılı hasta grubunda klinik özellikler ile HDÖ puanı, YMDÖ puanı ve SF-36 toplam puanı arasındaki korelasyon incelenmiş olup Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14. BPB grubunda klinik özelliklerin SF-36 ile ilişkisi

	Hastalığın Süresi Yıl	Atak Frekans	Yatış Sayısı	İntihar sayısı	Toplam Atak Sayısı
SF36_Toplam	-0,082	-0,015	-0,152	-0,428**	-0,047

*p<0.05, **p<0.001

Hasta grubunda genel sağlık algısının klinik özellikler ile arasındaki ilişki incelendiğinde İntihar sayısı ile SF-36 Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif korelasyon bulunmuştur.

Çalışmamızda, çocukluk çağı travmalarının bipolar bozuklukta klinik özelliklerle ilişkisi incelenmiş olup aşağıda Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15. BPB Grubunda Çocukluk Çağı Travmalarının Klinik Özellikler İle Korelasyonu

	Toplam Sayısı	Atak	Yatış Sayısı	İntihar sayısı	HDÖT	YMDÖT
ÇÇTÖ- Toplam	-0,144	0,025	0,134	0,156	-0,022	

*p<0.05, **p<0.001 (r<0.05; zayıf ilişki, 0.50<r<0.70; orta seviyeli ilişki, r≥0.70 kuvvetli ilişki)

ÇÇTÖ ile klinik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, ÇÇTÖ-Toplam değeri ile klinik özellikler arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamıştır.

Çocukluk çağı travmaları ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki incelenmiş olup sonuçlar Tablo 16’de gösterilmiştir.

Tablo 16. BPB grubunda ÇÇTÖ ile DDGÖ arasındaki Korelasyon Analizi

	DDGÖ- Farkındalık	DDGÖ- Kabullenmeme	DDGÖ- Hedefler	DDGÖ- Dürtü	DDGÖ- Strateji	DDGÖ- Açıklık	DDGÖ- Toplam
ÇÇTÖ	0,135	0,130	0,090	0,127	0,101	0,299*	0,183*
Toplam							

*p<0.05, **p<0.001 (r<0.05; zayıf ilişki, 0.50<r<0.70; orta seviyeli ilişki, r≥0.70 kuvvetli ilişki)

ÇÇTÖ ile DDGÖ açıklık alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

Çocukluk çağı travmaları ve klinik özellikler ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişki incelenmiş olup sonuçlar Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. BPB grubunda ÇÇTÖ ve klinik özellikler ile COPE arasındaki korelasyon analizi

	Sorun Odaklı Basa Çıkma	Duygusal Odaklı Basa Çıkma	İşlevsel Olmayan Basa Çıkma
ÇÇTÖ-Toplam	0,005	0,141	0,320**
Toplam Atak Sayısı	-0,176	-0,113	0,097
Atak Frekansı	-0,183	-0,187	0,129
Yatış sayısı	-0,187	-0,091	0,045
İntihar sayısı	-0,246*	-0,259*	0,195
HDÖT	-0,061	0,040	0,350**
YMDÖT	-0,211	-0,217	0,282*

*p<0.05, **p<0.001 (r<0.05; zayıf ilişki, 0.50<r<0.70; orta seviyeli ilişki, r≥0.70 kuvvetli ilişki)

ÇÇTÖ toplam puanı ve klinik özellikler ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde; ÇÇTÖ toplam puanı ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

Araştırmamızda Duygu düzenleme güçlüğü’nün klinik özellikleri ile ilişkisini incelemek amacıyla DDGÖ alt ölçekleri ve toplam puanı ile klinik bulguların korelasyon analizi yapılmış olup Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. BPB grubunda DDGÖ ile klinik özellikler arasındaki korelasyon analizi

	Toplam Atak Sayısı	Yatış Sayısı	İntihar sayısı	HDÖT	YMDÖT
DDGÖ-Farkındalık	-0,042	0,123	-0,350**	0,013	-0,157
DDGÖ-Açıklık	-0,150	-0,148	0,024	0,269*	0,045
DDGÖ-Kabullenmeme	0,179	0,033	0,279*	0,331**	0,271*
DDGÖ-Stratejiler	0,182	0,041	0,323**	0,375**	0,269*
DDGÖ-Dürtü	0,299**	0,171	0,417**	0,219	0,346**
DDGÖ-Hedefler	0,172	-0,080	0,215	0,175	0,219
DDGÖ-Toplam	0,184	0,000	0,251*	0,341**	0,260*

*p<0.05, **p<0.001 (r<0.05; zayıf ilişki, 0.50<r<0.70; orta seviyeli ilişki, r≥0.70 kuvvetli ilişki)

DDGÖ farkındalık alt ölçeği ile intihar sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif korelasyon saptanmıştır. DDGÖ açıklık alt ölçeği ile HDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. DDGÖ kabullenmeme ve stratejiler alt ölçekleri ile intihar sayısı, HDÖT (Hamilton Depresyon Ölçeği Toplam) ve YMDÖT (Young Mani Depresyon Ölçeği Toplam) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. DDGÖ dürtüsellik alt ölçeği ile toplam atak sayısı, intihar sayısı, YMDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. DDGÖ toplam puanı ile intihar sayısı, HDÖT ve YMDÖT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

4.9. BPB Hastalarında Başa Çıkma Tutumlarını Yordayan Faktörlerin İncelenmesi

Çalışmamızda BPB tanılı hastaların başa çıkma tutumlarını yordayan faktörlerin belirlenmesi için lineer regresyon analizi kullanıldı. Başa çıkma tutumları ölçeğinin 3 alt boyutunun bağımlı değişken olarak alınması suretiyle tahmin parametreleri (yaş, cinsiyet, hastalık süresi, toplam atak sayısı, yatış durumu, intihar girişimi durumu, HDÖT puanı, YMDÖT puanı, yetişkinlik çağı

travması olup olmama durumu, ÇÇTÖ alt ölçek puanları, DDGÖ alt ölçek puanları) ile aşamalı lineer regresyon analizi yapıldı. COPE sorun odaklı başa çıkma alt boyutu bağımlı değişkeninin, tahmin parametreleri ile aşamalı lineer regresyon analizi Tablo 19’de gösterilmiştir.

Tablo 19. COPE-sorun odaklı başa çıkma alt boyutu bağımlı değişkeninin, tahmin parametreleri ile aşamalı lineer regresyon analizi

Değişkenler	B	S(B)	Beta	t	p Değeri
Sabit	18,222	11,286		1,615	0,112
Toplam Atak Sayısı	-0,256	0,127	-0,266	-2,015	0,049*
DDGÖ-Farkındalık	0,980	0,219	0,503	4,463	<0,001*
DDGÖ-Kabullenmeme	0,524	0,236	0,328	2,220	0,031*
R= 0.730, R²=0.533, Düzeltilmiş R² =0.357, (F=3.030; p=0.001)					

COPE-Sorun Odaklı Başa Çıkma Değişkeni için; toplam atak sayısı, DDGÖ-Farkındalık ve DDGÖ-Kabullenmeme toplam varyansın %35’ini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamışlardır.

COPE-sorun odaklı başa çıkma kestirimi için; toplam atak sayısı değişkenindeki 1 birimlik artış diğer değişkenlerin varlığında sorun odaklı başa çıkmayı 0.256 puan azaltmaktadır. DDGÖ-Farkındalık değişkenindeki 1 birimlik artış diğer değişkenlerin varlığında COPE-sorun odaklı başa çıkmayı 0.980 puan arttırmaktadır. DDGÖ-Kabullenmeme değişkenindeki 1 birimlik artış diğer değişkenlerin varlığında COPE-sorun odaklı başa çıkmayı 0.524 puan arttırmaktadır.

COPE duygusal odaklı başa çıkma alt boyutu bağımlı değişkeninin, tahmin parametreleri ile aşamalı lineer regresyon analizi Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. COPE-Duygusal odaklı başa çıkma alt boyutu bağımlı değişkeninin, tahmin parametreleri ile aşamalı lineer regresyon analizi

Değişkenler	B	S(B)	Beta	t	p Değeri
Sabit	27,463	12,717		2,160	0,035*
DDGÖ-Kabullenmeme	0,583	0,267	0,354	2,187	0,033*
R= 0.665, R²=0.442, Düzeltilmiş R² =0.227, (F=2.058; p=0.019)					

COPE-Duygusal odaklı başa çıkma değişkeni için; DDGÖ-Kabullenmeme değişkeni (tek başına) toplam varyansın %22'sini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamışlardır.

COPE-Duygusal odaklı başa çıkma kestirimi için; DDGÖ-Kabullenmeme değişkenindeki 1 birimlik artış diğer değişkenlerin varlığında duygusal odaklı başa çıkmayı 0.583 puan arttırmaktadır.

COPE işlevsel olmayan başa çıkma alt boyutu bağımlı değişkeninin, tahmin parametreleri ile aşamalı lineer regresyon analizi Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21. COPE-İşlevsel olmayan başa çıkma alt boyutu bağımlı değişkeninin, tahmin parametreleri ile aşamalı lineer regresyon analizi

Değişkenler	B	S(B)	Beta	t	p Değeri
Sabit	54,412	9,252		5,881	<0,001*
Yaş	0,221	0,078	0,358	2,826	0,007*
ÇÇTÖ-Fiziksel İhmal	-0,750	0,369	-0,278	-2,033	0,047*
DDGÖ-Kabullenmeme	0,403	0,194	0,298	2,083	0,042*
R= 0.749, R²=0.561, Düzeltilmiş R² =0.396, (F=3.389; p<0.001)					

COPE-İşlevsel olmayan başa çıkma değişkeni için; yaş, ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal ve DDGÖ-Kabullenmeme toplam varyansın %38'ini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamışlardır.

COPE-İşlevsel olmayan başa çıkma kestirimi için; yaş değişkenindeki 1 birimlik artış diğer değişkenlerin varlığında işlevsel olmayan başa çıkmayı 0.221 puan arttırmaktadır. ÇÇTÖ-fiziksel ihmal değişkenindeki 1 birimlik artış diğer değişkenlerin varlığında işlevsel olmayan başa çıkmayı 0.750 puan azaltmaktadır. DDGÖ-kabullenmeme değişkenindeki 1 birimlik artış diğer değişkenlerin varlığında işlevsel olmayan başa çıkmayı 0.403 puan arttırmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bipolar bozukluğun gelişiminde her ne kadar kalıtımın ve diğer biyolojik faktörlerin önemi bilinse de; psikososyal etkilerin de hastalığın oluşumunda ve devam eden ataklarda rolünün olduğu düşünülmektedir¹³⁴. Bipolar bozukluğu olan kişilerin çocukluk ve ergenlik dönemlerine bakıldığında, sağlıklı kişilere göre daha fazla oranda örselenme yaşantısına sahip oldukları görülmüştür¹³⁵. Bipolar bozukluk ile yaşam stresörleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde, hastalığın ortaya çıkmasında ve gidişatında bu yaşam stresörlerinin de önemli rolü olduğu görüşü ortaya çıkmıştır¹²⁷. Ayrıca bipolar bozuklukta izlenen duygudurum geçişlerinin altında duygu düzenleme güçlüğüne olduğu düşünülmektedir¹³⁶. Ancak bu alanda yapılan az sayıda çalışma bunu gösterebilmiştir¹³⁷.

