



T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ

REMİSYONDAKİ BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA
ÇOCUKLUK AğI TRAVMALARI VE BAğLANMA
STİLLERİNİN KLİNİK SÜRECE ETKİSİ VE PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIğIN BU ETKİDEKİ ARACI ROLÜ

Dr. Cihad ÇITAK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2018



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

REMİSYONDAKİ BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE BAĞLANMA
STİLLERİNİN KLİNİK SÜRECE ETKİSİ VE PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIĞIN BU ETKİDEKİ ARACI ROLÜ

Dr. Cihad ÇITAK

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Evrim ERTEN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2018

I. TEŞEKKÜR

Sağladığı bilimsel çalışma ortamı nedeniyle Hastanemiz Başhekimliğine;

Çalışma disiplini ve eğitimi ön planda tutan tutumu ile bana çok şey katan, tez sürecimde özveriyle ve özenle kıymetli katkılarını esirgemeyen, öğrencisi olmaktan onur duyduğum klinik şefim, tez danışmanım ve hocam Doç. Dr. Evrim ERTEN'e,

Kendi tabiriyle eline doğduğum, psikiyatrideki ilk adımlarımda yanımda olan, hem bilimsel hem de pratik anlamda çok şey öğrendiğim ilk uzmanım Doç. Dr. Nurhan FISTIKCI'ya,

Bana kattıkları için eski klinik şeflerim Prof. Dr. Ömer SAATÇIOĞLU ve Doç. Dr. Çağatay KARŞIDAĞ'a, asistanlığım süresince beraber çalışma fırsatı bulduğum uzmanlarım Uzm. Dr. Murat KALKAN, Uzm. Dr. Özge ŞAHMELİKOĞLU ONUR, Uzm. Dr. Sevda BAĞ ve Uzm. Dr. Ömer AKAY'a, asistanlık eğitimini keyifli kılan 3.Psikiyatri Kliniğinde çalışmış ve çalışmakta olan tüm asistan arkadaşlarıma,

Tüm zorluklara rağmen büyük özveriyle işlerini yapan ve çokça yaşanmışlığımızın olduğu başta servisimizin sorumlu hemşiresi olan Betül Ablaya, servisimizin tüm hemşirelerine, tüm klinik ve poliklinik personellerine,

Rotasyonlarım boyunca tecrübelerinden faydalandığım hocalarım ve uzmanlarım, rahmetli Uzm. Dr. Nezih ERADAMLAR, Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ, Uzm. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Umut Mert AKSOY, Doç. Dr. Aysun SOYSAL, Doç. Dr. Gül KARAÇETİN, Doç. Dr. Oya GÜÇLÜ, Doç. Dr. Münevver HACIOĞLU YILDIRIM, Uzm. Dr. T. Güzide YENER ÖRÜM'e,

Hayatım boyunca arkamda duran annem, babam ve kardeşlerime,

Asistanlığım uzun bir süresinde güvenli üssüm olan Eda'ya ve onun da beni sevdiğine inanmak istediğim Hera'ya,

Asistanlığımın ilk yıllarından beri hep yanımda olan, acısıyla tatlısıyla çok anı biriktirdiğimiz dostum Ender'e,

Liseden beri dostluğumuzun sürdüğü Samet, Emre, Ceyhan ve Semih'e,

Hem psikanalizi hem dostluğu beraber öğrendiğim BRSHH Spiritizma Cemiyeti üyeleri olan Alp, Cenk, Barış, Çağrı, Görkem, Özlem, Sera, Merkut ve Tuğba'ya, hastaneyi daha çekilir hale getiren dostlarım Cenk, Alp, Barış, Mustafa ve Merve'ye,

Bana tahammül ederek hayata başka türlü bakma cesareti verene,

Ve tüm hastalarım ve bana emeği geçen ama burada adını sayamadığım herkese teşekkür ederim.

Dr. Cihad ÇITAK

İstanbul, 2018

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. TEŞEKKÜR	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. ÖZET	iv
IV. ABSTRACT	v
V. KISALTMALAR	vi
VI. TABLO LİSTESİ	vii
VII. RESİM LİSTESİ	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. BİPOLAR BOZUKLUK	5
2.1.1.Tarihçe ve Tanım	5
2.1.2.Epidemiyoloji.....	10
2.1.3.Etiyoloji.....	10
2.1.4.Klinik Seyir ve Prognoz	12
2.2. BAĞLANMA	13
2.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK (RESILIENCE)	17
2.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. ÖRNEKLEM VE UYGULAMA	22
3.1.1.Çalışma Evreni ve Örneklem	22
3.1.2.Çalışmanın İçerme Ölçütleri	22
3.1.3.Çalışmanın Dışlama Ölçütleri	22
3.1.4.Uygulanan İşlem	23
3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER.....	23

3.2.1.Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu.....	23
3.2.2.Young Mani Derecelendirme Ölçeği(YMRS)	23
3.2.3.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği(HAM-D).....	24
3.2.4.Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri - II (YİYE-II).....	24
3.2.5.Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	24
3.2.6.Çocukluk Çağı Travma Ölçeği(CTQ-28).....	25
3.3. İSTATİSTİK METODU.....	26
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	44
5.1. KISITLILIKLAR VE ZORLUKLAR.....	53
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	54
7. KAYNAKLAR	56
8. ÖZGEÇMİŞ	67
9. EKLER	68
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI.....	68
EK 2 - BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU	69
EK 3 - SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	70
EK 4 - DUYGUDURUM BOZUKLUĞU KLİNİK SÜREÇ ÖZELLİKLERİ FORMU	71
EK 5 - HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ.....	72
EK 6 - YOUNG MANİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ.....	73
EK 7 - ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMLARI ÖLÇEĞİ.....	76
EK 8 – YAKIN İLİŞKİLERDE YAŞANTILAR ENVANTERİ-II.....	79
EK 9 – YETİŞKİNLER İÇİN DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ.....	81

III. ÖZET

REMİSYONDAKİ BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE BAĞLANMA STİLLERİNİN KLİNİK SÜRECE ETKİSİ VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN BU ETKİDEKİ ARACI ROLÜ

Dr. Cihad ÇITAK

AMAÇ: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran ve bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen ötimik hastalarda çocukluk çağı travması ve bağlanma stillerinin klinik sürece etkileri ve bu süreçte psikolojik dayanıklılığın aracı rolünün ve çocukluk çağı travması, bağlanma stilleri ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamıza, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran DSM-5'e göre bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen 110 hasta dahil edilmiştir. Sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla Sosyodemografik Veri ve Duygudurum Bozukluğu Klinik Süreç Özellikleri formu klinik görüşme ile doldurulmuştur. Hastaların ötimik olduğunun doğrulanması amacıyla Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği(HAM-D) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği(YMRS) ölçekleri uygulanmıştır. Hastalara çocukluk çağı travmalarını saptamak amacıyla Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği(CTQ), kaçınmacı ve kaygılı bağlanma puanlarını saptamak amacıyla Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II) ve psikolojik dayanıklılığı ölçmek amacıyla Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği uygulanmıştır.

BULGULAR: Bipolar bozukluk hastalarında, toplam CTQ puanına göre travması olanların oranı %59.1 olarak saptanmıştır. Fiziksel istismar ile hastalık süresi, manik dönem sayısı ve yatış sayısı arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Yine duygusal ihmal ile manik dönem sayısı arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). CTQ toplam puanı, duygusal istismar puanı ve kaygılı bağlanma puanı ile ötimik dönemdeki HAM-D puanları arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p<0.05$, $p<0.01$ ve $p<0.01$). Psikolojik dayanıklılık puanı ile HAM-D puanı arasında anlamlı negatif ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). Psikolojik dayanıklılık puanları ile kaygılı ve kaçınmacı bağlanma puanları arasında negatif anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). Travması olan grupta, ilk atakta psikotik özelliklerin varlığı($p<0.05$) ve hastalık süresince mevsimsellik özelliğinin varlığı($p<0.05$) travma olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Travması olan grupta, kaygılı ve kaçınmacı bağlanma puanları (sırasıyla $p<0.01$ ve $p<0.05$) travması olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek, psikolojik dayanıklılık puanları ($p<0.01$) ise anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Çocukluk çağı travmasının psikolojik dayanıklılığa olan olumsuz etkisinde kaygılı ve kaçınmacı bağlanmanın aracı rol oynadığı saptanmıştır.

SONUÇ: Çocukluk çağı travması bipolar bozukluk hastalarının yarısından fazlasında görülmektedir. Çocukluk çağı travması, psikolojik dayanıklılık üzerine olumsuz etki etmektedir ve bu etkide güvensiz bağlanma stillerinin aracı rolü vardır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, Çocukluk Çağı Travması, Bağlanma, Psikolojik Dayanıklılık

İletişim adresi: chdctk@hotmail.com

IV. ABSTRACT

IMPACT OF CHILDHOOD TRAUMA AND ATTACHMENT STYLES ON CLINICAL COURSE IN REMITTED PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER AND MEDIATING ROLE OF RESILIENCE OF THAT IMPACT

Dr. Cihad ÇITAK

AIM: We aimed to examine impact of childhood trauma and attachment styles on clinical features and mediating role of resilience on this impact in patients who has been diagnosed with bipolar disorder according to DSM-5. We also aimed to examine possible relations between childhood trauma, attachment styles and resilience.

METHOD: The study group comprised of 110 patients with bipolar disorder who have been followed up by Bakırköy Mental and Nervous Diseases Education and Research Hospital outpatient unit. All were diagnosed according to DSM-5. Sociodemographic and clinical features assessed by Sociodemographic Data form and Clinical Features of Affective Disorders form. Hamilton Depression Rating Scale(HAM-D) and Young Mani Rating Scale(YMRS) are administered to verify remission. Childhood trauma questionnaire (CTQ), Experiences in Close Relationships-revised(ECR-R) and Resilience for Adults scales administered to all patients.

RESULTS: %59.1 of our bipolar disorder sample reported childhood trauma based on CTQ total scores. Physical abuse was related to longer duration of disease and greater number of manic episodes and psychiatric hospitalizations ($p<0.05$). Emotional neglect was related to greater number of manic episodes. CTQ total scores ($p<0.05$), emotional abuse score ($p<0.01$) and attachment-related anxiety scores ($p<0.01$) were related to higher HAM-D scores in remitted patients. Resilience scores were negatively associated with HAM-D scores ($p<0.01$) and positively associated with attachment-related anxiety ($p<0.01$) and avoidance ($p<0.05$). Patients who have been reported childhood trauma had more psychotic features in first episode ($p<0.05$) and more seasonality ($p<0.05$) than non-traumatized patients. Patients with history of childhood trauma had significantly higher scores of attachment-related anxiety ($p<0.01$) and avoidance ($p<0.05$) and lower scores of resilience. History of childhood trauma was negatively associated with resilience scores, and attachment-related anxiety and avoidance partly mediated this association.

CONCLUSION: History of childhood trauma in patients with bipolar disorder are frequent. Childhood traumas are associated with lower resilience and higher attachment-related anxiety and avoidance. Impact of childhood trauma on resilience was partly mediated by attachment-related anxiety and avoidance.

Keywords: Bipolar Disorder, Childhood Trauma, Attachment, Resilience

Contact Adress: chdctk@hotmail.com

V. KISALTMALAR

- BPB** : Bipolar Bozukluk
- CTQ** : Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği
- ÇÇT** : Çocukluk Çağı Travması
- DSM-IV** : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı 4. baskı
- DSM-5** : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı 5.baskı
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- fMRI** : Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
- HAM-D** : Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
- MAO-A** : Monoamin Oksidaz A
- YBG** : Yetişkin Bağlanma Görüşmesi
- YİYE** : Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri
- YİYE-II** : Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri - Revize
- YMRS** : Young Mani Derecelendirme Ölçeği

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: DSM-5'e göre Mani Dönemi Tanı Ölçütleri	7
Tablo 2: DSM-5'e göre Hipomani Dönemi Tanı Ölçütleri	8
Tablo 3: DSM-5'e göre Majör Depresyon Dönemi Tanı Ölçütleri	9
Tablo 4: Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Verilerinin Dağılımı	27
Tablo 5: Çalışmaya Katılan Hastaların Hastalıklarına İlişkin Klinik Verilerinin Dağılımı	28
Tablo 6: Çalışmaya Katılan Hastaların İntihar Girişimine İlişkin Verilerinin Dağılımı	29
Tablo 7: HAM-D, YMRS, Resilience, YİYE-II ve CTQ Puanlarının Dağılımı	29
Tablo 8: Çalışmaya Katılan Hastaların CTQ Kesme Puanlarına Göre Çocukluk Çağı Travmasının Varlığı Açısından Dağılımı	30
Tablo 9: Cinsiyete Göre CTQ Toplam Puanın Kesme Değerine Göre Çocukluk Çağı Travması Olan ve Olmayan Hastaların Karşılaştırılması	31
Tablo 10: Cinsiyetlerine Göre Hastaların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	32
Tablo 11: Klinik Özelliklerin Uygulanan Ölçeklerle Olan İlişkisi	33
Tablo 12: CTQ Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle Olan İlişkisi	34
Tablo 13: HAM-D, YMRS, Resilience ve YİYE Ölçekleri Arasındaki İlişki	35
Tablo 14: Resilience ve YİYE Ölçeği Arasındaki İlişki	35
Tablo 15: CTQ Toplam Puanın Kesme Değerine Göre Çocukluk Çağı Travması Olan ve Olmayan Hastaların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması	36
Tablo 16: CTQ Toplam Puanın Kesme Değerine Göre Çocukluk Çağı Travması Olan ve Olmayan Hastaların Hastalık Süresi ve Hastalık Dönem Sayılarının Karşılaştırılması	37
Tablo 17: CTQ Toplam Puanın Kesme Değerine Göre Çocukluk Çağı Travması Olan ve Olmayan Hastaların Dönem Özelliklerinin Karşılaştırılması	38

Tablo 18: CTQ Toplam Puanın Kesme Değerine Göre ocukluk ağı Travması Olan ve Olmayan Hastaların İntihar Girişimi zelliklerinin Karşılaştırılması	39
Tablo 19: CTQ Toplam Puanın Kesme Değerine Göre ocukluk ağı Travması Olan ve Olmayan Hastaların lek Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 20: YİYE Kaçınmacı Bağlanma Puanlarının, CTQ Toplam Puanları ve Resilience Arasındaki İlişkiye Dair Aracılık Etkisi.....	42
Tablo 21: YİYE Kaygılı Bağlanma Puanlarının, CTQ Toplam Puanları ve Resilience Arasındaki İlişkiye Dair Aracılık Etkisi.....	43

VII. RESİM LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Resim 1: Regresyon modeli.....	41
Resim 2: ÇÇT'nin psikolojik dayanıklılığa olan etkisinin bağlanmanın aracılık rolü ...	52

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk, döngüsel şekilde gözlenen (hipo)mani ve depresif dönemlerin gözleendiği, duygudurum, enerji, aktivite, uyku, biliş ve davranış alanlarında bozukluklarla seyreden kronik seyirli bir hastalıktır. Hastaların küçük bir kısmında sadece mani dönemleri gözlenirse de, genelde hem manik hem depresif dönemler görülür. Bipolar bozukluk DSM-5'te Bipolar ve İlişkili Bozukluklar bölümü altında yer almaktadır ve depresyon bozukluklarından ayrılarak, semptomatoloji, aile öyküsü ve kalımsal özellikler göz önüne alınarak depresyonla ilişkili bozukluklar ile şizofreni kapsamı açılımında ve psikozla giden diğer bozukluk bölümleri arasına yerleştirilmiştir (1). Bipolar bozukluğun güçlü kalımsal özellikleri olsa da, olumsuz yaşantılar da hastalığın başlangıcı ve hastalık dönemlerinin tekrarlaması üzerine rol oynayabilmektedir (2,3).

Bağlanma teorisine göre, bebekler bakım verenlerinden aldıkları bakımın niteliğine dayanarak, bakım verenlerinin uygunluğu ve duyarlılığına dair beklentiler geliştirirler. Sonrasında bu beklentiler; kendilik, öteki ve ikisi arasında ilişkiye dair zihinsel temsiller ("içsel çalışma modelleri") oluşturulmasına dayanak oluşturur. Bu içsel çalışma modelleri sonraki duygusal ve psikosoyal işlevselliği önemli derecede etkiler. Bağlanma teorisine göre; tutarsız, güvenilmez veya duyarsız bağlanma figürleri ile etkileşimde olmak, zihinsel temel oluşumunun istikrarını bozarak ileride kişiyi özellikle kriz zamanlarında çeşitli psikopatolojilere yatkınlaştırır. Güvensiz bağlanma zihinsel bozukluklara genel bir yatkınlık olarak görülebilir (4). Kişinin çocukken bağlanma figürleri ile kurduğu ilişkinin yetişkinlikte kurduğu romantik ilişkiler ile benzerlik teşkil ettiği öne sürülmüş ve yapılan çalışmalar bu hipotezi doğrulamıştır (5,6). Yetişkin bağlanma stillerinin ölçümüne ilişkin çalışmalarda Ainsworth ve arkadaşlarının güvenli, kaygılı ve kaçınmacı sınıflandırması temelinde çeşitli ölçüm yöntemleri geliştirilmiştir (7,8). Kaygılı bağlanan bireylerin yakınlarındakilerin ihtiyaç zamanlarında müsait ve duyarlı olmayacağına dair kaygıları var iken kaçınmacı bireylerde yakınındakilerin iyi niyetine güvensizlik ve

bunun sonucu olarak davranışsal olarak bağımsızlık, kendine yetebilme ve duygusal uzaklık çabaları ön plandadır (9). Mikulincer and Shaver, kaygılı ve kaçınmacı boyutların herhangi biri yüksek olan bireylerin güvensizlikten mustarip olduğunu ve bağlanma sistemlerini devre dışı bırakarak veya aşırı aktive ederek tehditlerle başa çıkmaya çalıştıklarını öne sürmüştür (10,11). Bipolar-I bozukluğu olan hastaların, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında anlamlı olarak güvensiz bağlandıkları bulunmuştur. Bipolar bozuklukta herhangi bir aktif duygudurum atağı olmasa bile erişkin bağlanma stilleri uzun vadeli kişilerarası işlevsellik açısından önemlidir (12).

Çocukluk çağı olumsuz yaşam olayları; davranışsal, duygusal, fiziksel ve bilişsel alanlardaki gelişimi olumsuz etkilemektedir. Çocukluk çağı travmalarının, bipolar bozukluk dahil, çeşitli psikiyatrik hastalıkları tetiklediği, ağırlaştırdığı ve yinelenmesine sebep olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir (13). Bipolar bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travması bulunma oranı %45-68 olarak bildirilmiştir (14–18). Erken dönem yaşam olaylarının, tam mekanizması bilinemese de, duygudurum bozukluklarına yatkınlıkta aracı rol oynadığı öne sürülmüştür (19). 2016 yılında yayınlanan bir meta-analizde çocukluk çağı olumsuz olaylarına maruz kalmış bipolar hastalarında daha ağır mani dönemleri, daha ağır depresyon dönemleri, daha ağır psikotik belirtiler, daha sık alkol-madde kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi, daha erken başlangıç, daha sık hastalık dönemleri, daha fazla hızlı döngülülük ve artmış intihar riski saptandığı bildirilmiştir (20).

1970'li yıllarda yapılan çeşitli çalışmalarda, araştırmacılar çocukluk çağında olumsuz yaşantılar deneyimleyen kimi bireylerde buna rağmen herhangi bir psikopatoloji gelişmemesini araştırmış, bunu sağlayan nörobiyolojik ve psikososyal faktörleri saptamaya çalışmışlardır (21–23). Genetik faktörler, biyolojik faktörler, bilişsel faktörler ve kişilerarası faktörlerin olumsuz yaşantılar karşısında gösterilen tepkilerde etkili olduğu saptanmıştır (24–29). Psikolojik dayanıklılık; olumsuz yaşantılar, travma veya ciddi sağlık sorunları gibi zorlanmalar karşısında kişinin bu durumlara iyi uyum sağlayabilme süreci olarak tanımlanmıştır ve kişisel özellikler, aile birliği ve çevresel destek sistemleri tarafından belirlendiği gösterilmiştir (30). Ayrıca genel örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada, çocukluğunda ciddi veya tekrarlayan fiziksel veya cinsel istismara maruz kalanların oranı %10 olarak

saptanmıştır. Bu grup prospektif olarak takip edildiğinde artmış psikiyatrik morbidite saptanmıştır. Anlamlı bir azınlık grupta ise çocukluk çağında olumsuzluklara rağmen erişkinlikte herhangi bir ruhsal hastalık saptanmamıştır. Bu psikolojik dayanıklılık; algılanan ebeveyn bakımı, ergenlikte akran ilişkileri, erişkin romantik ilişkileri ve kişilik stilleri ile ilişkili bulunmuştur (29). Psikolojik dayanıklılık kavramının şizofreni ve bipolar gibi heterojen klinik görüngelerle seyreden ağır ruhsal hastalıkları anlamada da faydalı olabileceği düşünülmüştür. Bu konuda yapılan kısıtlı sayıdaki çalışmada öznel psikolojik dayanıklılık ile iyi klinik gidiş arasında korelasyon bulunmuştur (31–33). Ayrıca sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında psikolojik dayanıklılık puanları anlamlı olarak düşüktür (34).

Bowlby; bağlanma teorisini niye bazı kişilerin çeşitli olumsuz yaşantılar sonucunda psikopatoloji geliştirmedikleri ve diğer bazı kişilerin ise "depresyon ve anksiyeteye yatkın oldukları veya sahte kendilik ve diğer bir takım kırılanlıklar sonucunda ruhsal hastalıklar geliştirdikleri" üzerine kurmuştur (35,36). Bununla paralel olarak yapılan çalışmalarda güvenli bağlanmanın yüksek psikolojik dayanıklılıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir (37,38).

