



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

**BİPOLAR ANNELERDE PLAZMA OKSİTOSİN DÜZEYİNİN
DUYGU TANIMA PERFORMANSI VE ANNE-BEBEK
BAĞLANMASI İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Muhammet Ali KARACA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2023



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

PSİKİYATRİ KLİNİğİ

**BİPOLAR ANNELERDE PLAZMA OKSİTOSİN DÜZEYİNİN
DUYGU TANIMA PERFORMANSI VE ANNE-BEBEK
BAğLANMASI İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Muhammet Ali KARACA

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Buket BELKIZ GÜNGÖR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2023

TEŞEKKÜR

Psikiyatri eğitimim boyunca yaşama dair çok şey öğrendiğim tüm hastalara ve Bakırköy'e

Kırk yılı aşkın bilgi birikimiyle her zaman güvende hissettiren şefim Uzm. Dr. Şahap N. ERKOÇ'a,

Her aşamada özverisi ve desteğiyle yol göstericim olan, çok şey öğrendiğim tez danışmanım Doç. Dr. Buket GÜNGÖR'e,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım hocalarım Doç. Dr. Özlem Devrim BALABAN, Prof. Dr. E. Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Gökhan UMUT, Prof. Dr. Fatih ÖNCÜ, Uzm. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Prof. Dr. H. Dilek ATAKLI, Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Prof. Dr. Gül KARAÇETİN'e,

Tezimde beraber ilerlediğimiz Uzm. Dr. Hacer EROĞLU, Biyokimya Laboratuvarı ekibinden Özlem, Büşra ve Evrim hanımlara,

Beraber çalıştığım ve yardımlarını esirgemeyen başta Uz. Dr. Ayça ÖNGEL ATAR, Uz. Dr. Nalan ÖZTÜRK olmak üzere tüm uzman abi ve ablalarım,

Çok sevgili dostlarım Barış'a, Ümit'e, Betül'e, Meltem ablaya

Desteğini esirgemeyen 15. Psikiyatri ailesine, tüm asistan arkadaşlarıma, Elif Betül'e

Canım annem, babam, ablam ve abime, ailemizin küçük üyeleri Zeynep ve Asya'ya

Her zaman yanımda olan, her zorluğu birlikte aştığım sevgili nişanlım Gökçe Elif'e

Teşekkürlerimle

Dr. Muhammet Ali KARACA

İstanbul, 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
TABLO LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. BİPOLAR BOZUKLUK	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2 Sınıflandırma ve Tanı ölçütleri	3
2.1.2.1 DSM-5’e göre Mani Dönemi Ölçütleri	4
2.1.2.2. DSM-5’e göre Hipomani Dönemi Tanı Ölçütleri	5
2.1.2.3. DSM-5’e göre Depresif Dönem Tanı Ölçütleri	6
2.1.3. Perinatal Dönemde Bipolar Bozukluk	7
2.2. BAĞLANMA	8
2.2.1. Bağlanma ve Psikiyatrik Hastalıklar	9
2.3. DUYGU TANIMA	10
2.3.1. Duygu Tanıma ve Bipolar Bozukluk	12
2.4. OKSİTOSİN	13
2.4.1. Genel bilgiler	13
2.4.2. Oksitosin ve psikiyatrik hastalıklar	14
2.4.3. Oksitosin ve duygu tanıma	14
2.4.4. Oksitosin ve bağlanma	15
3.GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Çalışma evreni ve örneklem	16
3.2. Bipolar Bozukluk Grubunun Araştırmaya Alınma Kriterleri	16

3.3. BPB Grubunun Araştırmadan Dışlama Kriterleri:	17
3.4. Kontrol Grubunun Araştırmaya Alınma Kriterleri:	17
3.5. Kontrol Grubunun Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:	17
3.6. Çalışmada Kullanılan Gereçler	17
3.6.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	17
3.6.2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (Young Mani Rating Scale)	17
3.6.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale)	17
3.6.4. Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği (DSBÖ) (Postpartum Bonding Questionnaire)	19
3.6.5. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (Edinburgh Postnatal Depression Scale)	19
3.6.6. Tromso Bebek Yüzleri Veri Tabanı (The Tromso Infant Faces Database (TIF))	19
3.7. YÖNTEM	20
3.8. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	21
4. BULGULAR	22
4.1. BPB GRUBU VE KONTROL GRUBU ARASINDA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	22
4.2. ARAŞTIRMADA DEĞERLENDİRİLEN BPB VAKALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ	24
4.2.1. BPB GRUBUNDA GEBELİKTE HASTALIĞIN SEYRİ	25
4.2.2. BPB GRUBUNDA DOĞUM SONRASI HASTALIĞIN SEYRİ	26
4.3. BPB VE KONTROL GRUBU ARASINDA SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE KLİNİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	27
4.4. BPB VE KONTROL GRUBU ARASINDA BAĞLANMA SKORLARI, OKSİTOSİN DÜZEYLERİ VE DUYGU TANIMA PERFORMANSLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	29

4.5. BAĞLANMA BOZUKLUĞUNU ETKİLEYEN DEĞİŞKENLERİN ANALİZİ	37
5.TARTIŞMA	39
5.1. Sosyodemografik Verilerle İlgili Değerlendirmeler	39
5.2. BPB TANILI HASTALARIN HASTALIK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELER	42
5.3. ANNE BEBEK BAĞLANMASI, PLAZMA OKSİTOSİN DÜZEYİ VE DUYGU TANIMA PERFORMANSI ÜZERİNE DEĞERLENDİRMELER	44
5.4. PLAZMA OKSİTOSİN DÜZEYLERİNİN BAĞLANMA VE DUYGU TANIMA İLE İLİŞKİSİ	47
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	51
7. KAYNAKLAR	54
8. EKLER	66
EK-1- SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	66
EK-2- BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	70
EK-3- HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ	72
EK-4- YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ	73
EK-5- EDİNBURG DOĞUM SONRASI BAĞLANMA ÖLÇEĞİ	75
EK-6- DOĞUM SONRASI BAĞLANMA ÖLÇEĞİ	77

SİMGELER VE KISALTMALAR

BPB	: Bipolar Bozukluk
DSBÖ	: Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi
ELISA	: Enzyme-Liked İmmune-Sorbent Assay
fMRG	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
HDÖ	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
OFC	: Orbitofrontal Korteks
OT	: Oksitosin
p	: Anlamlılık
PVN	: Paraventriküler nükleus
r	: Bağlantı katsayısı
SD	: Standart sapma
SON	: Supraoptik nükleus
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
n	: Denek sayısı
YMÖ	: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: BPB grubu ve kontrol grubu arasında demografik özelliklerin karşılaştırılması	23
Tablo 2: Araştırmada değerlendirilen BPB vakalarının klinik özellikleri	25
Tablo 3: BPB grubunda gebelikte hastalığın seyri	26
Tablo 4: BPB grubunda doğum sonrası hastalığın seyri	27
Tablo 5: BPB ve kontrol grubu arasında sosyodemografik verilerle klinik özelliklerin karşılaştırılması	28
Tablo 6: BPB ve kontrol grubu arasında HDÖ ve EDSDÖ skorlarının karşılaştırılması	29
Tablo 7: BPB ve kontrol grubu arasında DSBÖ skorlarının karşılaştırılması	29
Tablo 8: DSBÖ kesme puanına göre gruplarda bağlanma bozukluğu oranları.	30
Tablo 9: BPB ve kontrol grubu arasında duygu tanıma performansının karşılaştırılması	30
Tablo 10: BPB ve kontrol grubu arasında OT değerlerinin karşılaştırılması	31
Tablo 11: OT değerleri ile psikometrik ölçümler ve duygu tanıma performansı arasındaki korelasyon	32
Tablo 12: BPB grubunda DSBÖ ve duygu tanıma performansı arasındaki korelasyon	34
Tablo 13: BPB grubunda doğum sonrası bebekten ayrı kalma durumuna göre karşılaştırma	34
Tablo 14: BPB grubunda ayrı kalma süresi, oksitosin ve psikometrik özellikler arasındaki ilişki	35
Tablo 15: Kontrol grubunda DSBÖ ve duygu tanıma performansı arasındaki korelasyon	36
Tablo 16: Bağlanma Bozukluğu riskini artırmada etkili olan değişkenler.	37
Tablo 17: Bağlanma Bozukluğu riskini artırmada etkili olan değişkenler.	37
Tablo 18: Bağlanma Bozukluğu riskini artırmada etkili olan değişkenler.	38
Tablo 19: Bağlanma Bozukluğu riskini artırmada etkili olan değişkenler.	38

ÖZET

BİPOLAR ANNELERDE PLAZMA OKSİTOSİN DÜZEYİNİN DUYGU TANIMA PERFORMANSI VE ANNE-BEBEK BAĞLANMASI İLE İLİŞKİSİ

Dr. Muhammet Ali KARACA

Amaç: Bu çalışmada 6-24 ay arası bebeği olan Bipolar Bozukluk (BPB) tanılı remisyondaki anneler ile sağlıklı kontrollerin plazma oksitosin (OT) düzeyleri, anne bebek bağlanması ve bebeklerin yüzündeki duygu tanıma performansını karşılaştırmayı, bu değişkenlerin birbiri ile ilişkisini araştırmayı ve anne bebek bağlanması üzerine etki eden faktörleri incelemeyi hedefledik.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamıza dahil edilme ve dışlanma ölçütlerine uyan 6-24 ay arası bebeği olan 40 BPB tanılı remisyondaki hasta ve 40 sağlıklı kontrol alınmıştır. Çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılma konusunda gönüllü olan katılımcılara, Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği(DSBÖ) ve Tromso Bebek Yüzleri Duygu Tanıma Testi uygulanmış, plazma oksitosin düzeylerinin ölçülebilmesi için venöz kan alınmıştır. BPB tanılı hastalar ayrıca Young Mani Derecelendirme Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: BPB grubunda DSBÖ Bakım Konusunda Gerginlik alt ölçek skorlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulundu. BPB grubunda olumsuz duyguları tanıma performansının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulundu. BPB ve kontrol grubu arasında OT değerleri farklılık göstermedi. BPB grubunda doğum sonrası bebekten ayrı kalma süreleri arttıkça bağlanma bozukluğu skorlarının arttığı bulundu. BPB grubunda OT değerleri ile DSBÖ Bakım Konusunda Gerginlik alt ölçek puanları arasında anlamlı düzeyde negatif korelasyon bulundu. Kontrol grubunda oksitosin düzeyleri arttıkça korku duygusunu tanıma performansının arttığı bulundu. BPB grubunda bağlanma bozukluğu skorları arttıkça olumsuz duygulara karşı seçici dikkatin arttığı, şaşırma duygusunun daha az tanındığı bulundu.

Sonuç: BPB tanılı annelerin sağlıklı kontrollere göre bebekleriyle özellikle bakım konusunda gerginlik olmak üzere daha fazla bağlanma sorunları yaşadıkları, olumsuz duyguları daha az tanıyabildikleri bulundu. BPB tanılı annelerin OT düzeyleri azaldıkça bebeğin bakımı konusunda daha gergin olmalarına bağlı olarak bağlanma sorunları yaşadıkları; kontrol grubundaki annelerin OT düzeyleri arttıkça korku duygusunu daha az tanıyabildikleri bulundu. Eşik altı olsa da depresif belirti varlığının anne bebek bağlanmasını olumsuz etkileyen bir faktör olduğu tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, Doğum sonrası, Anne-Bebek Bağlanması, Oksitosin, Duygu Tanıma

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF PLASMA OXYTOCIN LEVEL WITH EMOTION RECOGNITION PERFORMANCE AND MOTHER-INFANT BONDING IN BIPOLAR MOTHERS

Dr. Muhammet Ali KARACA

Objective: In this study, we aimed to compare plasma oxytocin (OT) levels, mother-infant bonding, and facial emotion recognition performance of mothers in remission with Bipolar Disorder (BPD) who had infants between 6-24 months and healthy controls. Our objective is to investigate the relationship between these variables, and to examine the factors affecting mother-infant bonding.

Materials and Methods: Forty female patients in remission with BPD and forty healthy female controls who are mothers to infants between 6 to 24 months of age who met the inclusion and exclusion criteria were included in our study. After being informed about the study, the participants who volunteered to participate in the study were administered the Sociodemographic Data Form, Hamilton Depression Rating Scale, Postpartum Bonding Questionnaire (PPBQ) and The Tromso Infant Faces Database (TIF), and venous blood samples were taken to measure plasma oxytocin levels. Patients with BPD were also evaluated with the Young Mania Rating Scale.

Results: In the BPD group, it was found that the PPBQ Infant Focused Anxiety subscale scores were higher than the control group. Results showed that emotion recognition performance for negative emotions was lower in the BPD group compared to the control group. OT values did not differ between the BPD and control groups. It was found that bonding disorder scores showed positive correlation with the duration of separation from the infant in the BPD group. A significant negative correlation was found between OT values and PPBQ Infant Focused Anxiety subscale scores in the BPD group. In the control group, as oxytocin levels increased, emotion recognition performance for “fear” increased. In the BPD group, as bonding disorder scores increased, selective attention to negative emotions increased and surprise emotion was harder to recognize.

Conclusion: Results of our study showed that mothers with BPD had more bonding problems with their infants, had higher levels of infant focused anxiety, and were less able to recognize negative emotions compared to healthy controls. It was found that as the OT levels of the mothers in the BPD group decreased, they experienced bonding problems due to having more infant focused anxiety; and as the OT levels of the mothers in the control group increased, they were less able to recognize the emotion of fear. The presence of depressive symptoms, even when subthreshold, was found to be a factor that negatively affected mother-infant bonding.

Key Words: Bipolar Disorder, Mother-Infant Bonding, Oxytocin, Emotion Recognition

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk (BPB) atak ve remisyon dönemleriyle seyreden ruhsal bir rahatsızlıktır. Yaşam boyu yaygınlığı %1 dir. Eşik altı tablolar da eklendiğinde bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlık oranı %2.4'ü bulmaktadır(1) .

Oksitosin(OT); sosyal bağ oluşturma kapasitesinin geliştirilmesinde hem hayvanlarda hem insanlarda etkili olduğu gösterilen nörotransmitter işlevi de gören bir hormondur(2). En temel sosyal ilişkilerden biri olan anne-bebek bağlanmasının OT düzeyiyle ilişkisini inceleyen çalışmalarda annenin bebeği ile sevecen teması ile annede OT seviyelerinin arttığı gösterilmiştir(3). 62 annenin plazma OT düzeylerinin gebelik ve doğum sonrası ilk ayda örneklendiği çalışmada; erken gebelik ve doğum sonrası dönemde OT seviyeleri, bakışlar, sesler, olumlu duygulanım ve şefkatli dokunuş dahil olmak üzere annenin bebeğe bağlanma davranışı; bağlanma ile ilgili düşünceler ve bebeği sık sık kontrol etme ile ilişkili bulunmuştur(4).

Çeşitli hasta gruplarında OT'nin duyguları tanıma üzerindeki rolünü araştıran birçok çalışma mevcuttur. Otizm spektrum bozukluğu olan hastalarda intranazal OT tedavisinin duygu tanıma üzerine yararlı olduğu gösterilmiştir(5). Tek doz intranazal OT'nin sağlıklı bireylere uygulanmasının sosyal tehditle ilgili endişeyi azalttığı ve yüzde duygu tanımayı kolaylaştırdığı gösterilmiştir(6). Taş ve arkadaşlarının BPB tanılı hastalarda serum OT düzeyiyle yüzlerden duygu tanıma ilişkisini araştırdığı çalışmasında; 28 hastaya 6 ayrı duyguyu (öfke, tiksime, korku, mutluluk, üzüntü, nötral) içeren 36 erişkin fotoğrafından oluşan duygu tanıma testi uygulanmış ve serum OT düzeyi ölçülmüştür. Bazal OT düzeyi yüksek olan deneklerin korku duygusunu tanımada daha duyarlı oldukları bulunmuştur (7).

Başta depresyon ve BPB olmak üzere birçok psikiyatrik hastalığın anne-bebek bağlanmasını etkilediğini gösteren çalışma mevcuttur(8,9). Gebelik ve doğum sonrası dönem, psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkması ya da hastalığın alevlenmesi açısından risk oluşturur(10,11). BPB tanılı hastalarda hastalık bulgularının yatıştığı tam remisyon dönemlerinde bile bilişsel fonksiyonların etkilendiğini gösteren çalışmalar mevcuttur(12). Buna ek olarak Boekhorst ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bipolar

bozukluğu olan kadınların doğum sonrası nüksten bağımsız, bebekleriyle bağlanma sorunu yaşamaya daha yatkın oldukları bulunmuştur(13).

Murray ve arkadaşlarının doğum sonrası depresyonu olan anne ve bebekleri üzerinde yapmış olduğu çalışmada, 5 yıl boyunca izlenen çocuklarda bilişsel fonksiyonların anne depresyonundan etkilenmediği ancak anne-bebek ilişkisi tarafından ise yordandığını saptamışlardır(14). Anne bebek bağlanması uzun dönemde çocukların nörogelişimi ve ruhsal iyilik hali ile ilişkilendirilmektedir, bu açıdan anne bebek bağlanması üzerine etki eden faktörlerin incelenmesi ruh sağlığı alanına katkı sunacaktır. BPB'de doğum sonrası dönemde anne bebek bağlanmasının etkilenip etkilenmediği, ruhsal hastalık iyileştiğinde anne bebek bağlanmasını etkileyecek nörobilişsel ve biyolojik etkilerin sürüp sürmediğinin saptanması, bu alanda çalışan hekimlerin anneyi ve bebeği destekleyecek psikososyal müdahaleler geliştirmesi açısından önemlidir.

Annenin, bebeğin duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için sağlıklı bir anne-bebek bağına ihtiyaç vardır. Anneyle bebeğin sağlıklı bağlanabilmesi, annenin ruhsal açıdan iyilik halinde olması ve bebekten gelen uyaranları, bebeğin ihtiyaçlarını anlayabilmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada klinik açıdan remisyonda olan BPB tanılı hastalar ve sağlıklı kontrol grubunda bağlanma üzerinde etkileri olduğu bilinen biyokimyasal bir belirteç olan OT ve bebeğin yansıttığı duyguyu annenin ne kadar tanıyabildiğini ölçen Tromso Bebek Yüzleri Duygu Tanıma Testi(15) performansı ve anne bebek bağlanmasını ölçekle karşılaştırmayı ve aynı zamanda anne bebek bağlanması, plazma OT düzeyi ve bebek yüzlerinde duygu tanıma arasındaki ilişkiyi araştırmayı hedefledik.

Varsayımlar:

Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında remisyondaki BPB tanılı hastalarda anne bebek bağlanmasının bozulduğu, plazma OT düzeyinin daha düşük ve bebek yüzlerinde duygu tanıma performansının daha az olacağı öngörülmektedir.

Hem sağlıklı hem BPB tanılı kadın hasta grubunda anne bebek bağlanmasının bozulması, bebek yüzlerinde duygu tanıma becerilerinin yetersiz olması ve daha düşük plazma OT düzeyleri ile ilişkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

2.1.1. Tanım

Bipolar bozukluk, taşkın ya da çabuk kızan duygudurum, amaca yönelik aktivite ve enerji artışı, uyku ihtiyacında azalma ile seyreden mani dönemleri; semptomların manie göre daha az şiddet gösterdiği hipomani dönemleri ya da çökkün duyguduruma eşlik eden enerji azlığı ve istek kaybı olan depresif dönemlerin görüldüğü bir duygudurum bozukluğudur(16).

Mani, benlik saygısında ve içsel güçte artış, her zamankinden konuşkan olma, düşüncelerin hızlanması, amaca yönelik aktivitede artış, dikkatin dağılabilir olması ve uyku ihtiyacında azalmayla seyreden duygudurum dönemidir. Belirtilerin en az 1 hafta sürmesi veya hastane yatışını gerektirecek düzeyde sosyal işlevselliği etkilemesi gerekir(16).

Hipomani ise manik dönemde ortaya çıkabilecek bulguların daha az şiddette ortaya çıkması veya bir haftadan kısa sürmesi, psikotik semptomların görülmemesi ve işlevselliğin belirtisiz döneme kıyasla değişmesine rağmen hastaneye yatışı gerektirecek düzeyde bozulmamasıyla ile maniden ayrılır(16).

Depresyon çökkün, derin üzüntülü ve bazen bunaltılı bir duygudurumla birlikte konuşma ve hareket gibi fizyolojik işlevlerde yavaşlamanın yanı sıra değersizlik, isteksizlik ve karamsarlık ile seyreden duygudurum tablosudur. İntihar düşünceleri eşlik edebilir. Depresyon tanısı koyduracak belirti kümesinin en az 2 hafta sürmesi ve kişinin önceki işlevselliğinin etkilenmesi beklenir(17).

2.1.2. Sınıflandırma ve Tanı ölçütleri

BPB, DSM-5(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5) te depresyon bozukluklarından” ayrılarak ‘Bipolar ve İlişkili Bozukluklar’ başlığı altında toplanmıştır. Şizofreni ve psikozla giden diğer bozukluklar ile depresyon bozuklukları bölümleri arasına, aile öyküsü ve kalıtsal özellikleri bakımından bir köprü olarak yerleştirilmiştir. Bipolar I bozukluğu, bipolar II bozukluğu, siklotimi bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı

bipolar ve ilişkili bozukluk, tanımlanmış diğer bir bipolar ve ilişkili bozukluk ve tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk tanıları bu başlıkta sınıflanmıştır(16).

Bipolar 1 bozukluğu tanısı için tek bir manik dönem yeterliyken; bipolar 2 bozukluğu tanısı için depresif dönemin yanında en az bir hipomanik dönem görülmesi ve hastalığın seyri sırasında herhangi bir zamanda manik dönem tanı kriterleri karşılanmamış olması gerekir(16).