Bizim çalışmamızda bipolar bozukluk hastalarında çocukluk çağı ve yetişkinlik dönemi travmalarının, baş etme tutumları ve duygu düzenleme üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızın sosyodemografik verileri incelendiğinde; araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 45.48 ± 12.10 olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %58,1'ini kadınlar oluşturmaktadır. Yapılan çeşitli araştırmalarda da çalışmaya katılan bireylerin %45-56,7'sini kadınlar oluşturmuştur. Araştırmamızdaki bu bulgu, bipolar bozukluğun her iki cinsiyette de hemen hemen eşit oranda görüldüğü bilgisini desteklemektedir^{12,138}. Çalışmamızda hastaların %43,2'sinin yükseköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan bireylerin %60,8 gibi yüksek bir oranının şuan herhangi bir işte çalışmadığı anlaşılmıştır. Bipolar bozukluk kronik ve yeti yitimiyle giden, yüksek relaps ve hastane yatışlarının olduğu bir hastalık olması sebebiyle hastaların yaşam kalitesini azaltmakta, mesleki, psikososyal ve genel işlevselliğini bozmakta ve hastalarda ciddi sosyal işlev bozukluğuna yol açmaktadır. Hastaların yeterli tedavi alamadıkları durumlarda ortaya çıkan işlevsel ve psikososyal bozulmalar nedeniyle bireylerin aktif hayatlarında önemli sorunlar yaşayabilecekleri belirtilmektedir^{33,139}. Araştırmamıza katılan hastaların %54,1'inin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmıştır. HOME (Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri) çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde hastaların birinci derece

akrabalarında psikiyatrik hastalık varlığı %50,8 olarak bulunmuştur¹³⁸. Ayrıca Kendler ve ark tarafından ikizlerle yapılan bir çalışmada da ikizi olan bipolar hastaların diğer kardeşlerinde de bipolar bozukluk görülme oranının arttığı saptanmıştır¹⁴⁰. Bu bulgular da bipolar bozukluğun kalıtsal özelliğini destekler niteliktedir.

Araştırmamızda hastaların hastalık sürelerinin ortalama 15,25±8,94 yıl olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir başka çalışmada da ortalama hastalık süresinin 10,12-14,8 yıl olduğu saptanmıştır¹⁴¹. Çalışmamızda hastaların %82,4'ünün hastalık sürecinde hastaneye en az 1 kez yatış öyküsünün olduğu tespit edilmiştir. Hastalığın atak dönemlerinde görülen intihar riski, tehlikeli davranışlar, psikotik belirtiler yatış gerektiren bulgular olması sebebiyle, hastaların yatış oranlarının yüksekliğinin bununla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Araştırmamıza katılan hastaların %44,6'sında intihar girişimi öyküsü saptanmıştır. Yapılan başka çalışmalarda da BPB hastalarının yaklaşık %25-55'inin intihar girişiminde bulunduğu, %15'inde de tamamlanmış intihar öyküsünün olduğu belirtilmektedir^{142,143}. Çalışmamızdaki bulgular da bu verileri destekler niteliktedir.

Çocukluk çağı ihmal ve istismarının pek çok psikiyatrik hastalığın gelişiminde rol oynadığı bilinmektedir ve ülkemizde de çeşitli hastalık gruplarında araştırılmıştır. Çocukluk çağı travmaları ölçeğinin kullanıldığı diğer çalışmalara bakıldığında, şizofreni, konversiyon bozukluğu hastaları gibi klinik örneklem gruplarının katıldığı çalışmalarda çocukluk çağı travma ölçeği puanı ortalamalarının, klinik olmayan örneklem gruplarının çocukluk çağı travma ölçeği puanı ortalamalarına kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür^{127,144,145}. Bizim çalışmamızda da bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda çocukluk çağı travmalarının etkisi değerlendirilmiş olup hasta ve kontrol grupları arasında ÇÇTÖ toplam puanları karşılaştırıldığında diğer çalışmalardan farklı olarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ve kontrol grubunun ÇÇTÖ toplam puanları ortalaması (60,58) ile hasta grubunun ÇÇTÖ toplam puan ortalaması (59,76) birbirine yakın bulunmuştur. Bizim çalışmamızın sonuçlarındaki bu farklılığın nedeni çocukluk çağı travmalarına yönelik hatırlamayla ilişkili veri kayıpları olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca bu farklılığın nedenlerinden biri de hastaların bilinçdışı savunma mekanizması olarak dissosiyasyonu kullanarak geçmiş travmatik yaşantılarını hatırlamamaları

olabilir. Dissosiyasyon, sorunlarla (özellikle de çocukluk çağı travmalarını içeren durumlar) karşılaşıldığında kullanılan baş etme yollardan birisidir. Dalgınlık, unutma ve hayal kurma durumları günlük hayatta sık sık yaşanan dissosiyatif yaşantılardan bazılarıdır. Travmatik bir deneyim yaşandığında, öncesi ve sonrası ile ilgili amnezi geliştirmek de dissosiyatif bir yaşantı veya tepki olarak görülmektedir¹⁴⁶. Ayrıca bizim çalışmamızda sağlıklı kontrol grubunun ÇÇTÖ toplam puan ortalaması, diğer çalışmalardaki sağlıklı grupların ÇÇTÖ puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Bu sonuçların da bizim seçtiğimiz kontrol grubuna özgü olabileceği ve topluma genellenemeyeceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda yetişkinlik çağı travmaları da değerlendirilmiş olup, hastaların %59,45'inde yetişkinlik dönemlerine ait en az bir travmatik yaşantı belirttikleri saptanmıştır. Cinsel ve fiziksel saldırı, kaza, doğal afet, çatışma gibi durumları içeren travmatik olaylarla çok sık karşılaşmakta olup yaşam boyu travmatik bir olaya maruz kalma yaygınlığı %21,4-%89,6 arasında bildirilmektedir^{84,147}. Eskin ve arkadaşları tarafından, çoğunluğunu duygudurum hastalarının (%58,1) oluşturduğu 118 psikiyatri hastasıyla yapılan bir çalışmada hastaların 89'unun (%75,4) en az bir travmatik yaşantı öyküsü olduğu saptanmıştır ve bu çalışmada en çok maruz kalınan travmatik olaylar; birinci sırada hayati bir tehlike atlatmak (%32,8), sonrasında kötü muamele görmek (%31,4) olarak bildirilmiştir⁵³. Zlotnick ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada da en çok bildirilen travmatik olaylar sırasıyla; bir başkasının yaralanması veya ölümünü görmek (%26,8), kaza geçirmek (%20,7), fiziksel saldırı (%17,4) ve afet (%13,9) olmuştur¹⁴⁸. Bizim çalışmamızda da hasta grubu ile kontrol grubu yetişkinlik çağı travmaları açısından karşılaştırıldığında BPB tanılı hasta grubunda yetişkinlik çağı travma maruziyetinin daha fazla olduğu saptanmış olup hastaların en çok belirttiği travmatik olaylar incelendiğinde birinci sırada %24,3 ile ciddi kaza, yangın ya da patlama olduğu görülmüştür. Elde edilen bu sonuçlar, BPB hastalarında sık görülen dürtüselliğe bağlı olarak veya hastalığı kontrol altında tutmak için kullanılan ilaçlara bağlı gelişen sedasyon ve kognitif fonksiyonlarda bozulma nedeniyle BPB tanılı hastaların yetişkinlik çağı da travmaya açık olduğu şeklinde düşünülebilir.

Çalışmamızda BPB tanılı hastalar ve sağlıklı kontrol grubu baş etme tutumları açısından karşılaştırılmış olup, her iki grup arasında sorun odaklı başa çıkma stratejilerini kullanma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmuştur ve çalışmamızdaki hastaların kontrol grubuna göre sorun odaklı başa çıkma stratejilerini ($p=0,020$) daha az kullandığı saptanmıştır. Bipolar bozukluk grubunun aktif başa çıkma ($p<0,001$), yararlı sosyal destek ($p=0,031$) ve planlama ($p<0,001$) baş etme tutumlarından aldığı puanların, psikiyatrik tanı almamış gruba göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur. Yine her iki grup karşılaştırıldığında, hasta grubunun işlevsel olmayan baş etme tutumlarını sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,001$) daha fazla kullandığı saptanmıştır. Bipolar bozukluk grubunun inkar ($p=0,003$), davranışsal olarak boş verme ($p<0,001$) ve madde kullanımı ($p=0,041$) baş etme tutumlarından aldığı puanlar, sağlıklı kontrol grubunun puanlarından anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur. Çalışmamızın bu sonuçları da literatürle uyumludur. Bipolar bozukluk hastalarında aktif başa çıkma tutumlarını araştıran çalışmaların çoğunda hasta grubunun, kontrol grubuna göre daha maladaptif bir tutum sergiledikleri gösterilmiştir^{149,150}. Bizim çalışmamız sonuçlarına benzer şekilde, bipolar bozukluğu olan bireylerin inkar başa çıkma tutumunu daha sık kullandıkları, bipolar bozukluğu olmayan bireylerin ise sorun odaklı başa çıkmayı tercih ettikleri bulunmuştur⁷. Gossens ve arkadaşları tarafından yapılan, bipolar bozukluk hastalarının başa çıkma tutumlarının kontrol grubu ile karşılaştırıldığı başka bir çalışmada da, bipolar hastalarının genel nüfusa göre aktif başa çıkma ve planlama baş etme yöntemleri gibi sorun odaklı başa çıkma yöntemlerini daha az kullandıkları, inkar baş etme yöntemlerini ise daha fazla kullandıkları klinik olarak gösterilmiştir¹⁵¹. Bu çıkan sonuçların hastalığın psikopatolojisiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. İnkâr ve davranışsal boş verme baş etme tutumlarının birer savunma mekanizması haline gelerek hastaları sorunları etkili bir şekilde çözememe yönünde etkiliyor olabileceği düşünülebilir. Ayrıca işlevsel olmayan baş etme tutumları atakları tetikleyebilir gibi ataklar sırasında da kişilerin baş etme mekanizmaları bozulabileceğinden bireylerin kullandıkları başa çıkma tutumlarının bilinmesinin, psikopatolojinin gelişimindeki etkilerinin anlaşılması ve tedavi amaçlarının belirlenmesinde yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gruplar duygusal odaklı başa çıkma tutumları açısından kıyaslandığında, bipolar bozukluk grubunun pozitif yeniden yorumlama ve gelişme alt ölçek puanlarının anlamlı derecede sağlıklı kontrol grubuna göre düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde pozitif yeniden yorumlama ve gelişme

tutumunun değeriendirildiği benzer birçok çalışmada hastalar ile sağlıklılar arasında fark gsterilememiřtir¹⁵²⁻¹⁵⁵. Bununla birlikte çalışmamıza katılan gruplar dini olarak başa çıkma tutumu açısından incelendiğinde, hasta grubunun puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında da kronik hastalığa sahip olan kişilerin dini başa çıkma tutumlarına sıklıkla başvurduğu bilinmektedir¹⁵⁶. Ruhsal hastalıklar açısından incelendiğindeyse çelişkili sonuçlar bulunmaktadır^{152,157,158}. Ancak, özellikle ülkemizde yapılan çalışmalarda kronik seyre sahip psikiyatrik tablolarda dini başa çıkma tutumlarının sıklıkla kullanıldığı gsterilmiştir^{155,159}.

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanılı hastalarda hastaların klinik özellikleri ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkileri incelediğimizde; intihar sayısı ile sorun odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma stratejileri arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Bu sonuç, sorun odaklı ve duygusal odaklı baş etme stratejilerini daha çok kullanan hastaların daha az intihar girişiminde bulunduğu şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri ile Hamilton Depresyon Derecelendirme leği (HDDÖ) puanları ve Young Mani Derecelendirme leği (YMDÖ) puanları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı derecede pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu sonuç da bize mani ve depresyon dönemindeki hastaların işlevsel olmayan baş etme stratejilerini daha çok kullandığını göstermektedir. Psikopatolojilerin gelişiminde maladaptif baş etme tutumlarının rolü düşünüldüğünde bu sonuçlar beklediğimiz sonuçlardır. Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da işlevsel olmayan baş etme tutumunun psikopatolojik belirtilerle ilişkisi olduğu bildirilmiřtir⁷⁷. Çalışmamızda ayrıca çocukluk ağı travmaları ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiler incelenmiş olup, T-Toplam puanı ile COPE-İşlevsel olmayan başa çıkma tutumu alt grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur. Benzer şekilde Rayburn ve ark tarafından yapılan çalışmada da çocukluk ağı cinsel ve fiziksel istismarı ile kaçınma başa çıkma tutumunun ilişkili olduğu saptanmıřtır¹⁶⁰. Bu sonuçlar da bize çocukluk çağında maruz kalınan travmatik yaşantıların, işlevsel olmayan başa çıkma tutumu geliştirmede rol oynadığını göstermektedir.

