

**T.C.
YÜZÜNCÜ YILÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUKTA BAĞLANMA, ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI, DİSOSİYASYON ve ALEKSİTİMİ
ARASINDAKİ İLİŞKİLER**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Mehmet Celal KEFELİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr Abdullah YILDIRIM

VAN-2017

**T.C.
YÜZÜNCÜ YILÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUKTA BAĞLANMA, ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI, DİSOSİYASYON ve ALEKSİTİMİ
ARASINDAKİ İLİŞKİLER**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Mehmet Celal KEFELİ

Jüri Başkanı

Üye

Üye

TEZ KABUL TARİHİ
...../...../2017

TEŞEKKÜR

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalında yapmış olduğum uzmanlık eğitimim boyunca engin bilgi ve tecrübelerinden istifade ve istifaza ettiğim, klinik çalışmalarında ve bilhassa tezimin teşekkül aşamasında desteğini esirgemeyen değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Abdullah YILDIRIM'a; eğitime sağladığı akademik katkılarından ve yardımlarından dolayı Sayın Doç. Dr. Pınar GÜZEL ÖZDEMİR'e; kısa bir süre de olsa birlikte çalışma imkanıyla şerefyağ olduğum muhterem hocam Sayın Doç. Dr. Adem AYDIN'a; değerli paylaşımları ve tez çalışmama yardımlarından dolayı Sayın Yrd. Doç. Dr. Murat BOYSAN'a; mesleki birikimlerini ve dostluklarını benimle paylaşan değerli çalışma arkadaşlarım Uzman Klinik Psikolog Songül GÜNDOĞDU KIRAN'a ve Psikolog Nuray KAYA'ya teşekkürlerimi sunarım.

Birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum, birçok paylaştığımda bulunduğum, kaim dostluklar kurduğum asistan arkadaşlarım Dr. Emine Füsün AKYÜZ ÇİM'e, Dr. Zafer TAPANCI'ya, Dr. Hülya ÇEÇEN'e, Dr. Damla KEMENT TİMUÇİN'e, Dr. Mesut IŞIK'a, Dr. Ekrem YILMAZ'a, Dr. Ercan ATİLLA'ya, Dr. Barış ERKUŞ'a, Dr. Onur YILMAZ'a, Dr. Şüheda TAPAN'a, Dr. Anıl Cemre ÖKMEN'e, Dr. Sakine AKTAŞ'a, Dr. Ahmet KAKAÇ'a, Ayinzelih MATSAR'a; özveriyle ve ekip ruhuyla çalışan sekreterimiz Şükrü KADAN ve tüm hemşire ve personel arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında daimi destekçilerim ailem ve tüm dostlarıma sonsuz teşekkürler.

Dr. Mehmet Celal KEFELİ

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay.....	II
Teşekkür.....	III
İçindekiler.....	IV
Kısaltmalar.....	VI
Tablolar.....	VII
Şekiller.....	VIII
Özet	1
Summary.....	3
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
2.GENEL BİLGİLER.....	8
2.1.Bipolar Bozukluk.....	8
2.1.1.Tarihçe.....	8
2.1.2.İkiuçlu (Bipolar)-1 Bozukluğu Tanı.....	9
2.1.2.1.DSM-5 Tanı Ölçütleri.....	9
2.1.2.1.1.Mani Dönemi.....	9
2.1.2.1.2.Hipomani Dönemi.....	11
2.1.2.1.3.Yeğin (Majör) Depresyon Dönemi.....	12
2.1.2.1.4.İkiuçlu-1 Bozukluğu	14
2.1.3.Epidemiyoloji.....	14
2.1.4.Etiyoloji.....	15
2.1.4.1.Genetik Etkenler.....	15
2.1.4.2.Nörotransmitter Çalışmaları.....	16
2.1.4.3.İyon Sistemleri.....	17
2.1.4.4.Nöroendokrin Düzenleme.....	17
2.1.4.5.İmmünolojik Etkenlerin Rolü.....	18
2.1.4.6.Nöroanatomik Faktörler.....	18
2.1.4.7.Psikososyal Nedenler.....	18
2.1.4.8.Psikodinamik Faktörler.....	19
2.1.4.9.Bilişsel Kuram.....	20
2.1.4.10.Davranışçı Görüş.....	20
2.1.5.Klinik Seyir.....	20
2.2.Bağlanma.....	21
2.3.Çocukluk Çağı Travmaları.....	27
2.3.1.Çocukluk Çağı İstismarları.....	28
2.3.1.1.Fiziksel istismar.....	28
2.3.1.2.Cinsel İstismar.....	29
2.3.1.3.Duygusal İstismar.....	31
2.3.2.Çocukluk Çağı İhmalleri.....	31
2.3.2.1.Fiziksel İhmal.....	31
2.3.2.2.Duygusal İhmal.....	32
2.3.3.Çocukluk Çağı Travmaları İle Psikopatoloji İlişkisi.....	32
2.4.Disosiyasyon.....	34
2.5.Aleksitimi.....	39

2.5.1.Aleksitimi Kavramı- Tarihçesi.....	39
2.5.2.Epidemiyoloji.....	39
2.5.3.Aleksitimi İle Psikopatoloji İlişkisi.....	40
2.5.4.Klinik Belirtiler.....	41
2.5.4.1.Duyguları Fark Etme, Ayırt Etme ve Söze Dökmede Güçlük..	41
2.5.4.2.Düşlem Azlığı ve Hayal Kurmada Kısıtlılık.....	42
2.5.4.3.İşlemsel Düşünme Eğilimi.....	42
2.5.4.4.Dış Merkezli, Uyum Sağlamaya Yönelik Bilişsel Yapı.....	42
2.5.5.Aleksitiminin Kuramsal Alt Yapısı.....	43
2.5.5.1.Psikanalitik yaklaşım.....	44
2.5.5.2.Nörofizyolojik- Genetik Yaklaşım.....	44
2.5.5.3.Sosyal Öğrenme- Davranışçı Yaklaşım.....	45
2.5.5.4.Bilişsel Yaklaşım.....	45
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	46
3.1.Çalışma Grubunun Seçimi.....	46
3.1.1.Hastaların Çalışmaya Dahil Edilebilme Ölçütleri.....	46
3.1.2.Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Alma ve Dışlama Ölçütleri.....	46
3.2.Gereçler.....	47
3.2.1.Demografik soru formu.....	47
3.2.2.Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS)	47
3.2.3.Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ-21)	47
3.2.4.Çocukluk Çağı Travma Ölçeği(CTQ-28)	48
3.2.5.Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-2 (ECR-II)	49
3.2.6.Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20)	49
3.2.7.Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)	50
3.2.8.Somatoform Disosiyasyon Ölçeği (SDQ)	50
3.3.Uygulama.....	51
3.4.İstatistiksel Değerlendirme.....	51
4.BULGULAR.....	53
4.1.Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	53
4.2.Hasta Grubunun Klinik Özellikleri.....	54
4.3.Hasta ve Kontrol Gruplarında DES (Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği), SDQ (Somatoform Disosiyasyon Anketi) Puanlarının değerlendirilmesi.....	55
4.4.Hasta ve Kontrol Gruplarında TAS-20 (Toronto Aleksitimi Ölçeği) puanlarının değerlendirilmesi.....	56
4.5.Hasta ve Kontrol Guruplarında Bağlanma Stilleri Puanlarının Değerlendirilmesi.....	58
4.6.Hasta ve Kontrol Gruplarında CTQ (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği) puanlarının değerlendirilmesi.....	59
4.7.Korelasyon Analizleri.....	60
4.8.Regresyon Analizleri.....	61
5.TARTIŞMA.....	63
6.SONUÇLAR.....	73
7.KAYNAKLAR.....	75
8.EKLER.....	93

KISALTMALAR

BAB	: Bipolar Afektif Bozukluk
BAD	: Bipolar Affective Disorder
BDNF	: Brain Derived Neurotrophic Factor- Beyin Türevli Nörotrofik Faktör
CTQ-28	: Childhood Trauma Scale- Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DASS-21	: Depression Anxiety Stress Scale- Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
DES	: Dissociative Experiences Scale- Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
ECR-II	: Experience İn Close Relationship Scale-Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II
SDQ	: Somatoform Dissociation Quastionnarie- Somatoform Disosiyasyon Ölçeği
TAS-20	: Toronto Alexithymia Scale- Toronto Aleksitimi Ölçeği
TAS-F1	: Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin 'Duyguları Tanımada Güçlük' isimli alt testi
TAS-F2	: Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin 'Duyguları Söze Dökmede Güçlük' isimli alt testi
TAS-F3	: Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin 'Dışa Dönük Düşünme' isimli alt testi
YMRS	: Young Mania Rating Scale- Young Mani Derecelendirme Ölçeği

TABLÖLAR

Tablo 1	: Braun BASK Modeli.....	34
Tablo 2	: Demografik özelliklerin dağılımı.....	53
Tablo 3	: Hasta Grubunun Klinik Özellikleri.....	55
Tablo 4	: Hasta ve Kontrol Gruplarında Kesme Değerine Göre DES, SDQ karşılaştırması...	55
Tablo 5	: BAB ile Kontrol Gurubunun SDQ, DES ve Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması...	56
Tablo 6	: Hasta ve Kontrol Gruplarında Kesme Değerine Göre TAS-20 karşılaştırması.....	57
Tablo 7	: TAS-20 ve Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	58
Tablo 8	: ECR-II Puanlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 9	: Hasta ve Kontrol Gruplarında Bağlanma Stili Dağılımlarının Karşılaştırılması....	59
Tablo 10	: CTQ Puanlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 11	: Korelasyon Analizleri.....	61
Tablo 12	: Lojistik Regresyon Analizleri.....	62

ŞEKİLLER

Şekil 1:	Ailede Psikopatoloji Görülme Oranların Karşılaştırılması.....	54
Şekil 2:	SDQ, DES ve Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması.	56
Şekil 3:	TAS-20 ve Alt Ölçeklerinin (TAS-F1: duyguları tanımada güçlük, TAS-F2: duyguları söze dökmede güçlük, TAS-F3: dışa dönük düşünme) Karşılaştırılması.....	57
Şekil 4:	Hasta ve Kontrol Gruplarında Bağlanma Stillerinin Karşılaştırılması.....	59
Şekil 5:	BAB hastalarının ve kontrol gurubunun CTQ puanları karşılaştırması...	60

ÖZET

Bipolar afektif bozukluğun (BAB) etiyojisi tam olarak aydınlatılamamış ve bazı psikolojik kavramlarla ilişkisi yeterince incelenmemiştir. Bu çalışmada BAB hastalarında bağlanma örüntüleri, çocukluk çağı travmaları, disosiyasyon ve aleksitimi düzeylerinin değerlendirilmesi ve kontrol grubu ile karşılaştırılması planlanmıştır.