Literatürde çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma stillerinin bipolar bozukluğun başlangıcı ve gidişine etkilerini araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Ayrıca kısıtlı sayıdaki çalışmada psikolojik dayanıklılığın bipolar bozukluğu olan hastalardaki çeşitli parametrelere olan etkileri araştırılmıştır. Bipolar bozuklukta çocukluk çağı travmalarının ve bağlanmanın psikolojik dayanıklılık üzerine etkisini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, bipolar bozukluğu olan hasta grubunda çocukluk çağı travması ve bağlanma stillerinin psikolojik dayanıklılık üzerine etkisinin yanında çocukluk çağı travması olan ve olmayan bipolar bozukluğu hastalarında bağlanma stillerinin klinik gidişata etkisi ve bu etkide psikolojik dayanıklılığın aracılık etme rolünün araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi polikliniğine ardışık olarak başvuran ve DSM-5 tanı kriterlerine göre bipolar bozukluk tanısı almış olan hastalara uygun ölçekler verilerek aşağıdaki hipotezleri test etmeyi amaçladık.

1) Bipolar bozukluğu olan ötimik hastalarda çocukluk çağı travması ve güvensiz bağlanma stilleri hastalık gidişatına olumsuz etki etmektedir ve bu etki de psikolojik dayanıklılık aracı rol oynamaktadır.

2)Çocukluk çağı travması olan bipolar ötimik hastalar, çocukluk çağı travması olmayanlarla karşılaştırıldığında psikolojik dayanıklılığı daha düşüktür.

3)Çocukluk çağı travması olan bipolar ötimik hastalarda güvenli bağlanma stili olanlarda güvensiz bağlanma stili olanlara oranla daha yüksek psikolojik dayanıklılık gösterirler.

4)Bipolar bozukluğu olan ötimik hastalarda psikolojik dayanıklılığın yüksek olması hastalığın seyrinin daha iyi olabileceği ile ilişkilidir hipotezleri öne sürülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

2.1.1. Tarihçe ve Tanım

Bugünkü modern anlamda bipolar bozukluğa benzer şekilde mani ve melankoliyi tek hastalığın iki farklı yüzü olarak gören ve kavramsallaştıran ilk kişi Kapodokyalı Areteus'dur. Bu konuda uzun bir duraksamanın ardından, 19.yy'da çeşitli bilim insanları yeniden bipolar bozukluk üzerine düşünmeye ve yazmaya başlamışlardır (39). Jean-Pierre Falret; mani, melankoli dönemleri ve arada iyilik hallerinin olduğu ayrı bir antite olarak "folie circulaire"i 1851 yılında tanımlamıştır. Emil Kraepelin ise "endojen psikoz"u "demantia praecox" ve "manic-depressive insanity" olarak ikiye bölerek hem psikiyatrinin hem bipolar bozukluğun gelişiminde önemli rol oynamıştır. Ama Kraepelin'in formülasyonunda depresyon ve bipolar bozukluğun aynı başlık altında toplanmasının çok doğru olmadığı ileriki zamanlarda anlaşılmıştır. Tüm affektif bozuklukların aynı başlık altında toplanması özellikle Almanya'da olmak üzere itirazlar doğurmuştur. Karl Kleist, unipolar ("einpölig") ve bipolar("zwepölig") olmak üzere affektif hastalıkların ayrımını yapmıştır (39). Angst, 1966 yılında yaptığı çalışmasında unipolar depresyonun bipolar bozukluktan genetik, cinsiyet, hastalık süreci ve premorbid kişilik gibi çeşitli parametreler açısından farklılıklar gösterdiğini saptamıştır. Peris ise "unipolar mani"nin de önceki zamanlarda öne sürülenin aksine bipolar bozukluk ile genetik olarak güçlü bağları olduğunu saptamıştır (39,40). Son yıllarda farmakoterapideki gelişmeler ile paralel olarak unipolar ve bipolar bozukluk üstüne araştırmalar çoğalmış ve bipolar bozukluk kapsamının genişlemesi ile sonuçlanmıştır. Bipolar spektrum kavramı Kretschmer ve Eugen Bleuler tarafından geliştirilmiş, sonrasında çeşitli araştırmacıların da katkıları olmuştur. Angst; hipomani (m), siklotimi (md), mani (M), hafif depresyonlarla birlikte mani (Md) ve major depresyon ve hipomani (Dm) şeklinde bir sınıflama önermiştir (41). Son yıllarda Akiskal, çeşitli araştırmalar

ışığında bipolar spektrumunu "yumuşak"("soft") bipolar spektrumu içine alacak şekilde genişletilmesi yönünde kanıtlar ortaya koymuştur (39,42).

Bipolar bozukluk, Kraepelin'in tanımladığı şekli ile "manik-depresif delilik" döngüsellığı ile ön plana çıkan bir hastalıktır. Önceleri temel olarak kişinin doğal halinden belirgin şekilde farklılık gösteren coşkunculuk hali ile seyreden mani dönemleri ve depresif dönemler ve aralarda iyilik hali ile seyretmesi hastalığın temel özelliklerindendi. Sonrasında yapılan çalışmalarda iyilik hali olarak tanımlanan zamanlarda da bir takım subsendromal affektif belirtilerin gözlemlendiği, hastalığın önemli bir kısmını depresif dönemlerin oluşturduğu saptandı (43).

Bipolar bozukluk; DSM-5'te İki uçlu(Bipolar) bozukluk ve ilişkili bozukluklar bölümünde yer almaktadır. Bu bölümde kapsanan tanılar, ikiuçlu I bozukluğu, ikiuçlu II bozukluğu, siklotimik bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı ikiuçlu ve ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı ikiuçlu ve ilişkili bozukluk, tanımlanmış diğer bir ikiuçlu ve ilişkili bozukluk ve tanımlanmamış ikiuçlu ve ilişkili bozukluktur. DSM-5'te bipolar I tanısı alabilmek için en az bir mani dönemi olması yeterlidir. Mani dönemi; kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağan dışı ve sürekli bir duygudurum dönemine benlik saygısında abartılı artış, uyku gereksiniminde azalma, her zamankinden daha konuşkan olma, düşünce uçuşması ve hızlanması, dikkat dağınıklığı ve amaca yönelik davranışta artış belirtilerinden en az üçünün(çabuk kızan duygudurum varsa en az dördü) eşlik ettiği dönemle karakterizedir (Tablo-1). Hipomani dönemi tanısı ise mani dönemindeki belirtilerin en az dört gün boyunca sürmesi ile konur (Tablo-2). Major depresyon dönemi tanısı ise iki hafta boyunca önceki işlevsellikten belirgin değişikliğe aşağıdaki en az beş belirtinin eşlik etmesi ile konur. Bu belirtiler, çökkün duygudurum, etkinliklere ilgide azalma, istemsiz kilo verme ya da alma, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, psikomotor aktivitede artış veya azalma, enerji düşüklüğü, değersizlik veya suçluluk duygularının olması, dikkatini odaklamakta güçlük ve ölüm düşünceleridir (Tablo-3). Bipolar-II tanısı ise en az bir major depresyon dönemine en az bir hipomani döneminin eşlik etmesi konur (1).

Tablo 1: DSM-5'e göre Mani Dönemi Tanı Ölçütleri

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

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

Tablo 2: DSM-5'e göre Hipomani Dönemi Tanı Ölçütleri

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

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

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

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

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılacak denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak, mani dönemidir.

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

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

Tablo 3: DSM-5'e göre Majör Depresyon Dönemi Tanı Ölçütleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde belirgin bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır. Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri almayınız.

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

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

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

2.1.2. Epidemiyoloji

DSM-5'te bipolar-I bozukluğun 12 aylık görülme sıklığı DSM-IV'de tanımlandığı şekli ile %0.6'dır. Kadın erkek oranı yaklaşık 1,1:1'dir (1). 14 ülkeyi kapsayan toplum tabanlı bir çalışmada bipolar-I ve bipolar-II bozukluklarının yaşam boyu prevalansı %2.8 olarak bulunmuştur (44).

2.1.3. Etiyoloji

Bipolar bozukluğun patogenezi bilinmemektedir. Etiyolojide biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin rolü olduğu muhtemeldir. Bipolar bozuklukta kalıtımın rolü olduğu aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarında gösterilmiştir. Klinik ölçekte de ailesinde bipolar hastalık öyküsü olanlarda artmış risk ve çeşitli klinik parametrelere etkisi bilinmektedir. Bipolar hastalığı olan kişinin birinci derece akrabalarında ömür boyu bipolar bozukluk görülme riski %5 ile %10 arasındadır. Monozigotik ikizlerde ise bu oran %40 ile %70 arasındadır. Bipolar hastalık yatkınlığında tek genlerden ziyade çoklu genlerin etkileşimi veya daha karmaşık genetik mekanizmalar rol oynamaktadır. Bozuklukla ilgili aday genler kapsamlı olarak araştırılmış olsa da hali hazırda hastalıkla ilişkili tek gen bulunamamıştır. Bipolar bozuklukta genetik yatkınlık tek bir genden ziyade bir çok genin etkileşimine bağlı gözükmemektedir (45,46).

Önceki yapılan fMRI ve difüzyon tensör görüntüleme çalışmalarını baz alarak kapsamlı bir çalışma grubu tarafından 2013 yılında yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğun beyindeki anahtar duygusal kontrol ağlarındaki yapısal ve fonksiyonel anormallikler sonucunda ortaya çıktığı öne sürülmektedir. Duygusal davranışı düzenleyen beyin ağlarındaki erken dönem gelişiminde (özellikle beyaz madde bağlantıları ve prefrontal budama(prunning)) aksaklıklar sonucu ventral prefrontal ağlar ile limbik beyin bölgeleri(özellikle amigdala) arasında bağlantıların azaldığı ve bu bağlantısal düzenlemeyi kurmadaki gelişimsel aksamanın, başlangıçtaki mani dönemini ortaya çıkaracağı ve zamanla bu ağlarda oluşan değişikliklere eşlik eden affektif hastalık dönemleriyle bipolar hastalığının sürecini belirlediği öne sürülmektedir (47). Ayrıca bipolar bozukluk hastalarında yapılan bir nörogörüntüleme çalışmasında hem hastalık süresinin hem de antipsikotik ilaçlara

daha uzun süre maruziyetin azalmış gri madde hacmi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (48).

Çeşitli çalışmalarda inflamasyon ile bipolar bozukluk arasında bağlantı bulunsa da çelişkili bulgular daha ileri araştırmayı gerektirmektedir. Bu bağlantının hem bipolar bozukluk hem inflamasyonda paylaşılan genetik polimorfizme ve gen ekspresyonuna bağlı olduğu öne sürülmektedir (49). Bipolar bozuklukta sitokin düzeyleri üzerine yapılan meta-analizlerde tutarlı bir şekilde sitokin(özellikle interlökin-4 ve tümör nekroz faktör-alfa) ve sitokin reseptör düzeylerinde kontrollere göre anlamlı derecede yükseklik saptanmıştır (50,51).

Psikososyal değişkenlerin bipolar bozuklukta rolü üzerine yapılan çalışmalarda metodolojik zorluklarla karşılaşılmalıdır. Özellikle kesitsel ve geriye dönük yapılan araştırmalarda elden edilen psikososyal değişkenlerin ne kadarının hastalığı tetikleyen faktörler olduğu ne kadarının hastalığın sonucu olduğu ayırt edilememektedir. Buna rağmen yapılan çalışmalarda güncel çevresel etmenlerin bipolar bozukluğun başlangıcı ve gidişatında etkili olduğuna dair güçlü kanıtlar saptanmıştır. Literatürde bipolar bozukluğu olan hastaların hastalığın başlangıcında ve ilerleyen dönemlerinde hastalık dönemlerinden önce stresli yaşam olayları deneyimledikleri istikrarlı şekilde gösterilmiştir. Dolayısı ile bu hastaların yaşadıkları olumsuz olaylarla daha etkin başa çıkmaları, gerektiğinde destek sistemlerini kullanma becerilerinin hastalık nüksünü azaltmaya yardımcı olabileceği öne sürülmüştür (52). Ayrıca bipolar hastaların hayatlarındaki anlamlı ötekilerin kendilerine yönelik olumsuz desteğin(örneğin yüksek duygu dışavurumu) hastalık sürecini kötüleştirdiğine dair çalışmalar mevcuttur (53).

Çocukluk çağı travmalarının, bipolar bozukluk dahil, çeşitli psikiyatrik hastalıkları tetiklediği, ağırlaştırdığı ve yinelenmesine sebep olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir (13). Bipolar bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travması bulunma oranı %45-68 olarak bildirilmiştir (14–18). Erken dönem yaşam olaylarının, tam mekanizması bilinemesi de, duygudurum bozukluklarına yatkınlıkta aracı rol oynadığı öne sürülmüştür (19). 2016 yılında yayınlanan bir meta-analizde, çocukluk çağı olumsuz olayları yaşamış bipolar hastalarında daha ağır mani dönemleri, daha ağır depresyon dönemleri, daha ağır psikotik belirtiler, daha sık

alkol-madde kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozukluğu komorbiditesi, daha erken başlangıç, daha sık hastalık dönemleri, daha fazla hızlı döngülülük ve artmış intihar riski görüldüğü saptanmıştır (20).

2.1.4. Klinik Seyir ve Prognoz

Bipolar bozukluğun başlangıç yaşını tam olarak saptamak zordur, genelde başlangıç yaşı olarak ilk tıbbi başvuru veya ilk hastane yatışı baz alınmaktadır. Ama literatürde bipolar bozukluğun başlangıcının 20'li yaşlarda pik yaptığına dair tutarlı kanıtlar vardır (54,55).

Depresif dönemle başlayan hastalıklarda genelde hastalık tablosunun belirginleşmesinden önce subakut semptomlar mevcuttur. Yapılan bir çalışmada prodromal belirtilerin sendromal hastalık öncesi ortalama görülme süresi bir yıl iken, disfori, anhedoni, psikomotor bozulmalar, yetersizlik ve suçluluk duyguların görülme süresi hastalık başlangıcından önce ortalama beş yıldır (56). Bipolar bozuklukta ilk hastalık döneminin çoğunluğu depresif dönemdir. 2308 hastayı kapsayan bir çalışmada ilk hastalık dönemlerinin %54'nün major depresyon, %22'sinin mani ve %24'nün ise karma dönem olduğu saptanmıştır (57). Etkili tedavilerden önce yapılan çalışmalarda bildirilen hastalık dönemlerinin doğal uzunluğu iki ay ile bir yıl arasında değişmektedir. Depresif dönemlerin uzunluğu iki ile beş ay arasında iken, mani dönemlerinin uzunluğu ortalama iki aydır. Karma dönemler ise diğer dönemlere göre daha uzun sürmektedir ve uzunluğu ortalama beş ay ile bir yıl arasında değişmektedir. Hastalık dönemi sayısı hastalığın süresine göre değişebileceğinden yıllık hastalık dönemi sıklığı daha anlamlı bir veridir. Yıllık hastalık dönemi sıklığı, toplam hastalık dönemi sayısının toplam hastalık süresine bölünmesi ile elde edilir. Kapsamlı bir izlem çalışmasında bipolar bozuklukta yıllık hastalık dönemi sıklığı 0.23 olarak saptanmıştır (54,58).

Bipolar bozuklukta bir siklus, bir hastalık döneminin bitiminden bir dahaki hastalık döneminin başlangıcına kadar geçen zaman olarak tanımlanmaktadır. Hastalık ilerledikçe genellikle sikluslar kısalmaktadır (59).

Daha şiddetli semptomlar, komorbid kaygı bozukluğu ve alkol-madde kötüye kullanımı bipolar bozuklukta kötü seyirle ilişkili bulunmuştur. Kötü seyir; erken

başlangıç yaşı, hızlı döngülülük, daha fazla manik veya depresif dönem geçirmiş olmak olarak tanımlanmıştır. Kötü seyir, artmış tamamlanmış intihar riski ve artmış kendine zarar verme davranışları ile ilişkili bulunmuştur (60–64). 14 çalışmayı kapsayan bir meta-analizde bipolar bozuklukta genel popülasyona oranla intihar riskinin 15 kat arttığı saptanmıştır (65). Bipolar bozuklukta intihar girişim riskinin aile öyküsünde intihar girişimi olması, erken hastalık başlangıcı, depresif belirtilerin yoğunluğu, daha şiddetli affektif hastalık dönemlerinin görülmesi, karma dönemlerin olması, hızlı döngülülük, komorbid eksen-I tanılarının olması ve alkol-madde kötüye kullanımı ile arttığı saptanmıştır (64). Bipolar hastalarının büyük çoğunluğu dönemler arasında belirgin işlevsellik kaybı göstermese de, %15-30 oranında hastanın hastalığı işlevsellikte kayıp ile seyretmektedir (54).

2.2. BAĞLANMA

Bağlanma teorisini ortaya atan John Bowlby'nin bağlanma üzerine ilk çalışmaları 21 yaşındayken çalıştığı uyumsuz çocuklara bakım veren bir merkezdeki iki erkek çocuğu ile olan karşılaşması ile başladı. Bowlby, bu çocukların anneleriyle olan ilişkilerinin ciddi manada yıkıcı olduğu ve onlar üzerinde ciddi etkileri olduğunu gözlemledi. Bundan on yıl sonra hırsızlık yapan ergenler üzerine yaptığı çalışma ile anne-çocuk ilişkisindeki aksaklıkların ilerideki psikopatoloji ile yakından ilişkili olduğuna dair inancı pekişti (66). O dönemlerde iki temel kabul görmüş teori olan psikanalitik ve sosyal öğrenme teorisine göre annenin bu öneminin nedeni ikincil-dürtü teorisi ile açıklanıyordu, yani anne ile çocuğun güçlü bağının altında yatan annenin çocuğu doyurması sonucu açlık dürtüsünün doyurulmasından alınan zevkle annenin varlığının bağlantılandırılmasının olduğu öne sürülüyordu. Bowlby o dönemde hayvanlar üzerine yapılan çalışmalara dikkatini yöneltti. Lorenz kaz yavrularının ebeveynlerine hatta onları beslemeyen hareket eden nesnelere bağlandığını, Harlow ise rhesus maymunlarında yavru maymunların stres zamanlarında gıda sağlayan tellerle örülü "anne" yerine yumuşak kıyafetleri olan, dokunsal rahatlık sağlayan "anne"yi tercih ettiğini gözlemledi (67,68). Sonrasında yapılan sistemik incelemelerde insan yavrusunun da kendisini beslemese dahi insanlara bağlandığı görüldü.

Bowlby, bağlanma teorisini ilk öne sürmesi 1958 ve 1960 yıllarında yayınladığı ilki "Çocuğun Annesine Bağının Doğası" olan üç makale ile olmuştur. Sonrasında ise bu üç makaledeki fikirlerini üç ciltlik "Bağlanma ve Kayıp" adlı eserinde ayrıntılandırmıştır. Bowlby, etoloji, evrimsel biyoloji, gelişimsel psikoloji, bilişsel psikoloji ve kontrol sistemleri teorilerinden de faydalanarak infantın anneye olan bağlanmasının evrimsel baskılar sonucu ortaya çıktığını öne sürdü. Yani bu bağ ikincil bağlantısallıkla gelişen bir bağdan ziyade biyolojik olarak belirlenmiş yakınlık kurma ve bağlanma arzusu ile ilişkilidir. Bağlanma davranışı, öngörülür şekilde anne ile bebeğin birbirine yakınlaşmasını sağlar ve biyolojik kökenlidir. Gülme ve sesler çıkarma gibi bazı davranışlar anneye çocuğun etkileşim ihtiyacına dair sinyaller yollarken, ağlama gibi kimi davranışlar ise anneye çocuğun içinde bulunduğu durumun sonlandırılması olan ihtiyacı hakkında sinyaller yollar. Çocuğun diğer bazı aktif davranışları ise, yakınlaşma ve takip etme gibi, çocuğu anneye yakınlaştıran aktif davranışlardır. Bağlanma davranışlarının etolojiden ödünç aldığı bir terim olan "Bağlanma davranış sistemi" altında organize olduğunu öne süren Bowlby, bu sistemin motivasyonunu da kendi içinde barındırdığını ileri sürdü. Kontrol sistemleri bakış açısı ile bağlanma sistemini bir termostata benzeten Bowlby, annesi ile belli bir yakınlığı korumak isteyen çocuğun mevcut duruma göre bu sistemi harekete geçirdiğini veya durdurduğunu öne sürer. Çocuğun anneye olan yakınlık ihtiyacı, çocuğa bağlı(hastalık, yorgunluk veya ağrı) durumlarda ve çevresel şartlara(örneğin tehlikeli bir uyarının bulunması) bağlı durumlarda değişebilmektedir. Bowlby, bağlanma davranışının evrimsel gelişim sürecinde çocuğa korunma ve sağ kalım avantajı sağladığından genetik seçilime uğradığını öne sürmüştür. (35,36,68,69). Bağlanma teorisine göre bebekler bakım verenlerinden aldıkları bakımın niteliğine dayanarak, bakım verenlerinin uygunluğu ve duyarlılığına dair beklentiler geliştirirler. Sonrasında bu beklentiler; kendilik, öteki ve ikisi arasında ilişkiye dair zihinsel temsiller("içsel çalışma modelleri") oluşturulmasına dayanak oluşturur. Bu modelin temelini bağlanma figürünün öngörülen müsaitliği belirler. Bakım verenin tutumuna dair oluşan temsillerin dışında çocuk kendine dair de temsiller geliştirir, bunlar bağlanma figürünün gözünden kendini gördüğü temsillerdir (4,35). İlk defa Mary Ainsworth'ün ortaya attığı güvenli üs(secure base) kavramı bağlanma figürü tarafından bağlanan kişi için yaratılan ambiyansı tanımlar. Güvenli üssün temeli

merak ve keşif için sıçrama tahtası olmasıdır. Tehlike olduğunda sığınabileceği ve tehlike geçince tehlike anında bağlanma figürünün yine orda olacağını bilmenin verdiği rahatlıkla çalışmasını, rahatlamasını ve oynamasını mümkün kılan bir üs (70,71).