Çalışmamızda bipolar bozuklukta duygu düzenlemenin önemini ve travmatik yaşantıların duygu düzenleme glyle ilişkisini araştırmak amacıyla yapılan analizlerde bipolar bozukluk hastalarının DDGÖ-Toplam puanı

ile Kabullenmeme, Strateji, Dürtüsellik, Hedefler alt ölçek puanları sağlıklı bireylerden daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgulara göre BPB hastalarının duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (kabullenmeme), olumsuz duygular yaşandığı sırada dürtü kontrolünde güçlük (dürtüsellik), olumsuz duygular deneyimlenirken amaç odaklı davranışa yönelmede güçlük (hedefler) ve duruma uygun duygu düzenleme stratejilerine ulaşmada güçlük (strateji) nedeniyle duygu düzenleme güçlüğü yaşamakta olduğu anlaşılmaktadır. Bipolar bozuklukta duygu düzenleme güçlüğü'nün önemi bilinmekte olup, duygudurum geçişlerinin altında duyguları düzenleyememenin yer aldığı düşünülmektedir. Bir araştırmada bipolar bozukluğu olanların kontrol grubuna göre duyguları düzenleme stratejilerinde (duyguyu yeniden yorumlama ve bastırma) ve duygu düzenleme çabasındaki puanları daha yüksek, duygu düzenlemeyi başarmadaki puanları ise daha düşük bulunmuştur¹³⁷. Benzer şekilde duygu düzenleme güçlüğü'nün araştırıldığı başka bir çalışmada da bipolar bozukluk hastalarının DDGÖ'nin Açıklık, Dürtü, Kabullenmeme, Hedefler ve Stratejiler alt ölçeklerinde kontrollerden daha yüksek puanlar aldığı bildirilmiş olup, Farkındalık alt ölçeğinde ise anlamlı farklılık saptanmamıştır¹⁶¹. Bizim çalışmamızın sonuçları da bu bulguları desteklemektedir.

Duygu düzenleme güçlüğü'nün hastalığın seyrine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığımız analizlerde toplam atak sayısı ile Dürtüsellik alt ölçeği arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon saptanmış olup bu bulguya göre dürtüsel davranışların daha yoğun görüldüğü hastalarda hastalığın daha sık atak görüldüğü sonucuna varılabilir. İntihar sayısı ile Farkındalık alt ölçeği arasında yüksek düzeyde negatif korelasyon, Dürtüsellik ve Stratejiler alt ölçeği arasında ise yüksek düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. Weinberg ve Klonsky tarafından ergenlerle yapılan bir çalışmada duygu düzenleme güçlükleri ölçeğinin Farkındalık dışındaki 5 alt ölçeğinin de suisid düşüncesi ile ilişkili olduğu bulunmuş olup bu alt ölçekler arasında da suisid düşüncesi ile en güçlü ilişkiyi gösterenlerin sırasıyla Stratejiler, Dürtü, Kabullenmeme, Açıklık ve Hedefler olduğu bulunmuştur¹⁶². Bir başka çalışmada da birden fazla suisid girişimi olan bireylerin, bizim çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Dürtüsellik ve Stratejiler alt ölçeklerinden suisid girişimi olmayanlara göre daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur¹⁶³. Ayrıca çalışmamızda eğer bir hasta depresif veya manik ataktaysa, depresif ve manik belirtilerinin şiddetinin duygu düzenleme

güçlüğü ile ilişkisi olup olmadığını incelemek amacıyla DDGÖ puanları ile Hamilton Depresyon Ölçeği Toplam puanları (HDÖT) ve Young Mani Depresyon Ölçeği Toplam puanları (YMDÖT) karşılaştırıldı. HDÖT puanı ile Kabullenmeme, Stratejiler alt ölçeği ve DDGÖ-Toplam puan arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon bulundu. YMDÖT puanı ile de Dürtüsellik alt ölçeği ve DDGÖ-Toplam puan arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon bulundu. Bu sonuçlar, depresyon ve mani şiddeti arttıkça hastaların duygu düzenlemesinin güçleştiği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda travmatik yaşantıların duygu düzenleme üzerine etkisini incelemek amacıyla hastaların çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları ile duygu düzenleme güçlüğü ölçeği alt ölçekler ve toplam puanı karşılaştırıldığında ÇÇTÖ-Toplam puanı ile DDGÖ- Toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, travmatik yaşantıların duygu düzenlemeyi etkilediği, kişilerde travmatik yaşantı arttıkça duygu düzenlemenin de güçleştiği şeklinde yorumlanabilir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında da çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme güçlüğüyle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır¹⁶⁴⁻¹⁶⁶.

Yaşam kalitesi kavramı, bireylerin yaşadıkları kültürel ve inanç sistemleri içerisinde amaç, beklenti ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki durumlarını algılama yetileri olarak tanımlanır^{167,168}. Yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puan düştükçe hastanın işlevselliğinin etkilendiği ve hayat kalitesinin azaldığı anlaşılmaktadır. Biz de çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak hastaların işlevselliği ve hayat kalitesi ile ilgili bilgi edinmeyi amaçladık.

Çalışmamızda BPB tanılı hasta grubunun fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, ruhsal rol kısıtlılığı, enerji/canlılık, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve sosyal işlevsellik alt ölçekleri ve SF-Toplam puanları, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. SF sonuçları bipolar bozukluğun kişilerin yaşam kalitesini ve işlevselliğini önemli derecede etkilediğini göstermektedir. Ayrıca SF-Toplam puanı ile intihar sayısı arasında da istatistiksel düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu sonuç da hastalık sebebiyle yaşam kalitesinin ve işlevselliklerinin düştükçe hastaların intihar riskinin artabileceğini düşündürmektedir.

Son olarak çalışmamızda hastaların başa çıkma tutumlarını yordayan faktörleri incelemek amacıyla lineer regresyon analizleri yapılmış olup, toplam

atak sayısının sorun odaklı başa çıkma alt boyutunu yordadığı, toplam atak sayısı değişkenindeki 1 birimlik artışın diğer değişkenlerin varlığında sorun odaklı başa çıkmayı 0.256 puan azalttığı bulunmuştur. Bu sonuç, sık atak geçiren hastaların sorun odaklı baş etme stratejilerini daha az kullandığını göstermektedir. Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği alt ölçeklerinden Farkındalık alt ölçeğinin sorun odaklı başa çıkma alt boyutunu yordadığı saptanmıştır ve DDGÖ-Farkındalık değişkenindeki 1 birimlik artışın diğer değişkenlerin varlığında COPE-sorun odaklı başa çıkmayı 0.980 puan arttırdığı bulunmuştur. Bu sonuca göre hastaların duygularına ilişkin farkındalıkları arttıkça sorun odaklı başa çıkma stratejilerini kullanma oranının arttığı söylenebilir. Yine duygu düzenleme güçlüğü alt ölçeklerinden Kabullenmeme alt ölçeğinin ise sorun odaklı, duygu odaklı ve işlevsel olmayan olmak üzere baş etme tutumlarının her üç alt boyutunu da yordadığı saptanmıştır. Çocukluk çağı travması olarak Fiziksel İhmal alt ölçeğinin de, işlevsel olmayan başa çıkma alt boyutunu yordadığı saptanmıştır ve ÇÇTÖ-Fiziksel İhmal değişkenindeki 1 birimlik artışın diğer değişkenlerin varlığında işlevsel olmayan başa çıkmayı 0.750 puan azalttığı bulunmuştur. Çalışmamızın bu sonucu da çocukluk çağında fiziksel ihmal maruziyeti olan hastaların işlevsel olmayan baş etme stratejilerine daha az başvurdukları şeklinde yorumlanabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Epidemiyolojik çalışmalarda bipolar bozukluğun her ne kadar biyolojik ve genetik faktörlerin etkili olduğu bir hastalık olduğu gösterilmiş olsa da, klinik görünüm, zamanlama ve semptom çeşitliliğinin sadece bu faktörlerle açıklanamaması nedeniyle psikososyal stres faktörlerinin etkisi de daha ayrıntılı olarak araştırılmaya başlanmıştır. Yaşamın ilk yıllarında, çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerin de yetişkinlik döneminde ruhsal ve fiziksel hastalıkların gelişiminde yatkınlık unsuru olabileceği, özellikle duygudurum, anksiyete, disosiyatif ve somatizasyon bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozuklukla çocukluk çağı travmasının ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Literatüre bakıldığında da bipolar bozukluk ile çocukluk çağı travmasının ilişkilendirildiği çalışmalar mevcuttur. Ayrıca bipolar bozuklukta izlenen duygudurum geçişlerinin altında duyguları düzenleyememenin yattığı, travmatik yaşantıların da duygu düzenleme üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada da bipolar bozukluk hastalarında çocukluk çağında ve yetişkinlik çağında yaşanan travmaların baş etme tutumları ve duygu düzenleme üzerine etkileri ve hastalığın seyrine etkisi incelenmiştir.

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanılı hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubu çocukluk çağı travmaları, baş etme tutumları, duygu düzenleme güçlükleri ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılmıştır. Hasta grubunda yüksek çıkması beklenen ÇÇTÖ alt ölçekleri ve toplam puanları her iki grupta birbirine yakın bulunmuş olup bu sonuçların bizim seçtiğimiz kontrol grubuyla ilişkili olabileceği, bu nedenle tüm topluma genellenemeyeceği düşünülmüştür. Ayrıca her iki gruptaki ÇÇTÖ alt ölçek ve toplam puanlarındaki yakınlığın sebepleri hastaların geçmiş travmatik yaşantıları gizleme eğilimi veya bilinçdışı bir savunma mekanizması olarak dissosiyatif amnezi, unutmaya bağlı gelişen veri kayıpları olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca Her iki grup baş etme tutumları açısından karşılaştırıldığında, bipolar tanılı hastaların sorun odaklı baş etme stratejilerini sağlıklı kişilere göre daha az kullandıkları, işlevsel olmayan baş etme stratejilerini ise sağlıklı kişilere göre daha fazla kullandıkları görülmüştür. Literatür bilgileriyle de uyumlu şekilde, bizim çalışmamızda da bipolar tanılı hasta grubunda işlevsel olmayan baş etme stratejilerinden olan inkar, davranışsal boş verme ve madde kullanımı puanları kontrol grubundan yüksek

bulunmuştur. Ayrıca hasta grubunda başa çıkma tutumlarının klinik özelliklerle ilişkisi incelenmiş olup, işlevsel olmayan baş etme strateji puanları yüksek olan hastaların, YMDÖ ve HDÖ ve ÇÇTÖ-Toplam puanlarının da yüksek olduğu, yani depresyon ve mani dönemindeki hastaların maladaptif baş etme stratejilerini daha çok kullandığı ve çocukluk çağı travmalarının işlevsel olmayan baş etme tutumu geliştirmede etkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca duygu düzenleme açısından her iki grup karşılaştırılmış olup bipolar tanılı hastaların duygularını düzenleme konusunda sağlıklı kişilere göre daha çok zorlandıkları tespit edilmiştir. Hasta grubunda klinik özelliklerin ve çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme üzerine etkileri incelendiğinde, intihar girişi, depresyon ve mani ölçekleri puanları arttıkça duygu düzenlemenin güçleştiği ve çocukluk çağı travması puanı arttıkça da duygu düzenlemenin güçleştiği saptanmıştır. Son olarak da her iki gruba da işlevsellik düzeyini saptamak amacıyla yaşam kalitesi ölçeği uygulanmış olup, BPB tanılı hastaların sağlıklı kişilere göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, işlevselliklerinin azaldığı saptanmıştır.

Çocukluk çağında maruz kalınan travmatik yaşantılar işlevsel olmayan baş etme tutumları geliştirmeye neden olup, sergilenen bu maladaptif baş etme tutumları da atakları tetikleyerek hastalığın seyrini etkileyebilir. Bu nedenle bireylerin psikososyal stresörler karşısında kullandığı baş etme stratejilerinin belirlenerek etkin baş etme becerilerini geliştirmeye yönelik psikoterapi ve psikoeğitim gibi tedavi yaklaşımlarının uygulanması daha etkili olabilir.