Çalışmaya Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Psikiyatri polikliniğinde Ruhsal bozuklukların tanısı ve istatistiksel el kitabı tanı kriterlerine göre BAB tanısı almış olup takip edilen ve çalışma ölçütlerini karşılayan 40 ardışık hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 40 sağlıklı birey alındı. Katılımcılara Sosyodemografik soru formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Somatoform Disosiyasyon Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Young Mani Ölçeği uygulandı. İstatistiksel çalışmada anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BAB grubunda aleksitimi, somatoform disosiyasyon, disosiyatif yaşantılar, çocukluk çağı travmaları, yakın ilişkilerde yaşantılar envanterindeki anksiyöz bağlanma puanları ve kaçınan bağlanma puanları anlamlı derecede yüksek saptandı. BAB'ta erken hastalık başlangıç yaşı ile kaçınan bağlanma boyutu puanları ve çocukluk çağı fiziksel istismar puanlarının pozitif yönde korele olduğu gözlemlendi. Geçirilmiş depresif atak sayısı arttıkça disosiyatif ve aleksitimik belirtilerin arttığı saptandı. Ayrıca çocukluk çağı travmatik yaşantılarından duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve istismar ile geçirilmiş depresif atak sayısının korele olduğu gözlenirken, geçirilmiş manik atak sayısı ile de fiziksel ihmal arasında korelasyon saptandı.

Sonuç olarak bağlanma özellikleri ve çocukluk çağı travmaları gibi erken nörogelişimsel etmenlerin BAB gelişiminde ve hastalığın seyrinde önemli rolü olabilir. BAB hastalarında sağlıklı gruba göre daha fazla olduğu saptanan aleksitimik

özellikler ve disosiyatif yaşantılar hastalığın seyri ile ilişkili diğer etkenler arasında sayılabilir.

Anahtar kelimeler: Bipolar Affektif Bozukluk (BAB), bağlanma, disosiyasyon, çocukluk çağı travması, aleksitimi.



SUMMARY

The etiology of bipolar affective disorder (BAD) has not been fully elucidated and the relationship with some psychological concepts has not been thoroughly investigated. In this study, it was planned to compare attachment patterns, childhood traumas, dissociation and alexithymia levels and comparison with the control group in BAD patients.

Forty patient were included in the study who have been diagnosed as BAD based on Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) criteria and followed at Yüzüncü Yıl University Dursun Odabaş Medical Center and 40 healthy individuals matched for age and gender. Participants were assessed by applying Sociodemographic questionnaire, Childhood Trauma Scale (CTQ-28), Dissociative Experiences Scale (DES), Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Experience in Close Relationship Scale-II (ECR-II), Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) and Young Mania Rating Scale (YMRS). Statistical significance was accepted as $p < 0.05$ in the statistical study.

In the BAD group, alexithymia, somatoform dissociation, dissociative experiences, childhood traumas, ECR anxious attachment scores and avoidant attachment scores were found to be significantly higher than the other groups. It was observed that scores of early illness onset age and avoidant attachment dimension and childhood physical abuse scores were correlated positively in BAD. As the number of previous depressive episodes increased, dissociative and alexithymic symptoms increased. In addition, emotional neglect, physical neglect, abuse, and number of depressive episodes were correlated with childhood traumatic experiences, and there was a correlation between the number of past manic episodes and physical neglect.

In conclusion, early neurodevelopmental factors such as attachment characteristics and childhood traumas may play an important role in the development of BAD and in the course of the disease. Alexithymic features and dissociative experiences that are found to be more prevalent in patients with BAD compared to healthy group are among the other factors associated with the progression of the disease.

Key words: Bipolar Affective Disorder (BAD), attachment, dissociation, childhood trauma, alexithymia.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar affektif bozukluk (BAB), bir uçta depresif bir uçta manik epizodların olduğu, zaman zaman karma epizodların da görüldüğü, bu epizodların değişken şiddet, sıklık ve sıra ile ortaya çıkabildiği, epizodlar arasında tam iyilik halinin sağlandığı, sosyal, mesleki, ailevi ve kişisel yaşamda işlevselliği önemli derecede bozan, süregelen bir hastalıktır (1). BAB etiyolojisinde çevresel ve genetik faktörlerin bir arada rol oynadığı bilinmektedir.

Yaşamın ilk yıllarında kurulan ilişkilerin ve yaşanan deneyimlerin, nörogelişimsel süreçler ve psikopatoloji ile yakından ilişkili olduğu birçok çalışmada belirtilmektedir. Bu dönemlerdeki nörogelişimsel süreçlerin duygudurum bozukluklarının ortaya çıkışında etken olabileceği düşünülmektedir (2, 3). Bu kritik dönemlerdeki ilişkiler ve deneyimler ile psikopatoloji ilişkisini ortaya koyan en önemli kuramlardan biri bağlanma kuramıdır. Bu durum bizi, birçok ruhsal hastalığın etiyolojisi ve klinik seyriyle ilişkili olabilecek bağlanma örüntüsü ile BAB arasındaki etkileşimi incelemeye yöneltti.

Freud ve diğer psikanalitik düşünürlerden etkilenmiş olan bağlanma kuramı, John Bowlby ve Mary Ainsworth'un çalışmaları sonucu geliştirilmiş ve günümüze kadar birçok çalışmaya konu olmuştur (4). Bağlanma kuramının ilk ortaya çıkmasından itibaren güvensiz bağlanma biçimi psikopatolojilerin belirleyicisi olarak düşünülmüşken, güvenli bağlanma sağlıklı ilişkilerin yordayıcısı olarak görülmüştür. Nitekim Morris ve arkadaşları 2009 yılında yayınladıkları çalışmalarında bipolar bozukluk-1 hastalarında güvensiz bağlanma biçiminin anlamlı şekilde yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (5).

Bağlanma teorisi, çocuk ve ebeveyn arasında kurulan duygusal bağın çocuğun kişilik gelişimi ve davranışsal organizasyonu üzerinde önemli etkileri olduğunu ve bu süreçte ebeveynin istismar ve ihmal edici davranışlarının psikopatoloji etiyolojisine katkıda bulunduğunu ifade etmiştir (6-8). Bağlanma

teorisinin bu çıkarımı bize BAB etiyojisi ve klinik seyri ile ilişkili olabilecek diğerk bir durum olarak çocukluk çağı travmalarını işaret etmektedir.

Anlamlandırma, bağlantı kurma ve denetleme yetilerimizi bozan, olağan savunma mekanizmaları ve baş etme yolları ile üstesinden gelinemeyecek kadar ağır olan, sarsıcı ve yıpratıcı yaşantılar ruhsal travma olarak adlandırılır (9). Travmaya maruz kalmak her yaşta psikiyatrik problemlere neden olabilirken bu risk travma ile baş edebilecek gücün olmadığı çocukluk çağında daha yüksektir.

Erişkin yaşta psikiyatrik hastalık görülme oranının, çocukluk çağında ihmal veya istismara uğramak ile arttığı bilinen bir gerçektir (10). Dolayısıyla çocukluk çağı travmatik yaşantıların BAB'a yatkınlık oluşturmaları muhtemeldir. Hatta sadece yatkınlık oluşturmakla kalmayıp aynı zamanda hastalığın seyrini de olumsuz yönde etkileyebilir. Çünkü, yapılan çalışmalarda travmaya sekonder oluşan psikiyatrik hastalıkların tedaviye daha dirençli oldukları ve travma öyküsünün olması bazı psikiyatrik hastalıkların prognozunu olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (11).

Tüm bu verilere bakarak çalışmamızın bir diğerk amacı da çocukluk çağı travmalarının BAB ile direkt ve indirekt ilişkilerinin incelenmesi olarak belirlenmiştir. İndirekt ilişkiden kasıt ise, BAB ile ilişkisi net olarak incelenmemiş, literatürde kısıtlı sayıda çalışma olan, daha ziyade travmatik yaşantılarla özellikle de çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile ilişkilendirilen disosiyasyon ve aleksitimi kavramlarının BAB ile ilişkisidir.

Disosiyatif bozukluk tanılı hastalarda yapılan çalışmalarda, hastaların neredeyse tamamının çocukluk çağı ağır travmatik yaşantılarının olduğu bildirilmiştir (12). DSM-5 disosiyasyonu bilinç, bellek, kimlik, duygu, beden algısı, motor kontrol ve davranış alanlarının bütünlüğünde bölünme ve sürekliliğinde bozulma olarak tarifler (13). Literatürde disosiyasyonun psikiyatrik hastalıkların seyrini ve prognozunu doğrudan veya dolaylı olarak olumsuz yönde etkilediğine dair çalışmalar mevcuttur (14-16). Bipolar bozukluğu olan hastalarda disosiyatif belirtilerin bulunması durumunda planlama, karar verme, sorun çözme, önemli

bilgileri hatırlama, duyguları ve duygular arasındaki bağlantıları anlama, günlük hayattaki olayların- durumların içeriğini kavrama ve süreçleri yönetme gibi işlevsel iyileşmeye aracılık eden ögelerde bozulma olabileceği ifade edilmektedir (17).

Alektimi ise, Krystal tarafından çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimler nedeniyle gelişimin sağlıklı tamamlanamaması, duygusal gelişimin ilk dönemine (hayatın ilk dönemlerinde duygular bedensel olarak ifade edilir, gelişimle beraber duygular farklılaşıp bedensellikten çıkarak sözel ifadelere dönüşür) saplanması ya da gerilenmesi olarak tanımlanmıştır (18). Aleksitiminin depresif bozukluklar, somatoform bozukluklar, anksiyete bozuklukları, şizofreni gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi ve birlikteliği araştırılmış olmasına rağmen BAB ile ilişkisi yeterince incelenmemiştir.

Bu çalışmada; BAB hastalarındaki bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve disosiyatif belirtilerin sıklığının tespiti, sağlıklı popülasyonla karşılaştırılması ve BAB kliniği ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Bipolar Bozukluk

Bipolar Affektif Bozukluk (BAB); bir uçta depresif bir uçta manik epizodların olduğu, zaman zaman karma epizodların da görüldüğü, epizodlar arasında tam iyilik halinin sağlandığı, kronik seyirli bir hastalıktır (1).

2.1.1. Tarihçe

Duygulanım bozuklukları hakkında farkındalık oluşması milattan önceki yüzyıllara dayanmaktadır. Eski din kitapları, Yunan ve Latin yapıtları ağır depresyon ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişilerden bahsetmiştir (19). Mani ve melankoli deyimini ilk olarak M.Ö. V. yy'de Hipokrat kullanmış ve M.S. 30 yıllarında Romalı hekim Celcus De re Medicina eserinde melankoliyi “kara safra”ya bağlamıştır (20). Maninin melankoli ile bağlantısını M.S. 1. yy'de Soranus kurmuştur. Kapadokyalı Aretaeus M.S. 150 civarında melankolinin maninin bir başlangıcı ve parçası olduğunu yazmıştır (21).