Bebeğin anneye güvenli bağlanmasına olan ihtiyacından bahseden Bowlby bu ihtiyacın karşılanmaması halinde kısmi yoksunluk - aşırı sevgi veya intikam ihtiyacı, suçluluk ve depresyon- veya tam yoksunluk - kayıtsızlık, gelişme gerilemesi ve ilerleyen dönemlerde yüzeysellik, gerçek hissetmeye dair arzu, konsantrasyon azlığı, hilekarlık ve hırsızlık - belirtileri göstereceğini söyledi. Bağlanma figüründen ayrılmanın sırasıyla protesto, umutsuzluk ve kopuş reaksiyonlarına sebep olduğunu öne sürdü. Protesto çocuğun ayrılık tehditini algılaması ile başlar, ağlama, kızgınlık, kaçma girişimleri ve ebeveynini arama ile karakterizedir ve bir haftaya kadar sürebilir. Ardından umutsuzlukla fiziksel hareketleri azalır, ağlamaları aralıklı hale gelir, çocuk üzgün gözüktür ve sanki kaybettiği bağlanma figürünün yasını tutar gibidir. Son evre olan kayıtsızlık ise az veya çok sosyalliğin geri dönmesi ile karakterizedir. Diğer yetişkinler tarafından bakım teklifleri geri çevrilmez ama bu aşamadan sonra ebeveyni ile tekrardan buluşan çocuk belirgin olarak olağandışı davranır (36).

Son yıllarda bağlanma ile ilgili araştırmalar artan oranda çocuklukta kötü muamele, fiziksel ve cinsel istismarla ilgili olmaya başlamıştır. "Yabancı Ortam"daki dağınık bağlanma (dezorganize/dezoryante) ki korku, donup kalma ve dezoryantasyon ile karakterizedir, çocuğun görmüş olduğu kötü muamele ve ebeveynlerin geçmişindeki çözülmemiş travmalara bağlanmıştır.

Bağlanmada bireysel farklılıkları ölçmeye yönelik yöntemler Ainsworth'ün "Yabancı Durum Testi (Strange Situation)" diye adlandırdığı bir yöntem ile başlamıştır. 20 dakika süren bu yöntemde infant üçer dakikalık küçük ayrılıklara maruz bırakılır ve sonrasında tepkileri incelenir. İnfantın ayrılık süresince ve özellikle tekrar birleşme sırasındaki davranışlarından yola çıkarak dört kategori önerilmiştir: Güvenli bağlanan (B), Kaygılı bağlanan-kaçınmacı (A), kaygılı bağlanan-ikircikli/dirençli (C), dağınık (dezorganize/dezoryante) (D) (72) (Orjinal basımı 1978)

Bu kategoriler zamanla yetişkin bağlanma örüntülerini ölçmek amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. Görüşmeye dayalı ve katılımcı beyanına dayalı olmak üzere iki ayrı ölçme yöntemine dayalı ölçekler geliştirilmiştir. Görüşmeye dayalı yöntemlerden en yaygın kullanılan ölçek Yetişkin Bağlanma Görüşmesi'dir (YBG; Adult Attachment Interview). YBG çekirdek aile içindeki ilişkileri temel alarak bağlanmayı ölçer ve yetişkinleri güvenli-özerk, saplantılı, kayıtsız-kaçınan ve yönelim sorunlu olarak dört grupta sınıflar. Bu ölçek çocukluk hakkında öyküleştirmeye üzerinden bilinçdışı süreçleri anlamayı hedefler. Katılımcı beyanına dayalı ölçekler ise son yıllarda daha sık kullanılmaktadır. Bu türün ilk örneği Ainsworth'ün Yabancı Ortam'da ortaya koyduğu üç temel bağlanma stilinin yetişkin romantik ilişkilerinde de gözlendiğini öne süren Hazan ve Shaver tarafından ortaya konmuştur. Ölçek güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçınmacı bağlanma stillerine denk gelen üç paragrafın değerlendirilmesine dayalıdır (5). Daha sonraki çalışmalarda bağlanma stillerinin katı kategoriler yerine Bowlby'nin içsel çalışma modelleri veya Ainsworth'ün diskriminatif fonksiyonlar olarak tanımladıkları iki düzlemde tanımlamanın daha doğru olacağı ileri sürülmüştür. İlk olarak Bartholomew, kendilik ve ötekiler modellerinin olumlu ya da olumsuz olmasına göre dört temel bağlanma örüntüsü tanımlamıştır. Olumlu kendilik modeli, başkalarının onayından görece bağımsız olarak gelişmiş içselleştirilmiş bir "sevilebilirlik" duygusu olarak, olumlu ötekiler modeli ise başta bağlanma figürü olmak üzere kişi için önemli olan ötekilere dair güvenilir ya da müsait olduklarına dair olumlu beklenti ve inançları içerir. Olumsuz ötekiler modeli de ötekilerin güvenilmez olduğuna ilişkin inançtan beslenen yakınlık kurmaktan kaçınma, sosyal destek alma ve verme konusunda kayıtsızlık gibi tutum ve davranışları kapsar (73,74).

Bağlanma boyutlarının, güvenli, kaygılı bağlanan-kaçınmacı, kaygılı bağlanan-ikircikli/dirençli, dezorganize/dezoryante gibi bağlanma kategorilerine göre daha betimleyici olduğu öne sürülmüş ve bu doğrultuda Brennan ve arkadaşları çeşitli ölçeklerde kullanılan 323 maddeyi geniş bir örnekleme uygulayarak temel boyutları belirlemeye çalışmışlardır. Faktör analizi sonucunda bu araştırmacılar bağlanma davranışlarının yakın ilişkilerde yaşanan kaygı ve başkalarıyla yakınlaşmaktan kaygı olmak üzere iki temel boyutta tanımlanabileceğini göstermişlerdir ve sonucunda Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri'ni (YİYE;

Experiences in Close Relationships Inventory) geliştirmişlerdir. Kaygı boyutu ile kendilik modeli, kaçınma boyutu ile ötekiler modelinin yüksek düzeyde ilişkili olacağı öngörölmüştür. Güvenli bağlanma stili düşük düzeyde kaygı ve kaçınma boyutunda tanımlanırken, bunun zıt kutbunda yer alan korkulu bağlanma her iki boyutun yüksek olması olarak tanımlanır. Saplantılı bağlanma yüksek kaygı ve düşük kaçınmacı bağlanma ile tanımlanırken, kayıtsız bağlanma düşük kaygı ve yüksek kaçınmacı bağlanma ile tanımlanmaktadır (9,74).

Yetişkin bipolar hastalarında yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk hastalarının sağlıklı kontrollere oranla daha fazla güvensiz bağlanma gösterdikleri bulunmuştur (12,75–78). Joyce ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontroller arasında fark bulunamamıştır ancak güvensiz bağlanma ile yatış sayısı arasında bağlantı bulunmuştur (79). Morris ve arkadaşlarının farklı dönemlerdeki bipolar I bozukluğu olan hastalarla yaptığı çalışmada, bipolar I bozukluğu olan hasta grupları (mani, depresyon ve ötimik) sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında daha fazla güvensiz bağlandığı (%78 vs %13) saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerde, tüm bipolar I bozukluğu hasta gruplarına göre daha yüksek güvenli bağlanma, daha düşük anksiyöz ve daha düşük saplantılı bağlanma puanları saptanmıştır. Ancak Manik dönemdeki hastalarda güvenli bağlanma ve ötimik hastalardaki saplantılı bağlanma puanları açısından sağlıklı kontrollerden anlamlı fark bulunamamıştır. Sonuçta, mani dönemi daha yüksek güvenli ve saplantılı bağlanma stilleri ile ilişkili iken, depresyon daha yüksek saplantılı bağlanma ve daha düşük kaçınmacı bağlanma stilleri ile ilişkili bulunmuştur (12). Güvensiz bağlanmanın bipolar bozukluğa özđü olmayabileceği öngörüsü üzerine yapılan iki çalışmada, bipolar bozukluk hastaları ile başka psikiyatrik hastalığı olanlar karşılaştırılmış ve anlamlı fark bulunamamıştır (75,80).

2.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK (RESILIENCE)

Yaşam olaylarının insanın üstünde etkili olduğuna dair görüşler çok eskiye dayansa da bu etkilerin sistematik olarak çalışılmaya başlanması görece yenidir. Bowlby'nin çocuğun anne ile olan ilişkisinin niteliğinin ilerideki psikopatoloji yatınlığını belirleyeceğine dair öne sürdüğu görüşü, bu faktörlerin ne olduğu ve

kişiyi nasıl etkilediğine dair fikir üretimini artırmıştır (81). Bir takım psikopatolojilerin belirli çevresel faktörlerle kötü seyrettiği veya daha iyi seyrettiği - örneğin şizofreni hastalarının yakınların yüksek duygu dışavurumunun hastalık üstüne kötü etkisi - daha fazla araştırılmaya başlandı (82). Özellikle çocukluklarında olumsuz koşullarda büyümüş kişilerin ileride bir takım psikopatolojiler geliştirmesi ve suça sürüklenmesi üstüne çalışmalar yapıldı (83). Ancak bir takım kişiler ise tüm yaşadıkları olumsuzluklara rağmen bunlarla baş ediyor ve belirgin bir patoloji geliştirmiyorlardı. Bu dayanıklılığı sağlayanın ne olduğu üzerine düşünölmeye başlandı. İlk başlarda hem popüler medyada hem de bilimsel camiada bu dayanıklılıkla ilgili sonradan yanlış olduğu anlaşılan tasvirler ortaya kondu. Bu çocukların incitilemez süper çocuklar olduğuna dair gazete manşetleri ve kitaplar yayınlandı (25). Sonrasında bunun böyle olmadığı dayanıklılığın insanın uyum mekanizmalarından kaynaklı yaygın bir fenomen olduğu, bu mekanizmaların korunması halinde çeşitli olumsuzluklarla çoğu insanın başedebileceği anlaşıldı. Yalnız çeşitli çevresel faktörlere verilen tepkilerdeki bireysel farklılıkları ve dayanıklılığı incelerken dikkat edilmesi gereken iki husus vardır. Bunlardan ilki bu farklılıkların sebebi maruz kalınan olumsuz yaşantıların niteliğindeki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir. Diğer husus ise psikolojik dayanıklılık incelenirken olumsuz yaşantılar yaşayan kişinin dayanıklılığı olup olmadığını hangi kriterlere dayanarak ölçölmesi gerektiğidir (27). Gelişimsel psikoloji üzerine çalışan çalışmacılar genelde bu dayanıklılığa işaret eden sonuçları kişinin yaşadığı kültür ve toplumun belli başlı beklentileri üzerinden ölçerken, diğer bazı araştırmacılar ise bunu madde kullanımı ve psikopatolojinin gelişmemesi olarak görmektedir (25). Ayrıca kimi araştırmacılar belli oranda yaşantılanan olumsuz yaşantıların ilerideki olumsuz yaşantılarla başa çıkmaya yardım edeceğini öne sürmüştür. "Kuvvetlendiren etki(Steeling effect)" denilen bu etki üzerine yapılan çalışmalar çelişkilidir (27,84). Mekanizmaları ve bunun neyin sağladığı tam olarak aydınlatılmış olmasa da, bir stresle karşılaştığında kişinin bunla başa çıkmasında çeşitli faktörlerin rol oynadığı öne sürölmüştür. Bu faktörlerden bazılarının; genetik faktörler (ör: Monoamin oksidaz A polimorfizmi), biyolojik faktörler (ör:stress-reaktivitesi), bilişsel faktörler [ör:zeka, öz-kontrol (locus of control), öz-güven, planlama, öz-düzenleme] ve kişilerarası faktörler(ör: duygusal olarak cevap veren ebeveynler, akran yakınlığı ve arkadaşlık, destekleyici ve şefkatli

evlilik ilişkisi) olduğu saptanmıştır (24–29). Psikolojik dayanıklılık; olumsuz yaşantılar, travma veya ciddi sağlık sorunları gibi zorlanmalar karşısında kişinin bu durumlara iyi uyum sağlayabilme süreci olarak tanımlanmıştır ve kişisel özellikler, aile birliği ve çevresel destek sistemleri tarafından belirlendiği gösterilmiştir (30). Psikolojik dayanıklılık, sadece psikolojik becerilere değil aynı zamanda kişinin olumsuz yaşantılarla başa çıkarken ailesel, sosyal ve dışsal destek sistemlerini kullanma becerisini de içine alan çok boyutlu bir kavramdır (85).

Psikolojik dayanıklılık kavramını değerlendirirken çevre-gen etkileşimini göz önünde tutmak gerekir. Çevrenin mi genlerin mi daha etkili olduğuna dair eski soru yerine son yapılan çalışmalar, ikisinin etkileşiminin etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin çocukluğunda olumsuz yaşantılara maruz kalmış erkek çocuklarında, MAO - A ekspresyon düzeyinin düşük olması bu çocukları antisosyal davranışlar geliştirmekten koruyor gibi gözükmektedir. MAO-A ekspresyon düzeyi yüksek olan çocuklar ise daha yüksek oranda antisosyal davranış geliştirmektedirler (24) Benzer bir ilişkinin Serotonin taşıyıcı gen ekspresyon düzeyi - çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile depresyon arasında da olduğu saptanmıştır (86).

Bipolar bozukluk hastalarında travma sonrası stres bozukluğu prevalansı %16 bulunmuştur, bu genel popülasyonun iki katıdır (87). Bipolar bozukluğu olan hastalar kontrollerle karşılaştırıldığında psikolojik dayanıklılıkları daha düşük bulunmuştur (31,34,52). Bipolar bozuklukta, yaşam kalitesinin psikolojik dayanıklılık ile korele olduğu, özellikle dayanıklılığının sosyal ve çevresel alt boyutları ile bağlantılı olduğu bulunmuştur (52). Bir çalışmada düşük psikolojik dayanıklılık artmış depresif dönem sayısı ve atılmış dürtüsellik ile ilişkili bulunmuştur. Stresin bipolar bozukluk başlangıcı ve nüksetmesi ile ilişkili olduğu düşünülünce, bipolar bozukluk hastalarında saptanan düşük dayanıklılık, stres veya olumsuz yaşantılara maruz kalan hastalarda hastalığın başlangıcına ve nüksetmesine aracılık ediyor olabilir (31).

Bowlby, kişinin erken çocuklukta bakımvereni ile olan ilişkisindeki aksamaların, ileride psikopatolojiye yatkınlıkla sonuçlanacağını öne sürmüştür. Psikolojik dayanıklılığa katkıda bulunan pozitif kendilik algısı, öz-düzenleme kapasitesi, sosyal yeterlilik, otonomi, stresle başederken içsel ve dışsal kaynakları kullanabilme yetisi gibi bir çok faktör özellikle ebeveynlerle kurulan nitelikli ilişki

ile bağlantılandırılmıştır (88–92). Ölçeğe dayalı şekilde bağlanma ve dayanıklılık kavramlarını ölçen çalışmalarda da bu bağlantı doğrulanmıştır (93–95).

2.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI

Çocukluk çağı travmaları veya olumsuz yaşantıları, çocuklara bakmakla sorumlu olan kişilerin çeşitli davranışları ve verilmesi gerekli bakımın yokluğunu içine alan bir kavramdır. Bu kavram son yıllarda fiziksel istismarın yanında ihmal, cinsel ve duygusal istismarı da içine alacak şekilde genişlemiştir. Dünya sağlık örgütü(DSÖ); çocuk ihmalini ve istismarını, sorumluluk, güven ve güç bağlamında çocuğun sağlığına, sağkalımına, gelişmesine, onuruna zarar veren veya verebilecek olan her türden fiziksel veya duygusal kötü muamele, ihmal ve sömürü olarak tanımlar. DSÖ beş alt tip sınıflandırmıştır: fiziksel, cinsel, duygusal istismar, ihmal ve sömürü. Fiziksel istismar vurma, sarsma, atma, zehirlenme, yakma veya haşlama, boğma ve diğer çocuğa fiziksel zarar verici davranışları kapsar. Cinsel istismar, çocuğun rızası olsun veya olmasın, para karşılığı seks dahil olmak üzere çocuğu cinsel aktivitelere zorlama veya baştan çıkarma olarak tanımlanır. İhmal, çocuğun sağlığında veya gelişiminde belirgin ciddi aksamalara yol açacak şekilde fiziksel ve/veya psikolojik ihtiyaçlarını karşılamadaki süreğen eksiklik olarak tanımlanmıştır. İhmal dört ana alanı içerir: fiziksel, gözetim, bilişsel ve duygusal ihmal. Fiziksel ihmal, yeterli yemeği, giyinmeyi, barınmayı sağlamadaki yetersizlik olarak tanımlanır. Gözetim ihmali, güvenilmez bakım verenleri kullanma ve sağlık bakımında yetersizlik olarak tanımlanır. Duygusal ihmal, çocuğun duygusal işaretlerine ilgisizliği, yetersiz ebeveyn sevgisi ve şefkatini kapsar. Bilişsel ihmal ise çocuğun dil gelişimini etkileyen yetersiz ebeveyn konuşmasından eğitime erişimini engellemeye kadar bir aralığı kapsar. Açık fiziksel ve cinsel istismar hakkında kültürler arasında belirgin farklılıklar olmasa da özellikle ihmal konusunda farklı kültürde farklı tutumlar olabilmektedir (96,97).

Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının prevalansına dair farklı sonuçlar bildirilmiştir. Amerika'da 15 197 sağlıklı genç erişkinle yapılan bir çalışmada katılımcıların %41.5'nin evde yalnız bırakılma gibi gözetim ihmaline, %28.4'nün fiziksel saldırıya, %11.8'nin fiziksel ihmale ve %4.5'nin dokunarak cinsel istismara

maruz kaldığı saptanmıştır (98). Dünya çapında yayınlanan 217 çalışmanın verileri ile yapılan bir meta-analizde beyana dayalı çalışmalarda çocukluk çağı cinsel istismarı prevalansı 127/1000 olarak saptanmıştır (99). Retrospektif yapılan çalışmalarda ise bu oran erkeklerde %1 ila %16, kadınlarda ise %8 ila %32 arasında değişmektedir (100,101). Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının çok çeşitli fiziksel ve ruhsal etkileri olduğu gösterilmiştir. Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, düşük akademik performans, ruhsal sağlık problemleri, fiziksel sağlık problemleri, agresyon, suç, şiddet, intihar davranışları ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur ve davranışsal, duygusal, fiziksel ve bilişsel alanlardaki gelişimi olumsuz etkilediği gösterilmiştir (102–109). Ayrıca çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının psikiyatrik hastalıklar için bir risk faktörü olduğu ve mevcut psikiyatrik hastalıklar için de kötü seyir ile ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (110).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travması bulunma oranı %45-68 olarak bildirilmiştir (14–18). Erken dönem yaşam olaylarının, tam mekanizması bilinemese de, duygudurum bozukluklarına yatkınlıkta aracı rol oynadığı öne sürülmüştür (19). 2016 yılında yayınlanan bir meta-analizde çocukluk çağı olumsuz olaylarına maruz kalmış bipolar hastalarında daha ağır mani dönemleri, daha ağır depresyon dönemleri, daha ağır psikotik belirtiler, daha sık alkol-madde kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozukluğu komorbiditesi, daha erken başlangıç, daha sık hastalık dönemleri, daha fazla hızlı döngülülük ve artmış intihar riski görüldüğü saptanmıştır (20). Bunlardan daha şiddetli semptomlar, komorbid kaygı bozukluğu ve alkol-madde kötüye kullanımı bipolar bozuklukta kötü seyirle ilişkili bulunmuştur (60–63).

Çocukluk çağı olumsuz yaşam olayları ile güvensiz bağlanma stilleri arasında yakın ilişki vardır. Ayrıca olumsuz yaşantıların yetişkin yaşamındaki olumsuz etkilerinde (depresif semptomlar, post-travmatik stres bozukluğu semptomları, yetersiz başa çıkma kapasitesi, depresif semptomlar, somatik yakınmalar vd.) güvensiz bağlanmanın aracı rolü oynadığı gösterilmiştir (111–115).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden 05.12.2017 tarihinde 101 protokol no ile onay alınmıştır.

3.1. ÖRNEKLEM VE UYGULAMA

3.1.1. Çalışma Evreni ve Örneklem

Çalışmamıza Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları ayaktan tedavi ünitesine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden Bipolar Bozukluk (Bipolar-I ve Bipolar-II Bozukluk) tanısı almış ötimik hastalar dahil edilmiştir. Ocak 2018 - Mayıs 2018 tarihleri arasında başvuran DSM-5'e göre Bipolar Bozukluk tanısı almış remisyondaki hastalar sözel olarak bipolar bozuklukla ilgili bir çalışma yapılacağı belirtilerek tarafımıza yönlendirilmiştir. 149 hasta ile görülmüş, bu hastalardan 139'i çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

3.1.2. Çalışmanın İçerme Ölçütleri

1. DSM-5'e göre Bipolar Bozukluk tanısı almış olmak
2. 18-65 yaş aralığında olmak
3. En az 8 yıllık örgün eğitim görmüş olmak
4. Çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve çalışma ile ilgili bilgilendirildikten sonra yazılı onam vermiş olmak

3.1.3. Çalışmanın Dışlama Ölçütleri

1. Zeka geriliği bulunması
2. Demans veya genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik hastalığı bulunmak
3. Son bir ay içinde psikoaktif madde kullanmış olmak
4. Kontrol altında olmayan komorbid kronik tıbbi hastalığın olması
5. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinde 8'den büyük puan almak
6. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinde 7' ve 7'den büyük puan almak

3.1.4. Uygulanan İşlem

Hasta ve hasta yakınlarına çalışma hakkında bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş onam formu okunarak yazılı onamları alınmıştır. Yazılı onam veren hastalar tanısal açıdan tekrar değerlendirilmiş DSM-5'e göre tanıları doğrulanarak, ek komorbid psikiyatrik hastalıkları olup olmadığı belirlenmiştir. Hastanın klinik ve sosyodemografik verileri kaydedilip, remisyonda olup olmadığını değerlendirmek için Young Mani Derecelendirme Ölçeği ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmamızda remisyon kriteri, hastalık döneminin iyileşmeye girmesinden sonra en az 8 hafta geçmiş olması, YMRS ≤ 8 ve HAM-D < 7 olması olarak belirlenmiştir (116). Hastalardan Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık ölçeğini, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II ölçeğini ve Çocukluk Çağı Travmaları ölçeğini doldurmaları istenmiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden 139 hastadan, işleme ve dışlama kriterleri de gözetilerek, 14 hasta formları eksik doldurduğunda, 5 hasta kronik tıbbi hastalığı olduğundan, 4 hasta tanısal açıdan tekrar değerlendirildiğinde bipolar bozukluk tanısından uzaklaşıldığından, 4 hasta remisyon kriterlerini karşılamadığından ve 2 hasta da klinik gidiş hakkında yeterli bilgi edinilemediğinden çalışmadan çıkarılmıştır. Sonuçta 110 hasta üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu

Çalışmanın araştırmacıları tarafından katılımcıların sosyodemografik özellikleri, aile öyküsü ve klinik öyküye ilişkin bilgilerin olduğu soruları içeren görüşme formudur.