Literatürde bipolar bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı travması etkileri ve duygu düzenleme güçlüklerinin ayrı ayrı veya birlikte çalışıldığı az sayıda çalışma bulunmakta olup, bizim çalışmamız da her ikisinin birlikte incelendiği çalışmalara katkı sağlayacaktır. Bunun haricinde, baş etme tutumları Türkiye’de yeni çalışılmaya başlanan bir konu olduğundan bu konudaki literatür bilgisi sınırlı olup, çalışmamız çocukluk çağı travmalarının hem baş etme tutumlarına ve hem de duygu düzenleme olmak üzere iki parametre üzerine etkisini inceleyen tek çalışma olma özelliği göstermektedir.

Kısıtlılıklar

1. Çalışma örnekleminin nispeten küçük olması kısıtlılıkların başında gelmektedir. Daha geniş örnekleme sahip çalışmalara ihtiyaç vardır.

2. Örneklemimizin çoğunluğunu polikliniğimizde takipli düzenli tedavi alan hastalar oluşturduğundan tedaviyi reddeden, tedavi düzenlenmesi için polikliniğimize başvurmayan bipolar bozukluk hastaları çalışmaya dahil edilememiştir. Tedaviyi reddeden bipolar hastalarda da travmatik yaşantı öyküsü olup hastaların baş etme tutumlarını etkiliyor, duygu düzenlenmesinde güçlük yaratıyor olabilir.
3. Çalışmamıza katılan kişilerde en az ilkokul mezunu olma şartı aranması nedeniyle bu şarta uymayan bipolar tanılı hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.
4. Çalışmamızda COPE, DDGÖ ve SF-36 gibi öz bildirim ölçekleri kullanıldığından katılımcının öznel değerlendirmelerinin yanlılık yaratabilmesi açısından çalışmamızı sınırlandırmaktadır.
5. Çalışmamızda kullanılan ÇÇTÖ ve Travma Değerlendirme Ölçeği geçmişe dönük değerlendirme ölçekleri olduğundan sonuçları anımsamaya bağlı yanlılık (recall bias) açısından etkilemiş olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Akiskal H, Lopez J. *İki Uçlu Bozukluk*. İstanbul: WPA Yayınları; 2012.
2. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 2000;48(6):445-457. doi:10.1016/S0006-3223(00)00909-4
3. Çam O, Çuhadar D. Bipolar Bozukluğu Olan hastalarda İşlevsellik Düzeyi ve İçselleştirilmiş Damgalama Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2013;2(2):230-246. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/7504/98925>. Accessed June 4, 2020.
4. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):543-552. doi:10.1001/archpsyc.64.5.543
5. Yargıç İ, Ersoy E, Oflaz Batmaz S. Çocukluk Çağı Travmalarının İntihar Girişimi ve Kendine Zarar Verme Davranışı İle İlişkisi. *(Anatolian J Psychiatry)*. 2012;13:277-284.
6. Unal S, Ozcan E. Precipitating, predisposing and protective factors in depression. *Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler*. 2000;1(1):41-48. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc3&NEWS=N&AN=2005-00210-005>.
7. Rohde P, Lewinsohn PM, Tilson M, Seeley JR. Dimensionality of Coping and Its Relation to Depression. *J Pers Soc Psychol*. 1990;58(3):499-511. doi:10.1037/0022-3514.58.3.499
8. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev Gen Psychol*. 1998;2(3):271-299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271
9. Cole PM, Michel MK, Teti LOD. The Development of Emotion Regulation and Dysregulation: a Clinical Perspective. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1994;59(2-

3):73-102. doi:10.1111/j.1540-5834.1994.tb01278.x

10. Wolfe DA, Scott K, Wekerle C, Pittman AL. Child maltreatment: Risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(3):282-289. doi:10.1097/00004583-200103000-00007

11. Amerikan Psikiyatri Birliği. *DSM - 5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. Beşinci Ba. (Ed.) KE (Çeviri, ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.

12. Orhan PDÖ, Aylin PDU. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevşeri Ltd Şti; 2015.

13. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*. 11. baskı. (Ed.) BA (Çeviri, ed.). Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti.; 2016.

14. Fisun A. *Hızlı Döngülü Bipolar Bozukluk*. 1. Baskı. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları; 1997.

15. Timuçin O, Emin C. *Duygudurum Bozuklukları*. 1. Baskı. İstanbul; 2001.

16. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8. Baskı. (H. A (Çev), A. B (Çev), eds.). Güneş Kitabevi Ltd. Şti.; 2007.

17. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. 2'nd Editi. Oxford University Press; 2007.

18. Oğuz PDK. *Temel ve Klinik Psikiyatri*. 1. basım. (Oğuz K, ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2018.

19. Kroon JS, Wohlfarth TD, Dieleman J, et al. Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: A population-based cohort study. *Bipolar Disord*. 2013;15(3):306-313. doi:10.1111/bdi.12058

20. Berk M, Dodd S, Callaly P, et al. History of illness prior to a diagnosis of

bipolar disorder or schizoaffective disorder. *J Affect Disord.* 2007;103(1-3):181-186. doi:10.1016/j.jad.2007.01.027

21. Kennedy N, Boydell J, Kalidindi S, et al. Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):257-262. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.257

22. McDonald WM, Nemeroff CB. The diagnosis and treatment of mania in the elderly. *Bull Menninger Clin.* 1996;60(2):174-196.

23. Savas H, Yumru M. Bipolar (İkiüçlü) bozuklukta genetik çalışmalar. *Türkiye Klin.* 1985;29(3):10-17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3898227>.

24. Antypa N, Serretti A. Family history of a mood disorder indicates a more severe bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2014;156:178-186. doi:10.1016/j.jad.2013.12.013

25. Souery D, Massat I, Mendlewicz J. Genetics of bipolar disorders. *Acta Neuropsychiatr.* 2000;12(3):65-68. doi:10.1017/S0924270800035420

26. Jones I, Middle F, McCandless F, et al. Molecular genetic studies of bipolar disorder and puerperal psychosis at two polymorphisms in the estrogen receptor? gene (ESR 1). *Am J Med Genet.* 2000;96(6):850-853. doi:10.1002/1096-8628(20001204)96:6<850::aid-ajmg31>3.0.co;2-1

27. Craddock N, Jones I. Molecular genetics of bipolar disorder. *Br J Psychiatry.* 2001;178(S41):s128-s133. doi:10.1192/bjp.178.41.s128

28. Işık E. *DEPRESYON VE BİPOLAR BOZUKLUKLAR*. İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003.

29. Ceylan EM, Oral T. *Duygudurum Bozuklukları*. 1. Baskı. İstanbul; 2001.

30. Işık E, Işık U, Taner Y. *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. (Işık E, Işık U, Taner Y, eds.). İstanbul: Rota Tıp Kitapevi; 2013.

31. Daban C, Vieta E, Mackin P, Young AH. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2005;28(2):469-480. doi:10.1016/j.psc.2005.01.005
32. Vawter MP, Freed WJ, Kleinman JE. Neuropathology of bipolar disorder. *Biol Psychiatry.* 2000;48(6):486-504. doi:10.1016/S0006-3223(00)00978-1
33. Machado-Vieira R, Manji HK, Zarate CA. The role of lithium in the treatment of bipolar disorder: Convergent evidence for neurotrophic effects as a unifying hypothesis. *Bipolar Disord.* 2009;11(SUPPL. 2):92-109. doi:10.1111/j.1399-5618.2009.00714.x
34. Yazici O, Kora K, Üçok A, Tunalı D, Turan N. Predictors of lithium prophylaxis in bipolar patients. *J Affect Disord.* 1999;55(2-3):133-142. doi:10.1016/S0165-0327(98)00216-X
35. Işık E. *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar.* İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003.
36. Brambilla P, Glahn DC, Balestrieri M, Soares JC. Magnetic resonance findings in bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2005;28(2):443-467. doi:10.1016/j.psc.2005.01.006
37. Carr CP, Martins CMS, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Ment Dis.* 2013;201(12):1007-1020. doi:10.1097/NMD.0000000000000049
38. Post RM, Weiss SRB. Sensitization, kindling, and anticonvulsants in mania. In: *Journal of Clinical Psychiatry.* Vol 50. ; 1989:23-30.
39. (WHO) WHO. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines.* WHO; 1992.
40. Ömer A, Aylin U, Fisun A, eds. *İKİ UCLU BOZUKLUK SAGALTIM KILAVUZU.* Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2010.
41. Z. R. Suicide and bipolar disorder. In: Zarate CA, Manji HK, eds. *Bipolar*

Depression: Molecular Neurobiology, Clinical Diagnosis and Pharmacotherapy. Birkhäuser Basel; 2009:47-56.

42. Goodwin GM, Haddad PM, Ferrier IN, et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2016;30(6):495-553. doi:10.1177/0269881116636545

43. Sungur MZ. Ýkincil Travma ve Sosyal Destek.pdf. *J Clin Psychiatry.* 1999;2(2):105-108.

44. Young BH, Ford JD, Ruzek JI. *Disaster Mental Health Services: A Guidebook for Clinicians and Administrators.* United States. Department of Veterans Affairs; 1998.

45. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg.* 2009;4(12):51-65.

46. Lipman EL, Macmillan HL, Boyle MH. Childhood abuse and psychiatric disorders among single and married mothers. *Am J Psychiatry.* 2001;158(1):73-77. doi:10.1176/appi.ajp.158.1.73

47. Taner Y, Gökler B, Görevlisi A. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Derg.* 2004;35:82-86.

48. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk İstismarı ve İhmali. *Dicle Tıp Derg.* 2007;34(1):70-74.

49. Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S. Çocuklarda Cinsel İstismar ve Etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg.* 2007;2(4):13-22.

50. Aktepe E. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar.* 2009;1(2):95-119. doi:10.5350/DAJPN2013260106

51. Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. In: Güleç C, Köroğlu E, eds. *Temel Psikiyatri.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997:823-834.

52. Gabbard GO. *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders.* Fourth Edi.

(Gabbard GO, ed.). American Psychiatric Publishing; 2007.

53. Eskin M, Akoğlu A, Uygur B. Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışıyla İlişkisi. *Türk Psikiyatr Derg.* 2006;17(4):266-275.

54. Lieberman AF, Chu A, Van Horn P, Harris WW. Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Dev Psychopathol.* 2011;23(2):397-410. doi:10.1017/S0954579411000137

55. Bynum L, Griffin T, Ridings DL, et al. Adverse childhood experiences reported by adults --- Five states, 2009. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2010;59(49):1609-1613.