İlk kez 1851 yılında W. Griesinger duygudurum bozukluklarında “döngüsel hastalık” kavramından bahsetmiştir (1). Jules Falret 1854'te hastalığın mani veya depresyon olmak üzere periyodik olarak tekrarladığını gözlemlemiş ve “Folie Circularie” tabiriyle adlandırmıştır (20). Kraepelin 1899 yılında “manik depresif psikoz” kavramını şu anda bipolar 1 bozukluk tanısını koymak için kullanılan ölçütlerin çoğunu kullanarak ortaya koymuş, ayrıca bunama ve yıkımı içeren bir gidiş olmamasıyla da dementia precox(şizofreni) ile ayırıcı tanısını yapmıştır (20).

1959 'da Avusturyalı bilim adamı Leonard K. sadece depresif epizodlarla seyreden tabloyu unipolar hastalık, manik ve depresif epizodlarla ya da sadece manik epizodla seyreden tabloyu bipolar hastalık olarak nitelendirerek bipolarite kavramını klinik kullanıma kazandırmıştır (22).

DSM III sınıflama sisteminin 1980'de kullanıma girmesiyle “Affektif Bozukluklar” tanımı kabul edilmiş ve bu başlık altında major depresyon ve bipolar

bozukluğun ayrımı yapılmıştır (1). Daha sonraki sınıflandırma sistemlerinde sırasıyla; DSM III-R'de (1987) “Bipolar I, Bipolar II, Siklotimi ve Başka Türlü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk” olmak üzere dört alt başlık tanımlanmıştır. DSM IV-TR'de(2000) “Genel Tıbbi Duruma ya da Madde Kullanımına Bağlı Duygudurumu Bozukluğu” alt başlığı eklenmiştir (1).

Son yıllarda özellikle genetik alanında yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğun sadece depresyonla değil şizofreni ile de ortak yönlerinin olduğunun gösterilmesiyle, DSM-5'te daha önce duygudurum bozuklukları başlığı altında toplanan hastalıklar “İki Uçlu ve İlişkili Bozukluklar” ile “Çökkünlük Bozuklukları” adlarında iki ayrı tanı grubu olarak sınıflandırılmıştır (19). “İki Uçlu ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında; “Bipolar 1 Bozukluğu”, “Bipolar 2 Bozukluğu”, “Siklotimi Bozukluğu”, “Maddenin/İlacın Yol Açtığı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk”, “Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk”, “Tanımlanmış Bir Diğer İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk”, “Tanımlanmamış İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk” tanıları bulunmaktadır (13). Bu çalışmada Bipolar I Bozukluk hastalarıyla çalışıldığından tanı bölümünde DSM-5 kriterlerinden bahsedilecektir.

2.1.2. İkiuçlu (Bipolar)1 Bozukluğu Tanı

En güncel tanı ölçütü olarak DSM-5 tanı kriterleri aşağıda gösterilmiştir.

2.1.2.1. DSM-5 Tanı Ölçütleri (13)

İkiuçlu 1 bozukluğu tanısı koyabilmek için, bir mani dönemi için aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir. Mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani ya da yeğin (majör) depresyon dönemleri bulunabilir.

2.1.2.1.1. Mani Dönemi

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

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

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

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

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

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

Not: A-D tanı ölçütleri bir mani dönemini oluşturur. İkiüçlü 1 bozukluğu tanısı konabilmesi için yaşam boyu en az bir kez mani dönemi geçirilmiş olması gerekir.

2.1.2.1.2. Hipomani Dönemi

- A.** Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde sürmesi.
- B.** Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) sürmüştür, bunlar olağan davranışlardan önemli derecede değişik ve belirgin derecede olmuştur:
1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
 2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
 4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
 5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
 6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevin sel kışkırtma (ajitasyon).
 7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
- C.** Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

- D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.
- E. Bu dönem, işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak, mani dönemidir.
- F. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

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

Not: A-F tanı ölçütleri bir hipomani dönemini oluşturur. İkiüçlü 1 bozukluğunda hipomani dönemleri sık görülür ancak ikiüçlü 1 bozukluğa tanısı konabilmesi için hipomani dönemlerinin olması gerekli değildir.

2.1.2.1.3. Yeğın (Majör) Depresyon Dönemi

- A. Aynı iki haftalı dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğı) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

Not: Açıkça başka bir sağık durumuna bağılı belirtileri almayınız.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (**Not:** Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)

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

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

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

Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğın depresyon dönemini oluşturur. İkiuçlu 1 bozukluğında yeğın depresyon dönemleri sık görülür ancak ikiuçlu 1 bozukluğın tanısı konabilmesi için böyle dönemlerin olması gerekli değildir.

2.1.2.1.4. İkiuçlu 1 Bozukluğın

- A.** En az bir mani dönemi için tanı ölçütleri karşılanmıştır (yukarıda ‘Mani Dönemi’ başlığının altında yer alan A-D tanı ölçütleri).
- B.** Mani ve yeğın depresyon dönem(ler)inin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer ikiuçlu ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.3. Epidemiyoloji

BAB sosyal ve ekonomik kayıplara neden olabilen, ciddi, süregelen ve sık görülen bir hastalıktır. Bu hastalığın; Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre dünyada en çok sakatlık ve ölüm nedeni olan 291 hastalık içinde 46. sırada ayrıca 1990-2010 yılları arası yapılan bir çalışma neticesinde ABD’de maluliyet nedenleri arasında 18. sırada olduğu bilinmektedir (23, 24).

Bipolar 1 bozuklukluğun yaşam boyu yaygınlığı toplum örneklerinde %0,4-1,6 arasında değişmekte olup erişkin popülasyonda ortalama %0,8 civarındadır (25, 26).

Bipolar II bozukluk, kadınlarda erkeklere göre daha sık görülse de bipolar I bozukluğun görülme sıklığı her iki cinsten de benzerdir (27). Nicel olarak benzer olmasına rağmen nitelik açısından hastalığın seyri her iki cinsten farklılıklar göstermektedir. Manik dönemler erkeklerde depresif ve karma dönemler ise kadınlarda daha siktir. Kadınlarda aynı zamanda 1 yıllık bir dönemde dört veya daha

fazla manik dönemin görülmesiyle karakterize hızlı döğölölük oranı da daha yüksektir (20).

Ortalama başlangıç yaşı 18'dir (28). ABD'de yapılan bir anket çalışmasında hastalığın ilk belirtilerinin %33 oranında 15 yaş öncesi, %27 oranında 15-19 yaş arasında, %39 oranında 20 yaşından sonra başladığı görölmüşdür (29). Hastalığın başlangıcıyla ilk tedavi ve hastaneye yatma yaşı arasında 5 ila 10 yıllık bir süre vardır (30, 31). Bipolar affektif bozukluk genellikle 15-44 yaş arasında ortaya çıkar. 50 yaşından sonra başlayan olgular nadir olmakla birlikte % 10 oranında bildirilmektedir (32). Maninin 60 yaşından sonra ortaya çıkması sıklıkla stroke ve diğer santral sinir sistemi hastalıkları gibi genel tıbbi durumlarla ilgili olduğu belirtilmiştir (33).

Bipolar bozukluğun genetik yönünün olduğu kabul edilir. Aile öyküsü olanlarda bipolar bozukluk görölme oranı toplumdakinden daha yüksektir. Ayrıca bu kişilerde hastalık daha erken başlangıçlı ve prognozu daha kötüdür. Normal popölasyonda ortalama %0,8 oranında görölürken bipolar bozukluk hastaların çocuklarında bu oran %13'e çıkmaktadır (34). Bipolar bozukluğu olan anne, babaların çocuklarında diğer duygudurum bozuklukları görölme oranlarında da artış olduğu bilinmektedir (35).

Evli olanlarda bekar ve ya boşanmış olanlara oranla hastalık daha az görölmeaktadır (36, 37). Bu durum evliliğin hastalık için koruyucu olmasından ziyade hastalığın erken başlaması ve aile içi geçimsizliğe sebebiyet vermesinden de kaynaklanıyor olabilir.

Bipolar bozuklukta sosyoekonomik düzeyin etkisi net olarak ortaya koyulamamıştır. Çelişkili veriler olmasına rağmen genel kanaat orta ve üst sosyoekonomik düzeyde olanlarda Bipolar bozukluk riskinin arttığı yönündedir. 2008 yılında yayınlanan, Dünya Sağlık Örgütü'nün işbirliği ile 15 ölkede yürütölen geniş kapsamlı bir çalışmada bipolar bozukluğun ortalama gelir düzeyi yüksek olan ölkelerde daha fazla saptanmış olması da bu kanaatı destekler niteliktedir (38).

2.1.4. Etiyoloji

BAB etiyojisini tek bir nedenle açıklamak mümkün görülmemektedir. Biyolojik ve psikososyal birçok faktörün etiyojide yeri vardır (19).

2.1.4.1.Genetik Etkenler

Bipolar bozukluk başta olmak üzere duygudurum bozukluklarının bazı ailelerde yığılım gösterdiği bilinmektedir (19). Birinci derece akrabalarının birinde bipolar bozukluk olan kişinin yaşam boyu hastalanma oranı %5-10'a kadar yükselmektedir ki; bu da kontrol gurubuna göre 8-10 katlık bir artışa tekabül etmektedir (20). Mevcut alışma sonuçları bipolar bozukluk hastalığının genetik temelleri olduğunu ancak genetik ve epigenetik faktörlerin bir arada rol oynadığını göstermektedir (39).

BAB için yapılan evlat edinme çalışmaları hastalığın genetik bir temeli olduğunu destekler niteliktedir. Ayrıca yapılan ikiz çalışmalarında monozigot ikizlerin eř hastalanma oranları %33-90 olduğu görülmüştür (20). Bu çalışmalarında göstermiş olduğu bir gerçek; bazı kişilerde hastalık geni olmasına rağmen fenotipik olarak hastalık belirtisi göstermeyebilirler. Yani genetiğin yanında çevresel faktörlerin etkisi gözardı edilemeyecek boyuttur.

Bu hastalık için tek bir genin sorumlu tutulması imkansız gibi görülmektedir. Aslında genetik yatkınlığın birçok farklı genin etkileşimi ile olduğu dşnlmektedir (40, 41). Hastalığın genetiğini konu alan birçok çalışma neticesinde ilişkili birçok gen olduğu iddia edilmektedir. Güncel çalışmalarda voltaj bağımlı kalsiyum kanallarının etkinliğiyle ilişkili olan CACNA1C, CACNA1D, CACNAB2 genlerinin hastalıkla ilişkili olabileceği gösterilmiştir (40).