2.1.2.1.DSM-5'e göre Mani Dönemi Ölçütleri

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

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlası (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur:

- 1- Benlik saygısında abartılı artış ya da büyüklük düşünceleri.
- 2- Uyku gereksiniminde azalma.
- 3- Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
- 4- Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
- 5- Dikkat dağınıklığı (yani dikkat önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
- 6- Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon.
- 7- Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma.

C. Duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

D. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (antidepresan veya EKT sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi hariç).

2.1.2.2.DSM-5'e göre Hipomani Dönemi Tanı Ölçütleri

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

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlası (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur:

- 1- Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
- 2- Uyku gereksiniminde azalma.
- 3- Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
- 4- Düşünce uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı.
- 5- Dikkat dağınıklığı olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
- 6- Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon.
- 7- Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma.

C. Bu atak sırasında, kişinin belirti olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevselliğinde belirgin bir değişiklik olur.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca da gözlenebilir bir düzeydedir.

E. Bu atak, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek kadar ağır değildir. Psikotik özellikler varsa mani dönemi olarak tanımlanır.

F. Bu belirtiler bir maddenin ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (antidepresan veya elektrokonvülsif tedavi (EKT) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomani dönemi hariç).

2.1.2.3.DSM-5'e göre Depresif Dönem Tanı Ölçütleri

A. Aynı iki haftalık bir dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha fazlası bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az birinin ya [1) çökkün duygudurum ya da [2] ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

1- Hastanın kendisinin bildirdiği ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, neredeyse her gün, yaklaşık gün boyu süren çökkün duygudurum.

2- Neredeyse her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma.

3- Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden fazlası olmak üzere) ya da neredeyse her gün iştahın azalmış ya da artmış olması.

4- Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyku olması.

5- Neredeyse her gün, psikodevinsel ajitasyon ya da retardasyonun olması.

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

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

8- Neredeyse her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık.

9- Yineleyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

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

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

2.1.3. Perinatal Dönemde Bipolar Bozukluk

Psikiyatrik bir tanı olarak değerlendirilmese de ‘doğum sonrası hüznün’ veya ‘ciddi duygusal sorunlar’ annelerin %50 sinden fazlasını etkilemektedir(18,19) . Doğum sonrası dönemde kadınlar ruhsal hastalıkların başlaması veya nüksü açısından risk altındadır. Driscoll ve arkadaşları BPB yineleme riskinin doğum sonrası ilk 4 hafta içinde doğum sonrası olmayan dönemlere göre 23 kat arttığını bulmuştur(20). Perinatal başlayan ya da nükseden BPB DSM-5’te ayrı bir hastalık başlığı olarak tanımlanmamış, BPB tanı başlığı altında doğum zamanı (peripartum) başlayan belirteci ile tanımlanmıştır(16).

Perinatal dönem, DSM-5 e göre tüm gebelik dönemi ve doğum sonrası ilk 4 hafta olarak olarak belirtilse de; genel kabul, doğum sonrası dönemin bir yıla kadar olmak üzere daha uzun olduğu yönündedir(21). Başta ailede BPB tanısının varlığı olmak üzere genetik faktörlerin perinatal dönemde duygudurum bozukluğu atağı geçirme riskini arttırdığı gösterilmiştir(22). Doğum sonrası psikoz, perinatal psikiyatrik patolojiler içinde özel bir yere sahiptir ve görülme oranının 1-2/1000 olduğu tahmin edilmektedir. Ailesinde doğum sonrası psikoz öyküsü olan BPB tanılı hastaların doğum sonrası psikoz riskinin 2 kat fazla olduğu gösterilmiştir(23). Doğum sonrası psikozun %60 oranda duygudurum bozukluklarına evrilmesi, yakın takip gerektiren bir tanı olduğu ve bu anlamda önem arz ettiğini göstermektedir(24).

Doğum sonrası dönemde BPB yineleme oranı %35 olarak tespit edilmiş olup; olguların %17'sinde hastaneye yatmayı gerektirecek düzeyde hastalık şiddeti mevcuttur. Ancak doğum sonrası dönemde bipolar 1 ve bipolar 2 arasında yineleme riski açısından fark saptanmamıştır(25). Khan ve arkadaşları ise perinatal dönemdeki ataklarda semptomların daha hızlı başladığını ve psikotik semptomların daha sık görüldüğünü bulmuştur(26).

2.2. BAĞLANMA

Anne-bebek bağlanması ve önemi 1976 yılında Klaus ve Kennell tarafından ‘*Maternal-Infant Bonding*’ in yayınlanmasıyla psikiyatri ve psikoloji alanında dikkat çekmiştir. Bu çalışmada doğumun çok erken saatlerinde bile anneyle bebeğin yakın temasının önemli olduğu vurgulanmıştır(27). Anne-bebek bağlanması, gebeliğin erken döneminde başlar ve artarak devam eder(28). Doğum öncesi bağlanmanın henüz ortada bir bağlanma nesnesi yokken, annenin ya da bakım verenin zihinsel temsilleri tarafından desteklendiği ve geliştiği düşünülmektedir(29). Doğum öncesi ve doğum sonrası bağlanmanın ilişkili bulunması bu teoriyi desteklemektedir(30).

Anne-bebek bağlanmasının annede yarattığı değişim beyin görüntüleme çalışmalarında da araştırılmıştır. Wan ve arkadaşlarının çalışmasında 4-9 ay arası bebeğe sahip annelerin kendi bebekleri ve yabancı bebeklerin video görüntüleri izletilirken özellikle orta frontal girusta aktivite artışı olduğu ortaya koyulmuştur(31).

Yakın anlam ifade etmeleri nedeniyle Türkçeye tercümesi sırasında *bağlanma* ile ifade edilmiş olsa bile orijinal ifadesiyle *bonding* (anne-bebek bağlanması) ve Bowlby’nin bağlanma kuramına göre tanımladığı *attachment* (bağlanma) birbirinden farklı kavramlardır. Bu karışıklığı önlemek adına Brockington bonding terimine karşılık *anne-bebek ilişkisi* kavramını önermiştir(32). Bağlanma(attachment), bebekten bakım veren yönüne olan bağı ifade eder ve belirli bir kişiye yönelen ve yakınlığı sürdürmeyi amaçlayan duygusal bir bağıdır(33). Buna karşılık anne-bebek bağlanması (bonding), bakım verenden bebek yönüne olan bağı ifade eder(34).

Bowlby’nin bağlanma kuramına göre; bebeğin annesiyle kurduğu bağlanma ilişkisi hem çevreyi keşfetmesine olanak sağlar hem de tehlike anında sığınabileceği ‘sağlam bir sığınak görevi’ görür. Güvenli bağlanma için bu ilişkinin tutarlı, sürekli, duyarlı ve her zaman ulaşılabilir olması gereklidir. Anneyle kurulan bu güvenli bağlanma; bebeğin kendi 'benlik modeli' ve 'başkaları modeli' oluşturmasını sağlar(35). Ek olarak Ainsworth ve arkadaşları yabancı durum testi ve dört çeşit bağlanma biçimi (güvenli, kaygılı/kararsız-dirençli, kaygılı/kaçınan ve dağınk/dezorganize bağlanma) ortaya koyarak bağlanma kuramına katkı sağlamışlardır(36). Annenin kendi ebeveyni ile bağlanma sorunlarının, sonraki hayatında bebeğine bağlanmasına etkisi araştıran bir çalışmada; genellikle kendi

anneleri tarafından reddedilme geçmişi olan annelerin, bebeklerinin sinyallerine karşı duyarsız ve tepkisiz oldukları ve bebeğin bağlanma ihtiyaını görmezden gelmeye meyilli oldukları bulunmuştur(37). Aynı çalışmada kendi çocukluk yaşantısıyla ilgili çözümlenmemiş endişelerle ilgili zihinsel meşguliyeti olmayan annelerin ise bağlanma ipuçlarına kolaylıkla cevap verebildiği gözlemlenmiştir(37).

2.2.1. Bağlanma ve Psikiyatrik Hastalıklar

Doğum sonrası annelerin dörtte birinin bebekleriyle, bebeğin ihmeline veya reddine varabilen ilişki sorunları yaşadığı saptanmıştır(38). Farklı psikiyatrik tanıları olan hasta gruplarında anne bebek bağlanmasını araştıran ve karşılaştıran çalışmalar bulunmaktadır. Anne depresyonu ve doğum sonrası bağlanmayı araştıran beş çalışmadan dördünde daha şiddetli düzeyde depresyon, doğumdan sonra daha düşük bağlanma düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur(39).155 anne üzerinde yapılan bir araştırmada; anne -bebek bağlanması hastaneye yatış sırasında değerlendirildiğinde, doğum sonrası psikoz olan grupta bağlanma sorunu oranı % 17.6 iken, depresyonu olan grupta bu oran %57.6 bulunmuştur. Taburculuk sırasında bakılan anne- bebek bağlanma skorlarında da benzer bir sonuç bulunmuş; bağlanma sorunu oranı psikotik tabloda gelenlerde % 5.9 iken; depresif tabloda gelenlerde %17.2 olmuştur(40).

Anne bebek bağlanmasını konu alan çalışmaların çoğunluğu depresyon tanısı olan annelerde yapılmıştır. Höflich ve arkadaşları depresif semptomları nedeniyle anne-bebek ünitesinde tedavi altında olan annelerde yaptıkları çalışmasında, başarılı bir şekilde tedavi edilmiş depresif semptomlardan sonra anne-bebek ünitesinden taburcu olan annelerin taburculuk sırasında %6.4 nde bağlanma bozukluğunu gösterecek şekilde doğum sonrası bağlanma leği skorlarının kesme puanının üzerinde seyretmeye devam ettiğini saptamışlardır(41). BPB tanılı hastalarda anne bebek bağlanmasının değerlendirildiği çalışmalar kısıtlıdır. Boekhorst ve arkadaşları BPB tanılı hastaların, doğum sonrası nüksten bağımsız olarak sağlıklı kontrollere göre bebekleriyle olan bağlanma ilişkilerini daha az olumlu değerlendirdiklerini bulmuştur(13). Alptekin ve arkadaşlarının yaptığı 51 remisyonunda bipolar hasta ve 53 sağlıklı kontrolün karşılaştırıldığı çalışmada ise; iki grup arasında bağlanma bozukluğu skorlarında anlamlı bir farklılık saptanmamış, anne yaşı arttıkça bağlanma bozukluğu skorlarının azaldığı saptanmıştır(42).

Doğumdan önce herhangi bir zamanda BPB tanısı almış, doğum sonrası nüks yaşayan annelerin %17'sinin hastaneye yattığı göz önüne alındığında(25); BPB tanılı annelerin doğum sonrası bebeklerinden ayrı kalma riski dikkat çekicidir. Kendell ve arkadaşları, bipolar tanılı annelerin doğum sonrası bebeklerinden uzak kalma ihtimallerinin diğer psikiyatrik hastalıklardan daha yüksek olduğunu bildirdiği çalışmalarında; BPB tanısı olan kadınların, şizofreni tanısı olan kadınlarla kıyaslandığında, doğum sonrası dönemde psikiyatrik yatış riskinin çok daha yüksek olduğunu ileri sürmüşlerdir(43). Doğum sonrası erken dönemin anne-bebek bağlanmasındaki önemini vurgulayan çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde (27) BPB tanısı, bağlanma bozukluğu olasılığında artış açısından önem arz etmektedir.

2.3. DUYGU TANIMA

Bir bebeğin yüzünün ve duygusal durumunun tanınması, bebeğin hayatta kalması için kritik öneme sahip olmakla kalmayıp, bebeğin yüzündeki olumlu duygular bakım veren kişide ödül mekanizmalarını harekete geçirmekte ve anneleri bakım verme ve bağlanma konusunda motive etmektedir(44). Gebelik ve anne olmanın çeşitli beyin bölgelerinde yarattığı nöronal aktivite değişikliğini inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Anne olmayan 22 katılımcının 20 anne ile karşılaştırıldığı duygu ifadesi olan bebek yüzlerine verilen tepkilerin araştırıldığı fMRG (Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme) çalışmasında; anne olmayanlara göre annelerin, sağ oksipital lob, sağ kuneus, sol inferior frontal girus ve sağ orta frontal girus merkezli alanlarda daha yüksek aktivasyon gösterdiği ortaya konulmuş ve hiçbir beyin bölgesinde deaktivasyon olmadığı saptanmıştır. Bütün bu merkezlerin empatik işleme ve zihin teorisi ile ilgili sosyal bilişsel beyin alanları olduğu göz önüne alındığında, anne beyninin bebeklerinin yüzlerindeki duyguyu tanımaya adaptif tepkiler gösterdiği saptanmıştır(45).

Annelerin kendi çocuklarına ait resimlere bakarken nöronal aktivitesini inceleyen fMRG çalışmasında, kişinin kendi çocuğunu görmesinin amigdala, insula, anterior parasingulat korteks ve orbitofrontal kortekse (OFC) yakın inferior frontal alan gibi duygularla ilgili çeşitli beyin bölgelerinin aktive olduğu saptanmıştır(46). Nitschke ve arkadaşlarının benzer yöntemle yapmış olduğu çalışmada ise yabancı bebeklere göre kendi bebeklerinin fotoğraflarına bakması, annelerin OFC'sinin

bilateral aktive olmasıyla ilişkilendirilmiş ve OFC nöronal cevabındaki gruplar arasındaki farkın anne-bebek bağıyla ilişkili olabileceği iddia edilmiştir(47). Yine benzer ilişkiyi araştıran yakın kızılötesi spektroskopi kullanarak prefrontal aktivasyonların ölçüldüğü bir çalışmada, yabancı bebeklerin yüzlerini izlemeye kıyasla; kendi bebeklerinin yüzlerindeki olumlu duygulanımı izlemenin annelerin OFC ön bölgesinde aktivasyon yarattığı saptanmıştır. Ayrıca annesinin gülümsemesini takip eden bebeklerde benzer bir OFC aktivasyonu olduğu ve bulguların tümü birlikte değerlendirildiğinde, OFC'nin bağlanma sisteminde duygulanımı düzenlemede rolü olduğunu düşündürmektedir(48).

Yüzde duygu ifadelerini tanımayı ölçen birçok nöropsikolojik test geliştirilmiştir. Bunların birçoğu yetişkinlerin yüzlerinde duygu ifadelerini (POFA: Pictures Of Facial Affect) ölçmeyi amaçlasa da; genç erişkinleri (KDEF: Karolinska Directed Emotional Faces) ve 2-8 yaş arası çocuk yüzlerinde duygu ifadelerini tanımayı (CAFE: Child Affective Facial Expression) ölçen nöropsikolojik testler de mevcuttur(49–51). Ancak özellikle 1 yıldan önce bebeklerin yüz kasları ve yağ dokusundaki değişimler nedeniyle yüzlerinde yansıttıkları duyguların tanınmasının güç olduğu bildirilmiştir(52). Bu durum annelerin erken dönemde bebek yüzlerinden duygu tanımasını zorlaştırmaktadır. 2 yaşından küçük bebek yüz ifadelerine odaklanan nöropsikolojik testlerin geliştirilmesi yine bu sebeple güç olsa da Maack ve arkadaşları, Tromsø Infant Faces Database 'i geliştirmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak bu testin 2 yaş altı bebek yüzlerinde duygu tanıma performansının ölçülmesine imkan sağlamışlardır(15).

Çocuk, çevreyle daha iyi başa çıkabilecek ve onu ruhsal ve fiziksel olarak koruyabilecek biriyle yakınlık arayabilmek için bir 'bağlanma davranış sistemi' ile doğar(34). Bu bağlamda bakım verene doğru yönelen, bebeğin işaret ve ipuçlarına bakım vereni duyarlı kılan ve bebeğin korumasını sağlayan bir 'bakım verme sistemi' sağlanır(53). Bebeğin ihtiyaçlarını anlama ve ona cevap verebilme anne ya da bakım verenin bu duygusal ipuçlarını ayırt edip tanınması ile mümkündür. Bebek yüzlerinde duygu tanıma da anne ya da bakım verenin sahip olduğu bu nöropsikolojik işlevlerden biridir.

2.3.1. Duygu Tanıma ve Bipolar Bozukluk

Rokka ve arkadaşlarının BPB’de duygu tanımayı inceleyen 1990-2008 tarihleri arasında yayınlanmış çalışmaları derledikleri yayınlarında, ötimik bipolar hasta grubunun tiksinti ve korku duygularını tanımada bozulma saptamışlardır(54). Ayrıca bu derlemede bipolar hastaların, şizofreni hastalarına kıyasla daha az bozulma gösterdikleri de saptanmıştır. BPB tanılı hastalarda zihinselleştirme ve duygu tanıma performanslarını değerlendiren meta analiz çalışmasında kontrol grubuna göre hasta grubunda küçük ama anlamlı bozulma saptanmıştır(55). Katılımcıların tamamının 10-17 yaş arasında olduğu; pediatrik bipolar tanılı hastalar, aile öyküsü nedeniyle hastalık riski taşıyan bireyler ve sağlıklı grubun karşılaştırıldığı çalışmada, sağlıklı kontrollere kıyasla riskli bireyler ve BPB tanılı hastalarda yüzlerden duygu tanımanın bozulduğu saptanmıştır(56).

Getz ve arkadaşlarının 25 bipolar tanılı manik dönemde hastayla 25 sağlıklı kontrolün duygu tanıma performanslarının 3 ayrı reaksiyon süresinde(500 ms, 750 ms, 1000 ms) karşılaştırıldığı çalışmasında; hastaların sağlıklı bireylere göre duygu tanıma performanslarının her üç reaksiyon süresinde de anlamlı derecede bozulduğu; hastaların 3 ayrı reaksiyon süresinde de duygu tanıma doğruluk performanslarının daha kötü olduğu saptanmıştır(57).

Hasta, riskli grup ve sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı fMRG çalışmasında, ; bipolar tanılı hasta grubu ve BPB aile öyküsü olan risk grubundaki bireylerde, korku dolu yüzlerden duydukları korkuyu derecelendirirken sağlıklı kontrol grubuna göre artmış amigdala hiperaktivitesi gösterilmiştir(58). Olsavsky ve arkadaşları, çalışmalarında risk altındaki bireylerde tanı almış bireylere benzer sonuçlar elde etmelerinin ardından, duygu tanımada bölgesel amigdala aktivasyonunun bir endofenotip olabileceği görüşünü ileri sürmüşlerdir.

2.4. OKSİTOSİN

2.4.1. Genel bilgiler

OT, arka hipofizden salınan, insanlarda ve hayvanlarda etkili olduğu gösterilen hem hormon hem de nörotransmitter olarak görev yapan bir peptittir(2). Hipotalamus paraventriküler nükleus(PVN) ve supraoptik nükleus(SON)tan gelen projeksiyonlarla salınması tetiklenerek, organizmada çok çeşitli bedensel tepkilere neden olur(59). OT'nin beyindeki etkilerinin hipofizin PVN ve SON'da yerleşmiş olan santral projektıl nöronlardan kaynaklandığı düşünülmektedir(60). OT'nin beyin bölgelerine etkisinin araştırıldığı çalışmada; supraoptik nükleustaki magnaselüler nöronların OT salgısının posterior epifizi, amigdalayı, hipokampusu, striatumu ve beyin sapını etkilediği bulunmuştur(61).

Laktasyonda süt salınımı, cinsel işlevler ve doğum sırasında uterin kontraksiyonları uyarmanın yanı sıra, memelilerde OT'nin anne davranışları ve sosyal tanıma ile ilişkili rollerini inceleyen birçok çalışma mevcuttur(62,63). Ayrıca paraventriküler nükleusun OT'nin beyin bölgelerindeki nöronlar arası etkileşiminde kilit rolü olduğu düşünülür(64).

Kan, tükürük ve beyin omurilik sıvısında(BOS) OT'nin 24 saatlik ölçümlerinde diüurnal ritim ya da zamana bağlı belirgin bir dalgalanma saptanmamıştır. Kan, tükürük ve BOS OT seviyeleri arasında zayıf oranda korelasyon saptanmış olsa da, periferik ve BOS düzeyleri arasında korelasyonun sabahın erken saatlerinde en yüksek seviyede olduğu saptanmıştır(65)

BOS ve serum OT düzeyi arasında zayıf korelasyon olduğu bildirilse de beyin omurilik sıvısından OT elde etmenin invaziv bir işlem olması ve bu yöntemin güçlüğü nedeniyle periferik (tükürük, plazma ve idrar) OT düzeyini ölçen birçok çalışma yapılmıştır(66). Hayvan çalışmalarında özellikle sosyal ve emosyonel bağlamı içeren durumlar örneğin bağlanma, stres ve tehdit durumlarında santral OT ile birlikte periferik OT'nin de salgılandığı ve periferik OT ölçülmesinin OT sistemini değerlendirmeye imkan sağladığı bildirilmiştir(67). Feldman'ın çalışmasında da plazma OT düzeyleri ile anne bebek bağlanması arasında anlamlı ilişki saptanmıştır(4).

2.4.2. Oksitosin ve psikiyatrik hastalıklar

OT insan davranışı üzerindeki duyusal ve sosyal etkileri keşfedildiğinden bu yana psikiyatrik hastalıklar için ilgi çekici olmuştur. OT'nin sosyal hafıza, sosyal biliş, emosyonların tanınması ve bağlanmada rol aldığı gösterilmiştir(68). Otizm, depresyon, şizofreni gibi birçok hastalıkta OT seviyelerinin sağlıklı kontrollere göre farklı olduğu gösterilmiş olsa da yöntem farklılıkları ya da örneklem büyüklüklerinin yeterli olmamasına bağlı olarak sonuçlar henüz yeterli tutarlılığa sahip değildir(5,6,69).