56. Liu RT, Alloy LB. Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(5):582-593. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.010

57. McCrory E, De Brito SA, Viding E. The link between child abuse and psychopathology: A review of neurobiological and genetic research. *J R Soc Med.* 2012;105(4):151-156. doi:10.1258/jrsm.2011.110222

58. Glaser D. Child abuse and neglect and the brain - A review. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2000;41(1):97-116. doi:10.1017/S0021963099004990

59. Heim C, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB. The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology.* 2008;33(6):693-710. doi:10.1016/j.psyneuen.2008.03.008

60. Orhan PDÖ, Aylin PDU. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevşeri Ltd Şti; 2015.

61. Fowke A, Ross S, Ashcroft K. Childhood Maltreatment and Internalized Shame in Adults with a Diagnosis of Bipolar Disorder. *Clin Psychol Psychother.* 2012;19(5):450-457. doi:10.1002/cpp.752

62. Garono JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse

on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2005;186(FEB.):121-125. doi:10.1192/bjp.186.2.121

63. Farrugia PL, Mills KL, Barrett E, et al. Childhood trauma among individuals with co-morbid substance use and post-traumatic stress disorder. *Ment Heal Subst Use Dual Diagnosis*. 2011;4(4):314-326. doi:10.1080/17523281.2011.598462

64. Şar V, Akyüz G, Kundakçı T, Kiziltan E, Doğan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161(12):2271-2276. doi:10.1176/appi.ajp.161.12.2271

65. Young-Wolff KC, Kendler KS, Ericson ML, Prescott CA. Accounting for the association between childhood maltreatment and alcohol-use disorders in males: A twin study. *Psychol Med*. 2011;41(1):59-70. doi:10.1017/S0033291710000425

66. Álvarez MJ, Roura P, Osés A, Foguet Q, Solà J, Arrufat FX. Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199(3):156-161. doi:10.1097/NMD.0b013e31820c751c

67. Sar V, Akyuz G, Kugu N, Ozturk E, Ertem-Vehid H. Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(10):1583-1590. doi:10.4088/JCP.v67n1014

68. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, et al. Abuse and Neglect in Childhood: Relationship to Personality Disorder Diagnoses. *CNS Spectr*. 2003;8(10):737-754. doi:10.1017/s1092852900019118

69. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry*. 2001;49(12):1023-1039. doi:10.1016/S0006-3223(01)01157-X

70. Agnew-Blais J, Danese A. Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(4):342-349. doi:10.1016/S2215-0366(15)00544-

71. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Compan; 1984.
72. Lazarus RS. From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annu Rev Psychol*. 1993;44(1):1-22. doi:10.1146/annurev.ps.44.020193.000245
73. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and Promise. *Annu Rev Psychol*. 2004;55(1):745-774. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
74. Littleton H, Horsley S, John S, Nelson D V. Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *J Trauma Stress*. 2007;20(6):977-988. doi:10.1002/jts.20276
75. Roth S, Cohen LJ. Approach, Avoidance, and Coping With Stress. *Am Psychol*. 1986;41(7):813-819. doi:10.1037/0003-066X.41.7.813
76. Carver CS, Scheier MF, Weintraub KJ. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *J Pers Soc Psychol*. 1989;56(2):267-283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267
77. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2005;6(4):221-226.
78. Folkman S, Lazarus RS. If It Changes It Must Be a Process. Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *J Pers Soc Psychol*. 1985;48(1):150-170. doi:10.1037/0022-3514.48.1.150
79. Patterson JM, McCubbin HI. Adolescent coping style and behaviors: conceptualization and measurement. *J Adolesc*. 1987;10(2):163-186. doi:10.1016/S0140-1971(87)80086-6
80. Aker T, Önder EM. *Psikolojik Travma ve Sonuçları*. İstanbul: 5US Yayınları; 2003.
81. Oflaz F. Felaketlerin Psikolojik Etkileri Ve Hemşirelik Uygulaması. *CÜHemşirelik Yüksekokulu Derg*. 2008;12(3):70-76.

82. Compas BE, Davis GE, Forsythe CJ, Wagner BM. Assessment of Major and Daily Stressful Events During Adolescence: The Adolescent Perceived Events Scale. *J Consult Clin Psychol*. 1987;55(4):534-541. doi:10.1037/0022-006X.55.4.534
83. Erdem M, Çelik C, Doruk A, Özgen F. Yaygın anksiyete bozukluğunda başa çıkma tutumları. *Anatol J Clin Investig*. 2008;2(3):101-105.
84. Sesar K, Šimić N, Barišić M. Multi-type childhood abuse, strategies of coping, and psychological adaptations in young adults. *Croat Med J*. 2010;51(5):406-416. doi:10.3325/cmj.2010.51.406
85. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull*. 2001;127(1):87-127. doi:10.1037/0033-2909.127.1.87
86. Holahan CJ, Moos RH. Personal and Contextual Determinants of Coping Strategies. *J Pers Soc Psychol*. 1987;52(5):946-955. doi:10.1037/0022-3514.52.5.946
87. Dökmen Ü. *Varolmak Gelişmek Uzlaşmak*. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2000.
88. John OP, Gross JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *J Pers*. 2004;72(6):1301-1333. doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x
89. Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. *Emot Regul Psychopathol*. 2010:13-37. doi:10.4324/9781410610898
90. Thompson RA. Emotion Regulation: a Theme in Search of Definition. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1994;59(2-3):25-52. doi:10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x
91. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Curr Dir Psychol Sci*. 2001;10(6):214-219. doi:10.1111/1467-8721.00152

92. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. In: Gross JJ, ed. *Handbook of Emotion Regulation*. The Guilford Press; 2007:3-24.
93. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*. 2002;39(3):281-291. doi:10.1017/S0048577201393198
94. Kashdan TB, Steger MF. Expanding the topography of social anxiety an experience-sampling assessment of positive emotions positive events, and emotion suppression. *Psychol Sci*. 2006;17(2):120-128. doi:10.1111/j.1467-9280.2006.01674.x
95. Kring AM, Sloan DM. *Emotion Regulation and Psychopathology*. (Kring AM, Sloan DM, eds.). New York: The Guildford Press; 2009.
96. Gross JJ, John OP. Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;85(2):348-362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
97. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Why is Emotion Regulation Important? In: *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York, United States: Guilford Press; 2011:1-16.
98. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. In: *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. Vol 26. ; 2004:41-54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
99. Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry*. 2002;51(12):951-963. doi:10.1016/S0006-3223(02)01325-2
100. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*. 2005;43(10):1281-1310. doi:10.1016/j.brat.2004.08.008

101. Mennin DS, Holaway RM, Fresco DM, Moore MT, Heimberg RG. Delineating Components of Emotion and its Dysregulation in Anxiety and Mood Psychopathology. *Behav Ther.* 2007;38(3):284-302. doi:10.1016/j.beth.2006.09.001
102. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and Emotion Regulation Difficulties in Generalized Anxiety Disorder: Preliminary Evidence for Independent and Overlapping Contributions. *Behav Ther.* 2009;40(2):142-154. doi:10.1016/j.beth.2008.04.001
103. Turk CL, Heimberg RG, Luterek JA, Mennin DS, Fresco DM. Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognit Ther Res.* 2005;29(1):89-106. doi:10.1007/s10608-005-1651-1
104. Tull MT, Barrett HM, McMillan ES, Roemer L. A Preliminary Investigation of the Relationship Between Emotion Regulation Difficulties and Posttraumatic Stress Symptoms. *Behav Ther.* 2007;38(3):303-313. doi:10.1016/j.beth.2006.10.001
105. Bland AR, Williams CA, Scharer K, Manning S. Emotion processing in borderline personality disorders. *Issues Ment Health Nurs.* 2004;25(7):655-672. doi:10.1080/01612840490486692
106. Conklin CZ, Bradley R, Westen D. Affect regulation in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2006;194(2):69-77. doi:10.1097/01.nmd.0000198138.41709.4f
107. Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, et al. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: Implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry.* 2003;54(11):1284-1293. doi:10.1016/S0006-3223(03)00636-X
108. Glenn CR, Klonsky ED. Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2009;23(1):20-28. doi:10.1521/pedi.2009.23.1.20
109. Salsman NL, Linehan MM. An investigation of the relationships among negative affect, Difficulties in emotion regulation, and features of Borderline

Personality Disorder. *J Psychopathol Behav Assess*. 2012;34(2):260-267. doi:10.1007/s10862-012-9275-8

110. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(2):217-237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004

111. Shahar B, Britton WB, Sbarra DA, Figueredo AJ, Bootzin RR. Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy for depression: Preliminary evidence from a randomized controlled trial. *Int J Cogn Ther*. 2010;3(4):402-418. doi:10.1521/ijct.2010.3.4.402

112. Nezlek JB, Kuppens P. Regulating positive and negative emotions in daily life. *J Pers*. 2008;76(3):561-580. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00496.x

113. Moore SA, Zoellner LA, Mollenholt N. Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behav Res Ther*. 2008;46(9):993-1000. doi:10.1016/j.brat.2008.05.001

114. Wolkenstein L, Zwick JC, Hautzinger M, Joormann J. Cognitive emotion regulation in euthymic bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2014;160:92-97. doi:10.1016/j.jad.2013.12.022

115. Karagöz B, Dağ İ. Kendini yaralama davranışlarında çocukluk dönemi istismarı ve ihmali ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki: Alkol ve/ya madde bağımlısı bir grupta kendini yaralama davranışının incelenmesi. *Noropsikiyatri Ars*. 2015;52(1):8-14. doi:10.5152/npa.2015.6769

116. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh S V., et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: Update 2013. *Bipolar Disord*. 2013;15(1):1-44. doi:10.1111/bdi.12025

117. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognit Ther Res*. 2012;36(6):833-839. doi:10.1007/s10608-011-9419-2

118. Taşdelen B. *Deneysel Çalışmalarda Tasarım ve Örneklem Genişliği Problemi (Kavram, Planlama, Tahmin)*. Ankara: Detay Yayıncılık; 2017.
119. Tunç S, Uzgel M, Altınbaş K, Cesur G, Oral ET. Bipolar Bozukluk ve Yineleyici Depresif Bozuklukta Çocukluk Çağı Travmaları ve Duygu Düzenleme Güçlükleri ile Bilişsel Süreçler Arasındaki İlişki 2. *Turkish J Psychiatry*. 2019;X(X):1-9.
120. First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M. WJB. Structured clinical interview for the DSM-IV axis I disorders (SCID-I), clinician version, user's guide. *USA Am Psych Press Inc*. 1997.
121. A. Ç, Aydemir O, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. *DSM-IV Eksen I Bozukluklari (SCID-I) İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1999.
122. HAMILTON M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62. doi:10.1136/jnnp.23.1.56
123. Akdemir A, Örsel DS, Dağ İ, Türkçapar MH, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Derg*. 1996;4(4):251-259.
124. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978;133(11):429-435. doi:10.1192/bjp.133.5.429
125. Karadağ F, Oral T, Yalçın FA, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirliği. *Turk Psikiyatri Derg*. 2002;13(2):107-114. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12794663>.
126. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*. 2003;27(2):169-190. doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0
127. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Turkiye Klin J Med Sci*. 2012;32(4):1054-

1063. doi:10.5336/medsci.2011-26947

128. Işıklı S. Travma sonrası stres belirtileri olan bireylerde olaya ilişkin dikkat yanlılığı, ayrışma düzeyi ve çalışma belleği uzamı arasındaki ilişkiler. 2006.

129. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The posttraumatic diagnostic scale. *Psychol Assess*. 1997;9(4):445-451. doi:10.1037/1040-3590.9.4.445

130. Lennertz L, Grabe HJ, Ruhrmann S, et al. Perceived parental rearing in subjects with obsessive-compulsive disorder and their siblings. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;121(4):280-288. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01469.x

131. Ruganci RN, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish Version of the difficulties in emotion regulation scale. *J Clin Psychol*. 2010;66(4):442-455. doi:10.1002/jclp.20665

132. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (Sf-36): I. conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-483. doi:10.1097/00005650-199206000-00002

133. Koçyiğit H, Aydemir O, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa form-36 (KF36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Derg*. 1999;12(2):102-106.

134. Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M. Beyond genetics: Childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2008;10(8):867-876. doi:10.1111/j.1399-5618.2008.00635.x

135. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(1):17-22. doi:10.1097/YCO.0b013e3280106868

136. Phillips LH, Henry JD, Hosie JA, Milne AB. Age, anger regulation and well-being. *Aging Ment Heal*. 2006;10(3):250-256. doi:10.1080/13607860500310385

137. Gruber J, Harvey AG, Gross JJ. When trying is not enough: Emotion regulation and the effort-success gap in bipolar disorder. *Emotion*. 2012;12(5):997-1003. doi:10.1037/a0026822

138. Akkaya C, Altin M, Kora K, et al. Sociodemographic and clinical features of patients with bipolar I disorder in Turkey-HOME study. *Klin Psikofarmakol Bul.* 2012;22(1):31-42. doi:10.5455/bcp.20111222061433
139. Güçlü O, Karaca O, Yildirim B, Mustafa ÖZKÖSE M, Erkiran M, Tarihi G. Bipolar Bozuklukta İçgörü İle Klinik Özelliklerin İlişkisi. *Türk Psikiyatr Derg Uzm.* 2011;22(4):230-238. doi:10.5080
140. Kendler KS, Pedersen NL, Neale MC, Mathé AA. A pilot Swedish twin study of affective illness including hospital- and population-ascertained subsamples: Results of model fitting. *Behav Genet.* 1995;25(3):217-232. doi:10.1007/BF02197180
141. Tütüncü R, Örsel S, Özbay MH. Bipolar Bozukluk Başlangıç Yaşının Klinik ve Gidiş Özellikleri İle İlişkisi. *J Clin Psychiatry.* 2007;10(2):63-68.
142. Haddad PM, Dursun SM. Pharmacological management of bipolar depression. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;105(6):401-403. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.2e006.x
143. Hirschfeld RMA. Bipolar depression: The real challenge. In: *European Neuropsychopharmacology*. Vol 14. ; 2004:83-88. doi:10.1016/j.euroneuro.2004.03.001
144. Sar V, Taycan O, Bolat N, et al. Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology.* 2010;43(1):33-40. doi:10.1159/000255961
145. Sar V, Islam S, Öztürk E. Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2009;63(5):670-677. doi:10.1111/j.1440-1819.2009.02012.x
146. Öztürk E. *Travma ve Dissosiyasyon: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi ve Aile Dinamikleri*. Nobel Tıp Kitapevşeri Ltd Şti; 2017.
147. Short K, Scale S, Kocaeli T. “ Kocaeli - Ruhsal Travma Kısa Tarama Ölçeği ” nin (Kocaeli - Kısa) Geçerliği. *Düşünen Adam.* 2007;20(4):172-178.
148. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S.

Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Compr Psychiatry*. 2008;49(2):163-169. doi:10.1016/j.comppsy.2007.08.007

149. Morgan VA, Mitchell PB, Jablensky A V. The epidemiology of bipolar disorder: Sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disord*. 2005;7(4):326-337. doi:10.1111/j.1399-5618.2005.00229.x

150. O'Connell RA, Mayo JA, Flatow L, Cuthbertson B, O'Brien BE. Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *Br J Psychiatry*. 1991;159(JUL):123-129. doi:10.1192/bjp.159.1.123

151. Goossens PJJ, Knoppert-van der Klein EAM, van Achterberg T. Coping Styles of Outpatients With a Bipolar Disorder. *Arch Psychiatr Nurs*. 2008;22(5):245-253. doi:10.1016/j.apnu.2007.07.001

152. Parikh S V., Velyvis V, Yatham L, et al. Coping styles in prodromes of bipolar mania. *Bipolar Disord*. 2007;9(6):589-595. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00448.x

153. Wills TA, Filer M. Stress-coping model of adolescent substance use. In: Ollendick T.H., Prinz RJ, eds. *Advances in Clinical Child Psychology*. Vol 18. Plenum Press; 1996:91-132.

154. Molina BSG, Marshal MP, Pelham WE, Wirth RJ. Coping skills and parent support mediate the association between childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and adolescent cigarette use. *J Pediatr Psychol*. 2005;30(4):345-357. doi:10.1093/jpepsy/jsi029

155. Hampel P, Manhal S, Roos T, Desman C. Interpersonal coping among boys with ADHD. *J Atten Disord*. 2008;11(4):427-436. doi:10.1177/1087054707299337

156. Çuhadar D, Savaş HA, Ünal A, Gökpinar F. Family Functionality and Coping Attitudes of Patients with Bipolar Disorder. *J Relig Health*. 2015;54(5):1731-1746. doi:10.1007/s10943-014-9919-y

157. Kulhara P, Basu D, Mattoo SK, Sharan P, Chopra R. Lithium prophylaxis of recurrent bipolar affective disorder: Long-term outcome and its psychosocial correlates. *J Affect Disord.* 1999;54(1-2):87-96. doi:10.1016/S0165-0327(98)00145-1
158. Augustine AA, Hemenover SH. On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Cogn Emot.* 2009;23(6):1181-1220. doi:10.1080/02699930802396556
159. Ramirez SP, Macêdo DS, Sales PMG, et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *J Psychosom Res.* 2012;72(2):129-135. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.11.012
160. Rayburn NR, Wenzel SL, Elliott MN, Hambarsoomians K, Marshall GN, Tucker JS. Trauma, depression, coping, and mental health service seeking among impoverished women. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(4):667-677. doi:10.1037/0022-006X.73.4.667
161. Van Rheenen TE, Murray G, Rossell SL. Emotion regulation in bipolar disorder: Profile and utility in predicting trait mania and depression propensity. *Psychiatry Res.* 2015;225(3):425-432. doi:10.1016/j.psychres.2014.12.001
162. Weinberg A, Klonsky ED. Measurement of Emotion Dysregulation in Adolescents. *Psychol Assess.* 2009;21(4):616-621. doi:10.1037/a0016669
163. Miranda R, Tsypes A, Gallagher M, Rajappa K. Rumination and hopelessness as mediators of the relation between perceived emotion dysregulation and suicidal ideation. *Cognit Ther Res.* 2013;37(4):786-795. doi:10.1007/s10608-013-9524-5
164. Shipman KL, Schneider R, Fitzgerald MM, Sims C, Swisher L, Edwards A. Maternal emotion socialization in maltreating and non-maltreating families: Implications for children's emotion regulation. *Soc Dev.* 2007;16(2):268-285. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00384.x
165. Bilim G. Çocukluk çağı örselenme yaşantıları: Duygu düzenleme,

kişilerarası tarz ve genel psikolojik sağlık açısından bir inceleme. 2012.

166. Karagöz B. Alkol Veya Madde Bağımlısı Bir Grupta Kendini Yaralama Davranışının İncelenmesi: Çocukluk Dönemi İstismarı ve İhmali İle Duygu Düzenleme Güçlüğü Faktörleri. 2010.

167. Şahin H. Eski bir kavram yeni bir ölçüt: Yaşam kalitesi. *Toplum ve Sağlık*. 1997;12(77):40-46.

168. Flanagan JC. A research approach to improving our quality of life. *Am Psychol*. 1978;33(2):138-147. doi:10.1037/0003-066X.33.2.138



8. SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APA: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

ACTH: Adrenocorticotropik Hormon (Adrenokortikotropik Hormon)

BD: Bipolar Disorder (Bipolar Bozukluk)

BGOF: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BPB: Bipolar Bozukluk

COPE: Coping Orientation to Problems Experienced (Baş Etme Tutumları Ölçeği)

CRH: Corticotropin Releasing Hormon (Kortikotropin Salgılatıcı Hormon)

CTQ: Childhood Trauma Questionnaire

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V(Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-5)

GABA: Gama Amino Bütirik Asit

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HDÖT: Hamilton Depresyon Ölçeği Toplamı

HDRS: Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği)

HPA: Hipotalamik Pitüiter Adrenal

ICD-10: International Classification of Diseases and Related Health Problems-10 (Hastalıkların ve Bağlantılı Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflandırılması-10)

PMD: Psikoz Manik Depresif

SF-36: Short Form-36, Yaşam Kalitesi Ölçeği

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TNF: Tümör Nekrozis Faktör

TRH: Thyrotropin-Releasing Hormone (Tirotropin Salgılatıcı Hormon)

TSH: Thyroid Stimulating Hormone (Tiroid Stimulan Hormon)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

YMDÖT: Young Mani Derecelendirme Ölçeği Toplamı

YMRS: Young Mani Rating Scale (Young Mani Derecelendirme Ölçeği)

9. TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. DSM-5'e göre Bipolar ve ilişkili Bozukluklar	17
Tablo 2. ICD-10'A Göre Duygudurum Bozuklukları Sınıflaması	17
Tablo 3. DSM-5'e göre Bipolar I Bozukluk Tanı Kriterleri	18
Tablo 4. DSM-5'e Göre Bipolar II Bozukluk Tanı Kriterleri	19
Tablo 5. Duygu Düzenleme Aşamaları	29
Tablo 6. Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması	40
Tablo 7. Hasta Grubunda Klinik Özellikler	43
Tablo 8. Hasta grubunda yetişkinlik çağı travma durumu ve dağılımı	44
Tablo 9. BPB ile Sağlıklı Kontrol Grubu Arasında ÇÇTÖ-28 Puanlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 10. BPB ve kontrol grubunun yetişkinlik çağı travmaları açısından karşılaştırılması	45
Tablo 11. BPB ile Sağlıklı Kontrol Grubu Arasında COPE Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 12. BPB ile Sağlıklı Kontrol Grubu Arasında DDGÖ Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 13. BPB ile Sağlıklı Kontrol Grubu Arasında SF-36 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 14. BPB grubunda klinik özelliklerin SF-36 ile ilişkisi	49
Tablo 15. BPB Grubunda Çocukluk Çağı Travmalarının Klinik Özellikler İle Korelasyonu	49
Tablo 16. BPB grubunda ÇÇTÖ ile DDGÖ arasındaki Korelasyon Analizi	50
Tablo 17. BPB grubunda ÇÇTÖ ve klinik özellikler ile COPE arasındaki korelasyon analizi	50
Tablo 18. BPB grubunda DDGÖ ile klinik özellikler arasındaki korelasyon analizi	51
Tablo 19. COPE-sorun odaklı başa çıkma alt boyutu bağımlı değişkeninin, tahmin parametreleri ile aşamalı lineer regresyon analizi	52
Tablo 20. COPE-Duygusal odaklı başa çıkma alt boyutu bağımlı değişkeninin, tahmin parametreleri ile aşamalı lineer regresyon analizi	52
Tablo 21. COPE-İşlevsel olmayan başa çıkma alt boyutu bağımlı değişkeninin, tahmin parametreleri ile aşamalı lineer regresyon analizi	53

10. ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ

Şekil 1. Duygu Düzenleme Süreç Modeli

28



11. EKLER DİZİNİ

EK 1. BGOF Hasta

Araştırmanın Açık Adı :Bipolar Bozuklukta Travmatik Yaşam Olaylarının Baş Etme Tutumları Ve Duygu Düzenleme Üzerine Etkilerinin İncelenmesi

Sorumlu Araştırmacı :Dr. Öğretim Üyesi Eda Aslan

Merkezin Adı :Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Ruh ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalı

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (HASTALAR İÇİN)

Bu çalışmada, bipolar bozuklukta travmatik yaşam olaylarının baş etme tutumları ve duygu düzenleme üzerine olan etkilerini anlamak amacıyla bir araştırma yapacağız. Bu araştırma toplam 7ay sürecektir. Ayrıca, bu çalışmaya sizden başka 73 erişkin hasta ve 74 sağlıklı birey daha katılacaktır.

Bu çalışmaya sizin de katılmanızı istiyoruz, ancak katılmaya karar vermeden önce bazı şeyleri bilmeniz ve anlamanız gerekiyor. Size öncelikle çalışma sırasında neler olacağı açıklanacaktır. Size söylenen her şeyi anladıktan sonra bu çalışmaya katılıp katılmayacağınıza karar vermelisiniz.

Doktorunuz Cemre Kulakcı, size bilgileri dikkatli bir şekilde okuyacaktır. Eğer anlamadığınız bir şey olursa doktorunuza istediğiniz kadar soru sorabilirsiniz.

Çalışmaya katılmaya "evet" dersanız ve isterseniz bu formu imzalayabilirsiniz. Çalışmaya katılmayı ya da katılmamayı seçebilirsiniz. İstemediğiniz zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Eğer çalışma sırasında size anlatıldığından farklı bir durum gelişirse size hemen haber verilecektir. O zaman da istediğinizde doktorunuza çalışmadan ayrılmak istediğinizi söyleyebilirsiniz. Kimse sizi zorlayamaz.

Bu çalışmaya neden ben seçildim?

Çalışmamızda Bipolar Bozukluk tanısı olan kişilerin çeşitli ölçekler aracılığıyla değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bipolar Bozukluk tanınız olduğundan bu çalışmaya katılmanız istenmektedir.

Bu çalışmaya katılmamın yararları nelerdir?

Çalışmada Bipolar Bozukluk hastalarında travmatik yaşam olaylarının baş etme tutumları ve duygu düzenleme üzerine olan etkilerini çeşitli ölçeklerle değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Geçmişte travmatik yaşam olayları olan bipolar bozukluk hastalarının sağlıklı kişiler ile karşılaştırılması,geçmişteki travmatik yaşam olaylarının baş etme tutumları üzerine ve duygu düzenleme üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır. Yapılan bu araştırma, şu anda size veya ailenize bir tanı hizmeti vermeyebilir, ancak uzun vadede

hastalığınızla ilgili elde edilebilecek sonuçlar etkilenmiş kişilere koruyucu önlemlerin geliştirilmesi amaçlı yarar sağlayabilecektir.