2.1.4.2.Nörotransmitter alışmaları

Postmortem çalışmalarda intihar sonucu ölen kişilerin beyin korrtekslerinde beta adrenerjik yoğunlukta artış saptanması, stresin depresyona yatkın kişilerde beyin noradrenalin turnoverını artırması, nöradrenalin geri alınımını inhibe eden ilaçların

depresyonda düzelme sağlaması noradrenalinin depresyondaki etkinliğini gözler önüne sermektedir (42). Yine bazı çalışmalarda manik epizod sırasında noradrenerjik aktivasyondan ve noradrenalin- asetilkolin dengesinin noradrenalin lehinde bozulmasından bahsedilmektedir (20).

Postmortem çalışmalar, İntihar eden kişilerin beyin dokusunda serotonin-2 reseptör yoğunluğunda artış, serotonin öncülü L-triptofanın yüksek dozda verilmesinin mani benzeri tabloya sebep olması, depresyonda serumda L-triptofan yoğunluğunun düşük olması, serotonin geri alınımını inhibe eden ilaçlar ile depresyonun tedavi edilmesi serotoninin de noradrenalin kadar duygudurumun belirlenmesinde kritik rol oynadığını göstermektedir (42, 43).

Tirozin, bupropiyon, amfetamin gibi dopaminerjik ilaçların antidepresan özellikleri, manik epizod sırasında beyin omurilik sıvısında (BOS) dopamin metaboliti olan homovalinik asidin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bipolar bozuklukta dopaminin de rolü olabileceğini hatıra getirmektedir (39).

Depresyonda monoaminlerin yıkımında rol oynayan monoaminoksidaz-a enziminin etkinliğinin artması mood'un belirlenmesinde monoaminerjik sistemin etkinliğini bir kez daha vurgulamaktadır (42). Duydudurum bozukluklarında monoamin nörotransmitterler dışında gama amino bütirik asit, P-maddesi, brain derived neurotrophic factor (BDNF), corticotropin releasing factor, tiotropin releasing hormon, somatostatin, leptin, glutamat, glisin, asetilkolin gibi birçok nörotransmitterin rolü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.

2.1.4.2.İyon sistemleri

Manik dönemde hücre içi kalsiyum ve sodyum değerlerinde değişiklikler olduğu görüşü mevcuttur. Antimanik etkili antikonvulzanların sodyum kanalı inhibisyonu yapıyor olması, kalsiyum kanal blokörlerinin antimanik etkileri bu görüşü destekler niteliktedir (39, 44).

2.1.4.3.Nöroendokrin Düzenleme

Duygudurum bozuklukları ile ilişkili başlıca nöroendokrin eksenler hipotalamus- hipofiz- adrenal ve hipotalamus- hipofiz-tiroid bezi eksenleridir. Dirençli depresyonda ve hızlı döngülü bipolar bozuklukta tiroid hormonu ekleme tedavisi kullanılmaktadır (45).

Bunun yanı sıra nokturnal melatonin salgılanmasının azaldığı, serotonin antagonistlerine prolaktin yanıtının azalması, folikül stimulan hormon ve erkeklerde testosteron düzeylerinde düşüş olduğu gösterilmiştir (20).

Beyin omurilik sıvısında somatostatin düzeyleri depresyonda düşerken manide arttığı rapor edilmiştir (20).

Son çalışmalarda depresyonda BDNF düzeylerinin düştüğü ve antidepresan tedavi neticesinde normal seviyelere döndüğü gösterilmiştir (46).

2.1.4.4.İmmünolojik Etkenlerin Rolü

Stres neticesinde salgılanan kortikotropin salgılayıcı hormon bir yandan önceki bölümde bahsettiğimiz hipotalamus- hipofiz- adrenal eksenini tetiklerken diğer yandan proinflamatuvar sitokinleri salgılatarak bağışıklık yanıtını harekete geçirir. Salgılanan bu sitokinler ile çökkünlük belirtileri arasında korelasyon olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (42). Dahası antidepresan ilaç tedavisi sonrası sitokin düzeylerinin normal düzeylere döndüğü gözlenmektedir (46). Bipolar bozuklukta da ataklar esnasında hücrel immünitede artış olduğu gösterilmiştir (1).

2.1.4.5.Nöroanatomik Faktörler

Bipolar bozuklukta nöroanatomik alanda yapılan birçok çalışma olmasına rağmen net veriler ortaya koyulamamıştır. Ayrıca elde edilen verilerin patolojinin kaynağı mı yoksa telafi edici düzeneklerin işleyişi neticesinde oluşan değişiklikler mi olduğu hala tartışma konusudur. Birçok farklı çalışmada beynin farklı alanlarında farklı değişiklikler olduğu gösterilmiştir.

Zaman zaman çelişkili sonuçlar olsa da bu çalışma sonuçlarından birkaç örnek vermeye çalışacağız. Yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğu olan hastaların

serbral hacminin daha düşük olduğu gösterilmiş (47). Bipolar bozuklukta ventriküllerde genişleme birçok çalışmada saptanan bir bulgudur (48, 49). Özellikle frontal bölge olmak üzere beyaz cevherde azalma olduğu gösterilmiştir (50). Yine dorsolateral prefrontal kortekste glial ve nöronal hücrelerde azalmalar saptanmıştır (51, 52). Bipolar bozuklukta subkortikal bölgeler ile ilişkili verilere bakacak olursak globus pallidus, striatum ve amigdala, putamen hacimlerinde artış olduğunu saptayan çalışmalar görülecektir (53, 54, 47).

2.1.4.6.Psikososyal Nedenler

Yapılan gözlemler neticesinde ilk ataklarda stresör bir faktör bulunması diğer ataklara oranla daha fazladır. Bu durumu ateşlenme (kindling) modeli; ilk atak dönemindeki stresin çeşitli nörotransmitter ve intranöronal sinyalleşme sistemlerinin işlevsel durumunu değiştirebileceği, hatta bu değişiklikler nöronlarda kayıp ve sinaptik bağlantılarda ileri derecede bir azalma yapabileceği dolayısıyla kişinin daha sonra bir stresör olmadan da yeni duygudurum dönemleri geçirme riskinin yüksek olacağı şeklinde açıklar (20).

Geçirilen ataklar kişiyi hastalık açısında daha duyarlı bir hale getirmekte bu da hastalığın ilerlemesiyle epizodlardaki sıklığın artmasını da açıklamaktadır. Hastalık başlangıcıyla ve daha şiddetli hastalık seyriyle ilişkili olduğu düşünülen çocuklukta kötü muamele görmek gibi stresli yaşam olaylarını inceleyen çalışmalar tutarlı sonuçlar vermemektedir.

2.1.4.7. Psikodinamik Faktörler

Sigmund Freud tarafından tanımlanıp Abraham tarafından geliştirilen klasik depresyon görüşünün içerdiği maddeler şu şekildedir.

- a. Oral evrede anne-  ocuk ilişkisindeki bozukluklar depresyona yatkınlık oluşturur.
- b. Depresyon gerçek veya imgesel obje kaybıyla ilişkilendirilebilir.
- c. Kayıp nesnelerin i e atımı nesne kaybının oluşturduğu sıkıntıyla baş etmede kullanılan bir savunma mekanizmasıdır.

- d. Kaybedilen nesne nefret ve sevginin bir karışımı olarak algılandığından öfke içe yönlendirilir.

Diğer kuramcılardan bazılarının görüşlerine bakacak olursak; Melanie Klein sevilen kişilere karşı saldırganlık ifadesi olarak, Edward Bibring yüksek idealler ve bunlara ulaşamama arasındaki çelişkinin farkındalığı sonucunda, Silvano Arieti insanların hayatlarını vakfettikleri kişi veya idealin beklentilerini karşılayacak şekilde yanıt vermeyeceğini fark etmeleri sonucu, John Bowlby çocuklukta hasar görmüş erken bağlanmalar ve travmatik ayrılıklar zemininde yetişkinlikteki kayıpların çocuklukta travmatik kayıpları canlandırmasıyla depresyonun oluştuğunu bildirmişlerdir (20).

Maniyi açıklamaya çalışan birçok teori, maniyi depresyona karşı bir savunma olarak tarifler. Örneğin; Melanie Klein maniyi başkalarını idealize etme, agresyon ve yıkıcılığını yadsıma, kayıp sevgi objesini restore etmek amaçlı bir savunma düzeneği olarak tanımlar (45). Karl Abraham manik epizodu, kişinin gelişimsel dönemdeki travmatik olayı tolere edemediğinin göstergesi olarak yorumlar (20).

2.1.4.8.Bilişsel Kuram

Bilişsel teoriye göre depresyon, depresyona yatkın kişilerde var olan bilişsel çarpıtmalardan (keyfi çıkarsama, özgül soyutlama, aşırı genelleme, büyütme ve küçültme, kişiselleştirme, dikotom düşünce) kaynaklanır. Aaron Beck depresyonda; kişinin kendisi, dünya, gelecekle ilgili olumsuz algı ve beklentilerden oluşan bilişsel üçlüyü tanımlamıştır (20).

2.1.4.9.Davranışçı Görüş

Öğrenilmiş çaresizlik teorisi depresif olguları kontrol edilemeyen olaylarla ilişkilendirir. Dış olumsuz olaylar nedeniyle içsel nedensel açıklamaların, benlik değerinin düşmesine yol açtığı savunulmaktadır. Depresyondaki düzelmenin hastanın kontrol algısı ve çevreye yönelik tasarrufunun artmasıyla bağlantılı olması bu teoriyi destekler niteliktedir (20).

2.1.5. Klinik Seyir

İlk mani dönemi genellikle erken erişkinlikte başlar. İlk belirtiler hastaların yarısından çoğunda 20 yaş öncesindedir (55). Bipolar bozukluk erkekte daha erken başlama eğilimindedir. Erken başlayan manilerde genelde aile öyküsü vardır ve ilk epizod daha şiddetlidir. Mani dönemleri genelde ani başlayıp ortalama 3 ay kadar sürerken tedavisiz depresif dönemler 6-13 ay kadar sürer (20).

Tek manik dönem ile hastalığı atlatan hasta sayısı oldukça azdır, %85inde yeni bir duygudurum atağı görülür (56). İlk ataktan sonra %37'si bir yıl, %60'ı iki yıl içinde manik ve ya depresif bir epizod geçirdiği gözlenmiştir (37).

Hastalığın kalıntı belirtilerinin olması ve eşlik eden başka bir ruhsal hastalığın bulunması yeni bir duygudurum atağı geçirileceğinin en önemli yordayıcılarıdır (57). Ayrıca eşik altı kalıntı belirtiler ve geçirilen depresif epizod sayısı yetiyitimi ile ilişkili bulunmuştur (58). Depresif ataklar kadın cinsiyette ve Bipolar bozukluk tip2'de daha çoktur. Depresyon/ mani oranı bipolar bozukluk tip1'de 3 iken, tip2'de 37 olduğu görülmüştür (59). Bipolar bozukluk, dönemler arası iyilik süreleri kısa ve yılda en az 4 atak varsa hızlı döngülü olarak adlandırılır. Hızlı döngünün kadın cinsiyette daha sık olduğu gözlenmiştir.