Duygudurum bozukluklarında sosyal biliş sorunlarının bulunması; son yıllarda OT ile duygudurum bozuklukları ilişkisinin araştırılmasına ilham kaynağı olmuştur(70). Lien ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada depresif yakınmaların şiddeti ile OT seviyeleri arasında pozitif korelasyon saptanmış; bu durumun duygudurum bozukluklarının psikopatolojisinde rolü olduğu düşünülen hipotalamo-pitüiter aksdaki aksamayı kompanse etmek adına OT düzeylerinin yükselmesi ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür(70). Yatarak tedavi gören unipolar depresyon ve bipolar depresyon tanılı hastalar ve sağlıklı kontrollerin serum OT düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmada ise hem unipolar depresyon hem de bipolar depresyon tanılı hastalarda serum OT düzeyleri sağlıklı kontrollere göre düşük saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada serum OT düzeylerinin, Elektrokonvülsif tedavi(EKT) ve antidepresan tedaviden etkilenmediği bulunmuştur(71).

2.4.3. Oksitosin ve duygu tanıma

Otizmin sosyal iletişim ve etkileşimde niteliksel bir bozulma, duygu tanıma yeteneğinde eksiklikler giden bir hastalık olması, otizmde OT'nin duygu tanıma üzerindeki olası rolünü değerlendirmek adına dikkat çekici kılmıştır. Guastella ve arkadaşlarının otizm tanılı ergenlerde intranazal OT'nin duygu tanıma performansı üzerindeki etkisini araştırdığı plasebo kontrollü çalışmasında, intranazal OT'nin plaseboya göre otizm tanılı ergenlerde duygu tanıma performansını arttırdığı gösterilmiştir(5).

Duygudurum bozukluklarında serum OT düzeyleriyle yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkması, OT'nin periferik yollarla verilerek santral etkilerini

incelemeyi akla getirmiştir. Nazal OT uygulanan doğum sonrası depresyonu olan annelerin, yüzdeki duygu ifadeleri içeren kartları daha fazla oranda pozitif duygu, daha az oranda nötr duygu olarak atıflandırdıkları saptanmıştır(72). Taş ve arkadaşlarının 28 remisyonunda BPB tanılı hastada yapmış olduğu çalışmada, hastalara duygu tanıma testi uygulanmış ve serum OT düzeyleri bakılmış, bazal OT düzeyi yüksek olanların korku duygusunu daha yüksek oranda doğru tanıdıkları bulunmuştur(7).

Şizofreni hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada ise; yüzde duygu tanıma doğruluk oranının endojen OT seviyeleriyle pozitif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Duygu yoğunluğunun düşük, orta ve yüksek olduğu yüzde duygu ifadeleri içeren kartların deneklere gösterildiği bu çalışmada; her üç yoğunluk seviyesindeki kartlarda da yüzdeki duyguyu doğru tanıma performansı, şizofreni hastalarında daha düşük saptanmış ve duygu tanıma performansı ile endojen OT düzeyi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Ancak kontrol grubunda benzer bir ilişki saptanmamıştır(73).

2.4.4. Oksitosin ve bağlanma

Memelilerde OT'nin sosyal tanımayla ilişkisini ortaya koyan birçok çalışma mevcuttur(62). Hiç yavrusu olmamış koyunlara merkezi olarak OT uygulandığında yabancı kuzuları kabul ettikleri gözlemlenmiştir(74). Yavrusuna bakım vermekte olan tarla farelerine OT antagonistlerinin uygulanmasının ise tarla farelerinde annelik davranışını engellediği gözlemlenmiştir(75).

Memelilerde OT'nin anne-bebek bağının kurulmasında temel bir rol oynadığını gösteren çalışmaların sonuçları, insanlarda benzer bir ilişkinin varlığını araştırmak adına merak uyandırıcı olmuştur(62,76,77). 62 gebe kadının plazma OT düzeylerinin gebeliğin ilk 3 ayı, son 3 ayı ve doğum sonrası ilk ayda örneklediği çalışmada; OT zaman içinde sabit kalmış ve erken gebelik ve doğum sonrası dönemdeki OT seviyeleri, bakışlar, sesler, olumlu duygulanım ve şefkatli dokunuş dahil olmak üzere anne bağlanma davranışı, bağlanma ile ilgili düşünceler ve bebeği sık sık kontrol etme ile ilişkili bulunmuştur(4).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu'ndan 28.06.2022 tarih ve 640 protokol sayılı onay alınmıştır.

3.1. Çalışma evreni ve örneklem

Çalışma evreni; Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı ayaktan tedavi ünitesi ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde takip edilen BPB tanılı, klinik remisyon halindeki hastalardan ve gönüllü olarak katılan sağlıklı kontrollerden oluşmaktadır.

Çalışma örneklemini; Kasım 2022- Mayıs 2023 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı ayaktan tedavi ünitesi ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ne başvuran ve DSM-5'e göre BPB tanısı gözden geçirilerek doğrulanan, çalışmanın dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 40 klinik remisyon halindeki BPB tanılı hastadan ve çalışmaya gönüllü katılım talebi olup belirtilen kontrol grubu dahil olma kriterlerini karşılayan 40 sağlıklı kontrolden oluşmuştur. Örneklem büyüklüğü her bir grupta parametrik testlerin yapılabilmesi için sayının en az 30 olması gerektiği düşünülerek bir üst değer olarak 40 kabul edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubu aile sağlığı merkezlerine başvuran kadınlardan oluşmuştur. Doğum sonrasında bebeklerin ilk sosyal gülümsemesi 6-8. haftada başlar ve bebeklerin tüm duyguları yüz ifadelerinde yansıtması ise yaklaşık olarak altıncı ayı bulmaktadır(78). Bu yüzden çalışmamızda en az 6 aylık sağlıklı bebek sahibi olan anneler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2. Bipolar Bozukluk Grubunun Araştırmaya Alınma Kriterleri

- DSM-5 kriterlerine göre BPB tanısı almış olmak
- Son ataktan sonra en az 2 ay geçmiş ve ötimik dönemde olmak (Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği'nde(HAM-D) 7 ve altında, Young Mani Değerlendirme Ölçeği'nde(YMÖ) 5 ve altı puan almak
- 18-45 yaş arası olmak
- En az ilkokul mezunu olmak

- Halen sağ-sağlıklı 6-24 aylık bebeğe sahip olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü onam formunu imzalamış olmak

3.3. BPB Grubunun Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

- Zekâ geriliği bulunması
- Değerlendirme sırasında DSM-5'e göre ek psikiyatrik hastalık tanısının olması
- Akut veya kronik ek nörolojik, metabolik, endokrin, onkolojik hastalık olması
- Kafa travması öyküsünün bulunması
- Oral kontraseptif veya hormon tedavisi alması
- Aktif alkol ve madde kullanım bozukluğunun olması
- Gebe olması
- Bağlanmanın değerlendirileceği bebeğinde ciddi bedensel hastalık olması

3.4. Kontrol Grubunun Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- DSM-5 kriterlerine göre psikiyatrik tanısı olmaması
- 18-45 yaş arası olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Halen sağ-sağlıklı 6-24 aylık bebeğe sahip olmak
- Çalışmaya katılmada gönüllü olmak ve onam formunu imzalamış olmak

3.5. Kontrol Grubunun Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- Akut veya kronik ek nörolojik, metabolik, endokrin, onkolojik hastalık olması
- DSM-5 kriterlerine göre psikiyatrik hastalık tanısı olması
- Zekâ geriliği bulunması
- Kafa travması öyküsünün bulunması

- Oral kontraseptif veya hormon tedavisi alması
- Ailesinde BPB veya şizofreni öyküsünün bulunması
- Aktif alkol ve madde kullanım bozukluğunun olması
- Gebe olması
- Bağlanmanın değerlendirileceği bebeğinde ciddi bedensel hastalık olması

3.6. Çalışmada Kullanılan Gereçler

3.6.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Çalışmanın araştırmacıları tarafınca hazırlanmış olan; tüm katılımcıların sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla oluşturulan formda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum ve hasta grubunun hastalık öyküsü ve hastalığa dair klinik değişkenlerine ilişkin ayrıntılı sorular içeren görüşme formudur.

3.6.2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (Young Mani Rating Scale)

Young ve arkadaşları tarafından 1978’ de geliştirilen; 11 maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi içeren bir ölçektir. 2002 yılında Karadağ ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır(79).

3.6.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale)

Depresyon tanısı almış hastalarda, depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla Max Hamilton tarafından geliştirilmiş ve görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. 17 itemli olarak Hamilton tarafından geliştirilen ölçeğe sonraki yıllarda bazı itemler eklenerek 21 ve 24 itemli 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 1996 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(80).

3.6.4. Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği (DSBÖ) (Postpartum Bonding Questionnaire)

Anne bebek ilişkisindeki sorunların erken tanısını sağlamak için Brockington ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve anne tarafından doldurulmaktadır. Ölçek altı basamaklı bir Likert skalasına sahiptir. Ölçek 17'si ters derecelendirilmiş 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçek “bağlanma bozukluğu” (12 madde), “reddetme ve sinirlilik” (yedi madde), “bakım konusunda gerginlik” (dört madde), istismar riski (iki madde) olmak üzere dört alt birimden oluşmaktadır. Ölçek skoru arttıkça bağlanma bozukluğu artar. Güvenilirlik çalışması, Yalçın ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılmıştır(81).

3.6.5. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (Edinburgh Postnatal Depression Scale)

Cox ve arkadaşları tarafından 1987’de tanımlanmıştır(82). Her bir maddesi annenin geçen 7 gün süresince nasıl hissettiğini sorgulayan ve 10 maddeden oluşan, dörtlü likert biçiminde kendini değerlendirme ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmaktadır. Her bir maddeye 0- 3 arasında bir puan verilerek toplam puan hesaplanır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30’dur. Değerlendirmede 1, 2 ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken, 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ve kesme puanı 12/13 olarak belirtilmiştir(83).

3.6.6. Tromso Bebek Yüzleri Veri Tabanı (The Tromso Infant Faces Database (TIF))

Maack ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir duygu tanıma testidir. Bu set, 4 ila 12 aylık 18 bebeğin (10 kız, 8 erkek) portre görüntülerini içerir. Her bebeğin farklı duygusal ifadeler sergilediği 5-8 görüntü vardır. Resimlerde tüm bebekler beyaz bir bebek tulumu ve beyaz bir şapka giymektedir. Deneklerden gösterilen bebek yüzündeki duyguyu 7 seçenek (mutluluk, üzüntü, tikslenme, öfke, korku, şaşırma, nötr) arasından seçmeleri istenir. Gösterilen görüntüye verilen cevaplar kaydedilir. Yine Mack ve arkadaşlarının kendi geliştirdikleri veri tabanının değerlilik çalışmasında

bildirdiğine göre; korku, üzüntü, tikslenme, öfke duyguları olumsuz; nötr ve şaşırma duyguları nötr; mutluluk duygusunu olumlu duygu olarak nitelenmiştir(15). Çalışmamızda katılımcıların bebek yüzlerindeki her bir duyguyu doğru tanıma oranı, katılımcının olumlu, olumsuz ve nötr olarak grupladığımız duyguları doğru kategoride tanıma oranları ve duyguyu doğru tanıyamayıp başka bir kategoriye dahil ederek ifade ettiğinde yanlış atıf olarak kayıt edildi. Örneğin hasta nötr kategorideki duyguya doğru cevap verdiyse nötr tanıma oranı, eğer nötral duygulara(nötr, şaşırması) mutluluk olarak cevap verdiyse katılımcının bu cevabı nötral duygulara olumlu yanlış atıf olarak değerlendirildi.

3.7. YÖNTEM

Çalışmamıza İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'ne bağlı birimlerde ayaktan takip ve tedavi edilmekte olan, DSM-5 ölçütlerine göre BPB tanısı ve komorbid psikiyatrik bozukluğu olmadığı doğrulanmış, dışlama ve dahil etme kriterlerini karşılayan BPB tanılı 40 hasta ve 40 sağlıklı kontrol alınmıştır. Uygulamada deneklere çalışma hakkında bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş onam formu okunarak doldurmaları sağlanmıştır. Görüşmeye, sosyodemografik ve klinik bilgilerin yer aldığı veri formları doldurularak başlanmıştır. Daha sonra çalışma grubuna Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği ve Tromso Bebek Yüzleri Duygu Tanıma Testi uygulanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda ise herhangi bir psikiyatrik tanının varlığı psikiyatrik görüşme ile araştırılmış, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği ve sonrasında Tromso Bebek Yüzleri Duygu Tanıma Testi uygulanmıştır.

Hastalarla ve sağlıklı kontrollerle yapılan görüşme ve uygulanan ölçekler sonrasında her gruptan plazma OT seviyesini ölçme amaçlı 10 cc venöz kan alınarak, Aprotinin içeren EDTA'lı tüplere konulup, kan alındıktan 20 dakika sonra Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Biyokimya Laboratuvarı'nda 3500 rpm de 15 dakika santrifüj edilmiştir. Santrifüj edildikten sonra her bir örnek iki mikrosantrifüj tüpüne ayrılarak biyokimyasal analiz gününe kadar -80 derecelik soğutucuda bekletilmiştir. Plazma

örnekleri Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Biyokimya Laboratuvarı'nda ELISA (Enzyme-linked immune-sorbent assay) yöntemiyle çalışılmıştır. Kanın OT düzeyinin en yüksek olduğu saatler olan 08:00-12:00 arasında alınmasına dikkat edilmiştir.

Plazma OT düzeyi ELISA (Elabscience Human Oxytocin ELISA) kiti ile ölçülmüştür. (Ölçüm aralığı: 15.63- 1000 pg/ml, Sensitivite: 9.38 pg/ml). Kit içeriğindeki stok standart çözelti kullanılarak 0-15,63-31,25-62,5-125-250-500 ve 1000 pg/ml standart çözeltiler hazırlanmıştır. Önceden OT ile kaplanmış 96 kuyucuklu plak kullanılmış ve ELISA Thermo Scientific™ Multiskan FC mikropalak okuyucu ile 450 nm'de otomatik olarak hesaplanmıştır.

3.8. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada değerlendirilen vakaların demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelendi. BPB grubu ve kontrol grubu arasında yaş, eğitim, doğum sonrası geçen süre, HDÖ, EDSDÖ, DSBÖ, duygu tanıma skorlarının, OT değerlerinin medyan değerlerinin ve ortalamalarının karşılaştırılması Bağımsız Gruplar t testi ve Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. BPB ve kontrol grupları arasında meslek, medeni durum, çocuk sayısı, yaşanan kişi, gelir düzeyi, sigara, alkol, DSBÖ kesme puanına göre gruplarda bağlanma bozukluğu oranları Ki-Kare Analizi kullanılarak karşılaştırılmıştır. OT değerleri ve psikometrik ölçümler, duygu tanıma arasındaki, hasta ve kontrol grubunda DSBÖ ve duygu tanıma değerleri arasındaki korelasyon değerleri Pearson Korelasyon Analizi ve Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak hesaplanmıştır. Bağlanma Bozukluğu riskini artırmada etkili olan değişkenler Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre incelenmiştir. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak belirlendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle ($\pm 1,5$) kontrol edildi. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 22.0 programı kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. BPB GRUBU VE KONTROL GRUBU ARASINDA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmada değerlendirilen BPB grubu vakaların 9'unun (%22,5) çalıştığı; 1'inin (%2,6) gelir düzeyinin asgari ücretten az, 8'inin (%20,5) asgari, 30'unun ise asgari ücrete göre fazla gelire sahip olduğu bulundu. BPB grubunun tamamının evli olduğu, 13'ünün (%32,5) 1, 20'sinin (%50) 2, 4'ünün (%10) 3, 1'inin (%2,5) 4, 2'sinin (%5) 5 çocuğu olduğu, tamamının eş ve çocuğuyla yaşadığı bulundu. BPB grubunda 12 kişinin (%30) sigara kullandığı, 1 kişinin (%2,5) alkol kullandığı bulundu.

Araştırmada değerlendirilen kontrol grubu vakaların 11'inin (%27,5) çalıştığı; 5'inin (%12,5) asgari ücret, 35'inin (%87,5) ise asgari ücretten fazla gelire sahip olduğu bulundu. Kontrol grubunun tamamının evli olduğu, 15'inin (%37,5) 1, 19'unun (%47,5) 2, 6'sının (%15) 3 çocuğu olduğu, tamamının eş ve çocuklarıyla yaşadığı bulundu. Kontrol grubundan 5 kişinin (%12,5) sigara, 1 kişinin (%2,5) alkol kullandığı bulundu.

BPB ve kontrol grupları arasında yapılan Ki-Kare Testine göre meslek ($X^2=0,27$, $p=0,606$), medeni durum, çocuk sayısı ($X^2=3,57$, $p=0,468$), yaşanılan kişi, gelir düzeyi ($X^2=2,07$, $p=0,356$), sigara ($X^2=3,66$, $p=0,056$) ve alkol kullanım oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Araştırmada değerlendirilen BPB grubu vakaların yaş ortalamalarının $32,30 \pm 5,81$, eğitim ortalamalarının $10,10 \pm 3,82$ yıl olduğu bulunmuştur. Kontrol grubu yaş ortalamalarının $31,68 \pm 4,45$, eğitim ortalamalarının $12,43 \pm 3,90$ yıl olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen BPB grubu vakaların doğum sonrası geçen süre ortalamalarının $13,85 \pm 5,87$ yıl, kontrol grubu vakaların doğum sonrası geçen süre ortalamalarının $14,23 \pm 5,32$ ay olduğu bulundu.

Bağımsız Gruplar t testine göre kontrol grubu vakaların eğitim ortalamalarının BPB grubu vakaların eğitim ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($t=-2,60$, $p=0,009$) bulundu.

BPB ve kontrol grupları arasında yapılan Bağımsız Gruplar t testine göre yaş ($t=0,54$, $p=0,591$) ve doğum sonrası geçen süre ($t=-0,30$, $p=0,766$) ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu (Tablo 1).

Tablo 1: BPB grubu ve kontrol grubu arasında demografik özelliklerin karşılaştırılması

		BPBG		KG		X2	P
		n	%	n	%		
Meslek	Çalışıyor	9	22,5	11	27,5	0,27	0,606
	Çalışmıyor	31	77,5	29	72,5		
Medeni durum	Evli	40	100,0	40	100,0	-	-
Çocuk Sayısı	1	13	32,5	15	37,5	3,57	0,468
	2	20	50,0	19	47,5		
	3	4	10,0	6	15,0		
	4	1	2,5	0	0,0		
	5	2	5,0	0	0,0		
Yaşanılan kişi	Eş ve çocuk	40	100,0	40	100,0	-	-
Gelir düzeyi	Az	1	2,6	0	0,0	2,07	0,356
	Asgari	8	20,5	5	12,5		
	Fazla	30	76,9	35	87,5		
Sigara	Yok	28	70,0	35	87,5	3,66	0,056
	Var	12	30,0	5	12,5		
Alkol	Yok	39	97,5	39	97,5	-	-
	Var	1	2,5	1	2,5		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	t	p
Yaş		32,30	5,81	31,68	4,45	0,54	0,591
Eğitim		10,10	3,82	12,43	3,90	-2,60	0,009
Doğum sonrası geçen süre (ay)		13,85	5,87	14,23	5,32	-0,30	0,766

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi, X2=Ki-Kare Testi.

4.2. ARAŞTIRMADA DEĞERLENDİRİLEN BPB VAKALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmada değerlendirilen vakaların 25'inin (%62,5) ilk epizot tipinin mani, 7'sinin (%17,5) depresyon, 8'inin (%20) ise karma olduğu bulundu. Araştırmada değerlendirilen vakaların 21'inin (%52,5) son epizodunun mani, 9'unun (%22,5) depresyon, 9'unun (%22,5) karma, 1'inin (%2,5) hipomani olduğu bulundu. Araştırmada değerlendirilen vakaların 28'inin (%70) ilk epizotta psikotik bulgusunun olduğu, 17'sinin (%42,5) mevsimsellik gösterdiği, 13'ünün (%32,5) EKT öyküsü olduğu, 12'sinin (%30) özkıyım öyküsü olduğu bulundu. Araştırmada değerlendirilen vakaların 35'inin (%87,5) tedaviye uyum gösterdiği, 32'sinin (%80) düzenli takip altında olduğu bulundu. Araştırmada değerlendirilen vakaların 31'inin (%77,5) ilk yatış öncesi tanı almadığı, 9'unun (%22,5) ise ilk yatışta tanı aldığı bulundu.

Araştırmada değerlendirilen vakaların son epizottan bugüne geçen süre ortalamalarının $3,42 \pm 2,94$ (Min.=1,00-Maks.=12,00) yıl, hastalık süresi ortalamalarının $10,42 \pm 5,92$ (Min.=1,00-Maks.=20,00) yıl, hastane yatış sayısı ortalamalarının $1,90 \pm 1,53$ (Min.=00,00-Maks.=8,00), ilk yatış yaşı ortalamalarının $25,25 \pm 7,30$ (Min.=10,00-Maks.=40,00), ilk yatış ile gebelik arası geçen süre ortalamalarının $5,27 \pm 5,75$ (Min.=0,04, -Maks.=19,00) yıl olduğu bulundu (Tablo 2).