Bu çalışmada bana ne olacak?

Eğer bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, size farklı bir tedavi uygulanmayacaktır, doktorunuz her zamanki gibi tedavinizi sürdürecektir. Daha önce de olduğu gibi, kontrol için doktora gittiğinizde doktorunuz bir değerlendirme görüşmesi yapacak ve bu görüşmede çalışmanın size uygun olup olmadığını belirlemek üzere tıbbi ve psikiyatrik öykünüzün alınacağı bir değerlendirme yapılacaktır. Değerlendirme sonrası uygun şartları sağlamanız halinde sosyal ve demografik özelliklerinizi sorgulayan (yaş, cinsiyet vs.) anket ve 17 sorudan oluşan Hamilton Depresyon Ölçeği, 11 sorudan oluşan Young Mani Derecelendirme Ölçeği, 28 sorudan oluşan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, 19 sorudan oluşan Travma Değerlendirme Ölçeği, 60 sorudan oluşan Baş Etme Tutumları Ölçeği, 36 sorudan oluşan Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği ve yine 36 sorudan oluşan Kısa İşlevsellik Formu olmak üzere toplamda 7 tane ölçek uygulanacaktır. Görüşmeler sessiz sakin bir odada yapılacaktır ve yaklaşık olarak 30-45 dakika kadar sürebilecektir. Bu görüşme ve görüşme dahilinde size uygulanacak olan testler için herhangi bir ücret talep edilmemektedir. Sözel değerlendirme dışında herhangi bir girişimsel uygulama yapılmayacaktır. Anlamadığınız bir şey olursa tekrar tekrar doktorunuza sorabilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmak zorunda mıyım?

Bu çalışmaya katılıp katılmamak isteğinize bağlıdır. Kararınızı vermeden önce, bu araştırmaya katıldığınız için size para veya hediye verilmeyeceğini bilmeniz gerekir. Şimdi "evet" desanız da, istediğiniz zaman "istemiyorum" diyerek bu araştırmadan çıkabilirsiniz. Bunu yalnızca doktorunuza söylemeniz yeterlidir.

Bu çalışmaya katıldığımı başkaları da bilecek mi?

Sizin dışınızda yalnızca tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilecek olan kişiler (araştırma ekibindeki kişiler dışında araştırmanın yapılmasına onay ve izin verecek olan Etik Kurul ve Sağlık Bakanlığı gibi) bu çalışmaya katıldığınızı bilecektir. Ancak, çalışmanın her aşamasında olduğu gibi çalışmanın sonuçları yayınlanırken bile bütün bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu form sizin tarafınızdan imzaladığında sizinle ilgili bütün bilgilere ulaşabileceksiniz. Bu çalışmadan sorumlu doktorunuza sorduktan sonra, eğer o izin verirse, bu araştırmaya katıldığınızı kendi özel doktorunuza söyleyebilirsiniz.

Ne yapmak zorundayım?

Size yapılacak herşeyi anladıysanız, şimdi sizden bu araştırmaya katılmak istediğinize ilişkin imza atmanız istenecektir. Bu size açıklandığı haliyle çalışmaya özgürce katıldığınızı gösterecektir. Bu imzaladığınız kağıdın birisi de sizde kalacaktır.

Canınızı sıkan veya merak ettiğiniz bir şey olursa mesai saatleri içinde 03242410000-21477 numaralı telefonda ya da 05059265625 numaralı telefonda arayabilir ve istediklerinizi sorabilirsiniz.

Olur verme beyanı

Toplam 3 sayfa olan bu formdaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama Cemre Kulakcı adlı doktor tarafından yapıldı. Bu araştırmanın amacını ve ne yapılacağını anladım. Bu çalışmada bana ne olacağını, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi, kimlik bilgilerimin gizli tutulacağını ve imzaladığım bu formun bir kopyasının bana verileceğini biliyorum. Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katıldığımı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı Soyadı :
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :
İmzası :

Bağımsız tanığın[gönüllü okur-yazar olmadığı için imzalı onay veremiyorsa vb. durumlarda]

Adı Soyadı :
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :
İmzası :

Bu çalışmada benden alınan verinin:

- ☐ Yalnızca yukarıda adı geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum.
- ☐ İleride yapılması planlanan araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- ☐ İleride yapılması planlanan araştırmalarda hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

Formdaki bilgileri vererek gerekli açıklamaları yapan ve olur alan araştırmacının

Adı Soyadı : Cemre Kulakcı
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :
İmzası :
Adresi : Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Psikiyatri ABD
Telefon numarası : 05059265625

EK 2. BGOF Sağlıklı Kontrol

Araştırmanın Açık Adı : Bipolar Bozuklukta Travmatik Yaşam Olaylarının Baş Etme Tutumları Ve Duygu Düzenleme Üzerine Etkilerinin İncelenmesi

Sorumlu Araştırmacı : Dr. Öğretim Üyesi Eda Aslan

Merkezin Adı : Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Ruh ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalı

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (SAĞLIKLI KONTROL)

Bu çalışmada, bipolar bozuklukta travmatik yaşam olaylarının baş etme tutumları ve duygu düzenleme üzerine olan etkilerini anlamak amacıyla bir araştırma yapacağız. Bu araştırma toplam 7 ay sürecektir. Ayrıca, bu çalışmaya sizden başka 73 sağlıklı birey ve 74 erişkin hasta katılacaktır.

Bu çalışmaya sizin de katılmanı istiyoruz, ancak katılmaya karar vermeden önce bazı şeyleri bilmeniz ve anlamanız gerekiyor. Size öncelikle çalışma sırasında neler olacağı açıklanacaktır. Size söylenen her şeyi anladıktan sonra bu çalışmaya katılıp katılmayacağınıza karar vermelisiniz.

Dr.Cemre Kulakcı, size bilgileri dikkatli bir şekilde okuyacaktır. Çalışmada neler olacağını anlatabilmek için anlayamayacağınız sözler kullanmamız gerekebilir. Eğer anlamadığınız bir şey olursa doktorunuza istediğiniz kadar soru sorabilirsiniz.

Çalışmaya katılmaya "evet" dersanız ve isterseniz bu formu imzalayabilirsiniz. Çalışmaya katılmayı ya da katılmamayı seçebilirsiniz. İstemediğiniz zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Eğer çalışma sırasında size anlatıldığından farklı bir durum gelişirse size hemen haber verilecektir. O zaman da istediğinizde doktorunuza çalışmadan ayrılmak istediğinizi söyleyebilirsiniz. Kimse sizi zorlayamaz.

Bu çalışmaya neden ben seçildim?

Sizin herhangi bir ruhsal hastalığınız bulunmaması nedeniyle sağlıklı kontrol grubunda olarak bu çalışmaya katılmanız istenmektedir.

Bu çalışmaya katılmamın yararları nelerdir?

Bu çalışmaya katılmanız durumunda Bipolar hastalığı olan hastaların tedavilerinde yardımcı olacak bilgiler edinmeyi umuyoruz.

Bu çalışmada bana ne olacak?

Eğer bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, size herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır, doktorunuz tarafından size sosyal ve demografik özelliklerinizi sorgulayan (yaş, cinsiyet vs.) anket ve 28 sorudan oluşan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, 19 sorudan oluşan Travma Değerlendirme Ölçeği, 60 sorudan oluşan Baş Etme Tutumları Ölçeği, 36 sorudan oluşan Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği ve yine 36 sorudan oluşan Kısa İşlevsellik Formu olmak üzere toplamda 5 adet ölçek uygulanacaktır. Bu araştırmanın sizin açınızdan herhangi bir riski yoktur, bilgileriniz gizli

tutulacaktır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Ayrıca psikolojik rahatsızlıklar tespit edildiğinde talep ettiğiniz takdirde psikiyatrik müdahaleniz polikliniklerimiz tarafından yapılacak ve çalışma dışı bırakılacaksınız. Anlamadığınız bir şey olursa tekrar tekrar doktorunuza sorabilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmak zorunda mıyım?

Bu çalışmaya katılıp katılmamak isteğinize bağlıdır. Kararınızı vermeden önce, bu araştırmaya katıldığınız için size para veya hediye verilmeyeceğini bilmeniz gerekir. şimdi "evet" deseniz de, istediğiniz zaman "istemiyorum" diyerek bu araştırmadan çıkabilirsiniz. Bunu yalnızca doktorunuza söylemeniz yeterlidir.

Bu çalışmaya katıldığımı başkaları da bilecek mi?

Sizin dışınızda yalnızca tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilecek olan kişiler bu çalışmaya katıldığınızı bilecektir. Ancak, çalışmanın her aşamasında olduğu gibi çalışmanın sonuçları yayınlanırken bile bütün bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu form sizin tarafınızdan imzaladığında sizinle ilgili bütün bilgilere ulaşabileceksiniz. Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde size veya yasal temsilcinize zamanında bildirilecektir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir.

Ne yapmak zorundayım?

Size yapılacak her şeyi anladıysanız, şimdi sizden bu araştırmaya katılmak istediğinize ilişkin imza atmanız istenecektir. Bu size açıklandığı haliyle çalışmaya özgürce katıldığınızı gösterecektir. Bu imzaladığınız kağıdın birisi de sizde kalacaktır. Canınızı sıkan veya merak ettiğiniz bir şey olursa mesai saatleri içinde 03242410000-21477 numaralı telefondan ya da 05059265625 numaralı telefondan arayabilir ve istediklerinizi sorabilirsiniz.

Olur verme beyanı

Toplam 2 sayfa olan bu formdaki tüm açıklamaları bana okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama Cemre Kulakçı adlı doktor tarafından yapıldı. Bu araştırmanın amacını ve ne yapılacağını anladım. Bu çalışmada bana ne olacağını, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi, kimlik bilgilerimin gizli tutulacağını ve imzaladığım bu formun bir kopyasının bana verileceğini biliyorum. Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katıldığımı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı Soyadı :

Tarih (Gün/Ay/Yıl) :

İmzası :

Adresi :

Telefon numarası :

Bağımsız tanığın [gönüllü okur-yazar olmadığı için imzalı onay veremiyorsa vb. durumlarda]

Adı Soyadı :

Tarih (Gün/Ay/Yıl) :

İmzası :

Adresi :

Telefon numarası :

Bu çalışmada benden alınan verinin:

☐ Yalnızca yukarıda adı geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum.

☐ İleride yapılması planlanan araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

☐ İleride yapılması planlanan araştırmalarda hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

Formdaki bilgileri vererek gerekli açıklamaları yapan ve olur alan araştırmacının

Adı Soyadı : Cemre Kulakcı

Tarih (Gün/Ay/Yıl) :

İmzası :

Adresi : Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Psikiyatri Polikliniği, Yenişehir/MERSİN

Telefon numarası : 05059265625

Acil tıbbi durumlarda iletişime geçilecek kişinin

Adı Soyadı : Cemre Kulakcı

Tarih (Gün/Ay/Yıl) :

İmzası :

Adresi : Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Psikiyatri Polikliniği, Yenişehir/MERSİN

Telefon numarası : 05059265625

Araştırmaya onay veren Etik Kurulun

Adı : Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Adresi : Mersin Üniversitesi Çiftliköy Kampüsü, Prof. Dr. Uğur ORAL Kültür Merkezi, 1.Kat, Etik Kurullar Odası, Yenişehir/MERSİN

Telefon numarası : 03243610001-14417

EK 3. Sosyodemografik Veri Formu

BİPOLAR BOZUKLUKTA TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARININ BAŞ ETME TUTUMLARI VE DUYGU DÜZENLEME ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİNE İLİŞKİN ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu; bipolar bozukluk tanılı hastalarda travmatik yaşam olaylarının baş etme tutumları ve duygu düzenleme üzerine etkilerinin incelenmesi adlı araştırma kapsamında bipolar hastalar hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Sonuçlar bipolar bozukluk tanılı hastaların travmatik yaşam olaylarının, duygu düzenleme güçlüklerinin ve baş etme tutumlarının hastalığın gidişatı üzerinde etkisinin incelenmesinde yardımcı olacaktır.