3.2.2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği(YMRS)

Young ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek manik epizodun şiddetini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır (105). 11 maddeden oluşan ölçeğin yedi maddesi beşli Likert tipinde, diğer dört maddesi ise dokuzlu Likert tipindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 44'tür. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiştir (117).

3.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği(HAM-D)

Hamilton tarafından, depresyon tanısı almış hastalarda, depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (118). Hamilton tarafından 17 maddeli olarak geliştirilen ölçeğe sonraki yıllarda bazı maddeler eklenerek 21 ve 24 maddeli ölçekler geliştirilmiştir. Depresif mizaç, intihar, iş ve aktivitelerde yitim, retardasyon, ajitasyon, gastrointestinal belirtiler, genel somatik belirtiler, hipokondriak belirtiler, içgörü, iştah ve kilo kaybı, uykusuzluk ve anksiyete gibi alt gruplar bulunmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (119).

3.2.4. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri - II (YİYE-II)

Bu ölçek Fraley ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş 18 maddenin kaygıyı, 18 maddenin kaçınmayı ölçtüğü toplam 36 maddeden oluşan bir ölçektir. Katılımcıların kendilerinin doldurduğu bu ölçekte her bir maddenin katılımcıların romantik ilişkilerdeki duygu ve düşüncelerini ne oranda yansıttığını belirtmeleri istenir (1=Hiç Katılmıyorum, 7=Tamamen katılıyorum).İlgili maddeler toplanıp o kişi için kaygı ve kaçınma sürekli puanları elde edilir (120). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Selçuk ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık analizinde kaygı ve kaçınma için Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0.90 ve 0.86 olarak bulunmuştur ve geçerli-güvenli olarak bulunmuştur (8).

3.2.5. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Bu ölçeğin Friborg ve arkadaşları(2003) tarafından geliştirilen ilk halinde “Kişisel güç”, “Yapısal stil”, “Sosyal yeterlilik”, “Aile uyumu” ve “Gelecek algısı” boyutları yer alırken, Friborg ve arkadaşlarının(2005) daha sonra yaptığı bir çalışmada “Kişisel güç” boyutunun “Kendilik algısı” ve “Gelecek algısı” olarak ikiye ayrılması ile oluşan altı boyutlu yapının psikolojik dayanıklılığı daha iyi açıkladığını göstermesi ile ölçeğin mevcut hali oluşturulmuştur. Ölçekte her bir madde için olumlu ve olumsuz özelliklerinin zıt taraflarda olduğu ve aralarında beş kutucuğun olduğu bir format kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği için yapılan analizde iç tutarlılık değerleri ; “Kendilik algısı” için 0.80, “Gelecek algısı” için 0.75 , “Sosyal yeterlilik” için 0.82, “aile uyumu” için 0.86, “Sosyal kaynaklar” için 0.84, “Yapısal

stil” için 0.76 olarak bulunmuştur (85,121). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Basım ve Çetin(2011) tarafından yapılmıştır. “Kendilik algısı”, “Gelecek algısı”, “Yapısal stil”, “Sosyal yeterlilik”, “Aile uyumu” ve “Gelecek algısı” boyutlarının içeren altı boyutlu yapı yapılan faktör analizi ile doğrulanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının 0,66 ve 0,81 arasında değiştiği bulunmuştur. Bu açıdan ölçeğin Türkçe halinin kabul edilebilir düzeylerde güvenilir ve geçerli olduğunu kanaatine varılmıştır (122).

3.2.6. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği(CTQ-28)

Bernstein ve arkadaşları tarafından öncesinde 70 maddelik olarak geliştirilen sonrasında 28 maddeye düşürülen bu ölçek, 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak ölçmek için geliştirilmiş olan bu ölçek üç tanesi travmanın minimizeasyonu ölçmek üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır (123,124). Bu ölçekte çocukluk çağı cinsel, fiziksel ve duygusal istismarı ve duygusal ve fiziksel ihmal ölçen beş ayrı puanın toplamından toplam puan elde edilir . Tüm maddeler için 1'den (Hiç bir zaman) 5'e (Çok sık) kadar puan verilir. Alt puanlar 5-25 arasında, toplam puan 25-125 arasındadır. Minimizeasyonu ölçen 3 madde ölçek puanına eklenmez sadece travmanın minimizeyonunu ölçer. Minimizeyon hesaplaması alınan her 5 puan 1 puan sayılarak hesaplanır. Bunların toplamı ile 0-3 arasında minimizeyon puanı elde edilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında cronbach alfa 0.93, Gutmann yarım test katsayısı 0.97 olarak bulunmuştur. Pearson korelasyon katsayısı hesaplamasında 4.madde($r=0.17$) dışında tüm sonuçlar 0.30 üzerinde ve çoğu 0.50 üzerinde bulunmuştur. Ölçek Türkçe haliyle geçerli ve güvenli bulunmuştur. Bu çalışmayı yapan Şar ve arkadaşları ölçeğin kesme noktalarını da belirlemiştir. Şar ve arkadaşları, cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasını, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puanın aşılmasını ve duygusal ihmal için de 12 puanın aşılmasını ve toplam puan için 35 puanın aşılmasını pozitif bildirim olarak alınmasını önermiştir (125).

3.3. İSTATİSTİK METODU

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 24 for Mac kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, Medyan, frekans) kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Fisher Exact Ki Kare testi kullanıldı. İki'den fazla grubun karşılaştırmalarda parametrik varsayımlar karşılandığı değişkenlerde tek yönlü ANOVA ve post hoc Tukey HSD, parametrik varsayımların karşılanmadığı değişkenlerde ise Kruskal-Wallis, farkın kaynağının tespitinde de Bonferonni düzeltmeli Dunn testi kullanılmıştır.

Parametrik varsayımların karşılandığı hallerde iki grubun karşılaştırılmasında student t test, parametrik varsayımların karşılanmadığı iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bağlanma puanlarının CTQ ve Resilience Ölçeği puanları arasındaki aracılık etkisinin değerlendirilmesinde tek ve çok değişkenli lineer regresyon analizi kullanılmış olup, elde edilen sonucun anlamlılığının değerlendirilmesi Sobel Z testi ile yapılmıştır.

Gerekli olan yerlerde Bonferonni düzeltmesi kullanılmış olup ($p < 0.008$) bu düzeltme dışında diğer tüm analizlerin sonuçları anlamlılık $p < 0.05$ ve $p < 0.01$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4: Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Verilerinin Dağılımı

N=110		Min-Max	Ort±SS (Medyan)
Yaş		18-64	37.21±10.63(38)
Eğitim süresi(Yıl)		8-18	11.27±2.69(12)
Çocuk Sayısı		0-6	0.90±1.16(0)
		N	%
Cinsiyet	Erkek	45	40.9
	Kadın	65	59.1
Medeni durum	Bekar	53	48.2
	Evli	43	39.1
	Dul/Boşanmış/Ayrı	14	12.7
Çalışma Durumu	Çalışıyor	47	42.7
	Çalışmıyor	35	31.9
	Ev Kadını	16	14.5
	Öğrenci	6	5.5
	Emekli	6	5.5
Aile Öyküsü	Yok	60	54.5
	Var	50	45.5
Ailede Tanı (n=50)	Bipolar Bozukluk	26	23.6
	Unipolar Depresyon	7	6.4
	Şizofreni	10	9.1
	Panik Bozukluk	1	0.9
	Alkol KK	1	0.9
	Madde KK	1	0.9
	İntihar Öyküsü	1	0.9
	Anksiyete Bozukluğu	2	1.8
	Diğer	2	1.8
Eşlik Eden Tıbbi Hastalık	Yok	87	79.1
	Var	23	20.9
Sigara	Yok	53	48.2
	Var	57	51.8
Alkol	Yok	109	99.1
	Var	1	0.9
PAM	Yok	109	99.1
	Var	1	0.9

Çalışmaya katılan hastaların yaşları 18 ila 64 arasında (37.21±10.63) olup hastaların 65'i (%59.1) kadın, 45'i (%40.9) erkektir. Hastaların eğitim süresi 8-18 yıl

arasında değişmekte olup ortalama 11.27 ± 2.69 yıldır. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik verilerinin dağılımı Tablo-4'te verilmiştir.

Tablo 5: Çalışmaya Katılan Hastaların Hastalıklarına İlişkin Klinik Verilerinin Dağılımı

N=110		Min-Max	Ort±SS (Medyan)
Hastalık Süresi		0.33-38	11.01±7.82(9)
Toplam Hastalık Dönemi Sayısı		1-20	6.16±4.46(5)
Depresif Dönem Sayısı		0-10	2.79±2.55(2)
Manik Dönem Sayısı		0-12	2.86±2.53(2)
Hipomanik Dönem Sayısı		0-15	0.65±2.09(0)
Hospitalizasyon Sayısı		0-13	2.37±2.64(1)
		N	%
İlk Hastalık Epizodu	Mani	51	46.4
	Depresyon	59	53.6
İlk Epizod Karma Öz.	Yok	94	85.5
	Var	16	14.5
İlk Epizod Psikotik Öz.	Yok	44	40.0
	Var	66	60.0
İlk Epizod Stresör	Yok	68	61.8
	Var	42	38.2
İlk Epizod Şiddet	Hafif	13	11.8
	Orta	53	48.2
	Şiddetli	44	40.0
İlk Epizod Postpartum Ö.(N=65)	Yok	57	87.7
	Var	8	12.3
Hızlı Döngülülük	Yok	108	98.2
	Var	2	1.8
Mevsimsellik	Yok	87	79.1
	Var	23	20.9
Karma Belirteç	Yok	84	76.4
	Var	26	43.6
Anksiyete Bulguları	Yok	77	70.0
	Var	33	30.0
Psikotik Özellikler	Yok	28	25.5
	Var	80	72.7
	Yetersiz Bilgi	2	1.8
Subsendromal Belirti	Yok	62	56.4
	Var	48	43.6
Subsendrom Tipi(n=48)	Depresif Belirtiler	42	87.5
	Manik Belirtiler	2	4.2
	Karma Belirtiler	4	8.3

Çalışmaya katılan hastaların hastalık süreleri 0.33 ila 38 yıl arasında (11.01 ± 7.82) olup hastaların 51'inin (%46.4) ilk hastalık epizodu mani, 59'unun (%53.6) depresyondur. Çalışmaya katılan hastaların diğer klinik verilerinin dağılımı Tablo-5'te verilmiştir.

Tablo 6: Çalışmaya Katılan Hastaların İntihar Girişimine İlişkin Verilerinin Dağılımı

		N	%
İntihar Girişimi	Yok	85	77.3
	Var	25	22.7
İntihar Müdahale (n=25)	Hastanede Müdahale Gereken	20	80.0
	Hastanede Müdahale Gerekmeyen	5	20.0

Çalışmaya katılan hastaların 25'i intihar girişimi bulunmaktayken bunlardan 20'sinin (%80) intihar girişimi hastanede müdahaleyi gerektirecek düzeydedir. İntihar girişimine ilişkin verilerin dağılımı Tablo-6'da verilmiştir.

Tablo 7: HAM-D, YMRS, Resilience, YİYE-II ve CTQ Puanlarının Dağılımı

	Min-Max	Ort±SS (Medyan)
HAM-D	0-6	1.93±1.69(2)
YMRS	0-4	0.20±0.71 (0)
Resilience	69-165	3127.41±22.15(130)
Kaçınmacı bağlanma	18-96	55.08±18.19(53)
Kaygılı bağlanma	22-113	63.70±20.74 (65)
Duygusal İstismar	5-19	7.82±3.40(6)
Fiziksel İstismar	5-17	6.10±2.43 (5)
Fiziksel İhmal	5-16	8.10±2.71 (8)
Cinsel İstismar	5-16	6.21±2.42 (5)
Duygusal İhmal	5-24	11.83±4.41 (11)
CTQ Toplam	25-75	40.09±11.24 (37)

Çalışmaya katılan hastaların HAM-D, YMRS, Resilience, YİYE-II ve CTQ ölçeklerinden aldıkları minimum-maksimum puanlar ve ortalama puanlarına ilişkin verilerin dağılımı Tablo-7'de verilmiştir.

Tablo 8: Çalışmaya Katılan Hastaların CTQ Kesme Puanlarına Göre Çocukluk Çağı Travmasının Varlığı Açısından Dağılımı

	N=110	Kesme Puanı	N	%
Cinsel İstismar		Yok(<=5)	79	71.8
		Var(>=6)	31	28.2
Fiziksel İstismar		Yok(<=5)	79	71.8
		Var(>=6)	31	28.2
Fiziksel İhmal		Yok(<=7)	55	50.0
		Var(>=8)	55	50.0
Duygusal İstismar		Yok(<=7)	66	60.0
		Var(>=8)	44	40.0
Duygusal İhmal		Yok(<=12)	65	59.1
		Var(>=13)	45	40.9
CTQ		Yok(<=35)	46	41.8
		Var(>=36)	64	58.2

Çalışmaya katılan hastalar, kesme puanlarına göre her bir CTQ alt ölçeğinde çocukluk travması var yok olarak iki gruba ayrılmıştır. Buna alt ölçekler arasında en fazla çocukluk travmasına dair kesme puanının üzerinde yer alan kişi fiziksel ihmalde iken (%50), toplam puana göre de çalışmaya katılanların 64'ünün (%58.2) çocukluk çağ travması olduğu söylenebilir. Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular tablo-8'de gösterildiği gibidir.

Tablo 9: Cinsiyete Göre CTQ Toplam Puanın Kesme Değerine Göre Çocukluk Çağı Travması Olan ve Olmayan Hastaların Karşılaştırılması

N=110		Erkek (n=45)	Kadın (n=65)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
Fiziksel İstismar	Yok(<=5)	30(66.7)	49(75.4)	0.999	0.318
	Var(>=6)	15(65.2)	16(24.6)		
Cinsel İstismar	Yok(<=5)	32(71.1)	47(72.3)	0.019	0.891
	Var(>=6)	13(28.9)	18(27.7)		
Duygusal İstismar	Yok(<=7)	27(60.0)	39(60.0)	0.000	1.000
	Var(>=8)	18(40.0)	26(40.0)		
Fiziksel İhmal	Yok(<=7)	16(35.6)	39(60.0)	6.356	0.012*
	Var(>=8)	29(64.4)	26(40.0)		
Duygusal İhmal	Yok(<=12)	26(57.8)	39(60.0)	0.054	0.816
	Var(>=13)	19(42.2)	26(40.0)		
CTQ	Yok(<=35)	18(40.0)	28(43.1)	0.103	0.748
	Var(>=36)	27(60.0)	37(56.9)		

*Ki Kare testi *p<0.05,*

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre CTQ Travma Durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre Fiziksel İhmal değişkenince kesme puanının üzerinde yer alan erkek hastaların oranı kadın hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Diğer değişkenler açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular tablo-9'da gösterildiği gibidir.

Tablo 10: Cinsiyetlerine Göre Hastaların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Erkek (n=45)	Kadın (n=65)		
N=110	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	t/U	p
HAM-D	1.68±1.62(1)	2.10±1.74(2)	1256.00	0.200
YMRS	0.15±0.67(0)	0.24±0.75(0)	1402.00	0.461
Resilience	126.02±20.72(129)	128.36±23.20(130)	1318.00	0.379
Kaçınmacı Bağlanma	57.08±17.56(56)	53.69±18.63(48)	1288.50	0.290
^T Kaygılı Bağlanma	65.24±19.48(66)	62.63±21.66(62)	0.648	0.518
Duygusal İstismar	7.37±3.02(6)	8.13±3.63(7)	1252.00	0.187
Fiziksel İstismar	6.15±2.15(5)	6.06±2.62(5)	1347.50	0.378
Fiziksel İhmal	8.77±2.85(9)	7.64±2.55(7)	1090.50	0.022*
Duygusal İhmal	12.00±4.25(11)	11.72±4.55(11)	1393.50	0.674
Cinsel İstismar	6.20±2.59(5)	6.23±2.31(5)	1458.00	0.972
CTQ Toplam	40.51±11.30(38)	39.80±11.29(37)	1384.00	0.633

*Mann Whitney U, ^TStudent t test, *p<0.05,*

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre ölçeklerden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Buna göre; erkek hastaların fiziksel ihmal puanları kadın hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p<0.05). Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular tablo-10'da gösterildiği gibidir.

Tablo 11: Klinik Özelliklerin Uygulanan Ölçeklerle Olan İlişkisi

N=110	Hastalık Süresi	Toplam Hastalık Dönemi Sayısı	Depresif Dönem Sayısı	Manik Dönem Sayısı	Hipomanik Dönem Sayısı	Hospitalizasyon Sayısı
HAM-D	-0.001	0.114	0.173	-0.069	0.152	0.027
YMRS	0.035	0.044	0.121	-0.066	0.053	0.124
Resilience	0.108	0.026	-0.086	0.195*	-0.137	-0.080
Kaçınmacı Bağlanma	0.108	0.038	0.033	0.023	-0.028	0.109
Kaygılı Bağlanma	0.014	0.107	0.071	0.017	0.137	0.080
Duygusal İstismar	0.072	-0.032	0.040	-0.047	0.031	0.044
Fiziksel İstismar	0.209*	0.105	0.051	0.240*	-0.182	0.236*
Fiziksel İhmal	0.084	0.109	0.098	0.052	0.051	0.042
Duygusal İhmal	0.122	0.141	0.062	0.193*	0.016	0.121
Cinsel İstismar	0.052	-0.028	-0.051	-0.001	-0.021	0.163
CTQ Toplam	0.101	0.082	0.047	0.121	0.021	0.117

*Spearman's Rho korelasyon *p<0.05, **p<0.01*

Çalışmaya katılanların Resilience puanları manik dönem sayısı ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). CTQ Fiziksel İstismar puanları hastalık süresi, manik dönem sayısı ve hospitalizasyon sayısı ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). Benzer şekilde; CTQ Duygusal İhmal puanı da manik dönem sayısı ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$). Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular tablo-11'de gösterildiği gibidir.

Tablo 12: CTQ Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle Olan İlişkisi

N=110	Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar	CTQ Toplam
HAM-D	0.296**	0.072	0.108	0.101	0.022	0.229*
YMRS	0.053	-0.041	0.009	0.066	0.145	0.049
Resilience	-0.379**	-0.152	-0.256**	-0.323**	-0.168	-0.412**
Kaçıncı Bağlanma	0.168	0.124	0.129	0.214*	0.134	0.236*
Kaygılı Bağlanma	0.301**	0.140	0.128	0.306**	0.043	0.324**

*Spearman's Rho korelasyon *p<0.05, **p<0.01*

Çalışmaya katılanların CTQ Duygusal İstismar puanları HAM-D ve YİYE Kaygılı Bağlanma puanları ile pozitif yönde, Resilience puanları ile de negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$).

CTQ Fiziksel İhmal puanları Resilience puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$).

CTQ Duygusal İhmal puanları Resilience puanı ile negatif yönde ($p<0.01$), YİYE Kaçıncı Bağlanma ($p<0.05$) ve Kaygılı Bağlanma ($p<0.01$) puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir.

CTQ Toplam puanları HAM-D, YİYE Kaçıncı Bağlanma ($p<0.05$) ve Kaygılı Bağlanma ($p<0.01$) puanları ile pozitif yönde, Resilience puanları ile de negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.01$). Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular tablo-12'de gösterildiği gibidir.

Tablo 13: HAM-D, YMRS, Resilience ve YİYE Ölçekleri Arasındaki İlişki

N=110	HAM-D	YMRS
Resilience Toplam	-0.273**	0.023
Kaçınmacı Bağlanma	0.144	0.056
Kaygılı Bağlanma	0.271**	-0.045

*Spearman's Rho korelasyon, ** $p < 0.01$*

Çalışmaya katılanların HAM-D puanları Resilience puanları ($p < 0.01$) ile negatif yönde, YİYE Kaygılı Bağlanma puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p < 0.01$). YMRS ile diğer ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular tablo-13'de gösterildiği gibidir.

Tablo 14: Resilience ve YİYE Ölçeği Arasındaki İlişki

N=110	Kaçınmacı Bağlanma	Kaygılı Bağlanma
Resilience	-0.372**	-0.514**

*Spearman's Rho korelasyon ** $p < 0.01$*

Çalışmaya katılanların Resilience puanları, YİYE Kaçınmacı Bağlanma ve Kaygılı Bağlanma puanları ile negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p < 0.01$). Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular tablo-14'de gösterildiği gibidir.