Tablo 2: Araştırmada değerlendirilen BPB vakalarının klinik özellikleri

		n	%
İlk epizot tipi	Mani	25	62,5
	Depresyon	7	17,5
	Karma	8	20,0
İlk epizotta psikoz	Yok	12	30,0
	Var	28	70,0
Mevsimsellik	Yok	23	57,5
	Var	17	42,5
EKT öyküsü	Yok	27	67,5
	Var	13	32,5
Tedaviye uyum	Yok	5	12,5
	Var	35	87,5
Düzenli takip	Yok	8	20
	Var	32	80
Özkıym	Yok	28	70,0
	Var	12	30,0
Son epizot	Mani	21	52,5
	Depresyon	9	22,5
	Karma	9	22,5
	Hipomani	1	2,5
İlk yatış öncesi tanı alma	Yok	28	70
	Var	9	22,5
		Ort.±SS	Min-Maks.
Son epizottan bugüne süre(Yıl)		3,42±2,94	1,00-12,00
Hastalık süresi (Yıl)		10,42±5,92	1,00-20,00
Hastane yatış sayısı		1,90±1,53	0,00-8,00
İlk yatış yaşı		25,25±7,30	10,00-40,00
İlk yatış ile gebelik arası yıl		5,27±5,75	0,04-19,00

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma

4.2.1. BPB GRUBUNDA GEBELİKTE HASTALIĞIN SEYRİ

Araştırmada değerlendirilen vakaların 15'inin (%37,5) gebeliği fark ettiklerinde ilaç kullandığını, 7'sinin (%25,9) gebelik fark edildikten sonra kademeli olarak, 8'inin (%29,6) ise gebelik fark edildikten sonra aniden ilacı bıraktığı bulundu. Ayrıca 7'sinin (%25,9) ilacı gebe kalmadan önce kademeli olarak bıraktığı, 5'inin (%18,5) gebe kalmadan önce aniden ilacı bıraktığı bulundu.

Araştırmada değerlendirilen vakaların 17'sinin (%42,5) gebelik süresince ilaç kullandığı, 2'sinin lityum, 8'inin olanzapin, 4'ünün ketiapin, 2'sinin haloperidol, 4'ünün aripiprazol kullandığı bulundu. Ayrıca 1 hastanın lityum ve olanzapin

kombinasyonu kullandığı, antipsikotik kullanan hastaların klorpromazin eşdeğer dozu ortalamasının 161,1 mg olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen vakaların 13'ünün (%32,5) gebelikte atak geçirdiği, bu atak geçirenlerin 6'sının (%15) mani, 2'sinin (%5) depresyon, 4'ünün (%10) karma tipte atak geçirdiği, ayrıca 6'sının (%15) gebelikte hastane yatışı olduğu bulundu(Tablo 3).

Tablo 3: BPB grubunda gebelikte hastalığın seyri

		n	%
Gebeliği fark ettiğinizde ilaç kullanımı	Hayır	25	62,5
	Evet	15	37,5
Gebelik süresince ilaç kullanımı	Hayır	23	57,5
	Evet	17	42,5
İlacı bırakma şekli	Gebe kalmadan önce kademeli olarak	7	25,9
	Gebe kalmadan önce aniden	5	18,5
	Gebelik fark edildikten sonra kademeli	7	25,9
	Gebelik fark edildikten sonra aniden	8	29,6
Gebelikte atak	Yok	27	67,5
	Var	13	32,5
Gebelik atak türü	Yok	27	67,5
	Mani	6	15,0
	Depresyon	2	5,0
	Karma	4	10,0
	Hipomani	1	2,5
Gebelik hastane yatışı	Yok	34	85,0
	Var	6	15,0

4.2.2. BPB GRUBUNDA DOĞUM SONRASI HASTALIĞIN SEYRİ

Araştırmada değerlendirilen vakaların 37'sinin (%92,5) doğum sonrası dönem ilaç kullanımının olduğu bulundu. Araştırmada değerlendirilen vakaların 27'sinin (%67,5) doğum sonrası dönem duygudurum atağı geçirdiği, 14'ünün (%35) bu dönemdeki atak türünün mani, 2'sinin (%5) depresyon, 10'unun (%25) karma, 1'inin

(%2,5) ise hipomani olduğu bulundu. Araştırmada değerlendirilen vakaların 21'inin (%52,5) doğum sonrası dönemde hastane yatışı olduğu bulundu(Tablo 4).

Tablo 4: BPB grubunda doğum sonrası hastalığın seyri

		n	%
Doğum sonrası dönem ilaç kullanımı	Yok	3	7,5
	Var	37	92,5
Doğum sonrası dönem atak	Yok	13	32,5
	Var	27	67,5
Atak türü	Mani	14	35
	Depresyon	2	5
	Karma	10	25
	Hipomani	1	2,5
Doğum sonrası hastane yatışı	Yok	19	47,5
	Var	21	52,5

4.3. BPB VE KONTROL GRUBU ARASINDA SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE KLİNİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmada değerlendirilen BPB grubunda emzirme oranlarının kontrol grubu emzirme ($X^2=24,65$, $p<0,001$) oranından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulundu. BPB grubunda gece bebekle ilgilenme oranlarının kontrol grubu gece bebekle ilgilenme ($X^2=15,31$, $p<0,001$) oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulundu. BPB grubunda doğum sonrası bebekten ayrı kalma oranlarının, kontrol grubu doğum sonrası bebekten ayrı kalma ($X^2=14,46$, $p<0,001$) oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen BPB grubunda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü oranlarının kontrol grubu ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ($X^2=18,46$, $p<0,001$) oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen BPB grubunda son doğumun kaçınıcı sıra olduğu, bebeğin cinsiyeti, doğum şekli, bebeğin kuvvözde kalma öyküsü, bebeğin bakımında destek alınan kişi ve alınan desteği yeterli bulma oranlarının, kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu(Tablo 5).

Tablo 5: BPB ve kontrol grubu arasında sosyodemografik verilerle klinik özelliklerin karşılaştırılması

		BPBG		KG		X2	p
		n	%	n	%		
Son doğum kaçınıcı sıra	1.	14	35,0	14	35,0	2,12	0,714
	2.	18	45,0	19	47,5		
	3.	5	12,5	6	15,0		
	4.	1	2,5	1	2,5		
	5.	2	5,0	0	0,0		
Bebğin cinsiyeti	Erkek	17	42,5	19	47,5	1,32	0,517
	Kız	23	57,5	20	50,0		
	İkiz	0	0,0	1	2,5		
Gebelik planlı mı?	Hayır	16	40,0	9	22,5	2,85	0,091
	Evet	24	60,0	31	77,5		
Doğum Şekli	Vajinal	8	20,0	12	30,0	4,13	0,127
	Sezaryen	32	80,0	28	70		
Kuvöz öyküsü	Yok	25	62,5	27	67,5	0,22	0,639
	Var	15	37,5	13	32,5		
Doğum sonrası bebekten ayrı kalma	Hayır	11	27,5	28	70,0	14,46	<0,001
	Evet	29	72,5	12	30,0		
Emziriyor mu?	Hayır	37	92,5	16	40,0	24,65	<0,001
	Evet	3	7,5	24	60,0		
Bebek bakımından destek alınan kişi	Almıyor	12	30,0	7	17,5	6,90	0,141
	Eşi	13	32,5	22	55,0		
	Annesi	8	20,0	3	7,5		
	Eş annesi	7	17,5	7	17,5		
	Bakıcı	0	0,0	1	2,5		
Aldığı desteği yeterli bulma	Yetersiz	12	30,0	7	17,5	5,72	0,221
	Kısmen yeterli	5	12,5	11	27,5		
	Orta	4	10,0	8	20,0		
	Oldukça iyi	9	22,5	6	15,0		
	Çok iyi	10	25,0	8	20,0		
Gece bebekle ilgilenme	Hayır	15	37,5	1	2,5	15,31	<0,001
	Evet	25	62,5	39	97,5		
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	18	45,0	36	90,0	18,46	<0,001
	Var	22	55,0	4	10,0		

Bağımsız Gruplar t testine göre araştırmada değerlendirilen BPB ve kontrol grubu arasında HDÖ ($t=0,108$, $p=0,914$) ve EDSDÖ ($t=0,134$, $p=0,894$) ortalama değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu. Ayrıca BPB grubunun YMÖ($0,28\pm0,97$) ve HDÖ($2,40\pm2,31$)’e göre remisyonunda oldukları doğrulandı(Tablo 6).

Tablo 6: BPB ve kontrol grubu arasında HDÖ ve EDSDÖ skorlarının karşılaştırılması

	BPBG		KG		Analiz	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
HDÖ	2,40	2,31	2,35	1,79	t=0,108	0,914
EDSDÖ	7,18	4,04	7,05	4,31	t=0,134	0,894

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi,

4.4. BPB VE KONTROL GRUBU ARASINDA BAĞLANMA SKORLARI, OKSİTOSİN DÜZEYLERİ VE DUYGU TANIMA PERFORMANSLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bağımsız gruplar t testine göre araştırmada değerlendirilen BPB grubunun DSBÖ Bakım konusunda gerginlik ortalama değerlerinin, kontrol grubu DSBÖ Bakım konusunda gerginlik ortalama değerinden daha yüksek olduğu (t=2,191, p=0,031) bulundu.

DSBÖ bakım konusunda gerginlik alt ölçeği dışında kalan alt ölçek puanları ve DSBÖ toplam puanlarının gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu(Tablo 7).

Tablo 7: BPB ve kontrol grubu arasında DSBÖ skorlarının karşılaştırılması

	BPBG		KG		Analiz	p
	Ort./Med.	SS./%25-75	Ort./Med.	SS./%25-75		
DSBÖ Toplam	10,50	5,00-18,00	7,00	4,00-14,50	Z=-1,195	0,232
DSBÖ Bağlanma	5,00	3,00-8,00	4,00	3,00-9,00	Z=-0,184	0,854
DSBÖ Reddetme ve sinirlilik	2,00	0,50-5,00	2,00	0,00-3,50	Z=-1,373	0,170
DSBÖ Bakım konusunda gerginlik	3,38	2,55	2,13	2,55	t=2,191	0,031
DSBÖ İstismar riski	0,00	0,00-0,00	0,00	0,00-0,00	Z=-1,022	0,307

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi, Z=Mann Whitney U testi

Çalışmamızda kullanılan DSBÖ kesme puanına göre bağlanma bozukluğu olan 6 BPB ve 3 sağlıklı kontrol saptandı. Ki-Kare Testine göre araştırmada değerlendirilen BPB ve kontrol grubu arasında bağlanma bozukluğu oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği ($X^2=1,13$, p=0,288) bulundu(Tablo 8).

Tablo 8: DSBÖ kesme puanına göre gruplarda bağlanma bozukluğu oranları.

		BPB		Kontrol		X2	p
		n	%	n	%		
Bağlanma bozukluğu	Yok	34	85,0	37	92,5	1,13	0,288
	Var	6	15,0	3	7,5		

X2=Ki-Kare Testi

Bağımsız gruplar t testine göre araştırmada değerlendirilen BPB grubunun olumsuz duyguları tanıma % ortalama değerlerinin, kontrol grubu vakaların olumsuz duyguları tanıma % ortalama değerinden daha düşük olduğu ($t=2,033$, $p=0,046$) bulundu.

Araştırmada değerlendirilen BPB grubunda olumsuz duyguları tanıma performansı dışında diğer duygu tanıma performanslarının kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu(Tablo 9).

Tablo 9: BPB ve kontrol grubu arasında duygu tanıma performansının karşılaştırılması

%	BPBG		KG		Analiz	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
DUYGU TANIMA TOPLAM PERFORMANSI %	53,30	8,82	55,35	9,26	$t=-1,014$	0,314
KORKUYU TANIMA %	30,55	25,29	42,48	29,36	$t=-1,946$	0,055
ÜZÜNTÜYÜ TANIMA %	52,75	26,02	51,50	22,59	$t=0,229$	0,819
TİKSİNMEYİ TANIMA %	34,12	24,41	41,00	25,20	$t=-1,239$	0,219
ÖFKEYİ TANIMA %	31,25	23,85	39,38	25,87	$t=-1,460$	0,148
OLUMSUZ DUYGULARI TANIMA %	38,50	12,31	44,03	12,00	$t=-2,033$	0,046
NÖTRÜ TANIMA %	39,05	24,16	38,80	20,89	$t=0,050$	0,961
ŞAŞIRMAYI TANIMA %	68,93	30,64	68,92	25,58	$t=0,000$	1,000
NÖTR DUYGULARI TANIMA %	48,25	19,99	48,25	15,34	$t=0,000$	1,000
MUTLUYU TANIMA %	86,13	13,34	84,45	14,32	$t=0,541$	0,590
NÖTR DUYGULARA OLUMSUZ YANLIŞ ATIF %	21,25	16,04	19,00	13,36	$t=0,682$	0,497
NÖTR DUYGULARA OLUMLU YANLIŞ ATIF (Med/%25-75)	10,00	5,00-10,00	10,00	0,00-20,00	$Z=-0,713$	0,476

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Med.=Medyan, t =Bağımsız Gruplar t testi, Z =Mann Whitney U testi

Mann Whitney U testine göre araştırmada değerlendirilen BPB ve kontrol grubu arasında OT medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği ($t=-0,61$, $p=0,548$) bulundu(Tablo 10).

Tablo 10: BPB ve kontrol grubu arasında OT değerlerinin karşılaştırılması

	BPBG			KG			Z	p
	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75		
OT	335,81	285,52	377,14	319,85	239,81	440,01	-0,61	0,548

Med.=Medyan, Z=Mann Whitney U testi.

Ölçüm yapılanlar arasında BPB grubundan 6 ve kontrol grubundan 6 olmak üzere toplamda 12 katılımcının, plazma oksitosin seviyesi kitin ölçebileceği maksimum değerin üzerinde çıkmıştır. Bu katılımcılar oksitosin ile ilişkili istatistiksel analizlere katılmamıştır.

BPB grubunda yapılan Spearman Korelasyon Analizine göre vakaların OT değerleri ile DSBÖ Bakım Konusunda Gerginlik ($r=-0,442$, $p=0,004$) değerleri arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Kontrol grubunda yapılan Spearman Korelasyon Analizine göre vakaların OT değerleri ile korku duygusunu tanıma % ($r=-0,362$, $p=0,022$) değerleri arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu(Tablo 11).

Tablo 11: OT değerleri ile psikometrik ölçümler ve duygu tanıma performansı arasındaki korelasyon

		BPBG (Oksitosin)	KG (Oksitosin)
HDÖ	rho	-0,002	0,076
	p	0,989	0,641
YMÖ	rho	0,030	-0,112
	p	0,854	0,492
EDSDÖ	rho	-0,009	-0,019
	p	0,955	0,906
DSBÖ TOPLAM	rho	-0,296	0,122
	p	0,064	0,452
DSBÖ1 BAĞLANMA	rho	-0,211	0,094
	p	0,191	0,566
DSBÖ2 REDDETME VE SİNİRLİLİK	rho	-0,263	0,203
	p	0,102	0,208
DSBÖ3 BAKIM KONUSUNDA GERGİNLİK	rho	-0,442*	0,023
	p	0,004	0,886
DSBÖ4 İSTİSMAR RİSKİ	rho	-0,032	-0,037
	p	0,843	0,820
DUYGU TANIMA TOPLAM PERFORMANSI	rho	-0,145	-0,010
	p	0,371	0,951
KORKUYU TANIMA %	rho	0,021	-0,362*
	p	0,897	0,022
ÜZÜNTÜYÜ TANIMA %	rho	-0,158	0,162
	p	0,330	0,317
TİKSİNMEYİ TANIMA %	rho	-0,304	-0,181
	p	0,057	0,264
ÖFKEYİ TANIMA %	rho	-0,143	0,235
	p	0,379	0,145
OLUMSUZ DUYGULARI TANIMA %	rho	-0,290	-0,068
	p	0,069	0,678
NÖTRÜ TANIMA %	rho	0,024	-0,039
	p	0,883	0,809
ŞAŞIRMAYI TANIMA %	rho	-0,025	0,192
	p	0,877	0,235
NÖTR DUYGULARI TANIMA %	rho	-0,014	0,064
	p	0,934	0,697
MUTLUYU TANIMA %	rho	0,046	0,291
	p	0,777	0,068
NÖTR DUYGULARA OLUMSUZ YANLIŞ ATIF	rho	0,123	-0,165
	p	0,448	0,309
NÖTR DUYGULARA OLUMLU YANLIŞ ATIF	rho	-0,111	0,056
	p	0,494	0,734

Rho=Spearman Korelasyon Analizi

Spearman Korelasyon Analizine göre BPB grubu DSBÖ toplam puanı ile öfke duygusunu tanıma % ($r=0,333$, $p=0,036$), Olumsuz Duyguları Tanıma % ($r=0,422$, $p=0,007$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

Spearman Korelasyon Analizine göre BPB grubu DSBÖ toplam puanı ile şaşırma duygusunu tanıma % değerleri arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,345$, $p=0,029$) bulundu.

Spearman Korelasyon Analizine göre BPB grubu DSBÖ bağlanma alt ölçeği değerleri ile öfke duygusunu tanıma % ($r=0,310$, $p=0,052$), Olumsuz Duyguları Tanıma % ($r=0,422$, $p=0,007$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

Spearman Korelasyon Analizine göre BPB grubu DSBÖ bağlanma alt ölçeği puanları ile şaşırma duygusunu tanıma % değerleri arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,445$, $p=0,004$) bulundu.

Spearman Korelasyon Analizine göre BPB grubundaki vakaların DSBÖ Reddetme ve Sinirlilik alt ölçek puanları ile öfke duygusunu tanıma % ($r=0,348$, $p=0,028$), Olumsuz Duyguları Tanıma % ($r=0,421$, $p=0,007$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre BPB grubundaki vakaların DSBÖ Bakım Konusunda Gerginlik alt ölçek puanları ile Olumsuz Duyguları Tanıma % değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu ($r=0,328$, $p=0,039$) bulundu(Tablo 12).

Tablo 12: BPB grubunda DSBÖ ve duygu tanıma performansı arasındaki korelasyon

		DSBÖ TOPLAM	DSBÖ1 BAĞLANMA	DSBÖ2 REDDETME VE SİNİRLİLİK	DSBÖ3 BAKIM KONUSUNDA GERGİNLİK	DSBÖ4 İSTİSMAR RİSKİ
DUYGU TANIMA TOPLAM PERFORMANSI	r	0,273	0,208	0,307	0,246	0,156
	p	0,088a	0,197a	0,054a	0,126b	0,335a
KORKUYU TANIMA %	r	-0,083	-0,013	-0,064	-0,117	0,041
	p	0,609a	0,937a	0,697a	0,473b	0,801a
ÜZÜNTÜYÜ TANIMA %	r	0,228	0,215	0,175	0,208	0,137
	p	0,157a	0,182a	0,280a	0,197b	0,401a
TİKSİNMEYİ TANIMA %	r	0,204	0,169	0,261	0,209	0,068
	p	0,206a	0,297a	0,103a	0,195b	0,677a
ÖFKEYİ TANIMA %	r	0,333*	0,310	0,348*	0,277	-0,004
	p	0,036a	0,052a	0,028a	0,084b	0,982a
OLUMSUZ DUYGULARI TANIMA %	r	0,422**	0,422**	0,421**	0,328*	0,145
	p	0,007a	0,007a	0,007a	0,039b	0,371a
NÖTRÜ TANIMA %	r	0,186	0,112	0,164	0,197	0,183
	p	0,251a	0,490a	0,313a	0,222b	0,258a
ŞAŞIRMAYI TANIMA %	r	-0,345*	-0,445**	-0,273	-0,124	-0,229
	p	0,029a	0,004a	0,089a	0,446b	0,155a
NÖTR DUYGULARI TANIMA	r	-0,009	-0,140	0,014	0,104	-0,021
	p	0,955a	0,390a	0,933a	0,524b	0,898a
MUTLUYU TANIMA %	r	-0,010	0,027	-0,010	-0,047	0,125
	p	0,953a	0,870a	0,949a	0,771b	0,443a
NÖTR DUYGULARA OLUMSUZ YANLIŞ ATIF	r	0,008	0,101	-0,015	-0,068	0,135
	p	0,959a	0,534a	0,924a	0,676b	0,407a
NÖTR DUYGULARA OLUMLU YANLIŞ ATIF	r	-0,003	0,028	-0,044a	-0,086	-0,047
	p	0,987a	0,864a	0,786	0,599a	0,772a

a=Spearman Korelasyon Analizi, b=Pearson Korelasyon Analizi

Mann Whitney U testine göre BPB tanılı vakalarda bebeklerinden ayrı kalan annelerin, bebeklerinden ayrı kalmayanlara göre DSBÖ skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık saptanmadı(Tablo 13).

Tablo 13: BPB grubunda doğum sonrası bebekten ayrı kalma durumuna göre karşılaştırma

	BPB Grubu						
	Doğum Sonrası Bebekten Ayrı Kalma						
	Yok			Var			
	Med.	% 25	% 75	Med.	% 25	% 75	
DSBÖ TOPLAM	12,00	5,00	24,00	10,00	5,00	18,00	0,649
DSBÖ1 BAĞLANMA	5,00	3,00	10,00	5,00	3,00	8,00	0,951
DSBÖ2 REDDETME VE SİNİRLİLİK	3,00	1,00	5,00	2,00	,00	5,00	0,434
DSBÖ3 BAKIM KONUSUNDA GERGİNLİK	4,00	1,00	5,00	3,00	1,00	5,00	0,714
DSBÖ4 İSTİSMAR RİSKİ	,00	,00	,00	,00	,00	,00	0,891

Spearman Korelasyon Analizine göre bebekten ayrı kalma süreleri ile BPB tanılı vakaların DSBÖ Toplam puanı($r=0,411$, $p=0,027$) ve DSBÖ bakım konusunda

gerginlik alt ölçeği ($r=0,374$, $p=0,045$) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu(Tablo 14).