Anket formlarında Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, Travma Değerlendirme Ölçeği, Baş Etme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, Young Mani Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği olmak üzere 7 adet ölçek yer almaktadır. Doktorunuz sizinle yapacağı görüşme sonucunda size göstereceği ölçekleri doldurmanızı isteyecektir. Sorulara yanıt verme süreniz 15 dakikadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı

Dr. Öğretim üyesi Eda ASLAN

- 1)Yaşınız:
- 2)Cinsiyetiniz:
- 3)Medeni Durumunuz:
- 4)Eğitim Düzeyiniz:
- 5)Çalışma Durumunuz ve Mesleğiniz:
- 6)Yaşadığınız Yer:
- 7)Ne Kadar Süredir Hastalığınız Bulunmaktadır:
- 8)Şimdiye Kadar Manik, Hipomanik Ya Da Depresif Ataklardan Toplamda Kaç Defa Atak Geçirdiniz:
- 9)Şimdiye Kadar Hastaneye Yattınız Mı? Eğer Yattıysanız Hastaneye Yatış Sayısınız:
- 10)Şimdiye Kadar Özkıym(İntihar) Girişiminiz Oldu Mu? Eğer Olduysa Özkıym Girişim Sayınız:
- 11)Şu Anda Mevcut Duygudurumuz Nedir:
- 12)Manik, Hipomanik Ya da Depresif Ataklarından İlk Geçirmiş Olduğunuz Atak Türü Nedir:
- 13)Ek Tıbbi Hastalığınız Var mı? Eğer Varsa Hastalığınızın Adı Nedir: Yok / Var:
- 14)Şu Anda Kiminle Yaşamaktasınız:
- 15)Ailenizde Ruhsal Hastalığı Olan Kişi Var mı? Eğer Varsa Hastalığın Adı Nedir: Yok / Var:

EK 4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim: _____ Tarih: _____

1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

- 0- Yok
- 1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.
- 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
- 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
- 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

- 0- Yok
- 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
- 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
- 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
- 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

- 0- Yok
- 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
- 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
- 3- İntiharını düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
- 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

- 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
- 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
- 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
- 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
- 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
- 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
- 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

- 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
- 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
- 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
- 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
- 4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

- 0- Yok
- 1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
- 2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10)Psşik anksiyete

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
- 2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
- 3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11)Somatik anksiyete

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- İlimli
- 3- Şiddetli
- 4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12)Somatik semptomlar- Gastrointestinal

- 0- Yok
- 1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
- 2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

- 0- Yok
- 1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
- 2- Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

14)Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

15)Hipokondriaklık

- 0- Yok
- 1- Kuruntulu.
- 2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
- 3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4- Hipokondriak delüzyonlar.

16)Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

- 0- Kilo kaybı yok.
- 1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
- 2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

- 0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
- 1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17)Durumu hakkında görüşü

- 0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
- 1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru:

EK 5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Young Mani Derecelendirme Ölçeği

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

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

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

2) Hareket ve enerji artışı

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

3) Cinsel ilgi

- 0. Artma yok

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

4) Uyku

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

5) İritabilite

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

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

- 0. Yok
- 1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
- 2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
- 3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
- 4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

- 0. Normal
- 2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
- 4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
- 6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
- 8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

- 0. Yok, işbirliğine yatkın
- 2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
- 4. Tehdide varacak derecede talepkar
- 6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
- 8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

- 0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
- 1. Hafif derecede dağınıklık
- 2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
- 3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
- 4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İğr

0. İğrs var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor

1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor

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

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

4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor



EK 6. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ *

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

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

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailemdelikler bana "salak", "beceriksiz" yada "tıpsız" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirlı giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Seviildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailemdelikler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailemdelikler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Ailemdelikler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövölüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiğı oluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5

21.Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28.Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

*** İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Psikoterapi Birimi**

CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ-28)

Copyright : İngilizce özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek yazarından izin alınarak 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Klinik içi araştırmalarda kullanılmak üzere çoğaltılmıştır. Her hakkı mahfuzdur. Çoğaltılamaz, basılamaz, satılamaz. Ancak kaynak gösterilerek bilimsel araştırmalarda kullanılabilir.

EK 7. TRAVMA DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

TRAVMA DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Ad- Soyad:

Tarih:

Bir çok kişi yaşamının bir noktasında çok zorlayıcı bir olaya veya travmaya tanık olur. Aşağıda travmatik yaşam olaylarının bir listesi var. Tanık olduğunuz/yaşadığınız travmatik yaşantılara bir (X) işareti koyunuz.

1 Ciddi bir kaza, yangın, patlama(Örneğin: İş, Araba, Uçak, Deniz kazaları)

2 Doğal bir afet (örneğin sel, büyük bir deprem, hortum, tayfun, yangın)

3 Aileden veya tanıdık birisi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalmak.(Örneğin fiziksel saldırı, dayak, silahla tehdit, saldırılıp soyulma)

4 Bir yabancı tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalmak.(Örneğin fiziksel saldırı, dayak, silahla tehdit, saldırılıp soyulma)

5 Aileden veya tanıdık birisi tarafından cinsel saldırıya maruz kalmak (örneğin. Tecavüz, tecavüz girişimi, cinsel amaçlı dokunma)

6 Bir yabancı tarafından cinsel saldırıya maruz kalmak (örneğin. Tecavüz, tecavüz girişimi, cinsel amaçlı dokunma)

7 Askeri bir çatışma savaş alanında bulunmak

8 18 yaşından önce kendinden en az 5 yaş veya daha büyük birisi ile cinsel yakınlıkta bulunmak. (Örneğin cinsel organlara, göğüslere cinsel amaçlı dokunmak, cinsel birleşme)

9 Hapishanede bulunma (Örneğin savaş esiri olmak, mahkumiyet)

10 İşkence

11 Yaşamı tehdit eden bir hastalık

12 Başka bir travmatik deneyim(ne olduğunu yazınız)

Aşağıda ,yukarıda belirttiğiniz travmatik olayı tanımlayan bazı sorular var:

13 Travmatik olay ne kadar zaman önce oldu?a) bir aydan kısa b)1-3 ay arası c)3-6 ay arası d)6 ay -3 yıl arası e)3-5 yıl arası f)5 yıldan fazla

Aşağıdaki sorularda evet için E'yi, hayır için H'yi işaretleyiniz:

Bu travmatik olay sırasında :

14 E * H * Fiziksel olarak yaralandınız mı?

15 E * H * Sizden başka yaralanan oldu mu?

16 E * H * Yaşamınızı tehdit eden bir durum oldu mu?

17 E * H * Bir başkasının yaşamını tehdit eden bir durum oldu mu?

18 E * H * Çaresizlik hissettiniz mi?

19 E * H * Dehşete düştünüz mü?

EK 8. Baş Etme Tutumları Ölçeği

BAŞ ETME TUTUMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (COPE)

Adınız:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Tarih:

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken su belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım
4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moraliim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 () 2 () 3 () 4 ()

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

18.Allah`in yardımını umarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

19.Bir eylem planı yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

26.Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

28.Duygularımı dışarı vururum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

- 35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 36.Sorunla ilgili saka yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 37.İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 41.Olumsuz şeyler yaparak islerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için dobra dobra bir tavır takınırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59.Basına gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

EK 9. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ)

Aşağıdaki sorular sizin duygu gelişiminizle ilgili özellikleri belirlemeye ilgilidir. Lütfen soruları dikkatle okuyup, cevap kağıdında uygun yeri işaretleyin. Tüm soruları içtenlikle cevaplamaya çalışın.

	Hemen hemen hiç	Bazen	Yaklaşık yarı yarıya	Çoğu zaman	Neredeyse her zaman
1. Hemen hemen hiç					
2. Bazen					
3. Yaklaşık yarı yarıya					
4. Çoğu zaman					
5. Neredeyse her zaman					
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.	1	2	3	4	5
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.	1	2	3	4	5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.	1	2	3	4	5
4. Ne hissettiğim konusunda hiç fikrim yoktur.	1	2	3	4	5
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.	1	2	3	4	5
8. Ne hissettiğimi önemserim.	1	2	3	4	5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.	1	2	3	4	5
10. Olumsuz duyguların hayatımda yeri yoktur.	1	2	3	4	5
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.	1	2	3	4	5
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.	1	2	3	4	5
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarırım.	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.	1	2	3	4	5
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.	1	2	3	4	5
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5

19.Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.	1	2	3	4	5
20.Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.	1	2	3	4	5
21.Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.	1	2	3	4	5
22.Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.	1	2	3	4	5
23.Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün altındadır.	1	2	3	4	5
25.Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.	1	2	3	4	5
26.Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
27.Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
28.Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
29.Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
30.Kendimi kötü hissettiğimde, kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4	5
31.Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
32.Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4	5
33.Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
34.Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4	5
35.Kendimi kötü hissettiğimde, kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır.	1	2	3	4	5
36.Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.	1	2	3	4	5

EK 10. Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 (Short Form 36)

Adınız Soyadınız: _____ Hasta # _____
Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10 uncu sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1-Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Mükemmel ☐

Çok iyi ☐

İyi ☐

Orta (fena değil) ☐

Kötü ☐

2-Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi ☐

Bir yıl öncesinden biraz iyi ☐

Hemen hemen aynı ☐

Bir yıl öncesinden biraz daha kötü ☐

Bir yıl öncesinden çok daha kötü ☐

SAĞLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3-Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir.

Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar? a)Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
b)Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb	☐	☐	☐
c)Ağır kaldırma ve yük taşıma	☐	☐	☐
d)Çok sayıda merdiven basamağını çıkma	☐	☐	☐
e)Tek bir merdiven basamağını çıkma	☐	☐	☐
f)Öne eğime, çömelme veya diz çökme	☐	☐	☐
g)İki kilometreden çok yürüme	☐	☐	☐
h)Bir kilometre yürüme	☐	☐	☐
i)100 metre yürüme	☐	☐	☐
j)Kendi başına banyo yapma ve giyinme	☐	☐	☐

4-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

<i>Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.</i>	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐	☐
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	☐	☐
c)Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐	☐
d)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)	☐	☐

5-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

<i>Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.</i>	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐	☐
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	☐	☐
c)Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?	☐	☐

6-Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Hiç etkilemedi ☐

Çok az ☐

Orta derecede ☐

Epeyce ☐

Çok fazla ☐

7-Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Hiç olmadı ☐

Çok az ☐

Az ☐

Orta derecede ☐

Çok ☐

Pek çok ☐

8-Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev işi olarak)?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Hiç etkilemedi ☐

Biraz etkiledi ☐

Orta derecede etkiledi ☐

Epey etkiledi ☐

Çok etkiledi ☐

GENEL SAĞLIK

9-Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz.

Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a)Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	☐	☐	☐	☐	☐
b)Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım	☐	☐	☐	☐	☐
c)Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum	☐	☐	☐	☐	☐
d)Sağlığım mükemmel	☐	☐	☐	☐	☐

DUYGULARINIZ

10-Aşağıdaki sorular duygularınızı ve <u>son bir ay</u> içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıtı işaretleyin.	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
a)Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b)Çok sinirli biri mi oldunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c)Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir	☐	☐	☐	☐	☐	☐

şeyin moralinizi düzeltmeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?						
d)Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e)Çok enerjik oldunuz mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f)Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g)Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h)Mutlu bir insan oldunuz mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i)Yorgunluk hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j)Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? (arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

EK 11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 78017789/050.01.04/ 1043090
Konu : Etik Kurul Kararı

09/05/2019

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Eda ASLAN
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Sorumluluğunuzda yapılması tasarlanan "Bipolar Bozuklukta Travmatik Yaşam Olaylarının Baş Etme Tutumları ve Duygu Düzenleme Üzerine Etkilerinin İncelenmesi" adlı araştırmaya ilişkin 08/05/2019 tarihli ve 2019/185 sayılı Kurul Kararı ile Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Kurul Başkanı

EKLER:

- 1- Kurulun 08/05/2019 tarihli ve 2019/185 sayılı kararı (1 sayfa)
- 2- Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (3 sayfa)

Adres : MEÜ Çiftlikköy Kampüsü 33343 Yenişehir / MERSİN Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Tel : 03243610001-4417 Fax :
e-posta : Elektronik Ağ : www.mersin.edu.tr



MEÜ.ID.FR-001/03

Sayfa 1/1

Yayın Tarihi : 22 / 11 / 2013