Bipolar bozukluk ciddi anlamda iş gücü kaybı ve erken ölümlere neden olmaktadır. Amerika'da yapılan bir çalışma, bipolar bozukluk hastalarının ortalama yılda 50 iş günü kaybı olduğunu göstermiştir (60). Bu hastaların erken ölüm nedenlerine bakacak olursak; kalp damar hastalıkları, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, zatüre, kazalar ve intihar ilk sıralarda yer almaktadır. İntihar özellikle karma dönemlerde görülmektedir (61).

Mani dönemlerinin baskın olması, sağlatıma uyum gösterilmesi, uzun iyilik dönemlerinin olması, olumlu hayat şartlarının bulunması ve ailede düşük duygu dışavurumu olumlu prognoz göstergeleri; erken başlangıç, ileri yaş, kalıntı belirtiler, komorbid ruhsal hastalıklar, 10'dan fazla manik epizod, karma epizodlar, uzun süren depresif dönemler, hızlı döngülülük kötü prognoz habercileridir (19).

2.2.Bağlanma

Anne ve bebek arasındaki ilişki birçok kuramın temel ilgi alanı olmuştur. Bowlby psikanalistlerin insanın kişilik gelişiminin esası olan ilişkileri tanımlamaya çalıştıklarını, ancak bu ilişkinin doğası ve temeliyle ilgili bir fikir birliğine varamadıklarını söyler (62). John Bowlby tarafından temel yapı taşları oluşturulan bağlanma kuramı Mahler ve Klein'in nesne ilişkileri kuramından geliştirilmiş olup aynı zamanda evrim kuramı, etoloji, kontrol kuramı ve bilişsel psikolojinin kavramlarından da yararlanmıştır (63). Bowlby kuramını, bebeklik ve erken çocukluk döneminde annelerinden uzun süre ayrı kalan çocuk ve ergenlerin daha ziyade davranış bozukluğu sergilediklerini fark etmesi sonucu geliştirmiştir (64). Kuramını ilk kez sırasıyla 1958, 1959 ve 1960'ta yazmış olduğu “Çocuğun Annesine Bağının Doğası”, “Ayrılma Kaygısı”, “Bebeklik ve Erken Çocuklukta Keder ve Matem” isimli makaleleriyle sunmuştur (65).

Bağlanma, çocuk ve bakım veren arasındaki ilk ilişkiden temel alan, yakınlık arayışı ile tezahür eden, tehlikelere karşı korunmayı amaçlayan, özellikle stres durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve devamlılığı olan bir bağ olarak ifade edilebilir (66). Sağlıklı gelişim sırasında bağlanma davranışı; bebeklik, çocukluk ve ergenlik yıllarında bağlanma figürüyle yaşanan deneyimlerce oluşturulur (67). Bağlanma davranışı, ileriki dönemlerden etkilense de temelleri ilk üç yaşına kadar atılır (68).

Bowlby'nin bağlanma kuramına göre insan doğuştan bağlanmayı kolaylaştıracak bir davranış örüntüsüne sahiptir. Oluşan bağlanma ile yakınlığın sürdürülmesi, karşısındakinin de yakınlaşma gereksinimini karşıladığından tabii bir süreçtir. Bu süreç zarfında kişi yaşanan deneyimler sonucu kendine ve dış dünyaya anlam verir (64). Yani bu deneyimlerini içselleştirerek ve diğer ilişkilere genelleyerek kendisi ve diğerleri hakkında bilişsel şemalar veya Bowlby'nin deyimiyle “içsel çalışan modelleri” oluşturur (69, 70). İçsel çalışan modeller, kendilik ve diğerleri (sosyal dünya) hakkındaki kanaatler merkezinde oluşarak, bireyin yakın ilişkilerini şekillendirmesini ve sürdürmesini etkiler (71). Kişinin

kendine dair oluşturduğu içsel çalışan modelde, kendisini ne derece değerli hissettiği, bağlanma figürünün gözünde ne derece kabul edilebilir ve sevillebilir biri olduğuna yönelik çıkarımları yer alır. Dünyaya dair oluşturulan içsel çalışan model ise; kişinin bağlanma figürünü nerede bulabileceği ve bu figürün ne derece güvenilir ve bağlanılabilir olduğuna yönelik tasarımlarını kapsar (72, 73). Bu iki içsel çalışan model birbirini tamamlar niteliktedir.

Baėlanma figürünü ulaşılır, güvenilir ve bağlanılabilir olarak algılayan ocuk, kendisini de sevmeye değer ve kabul edilebilir bir varlık olarak görür. Tam tersine bakım veren çocuğun yakınlık isteğine karşı duyarsız, istek ve ihtiyaçlarını karşılamayan biri olduğunda ocuk tarafından ilgisiz, mesafeli ve reddedici olarak algılanır, bu sebeple ocuk da kendisinin sevmeye değmez, başkaları tarafından kabul görmez biri olduğuna yönelik içsel çalışan modeller geliştirir (70, 74, 75). Bazen de dűřünülenin aksine çocuğun kendine dair ve dünyaya dair oluşturduğu içsel çalışan modeller birbirinin tam tersi olabilmektedir. Bunun nedeni çocuğun algıladığı ve bağlanma figürünün kendisine söyledikleri arasındaki uyumsuzluk olduğu dűřünölmektedir (76).

Bowlby'nin yukarıda bahsetmiş olduğumuz ‘‘içsel çalışan modeller’’ kavramını temel alarak, Bartholomev ve Horowitz dört çeşit bağlanma stili tanımlamışlardır. Bunlar; güvenli bağlanma (olumlu benlik- olumlu başkaları modeli), kayıtsız bağlanma (olumlu benlik- olumsuz başkaları modeli), saplantılı bağlanma (olumsuz benlik- olumlu başkaları modeli), korkulu bağlanma (olumsuz benlik- olumlu başkaları modeli) stilleridir (77).

Güvenli bağlanma stilinde kiři içselleştirilmiş yüksek benlik değerine sahiptir. Bu algısını diğer insanların kabul edici ve cevap vericiliğine dair olumlu beklentileriyle birleştirdiğinden dűřük düzeyde kaygı ve kaçınma gösterir (78, 79). Yakın ilişkilerde samimiyet konusunda kendisini rahat hisseder (80).

Kayıtsız bağlanma stilinde kendini değerli hissetme ve kabul edilebilir olduğu duygusuna karşın diğer insanlara yönelik olumsuz beklentiler vardır. Bu bireyler

hayal kırıklıklarından korunmak için yakın ilişkilerden kaçınırlar; aynı zamanda savunma olarak yakın ilişkileri değersiz görerek benlik saygılarını sürdürürler (80).

Saplantılı bağlanma biçiminde kendini değersiz hissetme ve sevilebilir olmadığı duygusuna başkalarına karşı olumlu değerlendirmeler eşlik eder. Bu bireylerin kendine güvenlerinin az olduğu, kendini açma düzeylerinin yetersiz olduğu, diğer insanların onay ve kabulüne ihtiyaç duydukları, bu onayı alabilecekleri konusunda yüksek kaygı duydukları, sadece bu onayı aldıklarında güvende olacaklarına dair inançlara sahip oldukları gözlenmiştir (80, 81).

Korkulu bağlanma biçiminde kişi kendini değersiz hissetmeyle birlikte diğer insanları olumsuz, güvenilmez ve reddedici olarak algılar. Bu bireyler bir yandan saplantılı bağlanma stiline sahip kişiler gibi diğer insanların onay ve kabulüne ihtiyaç duyarken, bir yandan da kayıtsız bağlanma stiline sahip bireyler gibi başkalarıyla yakın ilişkiden kaçınarak onlardan bekledikleri reddedilmeye karşı kendilerini korurlar (80, 82, 83, 84).

Bağlanma kuramına önemli katkılarda bulunan bir diğer isim de Mary Ainsworth'tur. Kuramı ilk defa laboratuvar ortamında sınayan Ainsworth, doktora danışmanı Ement William Blatz'ın “ güvenlik, olgunlaşmamış bağımlı güvenlik” kavramları hakkındaki fikirlerinden etkilenmiş ve çalışmalarını “güvenlik” konusu üzerinde yoğunlaştırmıştır (65). 1950'de Uganda'da, 1960'da Baltimore'da anne-bebek doğasını inceleyen, “ Yabancı Durum Deneyi” adlı çalışması sonucunda oluşturacağı bağlanma stilleri teorisine zemin hazırlayan iki ayrı çalışma yapmıştır (85, 86).

Ainsworth ve arkadaşlarının 1970'de Ugandalı 12-18 aylık bebeklerle yaptıkları deneysel çalışma bebeklerin bağlanma dönemi hakkında gözlemlenebilir veriler ortaya koyması açısından çok ehemmiyetlidir. Bu deneyde, ilk olarak anne ve bebek bir odaya alınmış, sonrasında bebeğin bağlanma sisteminin etkinleştirilmesi amacıyla anne bebekten ayrılmış ve bir yabancıyla yalnız bırakılmış, ardından anne ile bebek tekrar bir araya getirilmiştir (87-89). Bu süreç zarfında anne ve bebeğin

davranışları gözlemlenmiş, neticede biri güvenli, ikisi güvensiz olmak üzere üç tip bağlanma biçimi tanımlanmıştır. Bunlar; güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçındır (90, 73, 91).

Güvenli olarak sınıflandırılan bebekler anneleriyle birlikteyken etrafı keşfetme davranışında bulunmuşlardır. Anneyle birlikteyken odaya yabancı biri girdiğinde annelerini yanlarında olduğundan emin olduktan sonra huzursuz olmadıkları, korkmadıkları ve yabancıyla oynadıkları gözlemlenmiştir (68). Anneleri yanlarından ayrıldığında azda olsa sıkıntılı davranışlar sergilemişler, tekrar bir araya geldiklerinde ise kızgınlık emaresi göstermeden hızlı bir şekilde yakın temasa geçmişler ve çevreyi keşif için istekli davranmışlardır (87). Bu bağlanma şeklinde bakım veren bağlanma figürünün; ulaşılabilir, bebeğin sinyallerine duyarlı, bebeğin korunma ve bakım taleplerine sevgi dolu bir şekilde cevap verici oldukları gözlenmiştir (92, 63).

Kaygılı-kararsız bağlanma stili geliştiren bebekler anneyle birlikteyken çok fazla keşif davranışı göstermemişler, anneden ayrıldıklarında ciddi endişe yaşamışlar ve anne döndüğünde ise yatışmakta güçlük çekmişler, hem anneye yakın olmak istemişler hem de anneye karşı yoğun öfke ve reddedici tavırlar sergilemişlerdir (89, 93, 94). Çatışmanın belirgin olduğu bu bağlanma şeklinde bakım veren, bazı durumlarda ulaşılabilir ve yardım eder durumdayken bazı durumlarda ise böyle olmayan tavırlar sergilemektedir (92, 63). Ayrıca bu bağlanma stilinde, annelerin çocuklarını daha çok yönlendirdikleri ve daha müdahaleci oldukları gözlenmiştir (94).