Tablo 14: BPB grubunda ayrı kalma süresi, oksitosin ve psikometrik özellikler arasındaki ilişki

		Süre
Oksitosin	r	-0,187
	p	0,370
HDÖ	r	0,067
	p	0,729
EDSDÖ	r	0,126
	p	0,515
DSBÖ TOPLAM	r	0,411*
	p	0,027
DSBÖ1 BAĞLANMA	r	0,299
	p	0,115
DSBÖ2 REDDETME VE SİNİRLİLİK	r	0,337
	p	0,074
DSBÖ3 BAKIM KONUSUNDA GERGINLIK	r	0,374*
	p	0,045
DSBÖ4 İSTİSMAR RİSKİ	r	0,226
	p	0,239
DUYGU TANIMA TOPLAM PERFORMANSI	r	-0,024
	p	0,900
KORKUYU TANIMA %	r	-0,147
	p	0,446
ÜZÜNTÜYÜ TANIMA %	r	0,162
	p	0,401
TİKSİNMEYİ TANIMA %	r	0,102
	p	0,597
ÖFKEYİ TANIMA %	r	-0,091
	p	0,638
OLUMSUZ DUY TANIMA %	r	0,076
	p	0,695
NÖTRÜ TANIMA %	r	-0,047
	p	0,807
ŞAŞIRMAYI TANIMA %	r	-0,146
	p	0,451
NÖTR DUYGULARI TANIMA	r	-0,107
	p	0,582
MUTLUYU TANIMA %	r	-0,069
	p	0,720
NÖTR DUYGULARA OLUMSUZ YANLIŞ ATIF	r	0,028
	p	0,884
NÖTR DUYGULARA OLUMLU YANLIŞ ATIF	r	0,261
	p	0,171

Spearman Korelasyon Analizi

Pearson Korelasyon Analizine göre kontrol grubu Nötr Duygulara Olumlu Yanlış Atıf ile DSBÖ toplam değerleri($r=-0,324$, $p=0,042$) ve DSBÖ bağlanma

değerleri($r=-0,321$, $p=0,043$) arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre DSBÖ bağlanma alt ölçek puanları ile korku duygusunu tanıma % değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu ($r=0,357$, $p=0,024$) bulundu.

Spearman Korelasyon Analizine göre kontrol grubundaki vakaların DSBÖ Reddetme ve Sinirlilik alt ölçek puanları ile öfke duygusunu tanıma % ($r=0,348$, $p=0,028$), Olumsuz Duyguları Tanıma % ($r=0,421$, $p=0,007$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu(Tablo 15).

Tablo 15: Kontrol grubunda DSBÖ ve duygu tanıma performansı arasındaki korelasyon

		DSBÖ TOPLAM	DSBÖ1 BAĞLANMA	DSBÖ2 REDDETME VE SINIRLILIK	DSBÖ3 BAKIM KONGERİNLİK	DSBÖ4 İSTİSİMAR RİSKİ
DUYGU TANIMA TOPLAM PERFORMANSI	r	0,152	0,190	0,307	0,043	0,156
	p	0,350a	0,241a	0,054b	0,794a	0,335b
KORKUYU TANIMA %	r	0,286	0,357*	-0,064	0,179	0,041
	p	0,074a	0,024a	0,697b	0,270a	0,801b
ÜZÜNTÜYÜ TANIMA %	r	0,065	0,108	0,175	0,028	0,137
	p	0,691a	0,509a	0,280b	0,865a	0,401b
TİKSİNMEYİ TANIMA %	r	0,148	0,117	0,261	0,118	0,068
	p	0,363a	0,474a	0,103b	0,470a	0,677b
ÖFKEYİ TANIMA %	r	-0,093	-0,133	0,348*	-0,105	-0,004
	p	0,568a	0,414a	0,028b	0,517a	0,982b
OLUMSUZ DUYGULARI TANIMA %	r	0,197	0,209	0,421**	0,101	0,145
	p	0,224a	0,195a	0,007b	0,535a	0,371b
NÖTRÜ TANIMA %	r	0,209	0,193	0,164	0,124	0,183
	p	0,195a	0,232a	0,313b	0,444a	0,258b
ŞAŞIRMAYI TANIMA %	r	-0,192	-0,153	-0,273	-0,082	-0,229
	p	0,236a	0,347a	0,089b	0,615a	0,155b
NÖTR DUYGULARI TANIMA	r	0,072	0,079	0,014	0,058	-0,021
	p	0,661a	0,627a	0,933b	0,722a	0,898b
MUTLUYU TANIMA %	r	-0,123	-0,056	-0,010	-0,175	0,125
	p	0,449a	0,732a	0,949b	0,279a	0,443b
NÖTR DUYGULARA OLUMSUZ YANLIŞ ATIF	r	0,203	0,140	-0,015	-0,068	0,135
	p	0,209b	0,389b	0,924b	0,676b	0,407b
NÖTR DUYGULARA OLUMLU YANLIŞ ATIF	r	-0,324*	-0,321*	-0,044	-0,244	-0,047
	p	0,042a	0,043a	0,786b	0,129a	0,772b

a=Pearson Korelasyon Analizi, b=Spearman Korelasyon Analizi

4.5. BAĞLANMA BOZUKLUĞUNU ETKİLEYEN DEĞİŞKENLERİN ANALİZİ

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre, duygu tanıma toplam performansı, oksitosin düzeyi, bipolar bozukluk tanısı almış olmak, EDSDÖ değişken olarak eklendiğinde HDÖ skorlarındaki artışın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede bağlanma bozukluğu riskini 1,951 kat ($p=0,018$, GA;1,122-3,393) arttırdığı bulundu(Tablo 16).

Tablo 16: Bağlanma Bozukluğu riskini artırmada etkili olan değişkenler.

	B	Sh	Wald	df	p	Odds Ratio	95% GA	
							AL	ÜL
HDÖ	0,668	0,282	5,600	1	0,018	1,951	1,122	3,393
EDSDÖ	0,103	0,199	0,267	1	0,605	1,108	0,751	1,635
Duygu Tanıma Toplam Performansı	0,007	0,060	0,015	1	0,902	1,007	0,896	1,132
OT	-0,001	0,003	0,086	1	0,769	0,999	0,993	1,005
Grup (BPB)	0,786	0,966	0,662	1	0,416	2,195	0,330	14,574

Sh=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı. Nagelkerke R²=0,39, X²=15,24, $p=0,009$, n=68, Overall Percentage %88,2

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre, olumsuz duyguları tanıma, bipolar tanısı almış olmak, EDSDÖ, oksitosin düzeyi değişken olarak eklendiğinde HDÖ skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede bağlanma bozukluğu riskini 1,906 kat ($p=0,018$, GA;1,116-3,255) arttırdığı bulundu(Tablo 17).

Tablo 17: Bağlanma Bozukluğu riskini artırmada etkili olan değişkenler.

	B	Sh	Wald	df	p	Odds Ratio	95% GA	
							AL	AL
HDÖ	0,645	0,273	5,572	1	0,018	1,906	1,116	3,255
EDSDÖ	0,078	0,200	0,151	1	0,697	1,081	0,730	1,599
OT	0,000	0,003	0,008	1	0,929	1,000	0,993	1,006
Olumsuz Duyguları Tanıma	0,041	0,048	0,726	1	0,394	1,042	0,948	1,146
Grup (BPB)	0,912	0,984	0,859	1	0,354	2,489	0,362	17,110

Sh=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı. Nagelkerke R²=0,41, X²=15,99, $p=0,007$, n=68, Overall Percentage %92,6

BPB grubunda eğitim düzeyinin anlamlı derecede düşük olması nedeniyle bağlanma bozukluğuyla ilişkili faktörlere etkisini incelemek adına regresyon analizine eklendi.

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre eğitim ve yaş değişkenleri eklendiğinde HDÖ skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede bağlanma bozukluğu riskini 2,657 kat ($p=0,013$, GA;1,226-5,761) arttırdığı bulundu.

Tablo 18: Bağlanma Bozukluğu riskini artırmada etkili olan değişkenler.

	B	Sh	Wald	df	p	Odds Ratio	95% GA	
							AL	ÜL
Yaş	-0,122	0,120	1,037	1	0,308	0,885	0,700	1,119
Eğitim süresi	-0,189	0,155	1,488	1	0,222	0,828	0,611	1,121
HDÖ	0,977	0,395	6,130	1	0,013	2,657	1,226	5,761
EDSDÖ	-0,047	0,225	0,044	1	0,833	0,954	0,614	1,482
Oksitosin	0,001	0,004	0,135	1	0,713	1,001	0,994	1,009
Olumsuz duyguları tanıma	0,079	0,060	1,746	1	0,186	1,082	0,962	1,217
Grup (BPB)	1,284	1,158	1,229	1	0,268	3,611	0,373	34,959

Sh=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı. Nagelkerke R²=0,47, X²=18,71, $p=0,009$, n=68, Overall Percentage %92,6

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre bebekten ayrı kalma durumu eklendiğinde HDÖ skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede bağlanma bozukluğu riskini 2,658 kat ($p=0,014$, GA;1,217-5,806) arttırdığı bulundu.

Tablo 19: Bağlanma Bozukluğu riskini artırmada etkili olan değişkenler.

	B	Sh	Wald	df	p	Odds Ratio	95% GA	
							AL	ÜL
Yaş	-,131	,124	1,119	1	,290	,877	,688	1,118
Eğitim süresi	-,187	,154	1,471	1	,225	,829	,613	1,122
HDÖ	,978	,399	6,014	1	,014	2,658	1,217	5,806
EDSDÖ	-,027	,236	,013	1	,909	,973	,613	1,547
Oksitosin	,001	,004	,146	1	,702	1,001	,994	1,009
Olumsuz duyguları tanıma	,072	,064	1,296	1	,255	1,075	,949	1,217
Grup (BPB)	1,350	1,176	1,318	1	,251	3,856	,385	38,628
Ayrı kalma (Hayır)	,367	1,174	,098	1	,754	1,444	,145	14,408

Sh=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı. Nagelkerke R²=0,47, X²=18,81, $p=0,016$, n=68, Overall Percentage %92,6

5. TARTIŞMA

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda anne-bebek bağlanması, plazma oksitosin düzeyi ve bebek yüzlerinde duygu tanıma performansını karşılaştırmak amacıyla 40 BPB tanılı hasta ve 40 sağlıklı kontrol olmak üzere çalışmaya toplamda 80 katılımcı alındı. Anne bebek bağlanmasına etki edebilecek faktörler olan emzirme, anne bebek ayrı kalma süresi ve diğer değişkenler gruplar arasında karşılaştırıldı. BPB tanılı hastalarda anne-bebek bağlanması, plazma oksitosin düzeyi ve bebek yüzlerinde duygu tanıma performansı arasındaki ilişki değerlendirildi. BPB tanılı hastalarda anne bebek bağlanması üzerine etki edebilecek faktörler incelendi.

5.1. Sosyodemografik Verilerle İlgili Değerlendirmeler

Her iki grup arasında sosyodemografik veriler açısından sadece eğitim süresi açısından fark saptanmıştır. Hasta grubunda ortalama 10,10 yıl eğitim süresi ile kontrollere göre ortalama 2,3 yıl daha az eğitim almıştır. Hasta grubumuzda ilk yatış yaşının $25,25 \pm 7.30$ olduğu göz önüne alındığında, üniversite düzeyinde eğitim alacakları yıllarda hastalık yüküyle karşılaştıkları ve bu durumun yüksek okul düzeyinde eğitim alma şansını kısıtlamış olabileceği düşünüldü. Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'de 60 BPB tanılı hastanın 60 sağlıklı kontrolle karşılaştırıldığı çalışmada, BPB tanılı hastaların kontrollere göre daha az eğitim yılını tamamlayabildikleri saptanmıştır(84). Ülkemizde de yapılan bir çalışmada 100 bipolar bozukluk tanılı hastada eğitim yılı ortalaması $9,01 \pm 4.33$ bulunmuştur(85).

Tüm katılımcılar evliydi ve tamamı eş ve çocuklarıyla yaşamaktaydı. Her ne kadar ülkemizdeki BPB tanılı hastalarda evlilik oranı dünyadaki evlilik oranından yüksek olsa da tüm katılımcıların evli olmasının ülkemizdeki sosyokültürel özellikler; yakın ve akraba desteğinin fazla olması, hastanın hasta olduğu dönemde yerine getiremediği sorumlulukların aile bireyleri tarafından karşılanması ve hastalık yükü nedeniyle olabilecek boşanma oranlarının daha az olması ile ilişkili olabileceği düşünüldü(85,86). Gruplar arası diğer sosyodemografik veriler (yaş, çalışma durumu, sigara kullanımı, çocuk sayısı, gelir düzeyi) benzer bulunmuştur. Yaş ve çocuk sayısının anne bebek bağlanmasını etkilediğini belirten çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde hasta ve kontrol grubunda bağlanma üzerine etkisi olabilecek

önemli iki faktör açısından karıştırıcı etkinin dışlanması sağlanmıştır(87). Doğum sonrası geçen süre hasta grubunda ortalama 13,85 ay; kontrol grubunda 14,22 ay olarak hesaplanmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Gruplar arasında bebekle doğum sonrası geçirilen sürenin benzer olması, karıştırıcı olabilecek başka bir faktörün de dışlanmasını sağlamıştır.

Plansız gebelik oranlarında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. BPB hasta grubunda plansız gebelik oranlarının yüksek olduğunu bildiren çalışmalarla, çalışmamızdaki bu bulgu farklıdır(88,89). Bununla birlikte plansız gebeliğin bağlanmayı olumsuz etkilediğini, planlı gebeliğin bebekle kaliteli bağ kurmayla ilişkili olduğunu bulan çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde, karıştırıcı başka bir faktörün dışlandığını söyleyebiliriz(90–92). Çalışmanın bir üçüncü basamak psikiyatri hastanesinde yapılmış olması, hastaların %80 gibi yüksek bir oranda hali hazırda psikiyatrik takip altında olmaları nedeniyle gebeliklerinin planlı olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Doğum sonrası bebekten ayrı kalma oranlarına bakıldığında hasta grubunda 29 (%72,5) kontrol grubunda 12 (%30) anne bebeklerinden ayrı kalmıştır ve bu oran iki grup arasında belirgin farklılık göstermiştir($p < 0,001$). Bebeklerin doğum sonrası kuvözde kalma oranlarına bakıldığında ise; hasta grubunda 15 (%37,5) kontrol grubunda 13 (%32,5) bebek doğum sonrası farklı sürelerde kuvözde kalmıştır ve bu oran her iki grup arasında benzerdir($p: 0,639$). Bebeğiyle doğum sonrası ayrılık yaşamış BPB olan 29 anneden 21'inin ayrılık nedeni doğum sonrası ruhsal hastalık nedeniyle psikiyatri servisine yatmak zorunda kalmış olmalarıydı. Bu üç değişkenin yanı sıra iki grupta da doğum sonrası komplikasyon ya da başka tıbbi durum yaşanmaması birlikte değerlendirildiğinde; annede doğum sonrası alevlenme ve psikiyatrik hastalığın yatarak tedavisi, doğum sonrası bebekten ayrı kalma adına risk oluşturan en önemli faktör olarak göze çarpmaktadır. Ayrıca literatürle uyumlu şekilde BPB grubunda doğum sonrası atak geçirme oranının yüksek olması da bu değerlendirmemizi destekler niteliktedir(25).

Çalışmamızda doğum sonrası bebekten ayrı kalmayla bağlanma skorları arasında ilişki saptanmaması örneklem sayısının yetersiz olmasından kaynaklanabileceği gibi anne bebek arasında belirli bir zaman süren ayrılık sona

erdikten sonra yeniden bebekle bir araya gelen annenin, ayrı geçirdikleri zamanı telafi edebileceği şeklinde de yorumlanabilir. Doğum sonrası bebekten ayrı kalıp kalmama durumu ile DSBÖ skorları arasında anlamlı ilişki saptanamasa da; BPB grubunda bebekten ayrı kalma süreleri ile DSBÖ toplam skoru ve DSBÖ bakım konusunda gerginlik alt ölçeği toplam skorları arasında pozitif korelasyon saptandı. Doğum sonrası bebekten ayrı kalma süresi arttıkça bağlanma bozukluğu skorları artıyor görülmektedir. Annenin psikiyatrik tedavisi nedeniyle bebeğinden ayrı kalması gerekse bile ayrı kalma süresinin mümkün olan en kısa süre olması önem arz ediyor görülmektedir. Doğum sonrası dönemde bebeğinden ayrı kalmanın, hastalık durumundan bağımsız olarak bağlanmayı olumsuz yönde etkilediğini bulan çalışmalar da bulunmaktadır(93). Gerek atağı önleyecek psikososyal destek müdahaleler ve medikal tedavinin düzenlenmesi, gerekse de olası hastane yatışında bebek ile bağlanmanın en az etkileneyeceği şekilde hastane koşullarının düzenlenmesi üzerinde durulması gereken önemli konular olarak gündeme gelmektedir. Hem Avrupa ve İngiltere’de, hem de Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde bu ihtiyaca cevap verebilecek şekilde düzenlenmiş anne-bebek üniteleri hizmet vermektedir. Benzer merkezlerin oluşturulması bu konuda önemli bir adım olacaktır.

BPB grubunda emzirmeyen 37, kontrol grubunda 16 anne vardı. Emzirme oranları kontrol grubuna göre anlamlı derece düşüktü(<0,001). BPB grubunda sadece 3 anne emzirmeye devam ettiği için emziren ve emzirmeyen anneler arasında anne bebek bağlanması karşılaştırılamadı. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada emzirmenin bağlanmada sanıldığı kadar önemli bir rol oynamadığı, bağlanma bozukluğuna karşı koruyucu bir etkisinin saptanmadığı bulunmuştur(94). Emziren ve emzirmeyen annelerin bebeklerine bağlanmalarını inceleyen bir başka çalışma ise aksi yönde kanıtlar sunmuş; emziren annelere göre emzirmeyen annelerin bağlanma ölçeği skorlarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur(95). Emzirmenin bağlanmaya etkisiyle ilgili çelişkili yayınlar ve emzirmenin daha çok anne bebek arasında görsel, işitsel ve dokunsal uyarılar yoluyla bir yakınlaşma sağladığını tespit eden çalışmalar ışığında; emzirmenin, anneyle bebeğin birebir temasını ve paylaşımını arttırdığı ölçüde bağlanmaya katkı sağladığı söylenebilir(96).

Sigara içme oranları BPB grubunda kontrol grubuna göre anlamlılığa yakın düzeyde yüksekti(p: 0,056). BPB dahil olmak üzere psikiyatrik hastalarda sigara içme

oranlarının genel popölasyona göre yüksek olduğu bilinse de, çalışmamızda iki grup arasında anlamlı düzeyde fark olmaması, annelerin doğum sonrası dönemde olması endişesiyle sigara içmeyi azaltmış olabilmesi ile ilişkili olabilir(97).

5.2. BPB TANILI HASTALARIN HASTALIK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELER

Çalışmaya alınan 40 bipolar tanılı hastadan 25'inin ilk atağı mani, 8'inin karma özellikli, 7 si depresyon dönemi olmuştur. Hasta grubumuzda özkıyım oranı %30; ilk epizotta psikotik semptomların varlığı %70 olarak saptanmıştır. On yıllık izlem çalışmasında manik başlangıçlı hastalara göre depresif başlangıcı olan hastaların daha kronik seyirli olduğu, daha fazla intihar girişiminde bulunduğu ancak daha az psikotik semptom gösterdiği saptanmıştır(98). Depresif başlangıcın daha fazla depresif gidişi, manik başlangıcın daha fazla manik gidişi öngördüğü saptanmıştır(99). Her ne kadar ara dönemdeki tüm ataklar hakkında bilgi sahibi olamasak da; hasta grubumuzun çalışmaya alınmadan önceki son epizodlarına bakıldığında(21 mani; 9 karma; 9 depresyon)mani ağırlıklı dönem olmak üzere benzer oranlar saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların %70 ine ilk yatış sırasında tanı konmuş olup, hastaneye ilk yatış yaşı ortalaması 25,25 olarak hesaplanmıştır. Epidemiyolojik Catchment Area (ECA) çalışmasında bipolar bozukluk başlama yaşı 21.1 yaş olarak saptanmıştır(100). İlk depresif epizod ile BPB tanısı arasında ortalama sürenin 9 yıl; ilk manik epizodun ilk semptomlarıyla BPB tanısı arasında ortalama sürenin 5 yıl ve tanı için gecikme süresinin ortalama 7,5 yıl olduğunu bulan çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde ilk semptomların başlaması ile hastaneye yatışı gerektirecek bir atağın olması arasında geçen süre de göz önüne alındığında çalışmamızın sonuçları önceki çalışmalarla benzerdir(101–104).

Çalışmamıza dahil olan hasta grubunda hızlı döngülü seyir saptanmadı. Her ne kadar %4-15 hastanın hızlı döngülü olduğunu ve hızlı döngülü seyrin kadınlarda daha fazla olduğunu belirten çalışmalar olsa da; hasta grubumuzun tedaviye uyum oranının % 87,5; düzenli takip oranının %80 ve gece bebeklerin bakımı konusunda kontrol grubuna göre daha fazla destek aldığı($p<0,001$) göz önüne alındığında, bu durumun sosyal destek mekanizmalarının koruyucu etkisinden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir(105).

Hasta grubumuzda birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık öyküsü %55 olarak saptanmıştır(%40 BPB, %10 unipolar depresyon, %5 anksiyete spektrumu). BPB tanısı almış hastalarda aile öyküsünün varlığını araştıran Baek ve ark. birinci derece yakınlarında genel psikiyatrik hastalık görülme oranlarını bipolar bozukluk 1’de %15,4 ve bipolar bozukluk 2’de %26,5 olarak bulmuştur(106). Joyce ve ark. yaptığı çalışmada da BPB tanılı hastaların birinci derece yakınlarında BPB öyküsü %21 bulunmuşken, duygudurum bozuklukları için bu oran %62 olarak bulunmuştur(107).