Tablo 15: CTQ Toplam Puanın Kesme Değerine Göre Çocukluk Çağı Travması Olan ve Olmayan Hastaların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

		Yok(≤ 35) (n=46)	Var(≥ 36) (n=64)		
N=110		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	t/U	p
⁺ Yaş		38.08±10.28(40)	36.59±10.91(37)	0.725 ^t	0.470
⁺⁺ Eğitim süresi(Yıl)		11.56±2.63(12)	11.06±2.74(11)	1252.50	0.171
⁺⁺ Çocuk Sayısı		0.91±1.26(0)	0.89±1.10(0)	1472.00	1.000
		N(%)	N(%)	χ^2	p
⁺⁺⁺ Cinsiyet	Erkek	18(39.1)	27(42.2)	0.103	0.748
	Kadın	28(60.9)	37(57.8)		
⁺⁺⁺ Medeni durum	Bekar	20(43.5)	33(51.6)	3.360	0.186
	Evli	17(37.0)	26(40.6)		
	Dul/Boşanmış/Ayrı	9(19.6)	5(7.8)		
⁺⁺⁺⁺ Çalışma Durumu	Çalışıyor	19(41.3)	28(43.8)	2.476	0.668
	Çalışmıyor	17(37.0)	18(28.1)		
	Ev Kadını	6(13.0)	3(4.7)		
	Öğrenci	3(6.5)	3(4.7)		
	Emekli	1(2.2)	5(7.8)		
⁺⁺⁺ Aile Öyküsü	Yok	26(56.5)	34(53.1)	0.125	0.724
	Var	20(43.5)	30(46.9)		
⁺⁺⁺⁺ Ailedeki Psikiyatrik Hastalık (n=50)	Bipolar Bozukluk	12(60.0)	14(46.7)	4.873	0.808
	Unipolar Depresyon	4(20.0)	3(10.0)		
	Şizofreni	3(15.0)	7(23.3)		
	Panik Bozukluk	0(0.0)	1(3.3)		
	Alkol KK	0(0.0)	1(3.3)		
	Madde KK	0(0.0)	1(3.3)		
	Anksiyete Bozukluğu	0(0.0)	2(6.7)		
	Diğer	1(5.0)	1(3.3)		
⁺⁺⁺ Eşlik Tıbbi Hastalık	Eden Yok	36(78.3)	51(79.7)	0.033	0.856
	Var	10(21.7)	13(20.3)		
⁺⁺⁺ Sigara	Yok	23(50.0)	30(46.9)	0.105	0.746
	Var	23(50.0)	34(53.1)		
⁺⁺⁺⁺ Alkol	Yok	46(100)	63(98.4)	0.725	1.000
	Var	0(0.0)	1(1.6)		
⁺⁺⁺⁺ PAM	Yok	45(97.8)	64(100)	1.404	0.418
	Var	1(2.2)	0(0.0)		

⁺Student t test, ⁺⁺Mann Whitney U Test, ⁺⁺⁺Ki Kare testi, ⁺⁺⁺⁺Fisher Exact Ki Kare *p<0.05, **p<0.01

Çalışmaya katılan hastalar CTQ toplam puanlarına göre çocukluk çağı travması var ve yok şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Bu ayırmda kesme puanı 35 olarak Kabul edilmiş olup, 35'e eşit ve altında puan alanların çocukluk çağı travması yok,

36 ve üstü olanların çocukluk çağı travması var olarak Kabul edilmiştir. Bu ayrıma göre, iki grup arasında sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular tablo-15'te gösterildiği gibidir.

Tablo 16: CTQ Toplam Puanın Kesme Değerine Göre Çocukluk Çağı Travması Olan ve Olmayan Hastaların Hastalık Süresi ve Hastalık Dönem Sayılarının Karşılaştırılması

N=110	Yok(≤ 35) (n=46)	Var(≥ 36) (n=64)	U	p
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Hastalık Süresi	10.23±7.04(8)	11.57±8.35(10)	1349.00	0.455
Toplam Hastalık Dönemi Sayısı	5.78±4.46(5)	6.43±4.47(5)	1300.50	0.296
Depresif Dönem Sayısı	2.60±2.61(2)	2.92±2.52(2)	1329.50	0.380
Manik Dönem Sayısı	2.54±2.23(2)	3.09±2.71(2)	1307.00	0.307
Hipomanik Dönem Sayısı	0.63±2.13(0)	0.65±2.07(0)	1338.50	0.255
Hospitalizasyon Sayısı	2.06±2.36(1)	2.59±2.82(1)	1318.00	0.336

Mann Whitney U Test,

CTQ toplam kesme puanına göre oluşturulan Çocukluk Çağı Travması Var-Yok şeklindeki iki grup arasında hastalık süresi ve hastalık dönemi sayıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular tablo-16'da gösterildiği gibidir.

Tablo 17: CTQ Toplam Puanın Kesme Değerine Göre Çocukluk Çağı Travması Olan ve Olmayan Hastaların Dönem Özelliklerinin Karşılaştırılması

N=110		Yok(<=35) (n=46)	Var(>=36) (n=64)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
İlk Hastalık Epizodu	Mani	16(34.8)	35(54.7)	4.264	0.039*
	Depresyon	30(65.2)	29(45.3)		
İlk Epizod Karma Öz.	Yok	42(91.3)	52(81.2)	2.177	0.140
	Var	4(8.7)	12(18.8)		
İlk Epizod Psikotik Öz.	Yok	24(52.2)	20(31.2)	4.882	0.027*
	Var	22(47.8)	44(68.8)		
İlk Epizod Stresör	Yok	28(60.9)	40(62.5)	0.030	0.862
	Var	18(39.1)	24(37.5)		
İlk Epizod Şiddet	Hafif	8(17.4)	5(7.8)	3.212	0.201
	Orta	23(50.0)	30(46.9)		
	Şiddetli	15(32.6)	29(45.3)		
+İlk Epizod Postpartum Ö.(N=65)	Yok	26(92.9)	31(83.8)	1.216	0.449
	Var	2(7.1)	6(16.2)		
+Hızlı Döngülülük	Yok	45(97.8)	63(96.9)	0.056	1.000
	Var	1(2.2)	1(1.6)		
+Mevsimsellik	Yok	41(89.1)	46(71.9)	4.819	0.028*
	Var	5(10.9)	18(28.1)		
Karma Belirteç	Yok	36(78.3)	50(76.9)	0.158	0.691
	Var	10(21.7)	16(25.0)		
Anksiyete Bulguları	Yok	35(76.1)	42(65.6)	1.395	0.238
	Var	11(23.9)	22(34.4)		
+Psikotik Özellikler	Yok	15(32.6)	13(20.3)	2.941	0.212
	Var	31(67.4)	49(76.6)		
	Yetersiz Bilgi	0(0.0)	2(3.1)		
Subsendromal Belirti	Yok	29(63.0)	33(51.6)	1.434	0.231
	Var	17(37.0)	31(48.4)		
+Subsendrom Tipi(n48)	Depresif Belirtiler	14(82.4)	28(90.3)	3.328	0.230
	Manik Belirtiler	2(11.8)	0(0.0)		
	Karma Belirtiler	1(5.9)	3(9.7)		

Ki Kare testi, +Fisher Exact Ki Kare *p<0.05,

Çalışmaya katılan hastaların CTQ toplam kesme puanına göre oluşturulan Çocukluk Çağı Travması Var-Yok şeklindeki iki grup arasında hastalık dönemi özellikleri karşılaştırılmıştır. Buna göre; ÇÇT var olan grupta hem ilk hastalık dönemi mani olanların, hem de ilk hastalık döneminde psikotik özellik gösterenlerin oranı diğer gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Benzer şekilde yine ÇÇT var olan grupta mevsimsel özellik gösterenlerin oranı diğer gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular tablo-17’de gösterildiği gibidir.

Tablo 18: CTQ Toplam Puanın Kesme Değerine Göre Çocukluk Çağı Travması Olan ve Olmayan Hastaların İntihar Girişimi Özelliklerinin Karşılaştırılması

N=110		Yok(≤ 35) (n=46)	Var(≥ 36) (n=64)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
İntihar Girişimi	Yok	37(80.4)	48(75.0)	0.450	0.502
	Var	9(19.6)	16(25.0)		
+İntihar Müdahale (n=25)	Hastanede Müdahale Gereken	7(77.8)	13(81.2)	0.043	0.835
	Hastanede Müdahale Gerekmeyen	2(22.2)	3(18.8)		

Ki Kare, ⁺Fisher Exact Test

Çalışmaya katılan hastaların CTQ toplam kesme puanına göre oluşturulan Çocukluk Çağı Travması Var-Yok şeklindeki iki grup arasında intihar girişimi özellikleri karşılaştırılmıştır. Buna göre iki grup arasında intihar girişimi özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular tablo-18’de gösterildiği gibidir.

Tablo 19: CTQ Toplam Puanın Kesme Değerine Göre Çocukluk Çağı Travması Olan ve Olmayan Hastaların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

N=110	Yok(<=35) (n=46)	Var(>=36) (n=64)	U	p
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
HAM-D	1.45±1.78(1)	2.28±1.55(3)	999.00	0.003**
YMRS	0.19±0.65(0)	0.21±0.76(0)	1461.50	0.898
Resilience	137.63±18.22(143)	120.06±21.93(120)	764.50	<0.001**
Kaçınmacı Bağlanma	49.98±17.77(45)	58.75±17.74(56)	1.056.50	0.012*
^T Kaygılı Bağlanma	57.09±21.11(53)	68.45±19.27(67)	-2.931	0.004**
Duygusal İstismar	5.86±1.57(5)	9.23±3.67(9)	582.00	<0.001**
Fiziksel İstismar	5.10±0.31(5)	6.81±2.99(5)	979.00	<0.001**
Fiziksel İhmal	6.41±1.57(6)	9.32±2.72(9)	508.50	<0.001**
Duygusal İhmal	8.19±2.17(9)	14.45±3.70(14)	170.50	<0.001**
Cinsel İstismar	5.28±1.14(5)	6.89±2.84(5)	964.50	<0.001**
CTQ Toplam	30.86±3.40(32)	46.71±10.19(44)	0.000	<0.001**

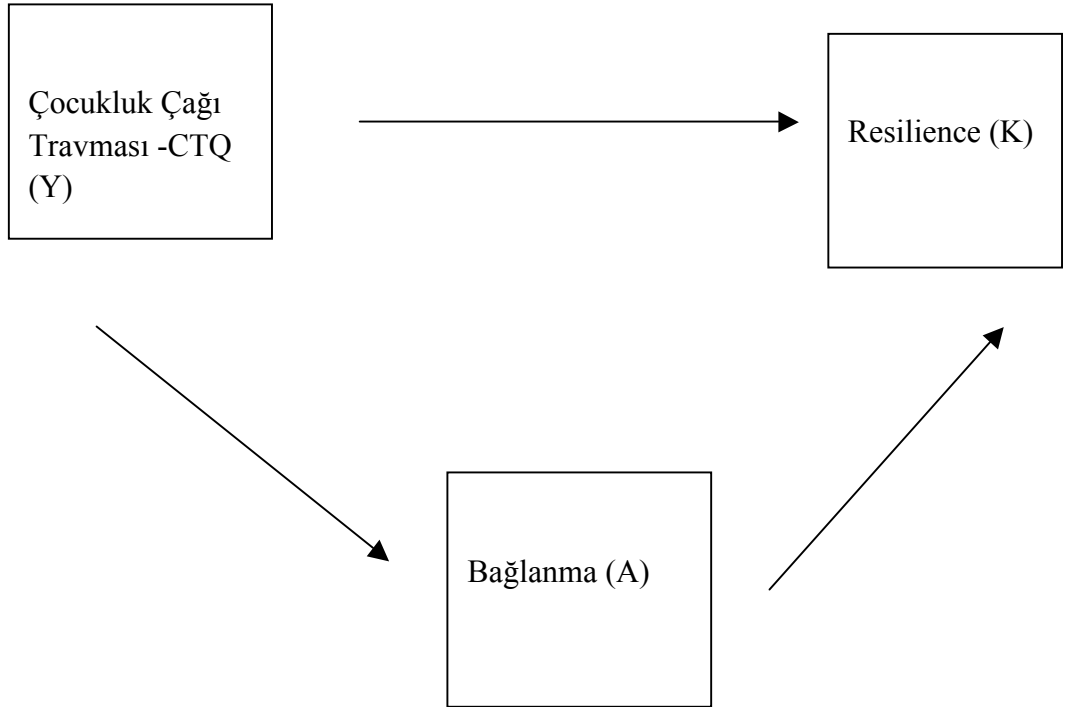
*Mann Whitney U, ^TStudent t test, *p<0.05, **p<0.01*

Çalışmaya katılan hastaların CTQ toplam kesme puanına göre oluşturulan Çocukluk Çağı Travması Var-Yok şeklindeki iki grup arasında ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre; ÇÇT var olan grubun HAM-D, YİYE Kaygılı Bağlanma ($p<0.01$), YİYE Kaçınmacı Bağlanma ($p<0.05$), CTQ Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal, Cinsel İstismar ve CTQ toplam puanları ÇÇT yok olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$).

ÇÇT yok olan grubun resilience puanları ÇÇT var olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular tablo-19'da gösterildiği gibidir.

Klasik regresyon analizinde, aracılık ilişkisinin "katı anlamda" ispat edilmesi aşağıdaki koşulların hepsinin yerine getirilmesine bağlıdır (Baron & Kenny, 1986).

1. Yordayıcı (Y:Independent Variable) Değişken, Kriter değişkeni (K:Dependent Variable) anlamlı bir şekilde yordar. Bu koşul, Baron ve Kenny tarafından bir önkoşul olarak konmuştur. Buradaki temel mantık, "eğer Y ile K arasında bir ilişki yoksa, zaten aracılık edilecek bir ilişki de yoktur" şeklinde ifade edilebilir.
2. Y değişkeni Mediator Variable değişkeni (A:Mediator) anlamlı bir şekilde yordar. A'nın aracı bir değişken olabilmesi için Y tarafından yordanabilmesi gerekir.
3. A K'yı anlamlı bir şekilde yordar. Ancak bu regresyon eşitliğinin, Y'nin kontrol edilmesiyle belirlenmesi gerekmektedir.
4. A'nın etkisi kontrol edildiğinde, Y ile K arasındaki ilişkinin miktarında anlamlı bir düşüş olur (ya da bu ilişki artık istatistiksel olarak anlamlı olmaz).



Resim 1: Regresyon modeli

Tablo 20: YİYE Kaçınmacı Bağlanma Puanlarının, CTQ Toplam Puanları ve Resilience Arasındaki İlişkiye Dair Aracılık Etkisi

Yordanan Değişken	Yordayan Değişken	R ²	F	B	Std.Hata	p	%95 G.A Alt Sınır	%95 G.A Üst Sınır
Resilience	CTQ Toplam	0.134	16.774	-0.722	0.176	<0.001	-1.072	-0.373
Kaçınmacı Bağlanma	CTQ Toplam	0.063	7.287	0.251	0.151	0.008	0.108	0.705
Resilience	Kaçınmacı Bağlanma			-0.466	0.118	<0.001	-0.701	-0.231
	CTQ Toplam	0.272	16.905	-0.533	0.200	0.009	-0.930	-0.136
Sobel Z=-2.295 , p=0.036								

Birinci regresyon modelinde CTQ toplam değişkeninin Resilience üzerine olan etkisi, YİYE Kaçınmacı Bağlanma değişkeni 3. modelde regresyon denkleminde girmesi ile azalmış ancak anlamlılığını korumaya devam etmiştir. Azalma, aracılık ilişkisinin kısmi aracılık düzeyinde olabileceğini göstermektedir. Ancak, CTQ Toplam değişkeninin, YİYE Kaçınmacı Bağlanma değişkeni aracılığıyla Resilience değişkenini etkilediği sonucuna varabilmek için, Sobel testi ile hesaplanan z değerinin anlamlılığına bakmak gerekmektedir. Sobel testine göre $z=-2.295(p=0.036)$ bulunmuştur. İstatistiksel açıdan anlamlı bulunan z değeri, öngörülen aracılık ilişkisinin anlamlı olduğunu göstermektedir (resim-1).

Tablo 21: YİYE Kaygılı Bağlanma Puanlarının, CTQ Toplam Puanları ve Resilience Arasındaki İlişkiye Dair Aracılık Etkisi

Yordanan Değişken	Yordayan Değişken	R ²	F	B	Std.Hata	p	%95 G.A Alt Sınır	%95 G.A Üst Sınır
Resilience	CTQ Toplam	0.134	11.589	-0.722	0.212	0.001	-1.143	-0.302
Kaygılı Bağlanma	CTQ Toplam	0.085	7.959	0.539	0.191	0.006	0.160	0.918
Resilience	Kaygılı Bağlanma	0.331	31.456	-0.496	0.092	<0.001	-0.679	-0.312
	CTQ Toplam			-0.455	0.205	0.029	-0.862	-0.048
Sobel Z=-2.463, p=0.014								

Birinci regresyon modelinde CTQ toplam değişkeninin Resilience üzerine olan etkisi, YİYE Kaygılı Bağlanma değişkeni 3. modelde regresyon denklemine girmesi ile azalmış ancak anlamlılığını korumaya devam etmiştir. Azalma, aracılık ilişkisinin kısmi aracılık düzeyde olabileceğini göstermektedir. Ancak, CTQ Toplam değişkeninin, YİYE Kaygılı Bağlanma değişkeni aracılığıyla Resilience değişkenini etkilediği sonucuna varabilmek için, Sobel testi ile hesaplanan z değerinin anlamlılığına bakmak gerekmektedir. Sobel testine göre $z = -2.463(p=0.014)$ bulunmuştur. İstatistiksel açıdan anlamlı bulunan z değeri, öngörülen aracılık ilişkisinin anlamlı olduğunu göstermektedir (resim-1).

5. TARTIŞMA

Çalışmamız, çocukluk çağı travmalarının bipolar bozukluk hastalarında sık görüldüğünü göstermektedir. Bipolar bozukluk hastalarında, çocukluk çağı travmasının psikolojik dayanıklılığa olumsuz etki ettiği ve bu etkide kaygılı ve kaçınmacı bağlanmanın kısmi aracılık rolü oynadığı saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan hastaların %59.1'ini kadın hastalar %40.9'unu erkek hastalar oluşturmaktadır. Yapılan toplum tabanlı epidemiyolojik çalışmalarda bipolar bozukluk için kadın erkek oranı 1,1:1 olarak belirtilmiştir. Bazı epidemiyolojik çalışmalarda ve klinik çalışmalarda ise bizim çalışmamıza benzer şekilde kadın oranının %60'lara kadar çıkabileceğini göstermiştir (126). Bizim çalışmamızda kadınların oranının daha fazla olması çalışmamızın görece küçük bir örnekleme yapılmasına da bağlanabilir.

Çalışmamızda toplam CTQ puanı kesme değeri ile bipolar bozukluk hastalarında çocukluk çağı travmasının oranını %58.2 olarak saptadık. Cinsel istismar için bu oran % 28.2, fiziksel istismar için % 28.2, fiziksel ihmal için % 50, duygusal istismar için % 40 ve duygusal ihmal için % 40.9'dur. Bu oranlar, çocukluk çağında travma öyküsünün bipolar hastalarda sık görüldüğü ile ilgili literatür ile uyumludur. Literatürde bipolar bozuklukta %20.6 ile %81.4 arasında değişen oranlarda travma öyküsü olduğu bildirilmektedir (14,15,17,127–132). Bu geniş aralık, çeşitli araştırmalarda çocukluk çağı travmalarının farklı yöntemlerle saptanması, özellikle daha eski çalışmaların duygusal ve fiziksel ihmali göz ardı etmesi, farklı kesme puanlarının kullanılması ve kültürel farklılıkların rol alması ile açıklanabilir. Örneğin kimi çalışmalar herhangi bir alt türde kesme değerinin üstünde bir puan olan kişileri travma açısından pozitif kabul ederken, bazı araştırmacılar ise bizim yaptığımız gibi toplam puan üzerinden kesme değerinin üstünde puan alanları pozitif olarak kabul etmektedir. Ayrıca çeşitli kültürler arasında neyin travma olduğuna dair farklılıkların olduğu, kültürlerarası en az değişkenlik gösteren travma

türünün bariz fiziksel ve cinsel istismar olduğu öne sürülmektedir (96). ÇÇT alt türleri açısından da benzer farklılıklar gözlenmektedir. Biz çalışmamızda ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Şar ve arkadaşlarının önerdiği kesme değerlerini aldık (125). Bizim çalışmamızda en sık bildirilen alt tip % 50 ile fiziksel ihmaldir. En düşük bildirilen alt tip ise % 28.2 ile fiziksel istismar ve cinsel istismardır. Örneğin Erten ve arkadaşları Türkiye'de yaptıkları çalışmada ötimik bipolar bozukluk hastalarının %61.2'de herhangi bir çocukluk travması olduğunu, alt tiplerde ise fiziksel istismar için %25.9, duygusal istismar için %26.7, cinsel istismar için %20.7 ve fiziksel veya duygusal ihmal için %39.7 oranında olduğunu bildirmişlerdir. Marshall ve arkadaşlarının, CTQ-28 kullanılarak yaptıkları bir çalışmada, toplam CTQ puanı göz önüne alınarak değerlendirildiğinde hastaların %74.1'nin travmaya uğradığı saptanmıştır. Bu çalışmada bulgularımıza benzer şekilde en sık gözlenen travma alt tipi % 56 ile duygusal ihmaldir (129). Bizim bildiğimiz kadarıyla, bipolar bozuklukta en yüksek ÇÇT oranını %81.4 ile Noto ve arkadaşlarına aittir. Bu çalışmada prodromal belirtiler ile CTQ-28 arasındaki ilişkiye bakan çalışmacılar; herhangi bir travma alt tipi için pozitif olan hasta oranını %81.4 olarak bildirmişlerdir. Yine bu çalışmada en sık bildirilen alt tip %58.1 ile duygusal istismar iken, en az bildirilen alt tip ise bizim bulgularımızla uyumlu olarak %27.9 ile cinsel istismardır (130). Romero ve arkadaşları ise çocuk ve ergen bipolar bozukluk hastalarında yaptığı çalışmada, bipolar bozukluk hastalarında sadece fiziksel ve cinsel istismar özelinde çocukluk çağı travması oranını %20.6 olarak saptamışlardır (128).