Üçüncü bir bağlanma şekli olan kaygılı-kaçınmacı bağlanma örüntüsüne sahip bebekler ise annelerinden ayrı olduklarında daha az huzursuz olmuşlar, huzursuz olsalar bile keşif davranışı göstermişlerdir. Anne odaya girdiğinde anneye yönelmek yerine uzaklaşmışlar, dikkatlerini diğer nesneler üzerinde yoğunlaştırmışlardır (76, 94, 95). Bu bağlanma örüntüsünde bakım verenlerin çocuğun yakınlık isteğine karşı duyarsız, reddedici, daha ilgisiz ve mesafeli oldukları gözlenmiştir (96, 97, 70). Ainsworth bu bağlanma stilinde annenin bastırılmış öfke

sebebiyle çocuklarıyla olan ilişkilerinde duygusal ifade mimiklerini daha az kullandıkları, katı-kompulsif kişilik özelliklerine sahip olduklarını gözlemlemiştir. Çocuğun bakım taleplerinin zaman zaman anneyi öfkelenendirerek fiziksel şiddet uygulamasına sebep olup çocuğun anneye fiziksel teması rahatsız edici bir yaşantı olarak deneyimlemesine neden olduğunu ifade etmiştir (92).

Main ve Westan yapmış oldukları çalışmada, bir grup bebeğin (%12,5) Ainsworth ve arkadaşları tarafından sınıflandırılan bağlanma örüntülerinin hiçbirisine tam olarak uymadığını fark etmişlerdir (98). Bunun üzerine Main ve Solomon zihni karışık veya kaçınan/kaygılı ismini verdikleri dördüncü bir kategorinin bu sınıflandırmaya eklenmesini önermişlerdir (93, 99, 100). Bu çocukların stresle baş etmede organize bir davranış gösteremedikleri, yabancı durum testinde hareketlerinde yavaşlama, zamansız hareketlerinin olduğu, donakalma, stereotipik hareketlerde bulundukları gözlenmiştir (101). Yine bu grubun duygu ve davranışlarına göre yüz ifadelerini oryante edemedikleri saptanmıştır (99). Bu bağlanma örüntüsünde bakım verenlerin korkutucu, tehdit edici ve disosiyatif nitelikte davranışlar içinde oldukları gözlenmiştir (102).

Hazan ve Shaver 1987'de Ainsworth'un çocuklar için oluşturduğu sınıflandırmanın yetişkinlere yönelik versiyonu diyebileceğimiz üç kategori modelini geliştirdiler (103). Hazan ve Shaver romantik sevginin bir bağlanma süreci olduğu çıkarımıyla romantik ilişkileri Ainsworth'un bağlanma portotipleriyle açıklamış ve sınıflandırmıştır (103, 68). Hatta her bir bağlanma biçimine karşılık gelen 3 paragraftan oluşan ilk yetişkin bağlanma stili ölçeğini geliştirmişlerdir (104). Yaptıkları çalışmalarla bebeklikte oluşturulan içsel çalışan modellerin, yetişkinlik dönemi ilişkilerinde etkili olduğu ve aşktaki bağlanma biçimini belirlemede rol oynadığını ortaya koymuşlardır (105).

Hazan ve Shaver yetişkin romantik ilişkilerdeki bağlanma ile bebeklikteki bağlanmanın birebir örtüşmediğini, bazı farklılıklar arz ettiğini savunmuşlardır (103). Bu farklılıklardan biri; yetişkin romantik ilişkilerdeki bağlanmada cinsel birlikteliğin de olmasıdır. Ayrıca erişkin bağlanmada bağlanma figürleri değişir. Çocuklukta anne ya da onun yerini alan bakım veren bağlanma figürüyken, erişkinlikte akran veya

çoğunlukla romantik partnerdir (106). Yetişkin yaşamdaki bağlanma sisteminin en önemli farklılıklarından biri de ilişkilerin iki yönlü olmasıdır (107). Çocuk bağlanmasında anne veya aile bakım veren ve aynı zamanda bağlanma figürü konumundayken, çocuk bakım alan konumundadır. Yetişkin ilişkilerinde ise bir yetişkin bazen sıkıntılı ve yakınlık arayan konumundayken bazen de bakım veren ve güvenliği sağlayan dolayısıyla bağlanma figürü konumunda olabilmektedir (108).

Bowlby'nin kuramına göre açık bir şekilde birçok psikopatoloji bağlanma sistemindeki bozukluklardan kaynaklanmaktadır. Ayrıca çoğu psikiyatrik hastalık tanı kriterleri arasında ilişki bozuklukları yer almaktadır (109, 110). Anne bebek bağlanması ve erken deneyimler gelişimsel süreçleri etkilediği gibi temel nörofizyolojik mekanizmaları da etkiler (111). Bağlanma kuramının ilk ortaya çıkmasından itibaren güvensiz bağlanma biçimi psikopatolojilerin belirleyicisi olarak düşünülmüşken, güvenli bağlanma sağlıklı ilişkilerin yordayıcısı olarak görülmüştür. Güvensiz bağlanma stillerinden kaygılı/kararsız bağlanma depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu düşünülürken, güvensiz bağlanma stillerinden bir diğeri olan kaçınan bağlanma davranış patolojileri ve diğer dışa vurum bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir (104). Dezorganize bağlanma stilinde, disosiyatif belirtiler başta olmak üzere erişkin dönemde çeşitli psikopatolojilere neden olduğu ifade edilmektedir (112).

Bağlanma biçimi ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi daha iyi kavramak adına yapılmış çalışmalara bakacak olursak: Doron ve arkadaşlarının obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete bozuklukları olan kişiler ve sağlıklı kontrollerle yapmış olduğu bir çalışmada; obsesif kompulsif bozukluğu bulunan kişilerin diğer iki gruba göre daha çok kaygılı bağlanma örüntüsüne sahip olduklarını göstermişlerdir (113). Güvensiz bağlanma stiliyle ilişkili olduğu gösterilen psikiyatrik hastalıklar; panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, major depresif bozukluk, postpartum depresyon ve ağrı bozukluğu şeklinde özetlenebilir (114, 115). Özellikle duygudurum bozukluklarından depresif bozukluk hakkında oldukça çalışma vardır. Bağlanma biçimleri, travmatik yaşam olayları, çocukluk çağı ihmal ve kötüye kullanımlarından etkilenir ki bunlar aynı zamanda

depresyon etiyolojisinde önemli etkenlerdir (116). Stansfeld ve arkadaşları anksiyöz veya kaçınan bağlanma biçimine sahip bireylerin yetişkinlikte depresif belirti gösterme riskinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (117). Güvenli bağlanma ile depresyon ve suisid düşünce sıklığı arasında ters bir orantı olduğu gösterilmiştir (118). Yine başka bir çalışmada unipolar depresyon başlangıcıyla, güvensiz bağlanma biçiminin ilişkisi saptanmıştır (119).

Kısıtlı sayıda yayın olsada konumuz olan bipolar affektif bozuklukla bağlanma biçimlerinin ilişkisini gösteren çalışmalar mevcuttur. Morris ve arkadaşları 2009 yılında yayınladıkları çalışmalarında bipolar bozukluk-1 hastalarında güvensiz bağlanma biçiminin anlamlı şekilde yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (5). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da bipolar affektif bozuklukta güvensiz bağlanma, özellikle de kaçınan bağlanma biçiminin sağlıklı gönüllülerden daha sık görüldüğü saptanmıştır (120).

2.3.Çocukluk Çağı Travmaları

Anlamlandırma, bağlantı kurma ve denetleme yetilerimizi bozan, olağan savunma mekanizmaları ve baş etme yolları ile üstesinden gelinemeyecek kadar ağır olan, sarsıcı ve yıpratıcı yaşantılar ruhsal travma olarak adlandırılır (9). Travmaya maruz kalmak her yaşta psikiyatrik problemlere neden olabilirken bu risk travma ile baş edebilecek gücün olmadığı çocukluk çağında daha yüksektir.

Çocukluk çağı travmaları, istismar ve ihmal olmak üzere iki başlık altında incelenir. İstismar ve ihmal birbirinden ayıran en önemli özellik; istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir süreç olmasıdır (121). Yani istismar; çocuğa karşı kasıtlı yapılan, fiziksel, cinsel, ruhsal veya sosyal açıdan çocuğa zarar veren aktif bir eylemken, ihmal; çocuğun bakımından sorumlu kişi veya kişiler tarafından çocuğun bakım ve korunmasının yeterince sağlanamaması sonucu fiziksel ve ruhsal sağlık bakımından zarara uğradığı pasif bir durumdur (122).

2.3.1. Çocukluk Çağı İstismarları

İstismar, bir kişinin diğeriini kasten, o kişinin aleyhine ve zararına olacak şekilde kullanmasıdır. Bir eylemin istismar olarak tanımlanması hususunda kültüre, geleneklere ve inanışlara göre farklılıklar olmasına rağmen bazı ortak ögeler sabittir. Bunlar; kasıtlı olması, yineleme ihtimalinin yüksek olması, çocuğın fiziksel ve zihinsel sağılığını bozmasının yanı sıra çocuğın psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkilemesidir (123).  ocuk istismarı eylemin türü, nedenleri ve  ocuk üzerindeki etkileri yönünden farklılıklar arz eder. Fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar olarak sınıflandırılan   ayrı kategoride incelenir.

2.3.1.1.Fiziksel istismar

Fiziksel istismar, Dünya Sağılık  rg t 'nün tanımına göre; kasten yapılan fiziksel g c kullanımı sonucunda çocuğın sağılığı, gelişimi ve onuru açısından zarar görmesi analımına gelir (122). Tabiri diğlerle kişinin kendisinden en az beş yaşı büyük bir kişi ya da kendisinden iki yaşı büyük bir aile bireyi tarafından, 18 yaşıdan önce, vücudunda 48 saatten uzun süre kalan fiziksel bir iz bırakacak şekilde şiddet görmesidir (124, 125). Bu şiddet davranışları; çocuğı hırpalama, tokat atma, yumruk atma, tekmeleme, vurma, sarsma, boğma, yakma, dövme, itip kakma, yaralama hatta bağlama ve kapalı bir yere kilitleme şeklinde olabilmektedir (126, 127).

Sa kaybı, yüz- ağız ve deri yaralanmaları, yanıklar, kırıklar, karın ve göğüs yaralanmaları, kasti oluşan kafa yaralanmaları, geometrik biçimli veya farklı iyileşme evrelerindeki  r kler, göz- kulak içi kanamalar, şişlik ve ısırıklar gibi bulgular fiziksel istismarın varlıına delil oluşturabilmektedir (128, 121). Bu deliller kapsamında fiziksel istismarın tespiti diğ istismar ve ihmal türlerine göre daha kolay olsa da istismar kavramının farklı tanımlanması, bölgesel-kültürel farklılıklar ve sosyal stigmatizasyon nedeniyle bu alandaki çalışma sonuçlarında büyük farklılıklar ortaya çıkmaktadır (20).