Hasta grubumuzun %42.5’si mevsimsel özellikler göstermekteydi. Literatürde yakın zamanda yapılan bir derlemede; mani dönemlerinin %15, depresif dönemlerin %25 mevsimsel bir seyir gösterdiği ancak BPB’de mevsimsel seyrin tespit edilenden daha fazla görüldüğünden bahsedilmiştir(108). Hasta grubumuzda da mevsimsel özellikler sorgulanırken epizot kriterlerini tam doldurması şartı aranmamış, hastalık bulgularının eşik altı da olsa mevsimsel bir paternde seyredip seyretmediği değerlendirilmiştir.

Hasta grubumuzun %32.5 i gebelikte atak geçirmiş; %15 i gebelik sırasında hastaneye yatmıştı. Birçok çalışmada gebelik sırasında BPB seyri ile ilgili farklı sonuçlar elde edilmiştir. 70 çalışmanın dahil edildiği derlemede, hamileliğin bipolar bozukluk üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğinin düşünüldüğü söylene de; duygudurum düzenleyicilerin kesilmesinin ardından yüksek oranda nüksle karşılaşıldığı bildirilmiştir(109). 11 çalışmanın incelendiği derlemede ise gebelikte nüks oranının %24(%4-73) olduğu saptanmıştır(110). Farklı görüşlerle birlikte bulgularımızı kıyasladığımızda gebelik dönemindeki riskin doğum sonrası riskten daha düşük olduğunu ama yine de gebelik döneminin atak riskini arttırdığını söyleyebiliriz.

Doğum sonrası dönemde hastalarımızın %67.5 i atak geçirmiş, atakların %35 ini mani, %25 ini karma, %5 ini depresif ve %2.5 ini hipomani dönemi oluşturmuştur. Hastalarımızın %52.5’ i doğum sonrası dönemde hastaneye yatırılarak tedavi edilmiştir. Wesseloo ve ark.’nın 2015 yılında yayımladığı bir derlemeye göre, BPB olan kadınların yaklaşık üçte biri (%37) doğum sonrası dönemde atak geçirmiş ve %17’si hastanede yatırılarak tedavi edilmek zorunda kalmıştır(25). Bulgularımız genel

anlamda doğum sonrası alevlenmeyi işaret etmesi açısından literatürle uyumlu olsa da hastalarımızın yarısından fazlasının doğum sonrası dönemde yatarak tedavi görmesinin; yatarak tedavisi gerekecek hastaların daha fazla yönlendirildiği ya da başvurduğu üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir merkez olmamızdan kaynaklandığı ve ayrıca hastalarımızın yatış sonrası aynı merkezde takibe devam etme tutumunun bir sonucu olduğu düşünüldü.

Yalnızca 3 hasta doğum sonrası dönemde ilaç kullanmıyordu. Bu durum daha önce de belirtildiği üzere hastanemizin son basamak bir psikiyatri hastanesi olması, şiddetli ruhsal hastalığı olan hastaların yönlendirilmesi, tedavinin öneminin anlatılması ve hastaların da bu süreçte tedavi uyumunun iyi olup düzenli takibe devam etmesi ile ilişkilendirildi.

5.3. ANNE BEBEK BAĞLANMASI, PLAZMA OKSİTOSİN DÜZEYİ VE DUYGU TANIMA PERFORMANSI ÜZERİNE DEĞERLENDİRMELER

Hasta ve kontrol grubu arasında bağlanma bozukluğu skorları karşılaştırıldığında hasta grubunda DSBÖ bakım konusunda gerginlik alt ölçek puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İki grup arasında DSBÖ bakım konusunda gerginlik alt ölçeği dışında kalan diğer 3 alt ölçek puanları ve DSBÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. DSBÖ’ de skor arttıkça bağlanma bozukluğuna işaret ettiğinden BPB grubunda kontrol grubuna göre DSBÖ bakım konusunda gerginlik alt ölçeği skorlarının yüksek olması, bağlanmanın bu alt boyutunda sağlıklı kontrollere göre bir bozulma olduğunu göstermektedir. Literatürde bulgularımızı destekleyen çalışmalar mevcuttur. Doğum sonrası bağlanma skorlarının çalışmada kullandığımız aynı ölçekle değerlendirildiği 250 psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan anne ile 31 psikiyatrik hastalık öyküsü olan(5 psikotik spektrum; 13 afektif spektrum; 8 uyum bozukluğu; 5 anksiyete spektrumu) annenin bebekleriyle bağlanmasının karşılaştırıldığı çalışmada psikiyatrik hastalık öyküsü olan grupta bakım konusunda gerginliğin daha yaygın olduğu bulunmuştur(111). Ayrıca ülkemizde daha önce yapılan ve 51 BPB tanılı hastanın bağlanma skorlarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı çalışmada DSBÖ toplam puanı ve DSBÖ reddetme-sinirlilik alt ölçek puanları BPB grubunda anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır(42).

Çalışmamızda da BPB grubunun DSBÖ toplam puanlarının istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da kontrol grubuna göre yüksek bulunması, örneklem sayısının bu ilişkiyi gösterecek yeterlilikte olmaması ile ilişkilendirildi. Anne-bebek bağlanmasını çeşitli psikiyatrik hastalıklarda ve genel popülasyonda değerlendiren birçok çalışma olsa da BPB tanılı anneleri yeterli örneklem sayısı ile inceleyen henüz sınırlı sayıda çalışma olduğu göz önünde bulundurulduğunda, tutarlı sonuçlar için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır(13,42,91,111,112).

Çalışmada kullanmış olduğumuz Tromso Bebek Yüzleri geçerlik güvenilirlik çalışmasında yine envanteri geliştiren Maack ve arkadaşları duyguları olumlu(mutlu), olumsuz(korku, üzüntü, tiksime, öfke) ve nötral(nötr, şaşırma duygular olarak sınıflandırmayı önermişlerdir(15). Biz de öneri doğrultusunda duygu tanıma performanslarını hem her duyguya özgü hem de olumlu, olumsuz ve nötral duyguları tanıma toplam skorlarına göre değerlendirdik.

BPB grubunda, olumsuz duyguları(korku, üzüntü, tiksime, öfke) tanıma performansı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük saptanmıştır(p:0,046). Geniş çaplı bir derleme çalışması, BPB tanılı hastaların ötimik iken özellikle korku ve tiksime duygusunu tanıma zorlandıklarını, manik hecmadaki bipolar bozukluk tanılı hastaların ise korku ve üzüntü ifadelerini tanımakta zorlandıklarını göstermektedir(54). Olumsuz duygular içerisindeki korku duygusunu tanıma performansları ise kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlılık sınırına yakın düzeyde düşük saptandı (p: 0,055). Martino ve arkadaşları BPB tanılı hastaların korku duygusunu tanımakta zorlandıklarını bulmuşlardır(113). Annelere gösterilen toplam 36 kartın 3 tanesinin korku duygusunu içerdiği, olumsuz duygu içeren kartların toplam sayısının 17 olduğu ve olumsuz duyguları tanıma performansının düşük olmasının BPB grubunda anlamlı düzeye ulaştığı halde korku duygusunu tanımadaki farklılığın anlamlı düzeye ulaşmaması, korku duygusunu içeren kartların sayısının az olması ile ilişkili olabilir. Ayrıca denek sayısının daha fazla olması halinde bu farklılık istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşabilir.

BPB grubunda kontrol grubuna göre olumsuz duyguları tanıma performansı daha düşük olsa da BPB grubu içinde bağlanma bozukluğu skorları yüksek olanların olumsuz duyguları ve olumsuz duygular içinde de öfkeyi daha iyi tanıdıklarını gösterir

bir ilişki bulunmuştur. Olumsuz duyguları tanıma performansı ile DSBÖ toplam skoru, DSBÖ bağlanma alt ölçek skoru ve DSBÖ reddetme ve sinirlilik alt ölçek skorları arasında pozitif korelasyon; öfke duygusunu tanıma performansı ile ise bu skorlara ek olarak ayrıca DSBÖ bakım konusunda gerginlik alt ölçek puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bağlanma bozukluğu ve olumsuz duyguları tanıma performansı arasındaki ilişkiyi saptayan bulgularımıza benzer sonuçlar literatürde göze çarpmaktadır. 2000 yılında yapılan çalışmada dezorganize bağlanma öyküsü olan, ihmal veya istismara uğramış çocukların, uyaranları ve duyguları negatif yorumlamaya yatkınlıkları olduğu, bu konuda aşırı uyarılmış oldukları; bu nedenle geçmişte bağlanma bozukluğu olan kişilerin olumsuz duyguları tanımada seçici dikkatinin artmış olabileceği saptanmıştır(114).

Kontrol grubunda bağlanma bozukluğu skorları ile duygu tanıma performansı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; DSBÖ bağlanma bozukluğu alt ölçek skoru yüksek olanların korku duygusunu tanıma performansının arttığı; DSBÖ reddetme ve sinirlilik alt ölçek skoru yüksek olanların olumsuz duyguları ve olumsuz duygular içindeki öfke duygusunu tanıma performansının arttığı saptanmıştır. Bağlanma sorunu arttıkça olumsuz duygulara karşı duyarlılığın artmış olduğu görülmektedir. English ve arkadaşlarının 126 kadın üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışmada; katılımcılar çocuklukta duygusal kötü muamele, kaygı belirtileri, bağlanma kaygısı ve bağlanmadan kaçınmayla ilgili öz bildirim ölçümlerini cevaplamış ve yüzlerden duygu tanıma testine tabi tutulmuşlardır. Araştırmacılar çalışma sonuçlarını bağlanma kaygısı ve bağlanmadan kaçınmanın, tehditle ilgili bilgilerin artan şekilde işlenmesiyle ilişkili olduğu şeklinde yorumlamışlardır(115). Çalışmamızda da kontrol grubunda bağlanma bozukluğu skorları yüksek olanların olumsuz duygulara karşı artmış bir dikkati olabileceğini düşünüyoruz.

Kontrol grubunda bağlanma bozukluğu skoru düşük olanların başka bir deyişle bağlanma sorunu yaşamayan, iyi düzeyde anne bebek bağlanması olanların nötr duyguları (şaşıрма, nötr) olumlu olarak değerlendirmeye meyilli oldukları bulunmuştur($p:0,042$). Bağlanma bozukluğu skorlarının yüksek olmasının olumsuz duyguları tanımaya karşı seçici dikkati arttırması ile bağlanma bozukluğu skorlarının düşük olmasının nötr duyguları olumlu değerlendirmeye meyil yaratması birbirini destekler nitelikte bulgulardır.

BPB grubunda bağlanma bozukluğu skorları arttıkça şaşırma duygusunu tanıma performansının azaldığı bulunmuştur. Şaşırma duygusunu tanıma performansı ile DSBÖ toplam skoru, DSBÖ bağlanma alt ölçek skoru, DSBÖ reddetme ve sinirlilik alt ölçek skoru arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Annenin geçmiş ruhsal travmalarının ve erişkin bağlanma stillerinin bu sonuçla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bağlanma stilleri ile duygu tanıma becerisinin ilişkisini inceleyen bir çalışmada, geçmişte kaçınan-korkulu bağlanma stili bulunan çocukların, güvenli bağlanması olan çocuklara kıyasla şaşırma-sürpriz ve oyuncu-yaramaz yüz ifadesi gibi nötr ve karmaşık ifadeleri tanımakta zorlandıkları saptanmıştır(116). Bağlanma bozukluğu skorlarıyla şaşırma duygusu arasında ters korelasyonun bulunmasının, her ne kadar çalışmamızda erişkin bağlanma stilleri incelenmemiş olsa da annenin bağlanma stiliyle ilgili olabileceğini düşünüldü. Bu çıkarımı destekleyen yakın tarihte Özcan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; çocukluk çağı travmaları ve bağlanma stilleri arasında trans-jenerasyonel bir ilişki saptanmış olup; çocukluk çağı travma öyküsü olan annelerin güvensiz bağlanma stilleri gösterdiği saptanmıştır(117). Ayrıca BPB tanılı hastaların genel popülasyona göre travmaya maruz kalma sıklığının daha fazla olduğu bilinmektedir(118). BPB tanılı hastalarda travma öyküsünün duygu tanıma üzerine etkisini ölçen yakın zamanlı bir çalışmada da her ne kadar şaşırma duygusuna özel bir sonuç olmasa da travmanın BPB tanılı hastalarda duygu tanıma doğruluk performansını azalttığı saptanmıştır(119).

5.4. PLAZMA OKSİTOSİN DÜZEYLERİNİN BAĞLANMA VE DUYGU TANIMA İLE İLİŞKİSİ

Ölçüm yapılanlar arasında BPB grubundan 6 ve kontrol grubundan 6 olmak üzere toplamda 12 katılımcının, plazma oksitosin seviyesi kitin ölçebileceği maksimum değerin üzerinde çıkmıştır. Bu kişiler oksitosin ile ilişkili istatistiksel analizlere katılmamıştır. BPB ve kontrol grubunun plazma oksitosin seviyesi ortancaları sırasıyla 335,81 (min 197 – max 730) pg/ml ve 319,85 (min 167 – max 962) pg/ml olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır(p:0.548). Ancak oksitosin düzeyinin menstrüel siklus, emzirme, antipsikotik kullanımı vb. birçok faktör tarafından etkilendiği bildirilmektedir(120–123). Bu bahsi geçen faktörler açısından katılımcılarımızı eşleştirmemiz mümkün olmadığı için çalışma

sonuçlarını etkilemesi muhtemeldir. İki grup arasındaki emzirme oranlarının anlamlı derecede farklı olması nedeniyle plazma oksitosin düzeyi ile emzirme arasındaki ilişkinin dikkate değer olduğunu düşünüyoruz ($p < 0,001$). İnsanlarda yapılan hormonal araştırmaların gözden geçirilmesi sonucunda emzirme ile annede oksitosin salınımı arasında ilişki saptanmıştır(120). Ancak yapılan çalışmalarda yalnızca emzirme sırasında oksitosin düzeylerinin farklılık gösterdiği bulunmuş, emzirme sırasında OT örneklenmediğinde emziren ve emzirmeyen anneler arasında OT açısından fark olmadığı saptanmıştır(4,124,125). Çalışmamızda oksitosin plazma değerleri tek bir ölçümle elde edilmiştir. Seri ölçümler yapılmış olsaydı, bağlanma ve oksitosin düzeyi arasında nedensellik ilişkisi kurulma olasılığı mümkün olabilirdi. Sosyal bağlanma ve davranış üzerinde etkileri olduğu bilinen oksitosinin, diğer sosyal ilişkilere göre daha yakın ve sürekli bir ilişki biçimi olan anne bebek bağlanması üzerine etkilerini araştıran ileri çalışmalarda daha ayrıntılı bilgiler edinmek mümkün olabilir.

BPB grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunan DSBÖ bakım konusunda gerginlik alt ölçek puanları ile plazma oksitosin seviyesi arasında negatif yönde korelasyon saptandı; oksitosin düzeyi yüksek olan hastaların bakım konusunda gerginlik alt puanlarının daha düşük olduğu bulundu. Kullandığımız DSBÖ ölçeğinin Türkçe versiyonu çevirisi esnasında orijinal adı ‘Infant Focused Anxiety’ olan üçüncü alt ölçek ‘Bakım Konusunda Gerginlik’ olarak Türkçeye çevrilmiştir(81). Bakım konusunda gerginlik alt ölçek puanları ‘bebek odaklı kaygı’ nın bir göstergesi olarak değerlendirildiğinde; oksitosinin öncelikle kaygıyı azaltarak, sakinliği artırarak ve bağlanmayı teşvik ederek işlev gördüğünü öne süren çalışmalarla benzer sonuçlara ulaştığımız söylenebilir. (4,126).

Güvenli bağlanma özellikleri gösteren anneler ile güvensiz ve kaçınan bağlanma özelliği gösteren annelerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, güvenli bağlanması olan annelerin bebekleriyle etkileşim sonrası daha yüksek oksitosin plazma seviyelerine sahip oldukları ve bebeklerinin yüzüne baktıklarında fMRG sonuçlarında ventral striatumlarının daha aktif olduğu bulunmuştur. Ventral striatumun beyinin ödül sistemi olduğu düşünüldüğünde bağlanması iyi olan ve oksitosin cevabı yüksek olan annelerin bebekle olan etkileşimlerinin bir ödül etkisi yarattığı şeklinde yorumlanmıştır(127). Bu çalışmanın sonuçları ile bizim çalışmamızın bulguları birlikte değerlendirildiğinde, oksitosin düzeyi düşük olan

annelerin neden bakım konusunda gerginlik yaşadıklarını açıklamaya yardımcı olmaktadır.(127).

BPB tanılı annelerde DSBÖ bağlanma bozukluğu toplam puanı ve oksitosin düzeyleri arasındaki negatif korelasyon anlamlılık sınırına yakın düzeydeydi($p:0,064$). Bağlanma bozukluğunu işaret eden yüksek ölçek skoru azalmış oksitosin düzeyi ile ilişkili bulundu. Bu ilişkinin istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşamaması örneklem sayısının bu ilişkiyi gösterecek güçte olmamasına bağlı olabilir. Bu bulgu annelerde oksitosin düzeyinin anne-bebek bağında önemli bir rol oynadığını saptayan birçok çalışmayla uyumluydu(3).

Kontrol grubunda bebek yüzlerinden korku duygusunu tanıma ile oksitosin düzeyleri arasında negatif korelasyon saptanmış, oksitosin düzeyi yüksek olan kontrol grubundaki annelerin korku duygusunu daha az tanıdığı tespit edilmiştir($p<0,022$). Matsunaga ve arkadaşlarının 2020 yılında yapmış olduğu, psikiyatrik hastalığı olmayan 51 annenin bebeklerini emzirmeden önce ve hemen sonraki oksitosin düzeyleriyle duygu tanıma arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmada; emzirmeden hemen sonra oksitosin düzeylerinin arttığı ve oksitosin düzeylerinin artışıyla annelerin korkulu yüzleri doğru tanımasının azaldığı bulunmuştur(128). Literatürle uyumlu olan bu bulgu, oksitosin düzeyinin yüksek olmasının korku gibi olumsuz duygulara duyarlılığı azalttığı şeklinde yorumlanabilir.

BPB grubunda korku duygusunu tanıma oranları ile oksitosin düzeyleri arasında bir ilişki saptanmadı. Ayrıca korku duygusunu tanıma performansının yanı sıra, diğer duygu tanıma performansları ile plazma oksitosin düzeyi arasında da anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmadı. Taş ve arkadaşlarının 28 remisyonunda BPB tanılı hastada yapmış olduğu çalışmada, duygu tanıma testi uygulanan ve serum oksitosin düzeyleri bakılan hastalarda, bazal oksitosin düzeyi yüksek olanların korku duygusunu daha yüksek oranda doğru tanıdıkları bulunmuştur(7). Ancak Taş ve ark. çalışmasına anne olmayan, her iki cinsiyeti de içeren, BPB tanılı hastalar dahil edilmiş olup; erişkin yüzlerinde duygu tanıma performansları değerlendirilmiştir. Bu anlamda Taş ve ark.'nın örneklem ve metot olarak bizim çalışmamızdan farklı desende bir çalışma yürütmüşlerdir. Çalışmamızda bebek yüzlerinde duygu tanıma performansı

değerlendirilmiştir. Bebeklerin yüzdeki duygu ifadelerini sergilerken, genellikle ifadelerin birkaç duygu sinyalinin bir arada içerebildiği bildirilmiştir(78).

Bulgularımızda bağlanma bozukluğu üzerine etkili olabilecek faktörleri regresyon analizi ile inceledik. Yapılan Hiyerarşik Regresyon Analizine göre HDÖ skorlarının yüksek olmasının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede bağlanma bozukluğu riskini 1,951kat ($p=0,018$, GA;1,122-3,393) artırdığı bulundu. Ayrıca BPB ve kontrol gurubu arasındaki eğitim yılının farklı bulunması nedeniyle, eğitim yılının bağlanma üzerine etkisi olup olmayacağını ayırt etmek için eğitim yılı da regresyon analizine bir veri olarak eklendiğinde HDÖ skorlarının bağlanma bozukluğu artış riskini 2,657($p=0,013$, GA;1,226-5,761) kat artırdığı, ancak eğitim yılının bağlanma üzerine bir etkisinin olmadığı bulundu. Doğum sonrası depresyonu olan annelerin %29'unda bağlanma bozukluğu geliştiği tespit edilen bir çalışmada; bu olumsuz etkilerin, depresif semptomlar eşik altı düzeyde iken bile olduğu ve çocuğun davranışsal gelişimi üzerinde etki gösterdiği ortaya konulmuştur(129). Bu bağlamda BPB tanılı hastalarda eşik altı depresif semptomların varlığı ötimik dönemde bile anne-bebek bağlanması açısından kritik öneme sahiptir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Anne bebek bağlanmasının bir boyutu olan DSBÖ bakım konusunda gerginlik alt ölçek puanları BPB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur, BPB grubundaki yüksek puanlar bağlanmanın daha az olduğunu göstermektedir.
2. BPB grubunda doğum sonrası bebekten ayrı kalıp kalmama durumu ile bağlanma skorları arasında bir ilişki saptanmasa da bebekten ayrı kalma süresi arttıkça bağlanma bozukluğu skorlarının arttığı saptandı.
3. BPB grubunda, olumsuz duyguları (korku, üzüntü, tikslenme, öfke) tanıma performansı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük saptanmıştır.
4. BPB grubunda kontrol grubuna göre olumsuz duyguları tanıma performansı daha düşük olsa da, BPB grubu içinde bağlanması daha az olanlar olumsuz duyguları ve olumsuz duygular içindeki öfkeyi daha iyi tanımışlardır.
5. Kontrol grubunda bağlanması daha az olanların olumsuz duyguları ve olumsuz duygular içindeki korku ve öfkeyi tanıma performansının arttığı saptanmıştır.
6. Kontrol grubunda bağlanması daha iyi olanların nötr duyguları (şaşıрма, nötr) olumlu olarak değerlendirmeye meyilli oldukları bulunmuştur.
7. BPB grubunda bağlanma azaldıkça şaşırma duygusunu tanıma performansının azaldığı bulunmuştur.
8. BPB grubunda DSBÖ bakım konusunda gerginlik alt ölçek puanları plazma oksitosin seviyesiyle negatif korelasyon göstermiştir; oksitosin düzeyi düşük olan hastaların bağlanmanın bir boyutu olan bakım konusunda gerginlikte daha fazla sorun yaşadıkları bulunmuştur.
9. BPB tanılı annelerde DSBÖ bağlanma bozukluğu toplam puanı ve oksitosin düzeyleri arasındaki negatif korelasyon anlamlılık sınırına yakın düzeydeydi.
10. Kontrol grubunda oksitosin düzeyi yüksek olan annelerin korku duygusunu daha az tanıdığı tespit edilmiştir.
11. BPB grubunda duygu tanıma performansları ile plazma oksitosin düzeyi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmadı.
12. Depresif belirti şiddetini gösteren HDÖ puan yüksekliğinin bağlanma bozukluğunu yordadığı saptandı.