Çalışmamızda cinsiyet açısından travma öyküsü değerlendirildiğinde, kadınlarla erkekler arasında CTQ toplam (K:%56 E:%60), cinsel istismar (K:27.7 E:%28.9), fiziksel istismar (K:%24.6 E:%23.3), duygusal istismar (K:%40 E:%40) ve duygusal ihmal (K:%40 E:42.2) açısından fark saptanmamıştır. Ancak fiziksel ihmal (K:%40 E:%64.4) erkeklerde kadınlara oranla anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Toplum temelli yapılan çalışmalarda kadınlarda total travma oranı ve cinsel travma oranı daha yüksek bildirilmektedir (101). Ancak travma bildirimlerinin doğruluğunu ölçmek için yapılan bir çalışmada, travmaya uğradığı belgelenmiş olan hastaların 20 yıl sonra çocukluk çağı travmaları geriye dönük sorgulandığında, yetişkin erkeklerin kadınlara oranla anlamlı oranda daha fazla geçmişe dönük travma olmadığını

bildirdiği saptanmıştır (133). Bipolar bozukluğu olan hastalarda yapılan çalışmalara bakıldığında, bazı çalışmacılar kadınlarda daha sık fiziksel ve cinsel istismar bildirmiştir (14,127). Bipolar bozukluğu olan kadın ve erkekler arasında ÇÇT açısından anlamlı bir fark saptamayan çalışmalar da mevcuttur (17,128,134). Bizim bulgularımız da fiziksel ihmal dışında cinsiyetler arasında fark saptamayan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

CTQ toplam puanı ile hastalık süresi, toplam hastalık dönemi sayısı, depresif dönem sayısı, manik dönem sayısı, hipomanik dönem sayısı ve yatış sayıları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Klinik özellikler ile CTQ toplam puanları ve alt tip puanları arasındaki ilişkiye baktığımızda, fiziksel istismar puanları ile hastalık süresi, manik dönem sayısı ve yatış sayısı arasında ve duygusal ihmal ile manik dönem sayısı arasında pozitif anlamlı ilişki saptadık. Ayrıca duygusal istismar ve CTQ toplam puanı ile HAM-D puanları arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır. Literatürde bipolar bozukluk hastalarında saptanan çocukluk çağı travması ile daha ağır mani ve depresyon dönemleri, daha şiddetli psikotik belirtiler, daha sık alkol-madde kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozukluğu komorbiditesi, daha erken başlangıç, daha sık hastalık dönemleri, daha fazla hızlı döngülülük ve artmış intihar riskinden bahsedilmektedir (20). Ancak bazı çalışmacıların saptadığı ilişkiyi diğer çalışmalar saptamamıştır. Örneğin; Erten ve arkadaşları, çocukluk çağı travması olan grup ile olmayan grubu karşılaştırdıkları çalışmalarında, travması olan grupta depresif dönem ve toplam hastalık dönemi sayısının daha fazla olduğunu bildirmişler ama hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi ve manik dönem sayısı, hipomanik dönem sayısı ve karma dönem sayısı açısından fark saptamamışlardır (17). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada Bipolar-I bozukluğu olan hastalar, şiddetli travma olan ve olmayan diye ayrıldığında, travması olanlarda tedavisiz geçen hastalık süresi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hastalık başlangıç yaşı, toplam hastalık dönemi sayısı, manik dönem sayısı ve depresif dönem sayısı açısından iki grup arasında fark saptanmamıştır (135). Garno ve arkadaşları ise çocukluk çağı travması ile daha erken hastalık başlangıç yaşı arasında ilişki saptarken, manik dönem sayısı, depresif dönem sayısı, yatış sayısı arasında ilişki saptamamıştır (15).

Leverich ve arkadaşlarının 631 bipolar bozukluk hastasında fiziksel ve cinsel istismara baktıkları araştırmalarında, çocukluk çağı istismarının, daha uzun hastalık süresi, daha uzun tedavisiz geçen süre ve daha erken başlangıç yaşıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada fiziksel istismara uğrayan grupta tedavisiz geçen hastalık süresi en uzun olarak saptanmıştır (14). Çakır ve arkadaşları, bipolar bozukluk hastalarında CTQ toplam puanları ile toplam hastalık dönemi sayısı ve hastalık başlangıç yaşı arasında anlamlı ilişki bildirmezken; duygusal ihmal ile intihar arasında ve CTQ toplam puan ile psikotik özelliklerin olması arasında ilişki saptamışlardır (136). Çalışmalardaki bu farklılıklar çalışmaların metodoloji farklılıkları, ötimi kriterleri arasındaki farklılıklar, çocukluk çağı travmasını ölçme biçimleri, duygusal ve fiziksel ihmalin travmaya dahil edilip edilmemesi gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanıyor olabilir. Romero ve arkadaşları bizim bulgularımıza benzer olarak bipolar bozuklukta fiziksel istismar ile uzamış hastalık süresi arasında anlamlı ilişki saptamıştır (128). Daruy-Filho ve arkadaşlarının ÇÇT'nin bipolar bozukluk kliniğine etkisi üzerine yaptıkları derlemede, fiziksel istismarın olumsuz bipolar bozukluk kliniğine en çok etki eden travma alt tipi olduğu öne sürülmüştür (137). Çalışmamızda, CTQ toplam puanı depresif dönem sayısı ile korele olmasa da ötimik dönemdeki HAM-D puanları ile pozitif ilişki göstermektedir. Literatürde hem genel popülasyonda hem de bipolar bozukluk hastalarında ÇÇT öyküsünün depresif belirtilerle ilişkili olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (29,129). Duygusal ihmal özelinde baktığımızda, literatürde duygusal ihmal ile depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, intihar girişimi ve madde kötüye kullanımı arasında ilişki bildirilmiştir. Bipolar bozukluk hastalarında ise duygusal ihmal ile hastalık başlangıç yaşı, madde kötüye kullanımı komorbiditesi, son bir yıldaki hızlı döngülülük, intihar girişim öyküsü arasında ilişki saptanmıştır (15,136,138–140). Bizim çalışmamızda ise manik dönem sayısı ile duygusal ihmal puanları arasında anlamlı ilişki saptandı. Bu da benzer olarak duygusal ihmalin hastalık sürecinde klinik gidişi etkileyen bir faktör olarak öne çıktığını göstermektedir.

CTQ toplam puanı kesme değerine göre çocukluk travması olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında, ÇÇT olan grupta ilk atakta psikotik özelliklerin görülmesi anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Literatürde ilk hastalık dönemi

özelinde olmasa da bipolar bozukluk hastalarında ÇÇT'nin psikotik özellikler ile ilişkili olduğuna dair yayınlar mevcuttur (20,128,136).

Mevsimsellik de, çocukluk çağı travması olan grupta, diğer gruba oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Mevsimsellik gösteren hastaların bir kısmının iklimsel faktörlerden ziyade çocukluklarında yaşadıkları olumsuz olayların yıl dönümlerinde hastalık dönemi geçirme ihtimallerinin arttığı öne sürülmüştür (141). Ancak bizim çalışmamızda mevsimselliğin travmayla zamansal ilişkisi araştırılmadığından, bu ilişkinin incelendiği çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda en az bir intihar girişim öyküsü olan hasta oranı %22.7 olarak saptanmıştır. Bu oran literatürde bildirilen oranlarla (%20-50) uyumluluk göstermektedir (17,57,142,143). Çalışmamızda intihar girişimi olanlarda, bu girişim sonrası hastanede tıbbi müdahale yapılma oranı %80 olarak bulunmuştur. Bu yüksek oran, literatürde bipolar bozuklukta intihar girişimlerinin genel popülasyona ve unipolar depresyon gibi diğer psikiyatrik hastalıklara göre daha ciddi olduğunu saptayan çalışmalar ile uyumluluk göstermektedir (144–146). Yapılan çalışmalarda ÇÇT'si ile intihar girişim öyküsü arasında tutarlı ilişki bildirilmiştir. Bu ilişki hem bipolar bozukluk hastalarında hem de genel örneklem grubunda saptanmıştır. Ergen grubuyla yapılan bir çalışmada, istismar öyküsü başta olmak üzere ÇÇT'nin, artmış intihar girişimleri ve major depresyon komorbiditesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (29). Birçok çalışmada ise bipolar bozuklukta intihar girişim öyküsü ile ÇÇT arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (15,17,18,20,127,128,131,147,148). Özellikle bazı çalışmalarda cinsel istismar ve duygusal istismar alt tipleri ile intihar girişimi öyküsü varlığının ilişkili olduğu bildirilmiştir (15,18,127,147,149). Biz kendi çalışmamızda, ÇÇT'si olan ve olmayan grupta intihar girişimi öyküsü açısından anlamlı farklılık saptamadık. Bizim hasta grubumuzda bipolar bozuklukta intihar riskinin en güçlü yordayıcılarından olan komorbid alkol-madde kötüye kullanımı ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi olan hastaların olmaması, diğer çalışma gruplarına göre daha iyi klinik gidiş özellikleri gösteren bir grup olması ve okuma-yazma oranının yüksek olması bunun nedeni olabilir (17,150,151).

Çalışmamızda psikolojik dayanıklılık puanı ile, HAM-D puanları arasında anlamlı negatif, manik dönem sayısı arasında anlamlı pozitif ilişki saptadık.

Literatürde bu ilişkiye dair kısıtlı sayıda çalışma vardır. Örneğin bir çalışmada psikolojik dayanıklılık puanları ile depresif dönem sayısı arasında anlamlı negatif ilişki saptanmışken, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı ve manik dönem sayısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (31) Bizim bulgularımıza benzer şekilde Mizuno ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada bipolar bozukluk hastalarında psikolojik dayanıklılık puanları ile Montgomery-Asberg depresyon puanları arasında anlamlı negatif ilişki saptamışlardır (34). Yine Bozikas ve arkadaşları da bipolar bozukluk hastalarında, psikolojik dayanıklılık puanları ile depresif semptomlar arasında negatif anlamlı ilişki saptarken, toplam hastalık dönemi sayısı, mani dönemi sayısı, depresif dönem sayısı ve YMRS puanları ile ilişki saptamamışlardır (152). Bipolar bozuklukta hastalık dönemleri arasındaki iş, aile ve sosyal işlevsellikteki azalmayla ilgili değişik nedenler öne sürülmüş olsa da, bunlar arasında en öne çıkanlardan bir tanesi subsendromal depresif semptomlardır (153). Dolayısıyla bazı çalışmaların depresif dönem sayısı ile bazılarının ise subsendromal depresif semptomlarla bulduğu ilişki birbirinin devamı niteliğinde olabilir.

Çalışmamızda bipolar bozukluk hastalarında ÇÇT'si olan grup ve olmayan grup karşılaştırıldığında, psikolojik dayanıklılık puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Ayrıca psikolojik dayanıklılık puanları ile duygusal istismar, duygusal ve fiziksel ihmal puanları arasında da anlamlı negatif ilişki saptanmıştır. Başka bir çalışmada, bizim çalışmamızdakine benzer olarak, ÇÇT'si olan BPB hastalarında CTQ duygusal istismar ve duygusal ihmal puanları ile psikolojik dayanıklılık skorları arasında anlamlı negatif ilişki bildirilirken, bu çalışmada ek olarak cinsel istismar ile de negatif ilişki bildirilmiştir (154). Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında yapılan bir çalışmada ise yine benzer olarak CTQ toplam puanları ve fiziksel ihmal puanları ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı negatif ilişki saptanmıştır (155). Ayrıca sağlıklı kişilerde yapılan bir çalışmada, ÇÇT öyküsünün varlığı, düşük psikolojik dayanıklılıkla ilişkili bulunmuştur (156). Sedef hastalığı olan hastalarda yapılan bir çalışmada, CTQ ile tespit edilen CTQ toplam puanı ve CTQ duygusal ihmal puanı ile psikolojik dayanıklılık arasındaki anlamlı negatif ilişki saptanmıştır (157). İstismar öyküsü olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının uzunlamasına izlendiği bir çalışma, ÇÇT öyküsünün izlemde belirtilerin şiddetini öngördüğünü, ayrıca ÇÇT'nin ilerideki duygudurum ataklarının ortaya çıkışı için bir yatkınlık oluşturduğunu öne

sürmektedir (14). Psikolojik dayanıklılık; olumsuz yaşantılar, travma veya ciddi sağlık sorunları gibi zorlanmalar karşısında kişinin bu durumlara iyi uyum sağlayabilme süreci olarak tanımlandığı düşünülürse, bipolar bozukluğu olan hastalarda da ÇÇT'nin psikolojik dayanıklılığı düşürmesi beklenen bir bulgudur (30).

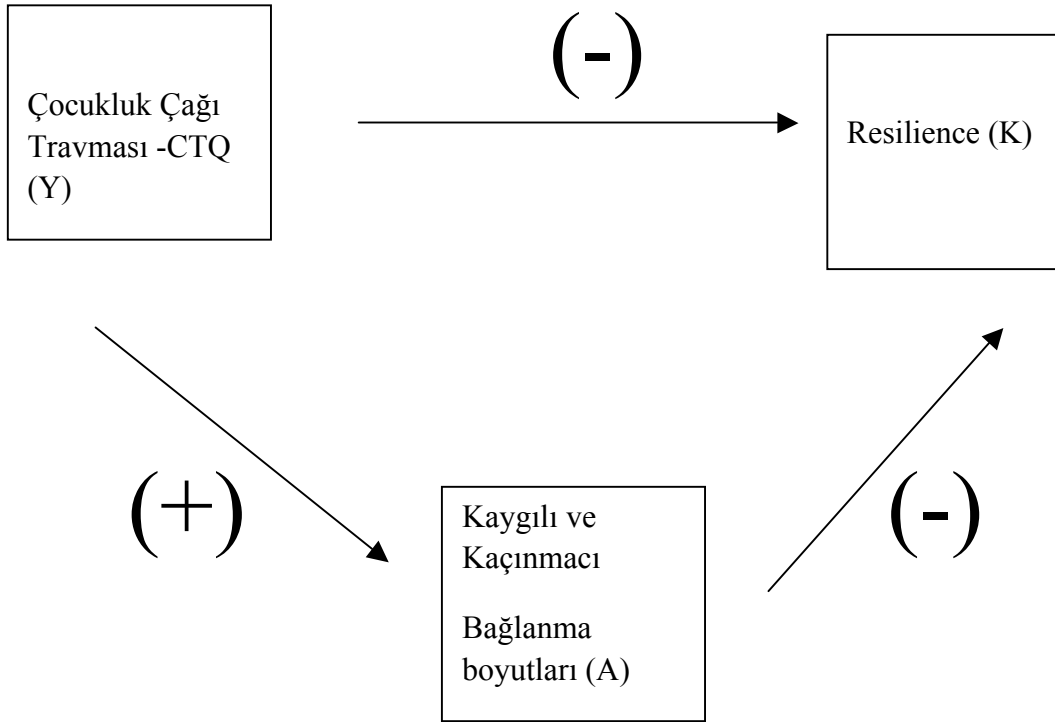
Çalışmamızda yalnızca bağlanma stillerinin BPB hastalık süreci üzerine etkisine baktığımızda kaçınmacı ve kaygılı bağlanma açısından anlamlı bir ilişki saptanmamakla birlikte, kaygılı bağlanma puanları ile HAM-D puanları arasında pozitif yönde ilişki saptadık. Literatüre baktığımızda güvensiz bağlanma stilleri ile depresif semptomatoloji arasındaki ilişkiye dair yayınlar mevcuttur (12,78,129,158). Bizim bulgularımızla benzer şekilde Morris ve arkadaşları, manik dönemdeki, depresif dönemdeki ve ötimik bipolar hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında, depresif dönemdeki hastaların özellikle saplantılı bağlanma (yüksek kaygılı ve yüksek kaçınmacı bağlanma) gösterdiklerini saptamıştır (12). Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk hastalarında YİYE ile ölçülen güvenli bağlanmanın depresyon puanlarını düşürücü etkisi bildirilirken, başka bir çalışmada, hem kaygılı hem kaçınmacı bağlanma ile depresif semptomlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (158,159). Yine öğrenciler üzerinde yapılan başka bir çalışmada da Beck Depresyon Ölçeği puanları ile hem kaygılı hem kaçınmacı bağlanma puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (160). Başka bir tez çalışmasında da yine üniversite öğrencilerinde ÇÇT'nin depresif belirtilere olan etkisinde bağlanma stillerinin aracılık etme rolü araştırılmış, kaygılı bağlanma bu ilişkiye aracılık ederken kaçınmacı bağlanmanın etmediği saptanmıştır (161). Kaygılı bağlanma boyutunun, onaylanmama ve ayrılık kaygısı ile yakın ilişkisi göz önüne alındığında, kendi "sevilebilirlik"lerine dair inancı düşük olan ve bu yüzden sürekli olarak bağlanma sistemlerini aşırı etkinleştiren bu kişilerde depresif belirtilerin gözlenmesi beklenebilir.

Çalışmamızda, ÇÇT'si olan grupta kaygılı ve kaçınmacı bağlanma puanları anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Alt tipler açısından, kaçınmacı bağlanma duygusal ihmal puanları ile pozitif ilişkili iken, kaygılı bağlanma ise duygusal istismar ve duygusal ihmal ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Bu bulgu literatürde ÇÇT ile güvensiz bağlanma stilleri arasındaki ilişkiye dair çalışmalarla uyumludur. Örneğin Baer ve Martinez'in yaptığı bir meta-analiz çalışmasında ÇÇT'si olan grupta, güvensiz

bağlanma oranları ÇÇT'si olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bildirilmiştir (162). Başka bir çalışmada, ÇÇT'nin psikolojik sıkıntılar ve azalmış öznel iyilik haline olan etkisinde kaygılı bağlanmanın aracı rolü olduğu saptanmıştır (163). Yine başka bir çalışmada, kadınlarda ÇÇT öyküsünün güvensiz bağlanmayla doğrudan ilişkili olduğu saptanmıştır (164). Bipolar bozukluk hastalarında yapılan bir çalışmada ise bizim bulgularımıza benzer şekilde ÇÇT ile hem kaygılı bağlanma hem de kaçınmacı bağlanma puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır (165). Bağlanmanın erken dönemde çocuğun ihtiyaçlarına duyarlı olarak cevap veren bağlanma figürleri ile ilişki içinde geliştiği ve sonraki çocukluk çağı yaşantıları ile de şekillenmeye devam ettiği düşünüldüğünde, ÇÇT ile güvensiz bağlanmanın ilişkili olması beklenen bir durumdur (166). Bizim çalışmamızda CTQ toplam puanının yanında özellikle duygusal ihmal ve istismar alt tipleri ile güvensiz bağlanma boyutları arasında pozitif ilişki saptandığı göze çarpmaktadır. Benzer şekilde sağlıklı örnekleme yapılan çalışmalarda da özellikle duygusal ihmal ve istismarın kaygılı ve kaçınmacı bağlanma puanları ile anlamlı pozitif ilişkisi olduğu gösterilmiştir (167–170).

Masten ve Coatsworth, bebeğin ileride psikolojik dayanıklılığına katkı sağlayacak yetkinlik kazanma sürecinin ancak sağlıklı bebek-bakımveren ilişkisi içinde gelişebileceğini söylemektedir. Bu ilişki sayesinde yetkinlik kazanma sürecinde güvenli bağlanma ile öz-düzenleme kapasitesinin, duygulanımın düzenlenmesinin ve bilişsel işlevlerin gelişmesinin sağlandığı öne sürülmektedir (89). Sağlıklı popülasyonda psikolojik dayanıklılık ile güvenli bağlanma pozitif ilişkisine dair çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (37,38,95,113,171,172). Örneğin 2018 yılında yapılan bir derleme ve meta-analiz çalışmasında güvenli bağlanmanın psikolojik dayanıklılık için temel yapı taşlarından biri olduğu sonucuna varılmıştır (172). Bizim çalışmamızda, kaçınmacı ve kaygılı bağlanma puanları ile psikolojik dayanıklılık puanları arasında negatif anlamlı ilişki saptanmıştır. Bizim bildiğimiz kadarıyla bipolar bozukluk hastalarında bu ilişkiye dair bir çalışma bulunmamaktadır. Elde ettiğimiz bulgular bipolar bozukluk hastalarında da güvenli bağlanmanın psikolojik dayanıklılıkla yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda regresyon analizi için bağımsız değişken (Y) olarak CTQ toplam puanı, bağımlı değişken (K) olarak psikolojik dayanıklılık puanı ve aracı değişken (A) olarak kaçınmacı ve kaygılı bağlanma puanları baz alınmıştır (Resim 2). CTQ'nun psikolojik dayanıklılık puanlarını yordadığı, CTQ'nun ayrı ayrı hem kaçınmacı hem de kaygılı bağlanma puanlarını yordadığı, ayrıca hem kaygılı hem de kaçınmacı bağlanmanın psikolojik dayanıklılık puanlarını yordadığına dair bulgularımızdan yola çıkarak iki regresyon modeli oluşturduk. Birinci modelde, kaygılı bağlanma aracı değişken olarak alındığında, CTQ'nun psikolojik dayanıklılığa olan olumsuz etkisine kaygılı bağlanmanın kısmi aracılık ettiği gösterilmiştir. İkinci modelde, kaçınmacı bağlanma aracı değişken olarak alındığında, CTQ'nun psikolojik dayanıklılığa olan olumsuz etkisine kaçınmacı bağlanmanın kısmi aracılık ettiği gösterilmiştir. Yani sonuç olarak CTQ toplam puanının psikolojik dayanıklılığa olan olumsuz etkisine güvensiz bağlanmanın kısmi aracılık ettiği gösterilmiştir (resim-2). Bildiğimiz kadarıyla bipolar bozuklukta bu ilişkiye dair yapılmış bir çalışma yoktur. Ancak yardım kuruluşlarında çalışan kadınlarla yapılan bir çalışmada, ÇÇT öyküsünün psikolojik dayanıklılığa olan olumsuz etkisinde güvensiz bağlanmanın aracı rol oynadığı saptanmıştır (156).