Fiziksel istismar sıklığı, yapılan farklı çalışmalarda %0,45-64 gibi çok geniş bir aralıkta gösterilmiştir (129). Ülkemizde fiziksel istismar sıklıına baktığımızda; Adana ve Ankara'da yapılan bir çalışmada Adana için %61'lik Ankara için ise %46'lık bir oran bildirilmiştir (130). Yine Cerrahpaşa Tıp Fakültesi psikiyatri

polikliniğine ilk defa başvuran 150 ardışık kadın hastayla yapılan bir çalışmada fiziksel istismar oranı%15,3 olarak tespit edilmiştir (131). Fiziksel istismar olaylarının yarısı tekrarlayıcı nitelikte olup ölümlerle sonuçlanma ihtimali %10 olarak hesaplanmıştır (132). Her yıl ABD’de 1200-1500 çocuğun bakım verenlerin istismarı sonucu öldüğü, bu ölümlerin %52’sine fiziksel şiddetin neden olduğu bildirimiştir (133).

Çocuklar her yaşta fiziksel istismara maruz kalabilmektedir. Ergenlik çağında yaşanan fiziksel istismarlar hemen hemen bebeklik dönemindeki kadar siktir. Çocuklara bebeklik döneminde daha çok anneleri tarafından şiddet uygulanırken ergenlik döneminde daha çok babaları tarafından fiziksel istismar uygulanmaktadır (128).

2.3.1.2.Cinsel İstismar

Cinsel istismar; henüz psikososyal gelişimini tamamlamamış çocuğun, kendisinden en az altı yaş büyük biri tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla tehdit etme, güç kullanma veya kandırma yoluyla kullanılmasıdır (134, 125).

Eylemin cinsel istismar olarak nitelendirilmesi için penetrasyon şartı aranmaz (135). Yine’de cinsel istismar olaylarının %20-25’i oral genital teması veya penetrasyonu içermektedir (136). Doğrudan veya giysilerini üzerinden bedene veya cinsel organa dokunmak, dokundurmak, cinsel içerikli konuşma ve önerilerde bulunma, teşhircilik, röntgencilik, başkalarının cinsel aktivitesini seyretmeye maruz bırakmak cinsel istismar kapsamında değerlendirilmektedir (135, 137).

Aile içinde görülen cinsel istismarlar, diğer bir deyişle enestöz ilişkiler daha çok kardeşler, baba-kız, anne-oğul arasında görülmektedir (138). Çocuğun güvenme ve yakınlık ihtiyacı hissettiği bu kişiler tarafından oluşturulan cinsel istismar, çocukta daha çok psikososyal hasara neden olmaktadır (132).

Tüm çocukluk çağrı istismarları içinde en travmatik olan, en acı veren, en çok gizlenen ve dolayısıyla en az istatistik verilere yansıyan cinsel istismarlardır (139). Cinsel istismar vakalarının ancak %15'inin bildirildiğı tahmin edilmektedir (140). Cinsel istismar vakalarının sık rastlanılmasına ve yıllarca tekrarlamasına rağmen bu denli az bildirim olmasının nedenleri; mağdurun istismarın olası tehditlerinden korkması, istismarcıyı koruma isteğı, olay nedeniyle utanç duyması, kendisine inanılmayacağı düşüncesi şeklinde sıralanabilir (140).

Birçok etken nedeniyle cinsel istismar vakalarının yaygınlığı hakkında güvenilir bilgi elde etmek zordur. 38 bağımsız makale ve 39 epidemiyolojik çalışmayı içeren bir meta analiz çalışmasında; kadınlar için çocukluk çağrı cinsel istismar oranı %0-50 arasında değişirken, erkekler için bu oran %0-60 arasında değiştiğı göülmüştür (141). Yetişkinlerin geriye dönük incelemesi neticesinde görece daha güvenilir veriler elde edilmektedir. Geriye dönük inceleme yöntemiyle yapılan çalışmalar neticesinde cinsel istismarı %70-90 oranında çocuğı tanıyan ve erkek bireyler tarafından uygulandığı tespit edilmiştir (132). Çocuğun ebeveyni tarafından cinsel istismara uğrama oranı ise %1-2 olduğu düşünölmektedir (142). Ergenlik, çocukluk çağrı cinsel istismarın en sık göröldüğü dönemdir. Ergenlik döneminde kadınların cinsel istismara uğrama oranı erkeklere kıyasla üç kat daha fazladır (135). Ülkemizdeki verilere bakacak olursak; psikiyatri polikliniğine başvuran 125 kadın hastayla yapılan bir çalışmada, çocukluk çağrı cinsel istismar oranı %18.5 olarak bulunmuştur (143).

2.3.1.3.Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuğun ruhsal sağılığını olumsuz yönde etkileyecek düzeyde alay edilme, aşağılanma, küçük düşürücü yorumlarda bulunma veya ağır sözel tehdit alma şeklinde tanımlanmıştır (144). Çalışmalarda çelişkiler olsa da duygusal istismar, tüm çocukluk çağrı istismarları arasında en sık görölenlerinden biridir. Psikiyatri polikliniğine başvuran 125 hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların %36,3'ünün çocukluk çağrında duygusal istismara uğradığı tespit edilmiş ve bu oranın diğeri istismar türlerinden çok daha fazla olduğu görölmüştür (143). Lise

öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada duygusal istismar sıklığı %15,8 olarak çıkmıştır ki, bu oran da çalışmadaki diğer istismar türleri oranlarının üstünde bir değerdir (144). Duygusal istismarın çocuğun sağlığı ve gelişimine fiziksel ve cinsel istismardan daha az olumsuz etkileri olacağına dair yanlış bir algı söz konusudur (145). Halbuki bir üst paragrafta da bahsettiğimiz gibi duygusal istismar diğer tüm çocukluk çağı istismarlarından daha sık görülmekte ve daha yıkıcı olabilmektedir (146). Duygusal istismar, bu denli sık görülmesi ve bu denli olumsuz sonuçlar doğurabilmesine rağmen diğer çocukluk çağı istismarları kadar ilgi odağı olmayı başaramamıştır. Bunun altında yatan neden; duygusal istismarın fark edilmesinin, tanımlanmasının ve kanıtlanmasını oldukça güç olması olabilir (147).

2.3.2. Çocukluk Çağı İhmalleri

İhmal, ailenin çocuğun gelişimi sürecinde ihtiyaç duyduğu maddi, manevi bakımı sağlamaması ve çocuğu tehlikelere karşı korumamasıdır. Fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir.

2.3.2.1.Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal çocuğa gerekli sağlık hizmetini, ihtiyaç duyduğu besin veya giyeceği, tehlikelerden korumak amacıyla gözetim ve kontrolü sağlamamayı kapsar. Çocuğun yalnız bırakılması, dışlanması, evden kovulması, uygun barınma ortamının sağlanmaması, yıkanmaması, temiz elbise giydirilmemesi, aşılarının yaptırılmaması, hastalık ve yaralanmalarının tedavi ettirilmemesi hep fiziksel ihmal kapasamında değerlendirilir (148).

2.3.2.2.Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, çocuğun psikolojik ihtiyaçlarını ve duygusal gereksinimlerini karşılamama, sosyal kuralları öğretmeme ve çocuğun sosyal gelişimini sağlayacak destekleyici ilgiyi göstermeme ile tanımlanır (148). Çocuğu okula göndermeme, yetenekleri konusunda desteklememe, başarılarını ödüllendirmeme, isteklerine kayıtsız kalma, denetimden yoksun bırakma, sevgi ve ilgi göstermeme, ayrımcılık yapma, dışlama, yok sayma duygusal ihmal kapsamında değerlendirilir.

Psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada çocukluk çağında duygusal ihmal yaşamış olma oranı %81,6 olarak bulunmuştur (149). Duygusal ihmalin toplumda sık görüldüğü tahmin edilmektedir. Fakat tıpkı duygusal istismar gibi tanımlama, tespit etme, ölçme ve miktarını belirleme oldukça zor olduğundan duygusal ihmal de diğer çocukluk çağı travmalarına oranla daha az çalışılmıştır.

2.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları İle Psikopatoloji İlişkisi

Erişkin yaşta psikiyatrik hastalık görülme oranının, çocukluk çağında ihmal veya istismara uğramak ile arttığı bilinmektedir (10). Dolayısıyla psikiyatri hastalarında normal kontrol gurubuna kıyasla çocukluk çağı travmalarına sık rastlanılmaktadır (150). Bifulco ve arkadaşları çocukluk çağı fiziksel ihmal- istismar, duygusal ihmal- istismar ve cinsel istismar ile psikopatolojiler arasındaki özgül ilişkilere dikkat çekmiş, birden çok istismar tipinin birlikte görüldüğü durumlarda psikopatoloji riskinin daha da arttığını savunmuşlardır (151).

Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yüksek anksiyete, düşük dürtü kontrolü, saldırganlık, kendine zarar verici davranışlar, suçluluk duygusu, içe çekilme, depresyon ve gelişim gerilikleri sık görülür (126, 144, 152). Cinsel istismara bağlı olarak öfke, düşük öz saygı, disosiyasyon, intihar eğilimi, depresyon, anksiyete bozuklukları, post travmatik stres bozukluğu, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, madde kötüye kullanımı, karşı gelme bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gözlenebilir (153, 154). Çocukluk çağında duygusal istismara veya ihmale uğramak çocuklarda gelişim geriliklerine, konuşmada gecikmeye, enkoprezise, enürezise, değersizlik duygularına, pasif kişilik özelliklerine, yalan söyleme ve çalma gibi antisosyal davranışlara, intihara, uyum sorunlarına neden olabilir (121, 155). Bu durumda çocuğun bağlanma süreci ve duygusal gelişimi de olumsuz etkileneceğinden aşırı bağımlılık, duygusal tepkilerde azalma, sosyal ilişki kurma güçlükleri görülebilir (155).

Travmaya sekonder oluşan psikiyatrik hastalıkların tedaviye daha dirençli oldukları ve travma öyküsünün olması bazı psikiyatrik hastalıkların prognozunu

olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (11). Başta cinsel ve fiziksel taciz olmak üzere çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi riskini artırdığı gösterilmiştir (156). Çocukluk çağı travmalarının, depresyonun başlangıç yaşını erkene çektiği, kronikleşme riskini artırdığı ve hastalığın gidişini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (157-160).