Araştırmamıza başlarken sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında remisyonadaki bipolar bozukluk tanılı hastalarda anne bebek bağlanmasının bozulduğunu, plazma oksitosin düzeyinin daha düşük ve bebek yüzlerinde duygu tanıma performansının daha az olacağını öngörmüştük. Çalışmamızın sonuçlarına göre BPB tanılı annelerin sağlıklı kontrollere göre olumsuz duyguları daha az tanıyabildikleri, bebekleriyle özellikle bakım konusunda gerginlik olmak üzere daha fazla bağlanma sorunları yaşadıkları bulundu. Sağlıklı kontroller ile BPB tanılı anneler arasında plazma oksitosin düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Araştırmamızın diğer bir amacı ise hem sağlıklı hem BPB tanılı kadın hasta grubunda bağlanma, bebek yüzlerinde duygu tanıma becerileri ve plazma oksitosin düzeylerinin ilişkisini incelemektir. Her iki grupta da bağlanma bozukluğu skorları yüksek olan annelerin duygu tanıma performanslarının azaldığı bulundu. Ayrıca bağlanma bozukluğu skorları ile duygu tanıma performanslarının OT düzeyleri ile ilişkisi incelendiğinde; BPB tanılı annelerin OT düzeyleri azaldıkça bebeğin bakımı konusunda daha gergin olmalarına bağlı olarak bağlanma sorunları yaşadıkları; kontrol grubundaki annelerin OT düzeyleri arttıkça korku duygusunu daha az tanıyabildiği bulundu.

Sonuçlarımıza göre BPB grubunda olumsuz duyguların tanınmasındaki zorluk annenin, bebeğin olumsuz duygularını tanımakta güçlük çekmesine, belki bebeğin ruhsal ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kalmasına neden olabilir, bununla birlikte BPB anne eğer bebeğe bağlanmakta güçlük çekiyorsa, bu durumda bebeğin yansıttığı olumsuz duygulara ve olumsuz duygular içinde de öfke duygusuna daha fazla odaklanmış olabilir ve bebekten gelen olumsuz ipuçlarına karşı daha hassas olabilir, bu da annenin bebeğe bakım verme yetisini olumsuz etkileyebilir.

Duygu tanıma performansı ile plazma oksitosin düzeyi arasında bir ilişki saptanmamış olup, daha geniş örneklemlili çalışmalarda bu ilişkinin yeniden değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

BPB annelerin özellikle bağlanmanın bir alt boyutu olan bakım konusunda gerginlik(bebek odaklı kaygı) hissettikleri göz önüne alındığında; BPB tanılı annelerin remisyonunda iken anne-bebek bağlanması ve bebekleriyle yeteri kadar bağ kuracak kapasiteye sahip oldukları konusunda desteklenmesi, kaygılarını azaltacak ve

özgüvenlerini arttıracak psikoeğitim ve sosyal destek mekanizmaları geliştirilmesi bu bağlanma güçlüğü'nün üstesinden gelinmesinde yararlı olabilir.

Anne-bebek bağlanma bozukluklarının, bebeğin duygusal gelişimine olası olumsuz etkisi nedeniyle göz ardı edilmeden, erken müdahaleyi sağlamak için rutin olarak taranması ve teşhis edilmesine ihtiyaç vardır. Anneler ve bebeklerini bir arada gören ruh sağlığı çalışanları, anne bebek bağlanmasını değerlendirirken, annenin bebeğindeki duygusal ipuçlarını ne oranda tanıyabildiğini izlemesi anne bebek bağlanmasını desteklemek adına önemli olabilir. Sağlıklı anne bebek bağlanmasının yordanmasında depresif belirtilerin olmaması önemlidir. Doğum sonrası annelerde depresif belirtilerin rutin olarak taranması anne bebek bağlanmasını olumsuz etkileyecek bir faktörün kontrolünü sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Merikangas KR, Jin R, He J-P, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:241-51.
2. Bosch OJ, Young LJ. Oxytocin and Social Relationships: From Attachment to Bond Disruption. *Curr Top Behav Neurosci* 2018; 35:97-117.
3. Scatliffe N, Casavant S, Vittner D, Cong X. Oxytocin and early parent-infant interactions: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences* 2019; 6:445-53.
4. Feldman R, Weller A, Zagoory-Sharon O, Levine A. Evidence for a Neuroendocrinological Foundation of Human Affiliation: Plasma Oxytocin Levels Across Pregnancy and the Postpartum Period Predict Mother-Infant Bonding. *Psychol Sci* 2007; 18:965-70.
5. Guastella AJ, Einfeld SL, Gray KM, Rinehart NJ, Tonge BJ, Lambert TJ, Hickie IB. Intranasal Oxytocin Improves Emotion Recognition for Youth with Autism Spectrum Disorders. *Biological Psychiatry* 2010; 67:692-4.
6. Bradley ER, Woolley JD. Oxytocin effects in schizophrenia: Reconciling mixed findings and moving forward. *Neurosci Biobehav Rev* 2017; 80:36-56.
7. Tas C, Brown EC, Onur E, Aydemir O, Brune M. The Associations Between Endogenous Oxytocin Levels and Emotion Recognition in Bipolar Disorder. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2015; 25:19-26.
8. Afolabi O, Bunce L, Lusher J, Banbury S. Postnatal depression, maternal–infant bonding and social support: a cross-cultural comparison of Nigerian and British mothers. *Journal of Mental Health Routledge*, 2020; 29:424-30.
9. Biaggi A, Hazelgrove K, Waites F, Fuste M, Conroy S, Howard LM, Mehta MA, Miele M, Seneviratne G, Pawlby S, Pariante CM, Dazzan P. Maternal perceived bonding towards the infant and parenting stress in women at risk of postpartum psychosis with and without a postpartum relapse. *Journal of Affective Disorders* 2021; 294:210-9.
10. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet Elsevier*, 2004; 363:303-10.

11. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New Parents and Mental Disorders A Population-Based Register Study. JAMA 2006; 296:2582-9.
12. Lima IMM, Peckham AD, Johnson SL. Cognitive deficits in bipolar disorders: Implications for emotion. Clin Psychol Rev 2018; 59:126-36.
13. Boekhorst MGBM, Beerthuisen A, Hillegers M, Pop VJM, Bergink V. Mother-to-Infant Bonding in Women With a Bipolar Spectrum Disorder. Frontiers in Pediatrics [Internet] 2021 [a.yer 14 Mayıs 2022]; 9 Geliş tarihi gönderen: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fped.2021.646985>
14. Murray L, Hipwell A, Hooper R, Stein A, Cooper P. The Cognitive Development of 5-Year-Old Children of Postnatally Depressed Mothers. J Child Psychol & Psychiat 1996; 37:927-35.
15. Maack JK, Bohne A, Nordahl D, Livsdatter L, Lindahl ÅAW, Øvervoll M, Wang CEA, Pfuhl G. The Tromso Infant Faces Database (TIF): Development, Validation and Application to Assess Parenting Experience on Clarity and Intensity Ratings. Frontiers in Psychology [Internet] 2017 [a.yer 09 Mayıs 2022]; 8 Geliş tarihi gönderen: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2017.00409>
16. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, BeGinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri BaGvuru El kitabı. Köroğlu E. (Çeviri Ed.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
17. Öztürk MO, UluGahin A. Duygudurum Bozuklukları. Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş 13. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2015, 261-326.
18. Blehar MC, DePaulo JR, Gershon ES, Reich T, Simpson SG, Nurnberger JL. Women with bipolar disorder: findings from the NIMH Genetics Initiative sample. Psychopharmacol Bull 1998; 34:239-43.
19. Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum depression: a review. J Health Care Poor Underserved 2012; 23:534-42.
20. Driscoll KE, Sit DKY, Moses-Kolko EL, Pinheiro E, Yang A, Ciolino JD, Eng HF, Luther JF, Clark CT, Wisniewski SR, Wisner KL. Mood symptoms in pregnant and postpartum women with bipolar disorder: a naturalistic study. Bipolar Disord 2017; 19:295-304.
21. Altshuler LL, Hendrick V. Course of Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period. J Clin Psychiatry

22. Robertson E, Jones I, Haque S, Holder R, Craddock N. Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (post-partum) psychosis. *The British Journal of Psychiatry Cambridge University Press*, 2005; 186:258-9.
23. Jones I, Craddock N. Familiality of the Puerperal Trigger in Bipolar Disorder: Results of a Family Study. *AJP American Psychiatric Publishing*, 2001; 158:913-7.
24. Sutter-Dallay FG Ingrid Lacaze de Cordova , Elisabeth Glatigny , Nine MC Glangeaud-Freudenthal , Anne-Laure. Doğum Sonrası Psikoz, Bipolar Bozukluklar ve Anne-Bebek Ünitesi. İçinde Perinatal Klinik Psikoloji El Kitabı
25. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJM, Kushner SA, Bergink V. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2016; 173:117-27.
26. Khan SJ, Fersh ME, Ernst C, Klipstein K, Albertini ES, Lusskin SI. Bipolar Disorder in Pregnancy and Postpartum: Principles of Management. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18:13.
27. Lothian JA. Maternal-Infant Attachment, Naturally. *J Perinat Educ* 1999; 8:viii-xi.
28. Muller ME. A critical review of prenatal attachment research. *Sch Inq Nurs Pract* 1992; 6:5-22; discussion 23-26.
29. Laxton-Kane M, Slade P. The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2002; 20:253-66.
30. Müller ME. Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996; 25:161-6.
31. Wan MW, Downey D, Strachan H, Elliott R, Williams SR, Abel KM. The Neural Basis of Maternal Bonding. *PLoS One* 2014; 9:e88436.
32. Brockington IF. Disorders of the mother – infant relationship. *Br J Psychiatry* 1997; 171:486-486.
33. Ainsworth MDS, editör. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. New York, N.Y.: Routledge, 2015, 417 s.

34. Cassidy J. The Nature of the Child's Ties. The Handbook of Attachment Theory and Research 2008;
35. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. Türk Psikol Derg. 1999;14(43):71–106.
36. Baer J, Martinez C. Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. Journal of Reproductive and Infant Psychology - J REPROD INFANT PSYCHOL 2006; 24:187-97.
37. Fonagy P, Steele H, Steele M. Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age. Child Development 1991; 62:891.
38. Fernandez Arias P, Yoshida K, Brockington IF, Kernreiter J, Klier CM. Foetal abuse. Arch Womens Ment Health 2019; 22:569-73.
39. McNamara J, Townsend ML, Herbert JS. A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. PLOS ONE Public Library of Science, 2019; 14:e0220032.
40. Gilden J, Molenaar NM, Smit AK, Hoogendijk WJG, Rommel A-S, Kamperman AM, Bergink V. Mother-to-Infant Bonding in Women with Postpartum Psychosis and Severe Postpartum Depression: A Clinical Cohort Study. Journal of Clinical Medicine Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 2020; 9:2291.
41. Höflich A, Kautzky A, Slamanig R, Kampshoff J, Unger A. Depressive symptoms as a transdiagnostic mediator of mother-to-infant bonding: Results from a psychiatric mother-baby unit. Journal of Psychiatric Research 2022; 149:37-43.
42. Alptekin FB, Güngör BB, Öztürk N, Aydın N. MOTHER-INFANT BONDING IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER. Archives of Neuropsychiatry [Internet] 2022 [a.yer 22 Mayıs 2023]; Geliş tarihi gönderen: <https://www.noropsikiyatriarsivi.com/submission/MakaleKontrol?Id=VFdwak5FOVVXVDA9>
43. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. Br J Psychiatry 1987; 150:662-73.

44. Swain JE, Lorberbaum JP, Kose S, Strathearn L. Brain basis of early parent–infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48:262-87.
45. Zhang K, Rigo P, Su X, Wang M, Chen Z, Esposito G, Putnick DL, Bornstein MH, Du X. Brain Responses to Emotional Infant Faces in New Mothers and Nulliparous Women. *Sci Rep Nature Publishing Group*, 2020; 10:9560.
46. Leibenluft E, Gobbini MI, Harrison T, Haxby JV. Mothers' neural activation in response to pictures of their children and other children. *Biol Psychiatry* 2004; 56:225-32.
47. Nitschke JB, Nelson EE, Rusch BD, Fox AS, Oakes TR, Davidson RJ. Orbitofrontal cortex tracks positive mood in mothers viewing pictures of their newborn infants. *Neuroimage* 2004; 21:583-92.
48. Minagawa-Kawai Y, Matsuoka S, Dan I, Naoi N, Nakamura K, Kojima S. Prefrontal Activation Associated with Social Attachment: Facial-Emotion Recognition in Mothers and Infants. *Cerebral Cortex* 2009; 19:284-92.
49. LoBue V, Thrasher C. The Child Affective Facial Expression (CAFE) set: validity and reliability from untrained adults. *Frontiers in Psychology* [Internet] 2015 [a.yer 09 Haziran 2023]; 5 Geliş tarihi gönderen: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2014.01532>
50. Lundqvist D, Flykt A, Öhman A. Karolinska Directed Emotional Faces [Internet]. 2015 [a.yer 09 Haziran 2023], Geliş tarihi gönderen: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t27732-000>
51. Tombul K. Duygusal yüz ifadeleri resimleri`nin (Pictures Of Facial Affect – POFA) Türkiye geçerlilik - güvenilirliği ve esansiyel tremor hastalarıyla karşılaştırılması. [Internet] [masterThesis]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2020 [a.yer 09 Haziran 2023], Geliş tarihi gönderen: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/141305>
52. Camras LA, Shutter JM. Emotional Facial Expressions in Infancy. *Emotion Review SAGE Publications*, 2010; 2:120-9.
53. Georg C, Solomon J (2008) Handbook of attachment: theory, research and clinical applications. In: Cassidy J, Shaver PR (eds) Handbook of attachment: theory, research and clinical applications, 2nd edn. Guilford, New York, pp 833–856

54. Rocca CC de A, Heuvel E van den, Caetano SC, Lafer B. Facial emotion recognition in bipolar disorder: a critical review. *Braz J Psychiatry Associação Brasileira de Psiquiatria*, 2009; 31:171-80.
55. Samamé C, Martino DJ, Strejilevich SA. Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125:266-80.
56. Brotman MA, Skup M, Rich BA, Blair KS, Pine DS, Blair JR, Leibenluft E. Risk for bipolar disorder is associated with face-processing deficits across emotions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:1455-61.
57. Getz GE, Shear PK, Strakowski SM. Facial affect recognition deficits in bipolar disorder. *J Int Neuropsychol Soc* 2003; 9:623-32.
58. Olsavsky AK, Brotman MA, Rutenberg JG, Muhrer EJ, Deveney CM, Fromm SJ, Towbin K, Pine DS, Leibenluft E. Amygdala Hyperactivation During Face Emotion Processing in Unaffected Youth at Risk for Bipolar Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2012; 51:294-303.
59. Ross HE, Young LJ. Oxytocin and the neural mechanisms regulating social cognition and affiliative behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology* 2009; 30:534-47.
60. Meyer-Lindenberg A, Domes G, Kirsch P, Heinrichs M. Oxytocin and vasopressin in the human brain: social neuropeptides for translational medicine. *Nat Rev Neurosci Nature Publishing Group*, 2011; 12:524-38.
61. Ludwig M, Leng G. Dendritic peptide release and peptide-dependent behaviours. *Nat Rev Neurosci Nature Publishing Group*, 2006; 7:126-36.
62. Bielsky IF, Young LJ. Oxytocin, vasopressin, and social recognition in mammals. *Peptides* 2004; 25:1565-74.
63. Uzun M, Sulu N. Oksitosin ve fizyolojik etkileri. *Kafkas Üniv Vet Fak Derg* 2002; 8:91–7.64. Buijs RM, De Vries GJ, Van Leeuwen FW, Swaab DF. Vasopressin and oxytocin: distribution and putative functions in the brain. *Prog Brain Res* 1983; 60:115-22.
65. Kagerbauer SM, Debus JM, Martin J, Gempt J, Jungwirth B, Hapfelmeier A, Podtschaske AH. Absence of a diurnal rhythm of oxytocin and arginine-vasopressin in human cerebrospinal fluid, blood and saliva. *Neuropeptides* 2019; 78:101977.

66. Tabak BA, Leng G, Szeto A, Parker KJ, Verbalis JG, Ziegler TE, Lee MR, Neumann ID, Mendez AJ. Advances in human oxytocin measurement: challenges and proposed solutions. *Mol Psychiatry* 2023; 28:127-40.
67. Jurek B, Neumann ID. The Oxytocin Receptor: From Intracellular Signaling to Behavior. *Physiol Rev* 2018; 98:1805-908.
68. Bartz JA, Zaki J, Bolger N, Ochsner KN. Social effects of oxytocin in humans: context and person matter. *Trends Cogn Sci* 2011; 15:301-9.
69. Marazziti D, Catena Dell'osso M. The role of oxytocin in neuropsychiatric disorders. *Curr Med Chem* 2008; 15:698-704.
70. Lien Y-J, Chang HH, Tsai H-C, Kuang Yang Y, Lu R-B, See Chen P. Plasma oxytocin levels in major depressive and bipolar II disorders. *Psychiatry Research* 2017; 258:402-6.
71. Ozsoy S, Esel E, Kula M. Serum oxytocin levels in patients with depression and the effects of gender and antidepressant treatment. *Psychiatry Research* 2009; 169:249-52.
72. Donadon MF, Martin-Santos R, L. Osório F. Oxytocin effects on the cognition of women with postpartum depression: A randomized, placebo-controlled clinical trial. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2021; 111:110098.
73. Spilka MJ, Keller WR, Buchanan RW, Gold JM, Koenig JI, Strauss GP. Endogenous oxytocin levels are associated with facial emotion recognition accuracy but not gaze behavior in individuals with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2022; 145:494-506.
74. Beckmann H, Lang RE, Gattaz WF. Vasopressin--oxytocin in cerebrospinal fluid of schizophrenic patients and normal controls. *Psychoneuroendocrinology* 1985; 10:187-91.
75. Hollander E, Novotny S, Hanratty M, Yaffe R, DeCaria CM, Aronowitz BR, Mosovich S. Oxytocin infusion reduces repetitive behaviors in adults with autistic and Asperger's disorders. *Neuropsychopharmacology* 2003; 28:193-8.
76. Kendrick Keith M. Oxytocin, motherhood and bonding. *Experimental Physiology* 2000; 85:111s-24s.
77. Young LJ, Wang Z. The neurobiology of pair bonding. *Nat Neurosci Nature Publishing Group*, 2004; 7:1048-54.

78. Sullivan MW, Lewis M. Emotional expressions of young infants and children a practitioner's primer. *Infants and young children* Lippincott Williams and Wilkins, 2003; 16:120-42.
79. Karadağ F, Oral T, Yalçın FA, Erten E. [Reliability and validity of Turkish translation of Young Mania Rating Scale]. *Turk Psikiyatri Derg* 2002; 13:107-14.
80. Akdemir A, Örsel DS, Dağ İ, Türkçapar MH, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Dergisi*. 1996, p. 251-9.81. Yalçın SS, Örün E, Özdemir P, Mutlu B, Dursun A. Türk annelerde doğum sonrası bağlanma ölçeklerinin güvenilirliği. 2014;
82. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782-6.
83. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları* 1996; 1:51-2.
84. Glahn DC, Bearden CE, Bowden CL, Soares JC. Reduced educational attainment in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2006; 92:309-12.
85. Üstündağ MF, Kesebir S. [Internalized stigmatization in bipolar patients: relationship with clinical properties, quality of life and treatment compliance]. *Turk Psikiyatri Derg* 2013; 24:231-9.
86. Shippee ND, Shah ND, Williams MD, Moriarty JP, Frye MA, Ziegenfuss JY. Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: results from a nationally representative sample. *Health and quality of life outcomes* 2011; 9:90.87. Reck C, Klier CM, Pabst K, Stehle E, Steffenelli U, Struben K, Backenstrass M. The German version of the Postpartum Bonding Instrument: psychometric properties and association with postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9:265-71.
88. Marengo E, Martino DJ, Igoa A, Scápola M, Fassi G, Baamonde MU, Strejilevich SA. Unplanned pregnancies and reproductive health among women with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2015; 178:201-5.