Resim 2: ÇÇT'nin psikolojik dayanıklılığa olan etkisinin bağlanmanın aracılık rolü

5.1. KISITLILIKLAR VE ZORLUKLAR

Çalışmaya katılması yönünde yönlendirilen hastaların bir kısmının görüşmeye gelmemesi ve çalışmanın yalnızca gönüllü BPB hastaları üzerinde yapıldığından örneklemeimiz toplumdaki BPB hasta popülasyonu tam yansıtmıyor olabilir.

Çocukluk çağı travmalarına dair veriler, geriye dönük olarak öz-bildirim yoluyla elde edildiğinden gerçeği ne kadar yansıttığı araştırılmalıdır. Bu amaçla bipolar bozukluk hastalarında bizim de çalışmamızda kullandığımız CTQ-28 ile yapılan bir çalışmada, 18 ay ara ile hastaların doldurdukları ölçekler arasında yüksek test-tekrar test güvenilirliği saptandığından, bipolar bozukluk hastalarında bu ölçek ile geriye dönük yapılan tespitlerin güvenilir olduğu söylenebilir (173).

Son olarak çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması, nedensellik ilişkisi açısından kısıtlılık yaratmaktadır. Özellikle BPB hastalarında psikolojik dayanıklılığın klinik süreci nasıl etkilediğinin saptanması için daha geniş örneklerle yapılan uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran ve bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen ötimik 110 hastada çocukluk çağı travması ve bağlanma stillerinin klinik sürece etkileri, bu süreçte psikolojik dayanıklılığın aracı rolünün ve çocukluk çağı travması, bağlanma stilleri ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızın sonuçları aşağıdaki gibidir.

- ❖ Bipolar bozukluk hastalarında, geçmişe dönük bildirilen çocukluk çağı travmalarının hastaların yarısından fazlasında olduğunu saptadık.
- ❖ CTQ toplam puanı arttıkça ötimik dönemdeki depresif belirtiler şiddetlenmektedir. Yine depresif belirtiler arttıkça psikolojik dayanıklılık azalmaktadır. Depresif belirtilerin olması, kişinin kimi zorluklarla baş etmek üzere içsel ve dışsal kaynaklarını kullanmasını azaltarak psikolojik dayanıklılığını düşürüyor olabilir. Alternatif olarak psikolojik dayanıklılığı düşük bireylerin güncel yaşam olayları ile baş etmekteki güçlükleri onları sendromal veya subsendromal depresyona yatkınlaştırıyor olabilir.
- ❖ Çocukluk travması olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında, ÇÇT olan grupta ilk atakta psikotik özelliklerin varlığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- ❖ Bipolar hastalarda, duygusal ihmal ve fiziksel istismarın varlığı, hastalık süresi, manik dönem sayısı ve yatış sayısını etkilemektedir.
- ❖ Bipolar bozukluk hastalarında, ÇÇT varlığı ileri yaşlardaki psikolojik dayanıklılığı azaltmaktadır.
- ❖ Çocukluk çağı travması olan hastalarda hem kaçınmacı hem kaygılı bağlanma puanları travma olmayan gruba oranla anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

- ❖ Bipolar bozukluk hastalarında hem kaygılı hem kaçınmacı bağlanma puanları yüksek olanların, psikolojik dayanıklılıkları anlamlı şekilde azalmıştır. Bu da bipolar bozukluk hastalarında güvenli bağlanmanın psikolojik dayanıklılığı artırdığını göstermektedir. Ayrıca bağlanma stillerinden kaçınmacı ve kaygılı bağlanma, bipolar hasta grubunda ÇÇT'nin psikolojik dayanıklılığa olan olumsuz etkisinde aracı rol oynamaktadır. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, bipolar bozukluk hastalarında güvensiz bağlanma ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiye ve bu hastalarda çocukluk çağı travmasının psikolojik dayanıklılığa etkisinde bağlanmanın aracı rolüne dair ilk çalışmadır.
- ❖ Bipolar bozukluk hastalarında, psikolojik dayanıklılık artmış yaşam kalitesi ve azalmış hastalık kötü gidiş özellikleri ile ilişkili olduğundan, hastaların bağlanma stillerini göz önüne alınarak yapılacak olan psikososyal müdahaleler ile ÇÇT'nin psikolojik dayanıklılık üzerine etkisi azaltılabilir ve böylece hastaların yaşam kalitesi yükseltilebilir.

Bağlanma odaklı psikososyal müdahale yapılan hasta grubu ile rutin klinik takibe alınan hasta gruplarının uzunlamasına takipte karşılaştırılmasını hedefleyen çalışmalar bu anlamda değerli olacaktır. Bipolar bozukluk hastalarında, çocukluk çağı travmalarının, bağlanma stillerinin ve psikolojik dayanıklılığın hastalık sürecine etkisi ve aralarındaki ilişkiye dair bulgularımızın, uzunlamasına takip edilen daha geniş örneklemlerle hasta gruplarında tekrarlanması bu alandaki bilgilerimizi artıracaktır.

7. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). 2013, 991 p.
2. Altman S, Haeri S, Cohen LJ, Ten A, Barron E, Galynker II, Duhamel KN. Predictors of relapse in bipolar disorder: A review. *J Psychiatr Pract* 2006; 12:269–82.
3. Hammen C, Gitlin M. Stress reactivity in bipolar patients and its relation to prior history of disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154:856–7.
4. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry* 2012; 11:11–5.
5. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52:511–24.
6. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry*. Taylor & Francis, Ltd., 1994, p. 1–22.
7. Ainsworth MDS. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum Associates, 1978, 391 p.
8. Selçuk E, Günaydın G, Sümer N, Uysal A. Yetişkinlerde bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri-II'nin Türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikol Yazıları* 2005; 8:1–11.
9. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In Simpson JA, Rholes WS, editors. *Attachment theory and close relationships* New York: Guilford Press, 1998, p. 46–76.
10. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. Routledge, 2017, 690 p.
11. Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment Theory and Affect Regulation: The Dynamics, Development, and Cognitive Consequences of Attachment-Related Strategies. *Motiv Emot Kluwer Academic Publishers-Plenum Publishers*, 2003; 27:77–102.
12. Morriss RK, Gucht E, Lancaster G, Bentall RP. Adult attachment in bipolar 1 disorder. *Psychol Psychother Theory, Res Pract* 2009; 82:267–77.
13. Carr CP, Martins CMS, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders. *J Nerv Ment Dis* 2013; 201:1007–20.
14. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck Jr. PE, Denicoff KD, Nolen WA, Altshuler LL, Rush AJ, Kupka R, Frye MA, Autio KA, Post RM. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiatry* 2002; 51:288–97.
15. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2005; 186:121–5.
16. Neria Y, Bromet EJ, Sievers S, Lavelle J, Fochtmann LJ. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: Findings from a first-admission cohort. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70:246–51.

17. Erten E, Funda Uney A, Saatçioğlu Ö, Özdemir A, Fıstıkçı N, Çakmak D. Effects of childhood trauma and clinical features on determining quality of life in patients with bipolar I disorder. *J Affect Disord* 2014; 162:107–13.
18. Etain B, Aas M, Andreassen OA, Lorentzen S, Dieset I, Gard S, Kahn J-P, Bellivier F, Leboyer M, Melle I, Henry C. Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. *J Clin Psychiatry* 2013; 74:991–8.
19. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001; 49:1023–39.
20. Agnew-Blais J, Danese A. Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 2016; 3:342–9.
21. Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*. Nature Publishing Group, 2009, p. 446–57.
22. Fadardi JS, Azad H, Nemati A. The relationship between resilience, motivational structure, and substance use. *Procedia - Soc Behav Sci* 2010; 5:1956–60.
23. Amico F. Structural MRI correlates for vulnerability and resilience to major depressive disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2011; 36:15–22.
24. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science American Association for the Advancement of Science*, 2002; 297:851–4.
25. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *Am Psychol* 2001; 56:227–38.
26. Quinton D, Rutter M, Liddle C. Institutional rearing, parenting difficulties and marital support. *Psychol Med* 1984; 14:107.
27. Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Ann N Y Acad Sci Blackwell Publishing Inc*, 2006; 1094:1–12.
28. Werner EE. The children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *J Adolesc Health Elsevier*, 1992; 13:262–8.
29. Collishaw Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. S. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abus Negl* 2007; 31:211–29.
30. Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 1985; 147:598–611.
31. Choi J-W, Cha B, Jang J, Park C-S, Kim B-J, Lee C-S, Lee S-J. Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord Elsevier*, 2015; 170:172–7.
32. Palmer BW, Martin AS, Depp CA, Glorioso DK, Jeste D V. Wellness within illness: Happiness in schizophrenia. *Schizophr Res Elsevier*, 2014; 159:151–6.
33. Torgalsbøen A-K. Sustaining Full Recovery in Schizophrenia after 15 Years: Does Resilience Matter? *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2012; 5:193–200.

34. Mizuno Y, Hofer A, Suzuki T, Frajo-Apor B, Wartelsteiner F, Kemmler G, Saruta J, Tsukinoki K, Mimura M, Fleischhacker WW, Uchida H. Clinical and biological correlates of resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder: A cross-sectional study. *Schizophr Res Elsevier*, 2016; 175:148–53.
35. Bowlby J. *Attachment and Loss Volume I Attachment*. 2nd ed. Basic Books, 1982, 436 p.
36. Bowlby J. *Attachment and Loss Volume II Separation Anxiety and Anger*. Basic Books, 1973, 456 p.
37. Karreman A, Vingerhoets AJJM. Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Pers Individ Dif* 2012; 53:821–6.
38. Kurilova J. *Exploration of Resilience in Relation to Mindfulness, Self-Compassion, and Attachment Styles*. University of Calgary, 2013.
39. Marneros A, Angst J. Bipolar disorders: roots and evolution. In *Bipolar Disorders Dordrecht: Kluwer Academic Publishers*, p. 1–35.
40. Perris C, D’Elia G. A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1966; 194:153—171.
41. Angst J. The course of affective disorders. *Arch für Psychiatr und Nervenkrankheiten Ver mit Zeitschrift für die Gesamte Neurol und Psychiatr* 1978; 226:65–73.
42. Akiskal HS, Pinto O. The Evolving Bipolar Spectrum. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22:517–34.
43. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB. The Long-term Natural History of the Weekly Symptomatic Status of Bipolar I Disorder. *Arch Gen Psychiatry American Medical Association*, 2002; 59:530.
44. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, Stein DJ, Zaslavsky AM, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Andrade L, Benjet C, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Fayyad J, Haro JM, Hu C yi, Karam A, et al. Development of Lifetime Comorbidity in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:90.
45. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *Lancet Elsevier Ltd*, 2013; 381:1654–62.
46. Craddock N, Jones I. Genetics of bipolar disorder. *J Med Genet* 1999; 36:585–94.
47. Strakowski SM, Adler CM, Almeida J, Altshuler LL, Blumberg HP, Chang KD, DelBello MP, Frangou S, McIntosh A, Phillips ML, Sussman JE, Townsend JD. The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a consensus model. *Bipolar Disord* 2012; 14:313–25.
48. Gildengers AG, Chung K-H, Huang S-H, Begley A, Aizenstein HJ, Tsai S-Y. Neuroprogressive effects of lifetime illness duration in older adults with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2014; 16:617–23.
49. Goldstein BI, Kemp DE, Soczynska JK, McIntyre RS. Inflammation and the Phenomenology, Pathophysiology, Comorbidity, and Treatment of Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry* 2009; 70:1078–90.
50. Modabbernia A, Taslimi S, Brietzke E, Ashrafi M. Cytokine Alterations in Bipolar Disorder: A Meta-Analysis of 30 Studies. *Biol Psychiatry* 2013; 74:15–25.

51. Munkholm K, Braüner JV, Kessing LV, Vinberg M. Cytokines in bipolar disorder vs. healthy control subjects: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2013; 47:1119–33.
52. Lee D, Cha B, Park C-S, Kim B-J, Lee C-S, Lee S-J, Seo J-Y, Cho YA, Ha JH, Choi J-W. Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2017; 207:434–41.
53. Alloy LB, Abramson LY, Urosevic S, Walshaw PD, Nusslock R, Neeren AM. The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clin Psychol Rev* 2005; 25:1043–75.
54. Maj M, Akiskal HS, López-Ibor JJ, Sartorius N, editors. *Bipolar Disorder*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2002, p.126-135.
55. Sadock, Benjamin James; Sadock V. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. LWW, 2009, p.1649.
56. Eaton WW. Natural History of Diagnostic Interview Schedule/ DSM-IV Major Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:993.
57. Kupfer DJ, Frank E, Grohocinski VJ, Cluss PA, Houck PR, Stapf DA. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:120–5.
58. Marneros A, Deister A, Rohde A. The concept of distinct but voluminous groups of bipolar and unipolar diseases. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1990; 240:77–84.
59. Angst J. The Course of Schizoaffective Disorders. In *Schizoaffective Psychoses Berlin, Heidelberg*: Springer Berlin Heidelberg, 1986, p. 63–93.
60. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, Ketter TA, Miklowitz DJ, Otto MW, Gyulai L, Reilly-Harrington NA, Nierenberg AA, Sachs GS, Thase ME. Predictors of Recurrence in Bipolar Disorder: Primary Outcomes From the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2006; 163:217–24.
61. Keller MB. Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 Suppl 1:5–7.
62. Pavlova B, Perlis RH, Alda M, Uher R. Lifetime prevalence of anxiety disorders in people with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 2015; 2:710–7.
63. DelBello M. Twelve-Month Outcome of Adolescents With Bipolar Disorder Following First Hospitalization for a Manic or Mixed Episode. *Am J Psychiatry* 2007; 164:582.
64. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:693–704.
65. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *Br J Psychiatry* 1997; 170:205–28.
66. Bowlby J. Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life. In *The mark of Cain : psychoanalytical insight and the psychopath* 1st ed. Routledge, 2001, 368 p.
67. Harlow HF. The nature of love. *Am Psychol* 1958; 13:673–85.

68. Cassidy J, Shaver PR. Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications. Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Application. Guilford press, 2008, 1068 p.
69. Bowlby J. Attachment and Loss Volume III Loss, Sadness and Anxiety. Basic Books, 1980, 323 p.
70. Ainsworth MDS. Attachment: Retrospect and Prospect. In Parkes CM, Stevenson-Hinde J, editors. The Place of Attachment in Human Behaviour Basic Books, 1982, p70.
71. Holmes J. John Bowlby and Attachment Theory. Routledge, 2014, 254 p.
72. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. 1st reprint. Routledge, 2015, Orjinal basım tarihi 1978.
73. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. J Pers Soc Psychol 1991; 61:226–44.
74. Sümer N. Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. Türk Psikol Derg 2006; 21:1–22.
75. Rosenfarb IS, Becker J, Khan A. Perceptions of parental and peer attachments by women with mood disorders. J Abnorm Psychol 1994; 103:637–44.
76. Kokcu, Kesebir. The Relationship between Attachment Style, Temperament, Personality and BP Symptoms: A Controlled Study on Bipolar Patients and Their Children. Turkish J Psychiatry 2010; 21(4), 309
77. Kefeli MC, Turow RG, Yıldırım A, Boysan M. Childhood maltreatment is associated with attachment insecurities, dissociation and alexithymia in bipolar disorder. Psychiatry Res 2018; 260:391–9.
78. Fuhr K, Reitenbach I, Kraemer J, Hautzinger M, Meyer TD. Attachment, dysfunctional attitudes, self-esteem, and association to depressive symptoms in patients with mood disorders. J Affect Disord 2017; 212:110–6.
79. Joyce, Peter R. Parental bonding in bipolar affective disorder. Journal of Affective Disorders 7.3-4 (1984): 319-324.
80. Marazziti D, Dell’Osso B, Dell’Osso MC, Consoli G, Debbio A Del, Mungai F, Vivarelli L, Albanese F, Piccinni A, Rucci P, Dell’Osso L. Romantic Attachment in Patients with Mood and Anxiety Disorders. CNS Spectr 2007; 12:751–6.
81. Bowlby J. Maternal Care and Mental Health. Geneva, 1951.
82. Leff J, Vaughn C. The role of maintenance therapy and relatives’ expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two-year follow-up. Br J Psychiatry 1981; 139:102–4.
83. Rutter M, Giller H. Juvenile Delinquency: Trends and Perspectives. Penguin Books, 1983, 432 p.
84. Rutter M. Stress, Coping and Development: Some Issues and Some Questions. J Child Psychol Psychiatry 1981; 22:323–56.
85. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? Int J Methods Psychiatr Res 2003; 12:65–76.

86. Caspi A. Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. *Science* (80-) 2003; 301:386–9.
87. Otto MW, Perlman CA, Wernicke R, Reese HE, Bauer MS, Pollack MH. Posttraumatic stress disorder in patients with bipolar disorder: a review of prevalence, correlates, and treatment strategies. *Bipolar Disord* 2004; 6:470–9.
88. Rutter M. Stress research: Accomplishments and tasks ahead. In Haggerty RJ, Sherrod LR, Garnezy N, Rutter M, editors. *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* Cambridge University Press, 1996, p. 354–85.
89. Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments. *Am Psychol* 1998; 53:205–20.
90. Cohn DA, Child–Mother Attachment of Six–Year–Olds and Social Competence at School. *Child Dev* 1990; 61:152–62.
91. Matas L, Arend RA, Sroufe LA. Continuity of Adaptation in the Second Year: The Relationship between Quality of Attachment and Later Competence. *Child Dev* 1978; 49:547.
92. Wyman PA, Cowen EL, Work WC, Hoyt-Meyers L, Magnus KB, Fagen DB. Caregiving and developmental factors differentiating young at-risk urban children showing resilient versus stress-affected outcomes: A replication and extension. *Child Dev* 1999; 70:645–59.
93. Dwiwardani C, Hill PC, Bollinger RA, Marks LE, Steele JR, Doolin HN, Wood SL, Hook JN, Davis DE. Virtues Develop From a Secure Base: Attachment and Resilience as Predictors of Humility, Gratitude, and Forgiveness. *J Psychol* 2014; 42:83–90.
94. Terzi Ş. Secure attachment style , coping with stress and resilience among university students. *J Hapienss Well-Being* 2013; 1:97–109.
95. Shibue Y, Kasai M. Relations between Attachment, Resilience, and Earned Security in Japanese University Students. *Psychol Rep* 2014; 115:279–95.
96. Jones DPH. Child Maltreatment. In Rutter M, Bishop DVM, Scott S, Taylor E, editors. *Rutter’s Child and Adolescent Psychiatry* 5th ed. Blackwell Publishing Inc, 2008, p. 421–39.
97. Working together to safeguard children: a guide to interagency working to safeguard and promote the welfare of children. London, 2006.
98. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child Maltreatment in the United States: Prevalence, Risk Factors, and Adolescent Health Consequences. *Pediatrics* 2006; 118:933 LP-942.
99. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreat* 2011; 16:79–101.
100. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hetttema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood Sexual Abuse and Adult Psychiatric and Substance Use Disorders in Women. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:953.
101. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health* 2001; 91:753–60.
102. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373:68–81.

103. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med Cambridge University Press*, 1997; 27:1101–19.
104. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, Duku EK, Walsh CA, Wong MY-Y, Beardslee WR. Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1878–83.
105. Scott KM, Smith DR, Ellis PM. Prospectively ascertained child maltreatment and its association with dsm-iv mental disorders in young adults. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:712–9.
106. Chartier M, Walker J, Naimark B. Childhood Abuse, Adult Health, and Health Care Utilization: Results from a Representative Community Sample. *Am J Epidemiol* 2007; 165:1031–8.
107. Casiano H, Mota N, Afifi TO, Enns MW, Sareen J. Childhood Maltreatment and Threats With Weapons. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197:856–61.
108. Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, de Graaf R, ten Have M, Sareen J. Child Abuse and Health-Related Quality of Life in Adulthood. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195:797–804.
109. Afifi TO, MacMillan HL. Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *Can J Psychiatry* 2011; 56:266–72.
110. Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 Suppl 1:10–5.
111. Hankin BL. Childhood Maltreatment and Psychopathology: Prospective Tests of Attachment, Cognitive Vulnerability, and Stress as Mediating Processes. *Cognit Ther Res* 2005; 29:645–71.
112. Carlson V, Cicchetti D, Barnett D. Disorganized/ disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Dev Psychol* 1989; 25:525.
113. Roche DN, Runtz MG, Hunter MA. Adult Attachment: A Mediator Between Child Sexual Abuse and Later Psychological Adjustment. *J Interpers Violence* 1999; 14:184–207.
114. Shapiro DL, Levendosky AA. Adolescent survivors of childhood sexual abuse: the mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. *Child Abuse Negl* 1999; 23:1175–91.
115. Waldinger RJ, Schulz MS, Barsky AJ, Ahern DK. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Psychosom Med* 2006; 68:129–35.
116. Aydemir Ö, Uluşahin A, Akdeniz F. İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu. 1st ed. Türkiye Psikiyatri Derneği, 2010.
117. Karadag F, Oral ET, Yalçın FA, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye ' de Geçerlik ve Güvenilirliği. *Turk Psikiyatr Derg* 2001; 13:107–14.
118. Hamilton M. A Rating Scale For Depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56–62.
119. Akdemir A, Dönbak Örsel S, Dağ İ, Türkçapar MH, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatr Psikol Psikofarmakol Derg* 1996; 4:251–9.

120. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol* 2000; 78:350–365.
121. Friberg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *Int J Methods Psychiatr Res* 2005; 14:29–42.
122. Basım N, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyat Derg* 2011; 22.
123. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1132–6.
124. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl* 2003; 27:169–90.
125. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Turkiye Klin J Med Sci* 2012; 32:1054–63.
126. Goodwin FK, Jamison KR. Epidemiology. In *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression* 2nd ed. Oxford University Press, 2007, p. 155–86.
127. Brown GR, McBride L, Bauer MS, Williford WO. Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: A replication study in U.S. veterans. *J Affect Disord* 2005; 89:57–67.
128. Romero S, Birmaher B, Axelson D, Goldstein T, Goldstein BI, Gill MK, Iosif AM, Strober MA, Hunt J, Esposito-Smythers C, Ryan ND, Leonard H, Keller M. Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. *J Affect Disord Elsevier B.V.*, 2009; 112:144–50.
129. Marshall M, Shannon C, Meenagh C, Mc Corry N, Mulholland C. The association between childhood trauma, parental bonding and depressive symptoms and interpersonal functioning in depression and bipolar disorder. *Ir J Psychol Med* 2018; 35:23–32.
130. Noto MN, Noto C, Caribé AC, Miranda-Scippa Â, Nunes SO, Chaves AC, Amino D, Grassi-Oliveira R, Correll CU, Brietzke E. Clinical characteristics and influence of childhood trauma on the prodrome of bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 2015; 37:280–8.
131. Xie P, Wu K, Zheng Y, Guo Y, Yang Y, He J, Ding Y, Peng H. Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *J Affect Disord Elsevier B.V.*, 2018; 228:41–8.
132. Hosang GM, Fisher HL, Uher R, Cohen-Woods S, Maughan B, McGuffin P, Farmer AE. Childhood maltreatment and the medical morbidity in bipolar disorder: a case-control study. *Int J Bipolar Disord Springer Berlin Heidelberg*, 2017; 5:30.
133. Widom CS, Morris S. Accuracy of adult recollections of childhood victimization, Part 2: Childhood sexual abuse. *Psychol Assess* 1997; 9:34–46.
134. Maguire C, Cg M, Meenagh C, Mulholland C, Shannon C. Effects of trauma on bipolar disorder: the mediational role of interpersonal difficulties and alcohol dependence. 2008;293–302.

135. Arık Binbay D. Bipolar I Bozukluk Hastalarında Şiddetli Çocukluk Çağı Travmasının Hastalık Özellikleri Üzerine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2009.
136. Cakir S, Tasdelen Durak R, Ozyildirim I, Ince E, Sar V. Childhood trauma and treatment outcome in bipolar disorder. *J Trauma Dissociation* 2016; 17:397–409.
137. Daruy-Filho L, Brietzke E, Lafer B, Grassi-Oliveira R. Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 124:427–34.
138. Watson S, Gallagher P, Dougall D, Porter R, Moncrieff J, Ferrier IN, Young AH. Childhood trauma in bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48:564–70.
139. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. Tomlinson M, editor. *PLoS Med* 2012; 9:e1001349.
140. Li X Bin, Liu JT, Zhu XZ, Zhang L, Tang YL, Wang CY. Childhood trauma associates with clinical features of bipolar disorder in a sample of Chinese patients. *J Affect Disord Elsevier*, 2014; 168:58–63.
141. Beratis S, Gourzis P, Gabriel J. Psychological factors in the development of mood disorders with a seasonal pattern. *Psychopathology* 1996; 29:331–9.
142. Baldessarini RJ, Tondo L, Visioli C. First-episode types in bipolar disorder: Predictive associations with later illness. *Acta Psychiatr Scand* 2014; 129:383–92.
143. Goetz I, Tohen M, Reed C, Lorenzo M, Vieta E, Aarre TF, Angst J, Arriaga F, Azorin JM, Cassano GB, Cookson JC, Gasquet I, Gonzalez-Pinto A, Grunze HCR, Knapp MRJ, Koponen HJ, Haro JM, Larsen JK, Nolen WA, et al. Functional impairment in patients with mania: Baseline results of the EMBLEM study. *Bipolar Disord* 2007; 9:45–52.
144. Marneros A, Bireger P. Prognosis of Bipolar Disorder: A Review. In Mario M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, editors. *Bipolar Disorder* John Wiley & Sons, Ltd, 2002, p. 97–135.
145. Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L. Suicide in Bipolar Disorder: Risks and Management Learning Objectives. 2017; 11:16816785.
146. Zalsman G, Braun M, Arendt M, Grunebaum MF, Sher L, Burke AK, Brent DA, Chaudhury SR, Mann JJ, Oquendo MA. A comparison of the medical lethality of suicide attempts in bipolar and major depressive disorders. *Bipolar Disord* 2006; 8:558–65.
147. Janiri D, Sani G, Danese E, Simonetti A, Ambrosi E, Angeletti G, Erbuto D, Caltagirone C, Girardi P, Spalletta G. Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II. *J Affect Disord* 2015; 175:92–7.
148. Pavlova B, Perroud N, Cordera P, Uher R, Alda M, Dayer A, Aubry JM. Anxiety disorders and childhood maltreatment as predictors of outcome in bipolar disorder. *J Affect Disord Elsevier B.V.*, 2018; 225:337–41.
149. Fisher HL, Hosang GM. Childhood maltreatment and bipolar disorder: a critical review of the evidence. *Mind Brain J Psychiatr* 2010; 1:75–85.
150. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M. Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder Patients : Data From the Firs ... 2004;222–9.

151. Dalton EJ, Cate-Carter TD, Mundo E, Parikh S V, Kennedy JL. Suicide risk in bipolar patients: The role of co-morbid substance use disorders. *Bipolar Disord* 2003; 5:58–61.
152. Bozikas VP, Parlapani E, Ntouros E, Bargiota SI, Floros G, Nazlidou EI, Garyfallos G. Resilience Predicts Social Functioning in Clinically Stable Patients With Bipolar Disorder. *J Nerv Ment Dis* 2018; 206:567–74.
153. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorder: An extensive review. *Psychother Psychosom* 2009; 78:285–97.
154. Kesebir S, Ünübol B, Tatlıdil Yaylacı E, Gündoğar D, Ünübol H. Impact of childhood trauma and affective temperament on resilience in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord* 2015; 3:3.
155. Simon NM, Herlands NN, Marks EH, Mancini C, Letamendi A, Li Z, Pollack MH, Van Ameringen M, Stein MB. Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2009; 26:1027–32.
156. Clements CT. Attachment, Childhood Maltreatment, and Resilience of Humanitarian Aid Workers. Fuller Theological Seminary, 2018.
157. Crosta ML, De Simone C, Di Pietro S, Acanfora M, Caldarola G, Moccia L, Callea A, Panaccione I, Peris K, Rinaldi L, Janiri L, Di Nicola M. Childhood trauma and resilience in psoriatic patients: A preliminary report. *J Psychosom Res Elsevier*, 2018; 106:25–8.
158. Greenberg S. Attachment Style, Perceived Life Events, and Psychological Well-Being in Adults Coping with Bipolar Disorder: A Longitudinal Study. [Bowling Green State University]: Bowling Green State University, 2014.
159. Muris P, Meesters C, Melick M Van, Zwambag L. Self-reported attachment style , attachment quality , and symptoms of anxiety and depression in young adolescents. 2001; 30:809–18.
160. Doron G, Moulding R, Kyrios M, Nedeljkovic M, Mikulincer M. Adult Attachment Insecurities are Related to Obsessive Compulsive Phenomena. *J Soc Clin Psychol* 2009; 28:1022–49.
161. Nowalis S. Moderators in the Relationship between Child Maltreatment and Symptoms of Depression. Rochester Institute of Technology, 2017.
162. Baer J, Martinez CD. Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. *J Reprod Infant Psychol* 2006; 24:187–97.
163. Corcoran M, McNulty M. Examining the role of attachment in the relationship between childhood adversity, psychological distress and subjective well- being. *Child Abuse Negl* 2017; 76:297–309.
164. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:796–805.
165. Baryshnikov I, Joffe G, Koivisto M, Melartin T, Aaltonen K, Suominen K, Rosenström T, Näätänen P, Karpov B, Heikkinen M, Isometsä E. Relationships between self-reported childhood traumatic experiences, attachment style, neuroticism and features of borderline personality disorders in patients with mood disorders. *J Affect Disord* 2017; 210:82–9.

166. Crittenden PM, Ainsworth MDS. Child Maltreatment and Attachment Theory. In *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect* Cambridge University Press, 1989, p. 432–63.
167. Riggs SA, Kaminski P. Childhood emotional abuse, adult attachment, and depression as predictors of relational adjustment and psychological aggression. *J Aggress Maltreatment Trauma* 2010; 19:75–104.
168. Riggs SA, Cusimano AM, Benson KM. Childhood Emotional Abuse and Attachment Processes in the Dyadic Adjustment of Dating Couples. *J Couns Psychol* 2011; 58:126–38.
169. Lowell A, Renk K, Adgate AH. The role of attachment in the relationship between child maltreatment and later emotional and behavioral functioning. *Child Abus Negl Elsevier Ltd*, 2014; 38:1436–49.
170. Caldwell JG, Shaver PR, Li CS, Minzenberg MJ. Effects of childhood maltreatment: Childhood maltreatment, adult attachment, and depression as predictors of parental self-efficacy in at-risk mothers. *J Aggress Maltreatment Trauma* 2011; 20:595–616.
171. Marriner P, Cacioli J-P, Moore KA. The relationship of attachment to resilience and their impact on stress. In Kaniasty K, Moore KA, Howard S, Buchwald P, editors. *Stress and anxiety: Applications to Social and Environmental Threats* Logos Verlag Berlin GmbH, 2014, p. 73–82.
172. Darling Rasmussen P, Storebø OJ, Løkkeholt T, Voss LG, Shmueli-Goetz Y, Bojesen AB, Simonsen E, Bilenberg N. Attachment as a Core Feature of Resilience: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychol Rep* 2018;003329411878557.
173. Shannon C, Hanna D, Tumelty L, Waldron D, Maguire C, Mowlds W, Meenagh C, Mulholland C. Reliability of reports of childhood trauma in bipolar disorder: A test–retest study over 18 months. *J Trauma Dissociation* 2016; 17:511–9.

8. ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Cihad ÇITAK

Doğum Yeri ve Tarihi: Bakırköy - 30 Ekim 1988

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Askerli Durumu: Tecilli.

İletişim Adresi ve Telefonu: Zuhuratbaba Mah. Hüdaverdi Sk. No:4/9 Bakırköy, İstanbul. 0536-711-4858

II-Eğitimi(tarih sırasına göre eskiden yeniye)

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi: 2007-2013

Samiha Ayverdi Anadolu Lisesi: 2002-2006

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye)

Hekim: 2013

IV-Mesleki Deneyimler

2013-2018: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Asistan Hekim

V-Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

İstanbul Tabip Odası

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Ulugol, A., Oltulu, C., Gunduz, O., **Citak, C.**, Carrara, R., Shaqaqi, M. R., ...
Dogrul, A. (2012). 5-HT7 receptor activation attenuates thermal hyperalgesia in streptozocin-induced diabetic mice. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 102(2), 344–348.

VII-Bilimsel Etkinlikler

Güzelliğin ve Estetik Algının Evrimi, 51. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 2015, Panelist

VIII- Diğer Bilgiler

Destekleyici Psikoterapi Eğitimi: 2014-2018

Bireysel Psikanaliz: 2015-Halen

BRSHH Evrimsel Psikiyatri Topluluğu Üyesi

9. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
S.B.Ü. BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI
SUAM



05.12.2017

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : Asist. Dr. Cihad ÇITAK'ın 28.11.2017 tarih ve 39030- 57413337 sayılı dilekçesi

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimi Doç. Dr. Murat ERKİRAN, Eğitim Koordinatörü Doç. Dr. Bekir TUĞCU ve üyeler Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, Doç. Dr. H. Dilek ATAKLI ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'in katılımları ile 05.12.2017 tarihinde toplanmış;

Hastanemizin Psikiyatri Kliniği'nde Uzmanlık Öğrencisi olarak görev ifa eden Asist. Dr. Cihad ÇITAK'ın, Program Yöneticisi tarafından belirlenen Tez Danışmanı Doç. Dr. Evrim ERTEN eşliğinde yürütülecek olan "Remisyonda Bipolar Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Stilllerinin Klinik Sürece Etkisi ve Psikolojik Dayanıklılığın Bu Etkideki Aracı Rolü" başlıklı tez protokolü ve ekleri 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 9. Maddesine, 06.06.2016 tarih ve 29744 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği'ne, 26.04.2014 tarih ve 28983 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.02.2014 tarihli Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergeye dayanarak hazırlanmış olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesi'ne istinaden kurulumuzca 101 protokol no ile onaylanmıştır.

Ayrıca bilgileri ve ekleri verilen tez protokolü; gerekçesi, amaçları, yaklaşımı ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildiğinde, çalışmanın belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinin, sonuçlarının yayın yapılmasının Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Başkan
Doç. Dr. Murat ERKİRAN

Üye
Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU

Üye
Doç. Dr. Bekir TUĞCU

Üye
Doç. Dr. H. Dilek ATAKLI

Üye
Doç. Dr. Gül KARAÇETİN

EK 2 - BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Bu çalışma Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Psikiyatri biriminde görev yapmakta olan Dr. Cihad ÇITAK tarafından yürütülmektedir. Bu çalışmada Bipolar Bozukluk tanısıyla takip edilen hastalarda belirlenen ölçekler uygulanacaktır.

Çalışmada yalnızca basılı kağıt materyali olan soru formları uygulanacaktır. (Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Hamilton Depresyon ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği). Bu çalışma bedensel ya da ruhsal sağlığa zarar verebilecek hiçbir öge içermemektedir. Katıldığınız takdirde size herhangi bir girişimsel ya da görüntüleme yöntemi uygulanmayacak, kan tetkiki ya da benzeri test yapılmayacaktır. Araştırmanın yalnızca veriler kısmı bilimsel makalelerde yayınlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarca paylaşılmayacaktır.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacı tarafından bilgilendirildim. Bana verilen bu bilgiler temelinde, bu araştırmada kendi rızamla yer alıyorum ve istediğim herhangi bir anda, hiçbir açıklama yapmaksızın verilerimin araştırmaya dahil edilmesinden vazgeçebileceğimi beyan ediyorum.

Tarih:

İsim:

İmza:

EK 3 - SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

- 1)Ad - Soyadı: TC: Tel:
- 2)Cinsiyet: 1.Erkek 2.Kadın
- 3)Doğum Tarihi: Yaş:
- 4)Medeni Durum: 1.Boşanmış 2. Dul 3.Evli 4.Hiç evlenmemiş
- 5)Çocuk Sayısı:
- 6)Toplam öğrenim Yılı:
- 7)Çalışma Durumu: 1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor 3.Ev Kadını 4.Öğrenci 5. İşsiz
- 8)Aile öyküsü: 0:Yok
- 1.BP 2.UPD 3.Distimi 4.Şizofreni 5.Panik Bozukluk 6.Alkol kk 7.Madde kk
8.İntihar
- 9.Yeme bozukluğu 10.Anksiyet boz-diğer 11.diğer
- 1' akrabalar:
- 2' akrabalar:
- 9)Eşlik eden hastalık(varsa açıklayınız): 1.Yok 2. Var(.....)
- Sigara:
- Alkol:
- PAM:

EK 4 - DUYGUDURUM BOZUKLUĞU KLİNİK SÜREÇ ÖZELLİKLERİ FORMU

1)Başlangıç yılı:

2)Hastalık süresi:

3)İlk hastalık dönemi:

A) 1.Öforik Mani 2.Karma Atak 3.Hipomani 4.Depresyon

5.Ayrıldedilemedi(Açıklama.....)

B)Psikoz varlığı 0.Yok 1.Var Yetersiz bilgi

C)Ortaya çıkışta yaşam olayı: 0.yok 1.var(.....) 2.Yetersiz bilgi

D)Şiddeti (DSM) : 1.Hafif 2.Orta 3.Şiddetli

E)Postpartum özellik 0.Yok 1.Evet 2.Yetersiz bilgi

F)Psikoz : 0.Yok 1.DD uyumlu 2.DD uyumsuz 3.1+2 4.....

4)Toplam atak sayısı:

5)Yaşam boyu Depresif atak sayısı:

6)Yaşam boyu Manik atak sayısı:

7)Toplam hastaneye yatış sayısı:

8)İntihar girişimi: 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz bilgi

Varsa 1.Hastanede müdahale gereken 2.Hastane müdahale gerekmeyen

9)Hızlı döngülülük öyküsü: 0.Yok 1.Var

10)Mevsimsel özellik: 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz bilgi

11)Karma belirteç öyküsü: 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz bilgi

12)Anksiyete bulgularının varlığı 0.Yok. 1.Var 2.Yetersiz bilgi

13)Dönemlere psikotik özelliklerin eşlik etmesi 0.Hayır 1.Evet Yetersiz bilgi

14)Subsendromal belirtiler eşlik ediyor mu? 0.Hayır 1.Evet Yetersiz bilgi

15)Evet ise Eşlik eden belirtiler? 1.Depresif belirtiler 2.Manik belirtiler

3.Karma belirtiler

EK 5 - HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

EK 6 - YOUNG MANİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

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

2) Hareket ve enerji artışı

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

3) Cinsel ilgi

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

4) Uyku

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

5) İritabilite

0. Yok
2. Kendisi arttığını belirtiyor

4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık

atakları

6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor

8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok

2. Kendini konuşkan hissediyor

4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı

6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma

8. Basınçlı, durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok

1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış

2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması

3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali

4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal

2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar

4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar

6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri

8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın

2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor

4. Tehdide varacak derecede talepkar

6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç

8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

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

11) İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

EK 7 - ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMLARI ÖLÇEĞİ

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

elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır. Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. *Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.*

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

2. *Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.*

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

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

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

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

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

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

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

6. *Yırtık, söküük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.*

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

7. *Sevildiğimi hissediyordum.*

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

8. *Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.*

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

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

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

10. *Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.*

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

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

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

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

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

13. *Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.*

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

14. *Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.*

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

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

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

16. *Çocukluğum mükemmeldi.*

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

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

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

18. *Ailemde birisi benden nefret ederdi.*

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

19. *Ailemdelikiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.*

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

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

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

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

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

22. *Benim ailem dünyanın en iyisiydi.*

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

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

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

24. *Birisi bana cinsel tacizde bulundu.*

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

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

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

26. *İhtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi vardı.*

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

27. *Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.*

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

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

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

EK 8 – YAKIN İLİŞKİLERDE YAŞANTILAR ENVANTERİ-II

(YIYE-II)

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Bu araştırmada sizin ilişkinizde yalnızca şu anda değil, genel olarak neler olduğuyula ya da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi kastedilmektedir. Eğer halihazırda bir romantik ilişki içerisinde değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplandırınız. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılardaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Hiç Kararsızım/ Tamamen
katılmıyorum fikrim yok katılıyorum

	1	2	3	4	5	6	7
1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği kaygısına kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsedğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.	1	2	3	4	5	6	7
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5	6	7
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.	1	2	3	4	5	6	7
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7

14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
15. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
17. Birlikte olduğum kişinin beni terk edeceğinden pek endişe duymam.	1	2	3	4	5	6	7
18. Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.	1	2	3	4	5	6	7
19. Romantik ilişkide olduğum kişi kendimden şüphe etmeme neden olur.	1	2	3	4	5	6	7
20. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.	1	2	3	4	5	6	7
21. Terk edilmekten pek korkmam.	1	2	3	4	5	6	7
22. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
23. Birlikte olduğum kişinin, bana benim istediğim kadar yakınlaşmak istemediğini düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
24. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
25. Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler.	1	2	3	4	5	6	7
26. Başımдан geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.	1	2	3	4	5	6	7
27. Çok yakın olma arzumu bazen insanları korkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7
28. Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
29. Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıktan sonra, "gerçek ben"den hoşlanmayacağından korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
30. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanma konusunda rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
31. Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkelenendir.	1	2	3	4	5	6	7
32. Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7

EK 9 – YETİŞKİNLER İÇİN DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği				
1. Beklenmedik bir olay olduğunda...				
	Her zaman bir çözüm bulurum			
				Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...				
	Başarılması zordur			
				Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...				
	Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda			
				Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum				
	Diğer kişilerle birlikte			
				Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...				
	Benimkinden farklıdır			
				Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...				
	Hiç kimseyle tartışmam			
				Arkadaşlarımla/Aile-üleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...				
	Çözemem			
				Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...				
	Nasıl başaracağımı bilirim			
				Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ...				
	İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım			
				Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak				
	Önemli değildir			
				Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim				
	Çok mutlu			
				Çok mutsuz
12. Beni ...				
	Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir			
				Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...				
	Olduğuna çok inanırım			
				Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum				
	Ümit verici			
				Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...				
	Zamanımı planlama			
				Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir				
	Kolayca yapabildiğim			
				Yapmakta zorlandığım

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği Devamı

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...

Birbirinden bağımsız

Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş

18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...

Zayıftır

Güçlüdür

19. Yargılarıma ve kararlarıma ...

Çok fazla güvenmem

Tamamen güvenirim

20. Geleceğe dönük amaçlarım ...

Belirsizdir

İyi düşünülmüştür

21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...

Günlük yaşamımda yoktur

Günlük yaşamımı kolaylaştırır

22. Yeni insanlarla tanışmak ...

Benim için zordur

Benim iyi olduğum bir konudur

23. Zor zamanlarda, ailem ...

Geleceğe pozitif bakar

Geleceği umutsuz görür

24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...

Bana hemen haber verilir

Bana söylenmesi bir hayli zaman alır

25. Diğerleriyle beraberken

Kolayca gülerim

Nadiren gülerim

26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:

Birbirlerini desteklemez biçimde

Birbirlerine bağlı biçimde

27. Destek alırım

Arkadaşımdan/aile üyelerinden

Hiç kimseden

28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır

Her şeyi umutsuzca gören bir

Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma

29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...

Zordur

Kolaydır

30. İhtiyacım olduğunda ...

Bana yardım edebilecek kimse yoktur

Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır

31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...

Başa çıkmaya çalışırım

Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır

32. Ailemde şunu severiz ...

İşleri bağımsız olarak yapmayı

İşleri hep beraber yapmayı

33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...

Yeteneklerimi beğenirler

Yeteneklerimi beğenmezler