89. Zengin Eroglu M, Lus MG. Impulsivity, Unplanned Pregnancies, and Contraception Among Women with Bipolar Disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2020; 16:407-14.
90. Camarneiro APF, de Miranda Justo JMR. Prenatal attachment and sociodemographic and clinical factors in Portuguese couples. *J Reprod Infant Psychol* 2017; 35:212-22.
91. Mazúchová L, Kelčíková S, Porubská A, Malinovská N, Grendár M. Mother-infant bonding in the postpartum period and its predictors. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 2020; 11:121-9.
92. Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, Balottin U, Manzoni P, Stronati M. Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development. *Early Hum Dev* 2014; 90 Suppl 2:S45-46.
93. Feldman R, Weller A, Leckman JF, Kuint J, Eidelman AI. The nature of the mother's tie to her infant: maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40:929-39.
94. Kim S-H. Factors associated with Maternal Attachment of Breastfeeding Mothers. *Child Health Nurs Res* 2019; 25:65-73.
95. McCormack D, Scott-Heyes G, McCusker CG. The impact of hyperemesis gravidarum on maternal mental health and maternal-fetal attachment. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2011; 32:79-87.
96. Nishioka E, Haruna M, Ota E, Matsuzaki M, Murayama R, Yoshimura K, Murashima S. A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1-5 months after delivery. *J Affect Disord* 2011; 133:553-9.
97. Boksa P. Smoking, psychiatric illness and the brain. *J Psychiatry Neurosci* 2017; 42:147-9.
98. Daban C, Colom F, Sanchez-Moreno J, García-Amador M, Vieta E. Clinical correlates of first-episode polarity in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2006; 47:433-7.
99. Baldessarini RJ, Tondo L, Violi C. First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2014; 129:383-92.

100. Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL, Blazer DG, Karno M, Bruce ML, Florio LP. Affective disorders in five United States communities. *Psychol Med* 1988; 18:141-53.
101. Berk M, Dodd S, Callaly P, Berk L, Fitzgerald P, de Castella AR, Filia S, Filia K, Tahtalian S, Biffin F, Kelin K, Smith M, Montgomery W, Kulkarni J. History of illness prior to a diagnosis of bipolar disorder or schizoaffective disorder. *J Affect Disord* 2007; 103:181-6.
102. Ghaemi SN, Sachs GS, M. Chiou A, Pandurangi AK, Goodwin FK. Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *Journal of Affective Disorders* 1999; 52:135-44.
103. Kim JS, Baek JH, Choi JS, Lee D, Kwon JS, Hong KS. Diagnostic stability of first-episode psychosis and predictors of diagnostic shift from non-affective psychosis to bipolar disorder: a retrospective evaluation after recurrence. *Psychiatry Res* 2011; 188:29-33.
104. Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M, Khalsa H-MK, Sanchez-Toledo JP, Zarate CA, Vieta E, Maggini C. McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of DSM-IV diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *J Clin Psychiatry* 2009; 70:458-66.
105. Bauer M, Pfennig A. Epidemiology of Bipolar Disorders: EPIDEMIOLOGY OF BIPOLAR DISORDERS. *Epilepsia* 2005; 46:8-13.
106. Baek JH, Park DY, Choi J, Kim JS, Choi JS, Ha K, Kwon JS, Lee D, Hong KS. Differences between bipolar I and bipolar II disorders in clinical features, comorbidity, and family history. *Journal of Affective Disorders* 2011; 131:59-67.
107. Joyce PR, Doughty CJ, Wells JE, Walsh AE s, Admiraal A, Lill M, Olds RJ. Affective disorders in the first-degree relatives of bipolar probands: results from the South Island Bipolar Study. *Compr Psychiatry* 2004; 45:168-74.
108. Geoffroy PA, Bellivier F, Scott J, Etain B. Seasonality and bipolar disorder: A systematic review, from admission rates to seasonality of symptoms. *Journal of Affective Disorders* 2014; 168:210-23.
109. Sharma V, MBBS, Pope CJ. Pregnancy and Bipolar Disorder: A Systematic Review. *J Clin Psychiatry Physicians Postgraduate Press, Inc.*, 2012; 73:15206.

110. Salim M, Sharma V, Anderson KK. Recurrence of bipolar disorder during pregnancy: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2018; 21:475-9.
111. Vengadavaradan A, Bharadwaj B, Sathyanarayanan G, Durairaj J. Frequency and correlates of mother-infant bonding disorders among postpartum women in India. *Asian Journal of Psychiatry* 2019; 44:72-9.
112. Kalmbach DA, O'Brien LM, Pitts DS, Sagong C, Arnett LK, Harb NC, Cheng P, Drake CL. Mother-to-Infant Bonding is Associated with Maternal Insomnia, Snoring, Cognitive Arousal, and Infant Sleep Problems and Colic. *Behavioral Sleep Medicine* Taylor & Francis, 2022; 20:393-409.
113. Martino DJ, Strejilevich SA, Fassi G, Marengo E, Igoa A. Theory of mind and facial emotion recognition in euthymic bipolar I and bipolar II disorders. *Psychiatry Research* 2011; 189:379-84.
114. Pollak SD, Cicchetti D, Hornung K, Reed A. Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect. *Dev Psychol* 2000; 36:679-88.
115. English LH, Wisener M, Bailey HN. Childhood emotional maltreatment, anxiety, attachment, and mindfulness: Associations with facial emotion recognition. *Child Abuse & Neglect* 2018; 80:146-60.
116. Steele H, Steele M, Croft C. Early attachment predicts emotion recognition at 6 and 11 years old. *Attachment & Human Development* Routledge, 2008; 10:379-93.
117. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Enginkaya S, Bilgin H, Tomruk NB. The relationship between attachment styles and childhood trauma: a transgenerational perspective – a controlled study of patients with psychiatric disorders. *Journal of Clinical Nursing* 2016; 25:2357-66.
118. Dualibe AL, Osório FL. Bipolar Disorder and Early Emotional Trauma: A Critical Literature Review on Indicators of Prevalence Rates and Clinical Outcomes. *Harvard Review of Psychiatry* 2017; 25:198.
119. Russo M, Mahon K, Shanahan M, Solon C, Ramjas E, Turpin J, E. Burdick K. The association between childhood trauma and facial emotion recognition in adults with bipolar disorder. *Psychiatry Research* 2015; 229:771-6.
120. Cuijlits I, van de Wetering A p., Endendijk J j., van Baar A l., Potharst E s., Pop V j. m. Risk and protective factors for pre- and postnatal bonding. *Infant Mental Health Journal* 2019; 40:768-85.

121. Engel S, Klusmann H, Ditzen B, Knaevelsrud C, Schumacher S. Menstrual cycle-related fluctuations in oxytocin concentrations: A systematic review and meta-analysis. *Front Neuroendocrinol* 2019; 52:144-55.
122. Sirzen-Zelenskaya A, Gonzalez-Iglesias AE, de Monvel JB, Bertram R, Freeman ME, Gerber U, Egli M. Prolactin induces a hyperpolarizing current in rat paraventricular oxytocinergic neurons. *J Neuroendocrinol* 2011; 23:883-93.
123. Uvnäs-Moberg K, Alster P, Svensson TH. Amperozide and clozapine but not haloperidol or raclopride increase the secretion of oxytocin in rats. *Psychopharmacology* 1992; 109:473-6.
124. Abraham E, Hendler T, Shapira-Lichter I, Kanat-Maymon Y, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Father's brain is sensitive to childcare experiences. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2014; 111:9792-7.
125. van der Post JA, van Buul BJ, Hart AA, van Heerikhuize JJ, Pesman G, Legros JJ, Steegers EA, Swaab DF, Boer K. Vasopressin and oxytocin levels during normal pregnancy: effects of chronic dietary sodium restriction. *J Endocrinol* 1997; 152:345-54.
126. Uvnäs-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23:819-35.
127. Rilling JK. A potential role for oxytocin in the intergenerational transmission of secure attachment. *Neuropsychopharmacology* 2009; 34:2621-2.
128. Matsunaga M, Kikusui T, Mogi K, Nagasawa M, Ooyama R, Myowa M. Breastfeeding dynamically changes endogenous oxytocin levels and emotion recognition in mothers. *Biol Lett* 2020; 16:20200139.
129. Edhborg M, Nasreen H-E, Kabir ZN. Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2-3 months postpartum: a population-based study from rural Bangladesh. *Arch Womens Ment Health* 2011; 14:307-16.

8. EKLER

1. EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Tarih:

2. Adı soyadı:

3. Telefon no:

4. Adres:

5. Yaş:

6. Kaç yıl eğitim gördünüz?

7. Mesleki durum:

- 1.Çalışıyor/Öğrenci 2.Emekli(malulen...../emekli.....)
3.Düzensiz çalışıyor 4.Çalışmıyor

8. Medeni durum:

1. Bekar 2. Evli 3. Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor

9. Çocuk: 1. Yok. 2. Var. sayı(.....)

10. Evde kiminle birlikte yaşadığı:

1. Anne-baba 2. Eş+çocuk 3. Sadece eş 4. Sadece çocuklar 5. Arkadaş
6. Partner 7. Yalnız. 8. Kardeş 9. Akraba 10. Kurumda kalıyor.

11. Gelir düzeyi: 1. Asgari ücretten az 2. Asgari ücret 3. Asgari ücretten fazla

12. Sigara kullanımı: 1. Yok. 2. Var (.....)

13. Alkol kullanımı: 1. Yok 2. Var (.....)

14. Adli öykü? 1. Yok. 2. Var

B)Duygudurum Bozukluğunun Genel Klinik Özellikleri

15. Hastalığın ilk başlangıcından bu yana geçen toplam süre (yıl):.....

16. Hastaneye yatış sayısı:

17. İlk yatış yaşı :

18. İlk yatış öncesi tanı almış mı: 1) Hayır 2) Evet

19. İlk yatış ile son gebelik arasında geçen süre:

20. İlk epizod tipi : 1)mani 2) depresyon 3)karma

21. İlk epizotta psikotik semptom: 1) yok 2) var

22. Uzunlamasına gidiş:

1.epizodlar arası tam düzelme 2.tam düzelme olmayan (kısmi işlevsellik)

3.epizodlar arası işlevsellik kötü

23. Hızlı döngülülük: 1.yok 2. var

24. Mevsimsellik : 1) yok 2) var

25. EKT öyküsü : 1) yok 2) var

26. İlaç tedavisine uyumu:

1.Uyumsuz, kullanmak istemiyor 2. Düzensiz, ikna ile kullanıyor. 3.
Düzenli kullanıyor 4.Veri yok

27. Düzenli poliklinik kontrolü var mı? 1. yok 2. Var

28. Özkıyım girişimi: 1. Yok. 2. Var. Sayısı (.....)

29. Son epizod tipi:

1.mani 2.karma öz. gösteren 3.depresyon 4.hipomani
5.belirsiz_____

30. Son epizoddan bu yana ne kadar süre geçti?.....

31. Gebeliği farkettiğinizde ilaç kullanıyor muydunuz? 1. Hayır 2. Evet

32. Gebelik süresince ilaç kullandınız mı? 1.Hayır 2. Evet. süre:.....

33. (Eğer gebelikte ilacı kestiyseniz) ilacı bırakma şekliniz:

1)kademeli gebe kalmadan önce
2)birdenbire gebe kalmadan önce
3)kademeli gebelik farkedildikten sonra
4)birdenbire gebelik farkedildikten sonra

34. (Eğer kullandıysanız) Gebelik sırasında kullandığınız ilaç ve dozları nelerdi?

a).....mg/g

b).....mg/g

c).....mg/g

d).....mg/g

e).....mg/g

28. Gebelikte atak geçirdiniz mi? 1. Hayır 2. Evet. .. sayı (.....) türü (.....).
Süre(.....)

35. Gebelik süresince hastane yatışı oldu mu? 1. Hayır. 2. Evet. (psikiyatri/ diğer). Süre (.....)

36. Postpartum dönemde ilaç kullandınız mı? 1. Hayır 2. Evet ...
süre:.....

37. Halen almakta olduğu tedavi:

a).....mg/g

b).....mg/g

c).....mg/g

d).....mg/g

e).....mg/g

38. Postpartum dönemde atak oldu mu? 1. Hayır 2. Evet. .. sayı (.....) türü (.....). Süre (.....)

39. Postpartum dönemde hastane yatışı oldu mu? 1. Hayır. 2. Evet.
(psikiyatri/ diğer). Süre (.....)

40. Remisyon süresi:.....(hafta).

a. C) Gebelik, doğum ve postpartum öyküsü

41. Son doğumunuz kaçınıcı çocuğunuzdu?.....

42. Bebeğinizin cinsiyeti : 1) Erkek 2) Kız

43. Doğum sonrası ne kadar zaman geçti?.....

44. Daha önce düşük öyküsü var mı? 1. Hayır. 2. Evet

45. Düşük/ölü doğum sonrasında psikiyatrik bir sorun yaşadınız mı?
1. Hayır 2. Evet

46. Son gebelik istemli miydi? 1. Hayır 2. Evet

47. Son gebelik planlı mıydı? 1. Hayır 2. Evet

48. Gebelikte düzenli takibiniz oldu mu? 1. Hayır 2. Evet

49. 41. Gebelik döneminde kendiniz ya da bebekle alakalı fiziksel sağlık sorunu yaşadınız mı?

1. Hayır. 2. Evet

50. Doğum şeklini belirtiniz:

1. Normal Doğum (Epidural) 2. Normal Doğum
3. Sezaryen Doğum (İsteğe bağlı) . 4. Sezaryen doğum isteğe bağlı (spinal)
5. Plansız Sezaryen Doğum 6. Vakum/forceps

51. Doğum sonrası sağlık sorunu gelişti mi?

1. Morarma. 2. Sarılık 3. Emme güçlüğü 4. diğ er. 5. Gelişmedi

52. Bebek doğum sonrası kuvvözde kaldı mı? 1. Hayır 2. Evet

53. Doğum sırasında/sonrasında annede sağlık sorunu gelişti mi?

1. Hayır. 2. Evet. (.....)

54. Herhangi bir sebeple doğum sonrası dönemde bebeğinizden ayrı kaldınız mı? 1. Hayır 2. Evet

55. Emziriyor musunuz? 1. Hayır 2. Evet

56. Ne kadar süre emziriyorsunuz/emzirdiniz?.....

**57. Bebeğin bakımında kimden destek alıyorsunuz 1. destek görmüyorum
2. eş. 3. anne. 4. eşin annesi. 5. akraba. 6. arkadaş.
7. diğ er**

**58. Aldığınız desteğ i yeterli buluyor musunuz? 1. yetersiz 2. kısmen
yeterli 3. orta 4. oldukça iyi 5. çok iyi**

59. Geceleri bebeğinizle kendiniz mi ilgileniyorsunuz?

1. Hayır. 2. Evet.

60. Geceleri bebeğinizle kendiniz ilgilenmezseniz bebeğinizle yeteri kadar yakın olamayacağınızı düşünüyor musunuz?

1. Hayır 2. Evet

61. Doğum sonrası dönemde uykunun önemi hakkında bilgi sahibi misiniz?

1. Hayır 2. Evet

2. EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Bipolar bozukluk tanılı hastalar ve sağlıklı kontrollerde anne bebek bağlanması, bebek yüzlerinde duygu tanıma ve oksitosin düzeyinin karşılaştırılması ve aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesi” konulu bir klinik araştırmaya katılmak için davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 15. Psikiyatri Birimi’nde görev yapmakta olan Doç. Dr. Buket Güngör ve Dr. Muhammet Ali Karaca tarafından yürütülmektedir. Aşağıdaki bilgileri okuduktan sonra çalışmaya katılmak isterseniz bu formu imzalayınız. Çalışmaya katılmak istememeniz durumunda herhangi bir hak kaybına uğramayacaksınız ve tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Formu imzalamanız çalışmanın kapsamı hakkında bilgilendirildiğinizi ve kararı serbestçe verdiğinizi belirtmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir.

Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Çalışmanın herhangi bir aşamasında yapılacak herhangi bir değişiklik halinde sorumlu araştırmacı en kısa sürede sizi tekrar bilgilendirecektir.

Bu çalışmada bipolar bozukluk tanılı hastalar ve sağlıklı kontrol grubunda anne bebek bağlanması üzerinde etkileri olduğu bilinen biyokimyasal bir belirteç olan oksitosin hormonu ve bebeğin yansıttığı duyguyu annenin ne kadar tanıyabildiğini ölçen Tromso Bebek Yüzleri Duygu Tanıma Testi performansı ve anne bebek bağlanmasını ölçekle karşılaştırmak ve aynı zamanda anne bebek bağlanması, oksitosin düzeyi ve bebekte yüzde duygu tanıma arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır. Çalışmanın süresi altı ay olarak öngörülmektedir. Sorumlu araştırmacı sizinle bir kez görüşecek ve çalışmada gerekli olan ölçek ve testlerin uygulanmasını yaklaşık bir muayene süresinde tamamlayacaktır. Çalışmanın tedaviniz için öngörülen ek bir yararı olmamakla birlikte bu konudaki araştırmalar arttıkça bazı sorunların ve rahatsızlıkların altta yatan nedenlerinin saptanmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Oksitosin hormonu kan düzeyini ölçmek üzere bir seferlik kan alma işlemi dışında çalışmanın hiçbir aşamasında izniniz olmadan kan tetkiki yapılmayacaktır. Bu çalışma için sizden bir ücret alınmayacak, size de herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan (SGK) herhangi bir ücret alınmayacak ve bu kuruma da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya 02124091515 numaralı telefondan 1357 dahili numarayı tuşlayarak ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

KATILIMCININ BEYANI

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya ve yasal temsilcisine/yakınına verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. İstediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve araştırmaya katılmayı kabul etmediğim takdirde, tedavimin aksatılmadan eksiksiz yapılacağını biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının;

Adı-Soyadı:

İmzası:

Telefon:

Tarih:

Rıza Ehliyeti Yok veya Vesayet Altında ise;

Yakınının veya Vasisinin Adı-Soyadı:

İmzası:

Telefon:

Tarih:

Araştırmacının;

Adı-Soyadı:

Telefon:

İmzası:

Tarih :

3. EK-3: HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

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

HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

4. EK-4: YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

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

2) Hareket ve enerji artışı

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

3) Cinsel ilgi

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

4) Uyku

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

5) İritabilite

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

6) Konuşma hızı ve miktarı

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

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok

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

8) Düşünce içeriği

0. Normal

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

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın

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

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım

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

11) 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

5. EK-5: EDİNBURGH DOĞUM SONRASI BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gün içinde;

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- 0. Her zaman olduğu kadar
- 1. Artık pek o kadar değil
- 2. Artık kesinlikle o kadar değil
- 3. Artık hiç değil

Son 7 gün içinde;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

- 0. Her zaman olduğu kadar
- 1. Her zamankinden biraz daha az
- 2. Her zamankinden kesinlikle daha az
- 3. Hemen hemen hiç

Son 7 gün içinde;

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, bazen
- 1. Çok sık değil
- 0. Hayır hiçbir zaman

Son 7 gün içinde;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- 0. Hayır, hiçbir zaman
- 1. Çok seyrek
- 2. Evet, bazen
- 3. Evet, çoğu zaman

Son 7 gün içinde;

5. İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, bazen
- 1. Hayır, çok sık değil
- 0. Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gün içinde;

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- 3. Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- 2. Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- 1. Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum
- 0. Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gün içinde;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, bazen
- 1. Hayır, çok sık değil
- 0. Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gün içinde;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, oldukça sık
- 1. Hayır, çok sık değil
- 0. Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gün içinde;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, oldukça sık
- 1. Çok seyrek
- 0. Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gün içinde;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- 3. Evet, oldukça sık
- 2. Bazen
- 1. Hemen hemen hiç
- 0. Asla

Son 7 gün içinde;

11. Öylesine mutsuzum ki içimden ağlamak geliyor, ağlamak istiyorum ama ağlayamıyorum.

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, oldukça sık
- 1. Çok seyrek
- 0. Hayır, hiçbir zaman

6. EK-6: DOĞUM SONRASI BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

POSTPARTUM BAĞLANMA ÖLÇEĞİ	Her zaman	Çok sık	Oldukça sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Kendimi bebeğime yakın hissediyorum .						
2. Bebeğimin olmadığı eski günlere geri dönmek istiyorum.						
3. Kendimi bebeğimden uzak hissediyorum						
4. Bebeğimi kucaklamaya bayılıyorum.						
5. Bu bebeğe sahip olduğum için pişmanım.						
6. Bu bebek benim değilmiş gibi geliyor.						
7. Bebeğim beni heyecanlandırıyor.						
8. Bebeğimi her şeyi ile seviyorum./her zerresini seviyorum.						
9. Bebeğim güldüğünde ya da gülümsediğinde kendimi mutlu hissediyorum.						
10. Bebeğim beni kızdırıyor/huzursuz ediyor.						
11. Bebeğimle oynamaktan hoşlanıyorum.						
12. Bebeğim çok fazla ağlıyor.						
13. Bir anne olarak kendimi köşeye sıkışmış hissediyorum.						
14. Bebeğime karşı kızgın hissediyorum.						
15. Bebeğimi içerliyorum.						
16. Benim bebeğim dünyanın en güzel bebeğidir.						
17. Bebeğimin bir şekilde gitmesini isterdim.						
18. Bebeğime zarar verecek şeyler yaptım.						
19. Bebeğim beni endişeli hissettiriyor.						
20. Bebeğimden korkuyorum.						
21. Bebeğim beni sinirlendiriyor.						
22. Bebeğim bakımı konusunda kendime güveniyorum.						
23. Bebeğime bir başkasının bakmasının tek çözüm olduğunu hissediyorum/düşünüyorum.						
24. Bebeğime zarar verecekmişim gibi hissediyorum.						
25. Bebeğim kolayca rahatlatılabilir.						