Konumuz olan bipolar bozukluk ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiye bakacak olursak; bipolar duygudurum bozukluğu olan hastaların çocukluk çağı travması yaşamış olma oranının farklı çalışmalarda %45-68 arasında değiştiği görülmektedir (161-164). Çocukluk çağı travmaları ile bipolar bozukluğun bu denli ilişkili görülmesinin nedeni, erken yaşam stresinin nörobiyolojik değişikliklere sebep olması ve bunun da psikopatoloji riskini artırması olabilir (165). Erken stresli yaşam deneyimleri muhtemelen nörogenezin inhibisyonuna veya nörotoksositeye neden olarak psikopatoloji gelişimine zemin hazırlar (166).

Çocukluk çağı travmaları sadece bipolar duygudurum bozukluğuna yatkınlık oluşturmakla kalmaz aynı zamanda hastalığın seyrini de olumsuz yönde etkiler. Travmanın bu olumsuz etkisinin, hipotalamus- hipofiz- adrenal eksen, serotonerjik iletim, bağışıklık, nöroplastisite, sirkadyen ritimler ve kalsiyum sinyalizasyonu gibi birçok biyolojik mekanizmalarda oluşan değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir (167). Bipolar bozuklukta çocukluk çağı travmatik yaşantıları, daha erken yaşta hastalık başlangıcıyla, daha çok sayıda manik ve depresif atak geçirilmesiyle, atakların daha şiddetli ve tedaviye dirençli olmasıyla, komorbid kişilik bozukluklarının görülmesiyle ilişkili olduğu ayrıca bu hastalarda işlevsellik kaybının daha çok olduğu belirtilmektedir (168, 169). Özellikle çocukluk çağı cinsel istismarı olan hastalarda intihar düşüncesi daha fazla görülmektedir (162).

2.4.Disosiyasyon

Disosiyasyonun tarihi modern psikiyatrinin tarihini ve gelişimini içine alacak şekilde çok eskilere dayanır. Tarih öncesinden günümüze kadar kendiliğin ve kimliğin ayrışmasına ait birçok olay bildirilmiştir. Coons tarihteki ruh tutulma olayları ile çoğul kişilik bozukluğunun ortak yönüne vurgu yaparak bu olayların

eski Mısır'a kadar dayandığını belirtmiştir (12). Markos 5: 1.-3. Ayetleri kendisine zarar veren, içine ruhların girdiği bir kişiden bahseder. Miller bu ayetlere dikkat çekerek ilk yazılı çoğul kişilik bozukluğu vakasının incilde olduğunu ifade eder (170).

Disosiyasyon için günümüze kadar daha birçok vaka örneği yayınlanmış ve tanımlama yapılmıştır. Bazı güncel tanımlamalara bakacak olursak; DSM-4 disosiyasyonu, normalde bibiriyle entegre olarak işlev gören bilinç, bellek, kimlik ve çevresel algının mevcut entegrasyonundaki bozulma olarak tanımlar (171). Spigal ve Cardena'nın tanımı ise hemen hemen DSM-4'ün tanımıyla örtüşmektedir. Nemiah'ın disosiyasyon tanımı ise "anı, duyu, duygu, fantezi ya da davranış gibi çeşitli zihinsel işlevlerin tek ya da küme halinde istemli olarak hatırlanamaması ve bilinçten dışlanması" şeklindedir (172).

Disosiyasyon için BASK modelini geliştiren Braun disosiyasyonu, düşünce sürecinin bilincin ana akışından kopması olarak tanımlamıştır. Bu modele göre, BASK olarak kısaltılmış olan; davranış, duygulanım, duyular ve bilgi birbiriyle kaynaşmış olarak hep birlikte zaman içinde akan işlevsel ögelerdir. Herhangi bir nedenden dolayı bilincin bu ana akışından ayrılan bir veya birden fazla öge disosiyatif belirtilere neden olmaktadır (173). BASK ögeleri ve neden oldukları disosiyatif belirtiler tabloda özetlenmiştir.(Tablo-1)

Tablo-1: Braun BASK Modeli

BASK ÖGELERİ	DİSSOSİYATİF BELİRTİLER
Behaviour (davranış)	Konversiyon ve otomatizmalar
Affect (duygulanım)	Duygulanım dalgalanmaları
Sensation (duyu)	Somatik yakınmalar
Knowledge (bilgi)	Amnezi

Disosiyatif semptomlar birçok psikolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkar. Hemen hemen tüm araştırmacılar tarafından kabul gören en önemli çevresel faktör travma, özellikle çocukluk çağı travmalarıdır. Hatta disosiyasyonun aslında travmatik yaşantılar ile baş etmede savunma amaçlı adaptif

bir süreç olduğu, ancak kişiyi rahatsız edecek bir düzeye ulaştığında veya işlevselliğin bozulmasına neden olduğunda patolojik bir sürece dönüştüğü düşünülmüştür. Klinik ve normal popülasyonda yapılan birçok çalışmada farklı travma çeşitlerinin yüksek düzeyde disosiyasyona neden olduğu tespit edilmiştir (174). Disosiyatif bozukluk tanılı hastalarda yapılan çalışmalarda, hastaların neredeyse tamamının çocukluk çağı ağır travmatik yaşantılarının olduğu bildirilmiştir (12). Travması olan popülasyonlar ile yapılan çalışmalarda ise travmanın derecesi ile disosiyasyon şiddeti arasında yüksek korelasyon gözlenmiştir. Çocukluk çağı istismarlarında yaş ne kadar erken ise disosiyatif belirtilerde o denli şiddetli olmaktadır (174).

Disosiyatif semptomlara yatkınlık oluşturan psikolojik faktör olarak hipnozabilite kapasitesi gösterilmektedir (175, 176). Hipnozabilitenin daha çok kalıtsal olduğu düşünülmektedir (177). Hipnotik kapasite 5 yaş civarında başlayarak 14 yaşına kadar giderek artar. Erişkin yaşta azalarak sabitlenir (178). Bu yüzden çocuklar disosiyasyona daha yatkındır ve adaptif bir savunma mekanizması olarak disosiyasyonu daha rahat kullanabilirler. Hipnozabilite kapasitesi erişkin yaşta sabit kalmakla birlikte kişiden kişiye çok büyük farklılıklar göstermektedir (179).

Disosiyasyon ve disosiyatif bozukluklarda boyutsal ve kategorik birçok yaklaşımdan söz edilmektedir. Biz burada en güncel yaklaşım olan DSM-5'in kategorik yaklaşımını inceleyeceğiz.

DSM-5'te Disosiyatif Bozukluklar'ın "Örselenme ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bozukluklar" İle "Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar" arasında yer alması tesadüfi bir durum değildir. Üst paragraflarda bahsettiğimiz gibi; disosiyasyonun genelde travmatik yaşantılar sonrasında oluşması, örselenme ve tetikleyici etkenlerle ilişkili bozuklukların birçoğunun kriterleri içinde disosiyatif belirtilerin olması, Disosiyatif Bozukluklar'ın "Örselenme ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bozukluklar" tanı gurubundan sonra gelmesine neden olmuş gibi görülmektedir. ICD-10'da disosiyatif terimiyle aynı anlamda kullanılan ve birçok araştırmacı tarafından somatik disosiyasyon olarak nitelendirilen konversiyon

bozukluğunun “Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında inceleniyor olması Disosiyatif Bozukluklar’dan sonra bu tanı gurubunun gelmesine neden olmuş olabilir.

DSM-5 disosiyasyonu bilinç, bellek, kimlik, duygu, beden algısı, motor kontrol ve davranış alanlarının bütünlüğünde bölünme ve sürekliliğinde bozulma olarak tarifler. Çözülme belirtileri olumlu ve olumsuz olmak üzere iki kategoride sınıflandırılmıştır.

- a- Olumlu çözülme belirtileri: farkındalıkta ve davranışa yönelik istemsiz intrüzyonlarla birlikte öznel yaşantının devamlılığında bozulma olmasıdır. (kimlik bölünmesi, derealizasyon, depersonalizasyon gibi)
- b- Olumsuz çözülme belirtileri: ulaşılabilir olan bilgilere ulaşamama veya denetimimiz altında olan zihinsel işlevleri kontrol edememe şeklinde tariflenmiştir. (amnezi)

Disosiyatif bozukluklar; kimlik çözülmesi bozukluğu, unutkanlık çözülmesi, kendine yabancılaşma/gerçek dışılık çözülmesi, tanımlanmış diğer bir çözülme bozukluğu ve tanımlanmamış çözülme bozukluğu olmak üzere beş başlık altında incelenir (13).

- 1- Depersonalizasyon/ derealizasyon bozuklukları: Gerçek dışı deneyimler ile birlikte kişinin zihninden, benliğinden ya da bedeninden ayrılması hissine depersonalizasyon (kendine yabancılaşma) denir. Gerçek dışı deneyimlerle birlikte kişinin çevresinden ayrılması hissine derealizasyon (gerçek dışılık) adı verilir. İki durum ayrı ayrı yaşantılanacağı gibi bir arada da yaşanabilir. Derealizasyon/depersonalizasyon gerçek olmama, bedenin bazı parçalarının ayrılması ve değişmesi, kendi vücuduna dışarıdan bakma, robot gibi olma, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakma, herşeyi iki boyutlu algılama, üç boyutlulukta artma, dış dünyadaki seslerin kısılması veya abartılı olarak duyma gibi çok farklı şekillerde deneyimlenebilir. Yaşam boyu görülme

sıklığı yaklaşık %2 seviyesindedir. Bu bozukluk daha çok çocuklukta duygusal istismar yaşantılarıyla ilişkilendirilmiştir (180).

- 2- Unutkanlık çözülmesi (disosiyatif amnezi): Otobiyografik bilgilerin hatırlanmasındaki yetersizlik ile karakterize bir durumdur. Bu amnezi lokal, seçici ya da genel olabilir. Lokal ve seçici amneziler sarsıcı bir olayı izleyen birkaç saat boyunca olanları hatırlayamama şeklinde daha sık görülmektedir.

Disosiyatif amnezinin normal unutkanlık ve dalgınlıktan ayrımının yapılması gerekmektedir. Disosiyatif amnezide normal unutmayla örtüşmeyen otobiyografik bilgileri anımsamakta güçlük yaşanır. Ayrıca disosiyatif amnezide kişi unuttuğunun farkında da değildir. Unutmaya karşı dahi bir unutkanlık vardır. Dışsal bir etken ile unutulmuş öğelere ihtiyaç duyulduğunda unuttuklarını fark ederler. Yine disosiyatif amnezide kişi daha ziyade yapacaklarını değil yaptıklarını unuttur ve çoğu zaman hatırlatılmasına rağmen anımsayamazlar (181). Yaşam boyu sıklığı yaklaşık %7 seviyesindedir (182).

Daha çok major disosiyatif bozuklukların bir belirtisi olarak ve nadiren tek başına görülen disosiyatif füğ (kaçış çözülmesi) DSM-5'te ayrı bir tanı olarak sınıflandırılmamış ve Disosiyatif Amnezi içinde incelenmiştir. Dakikalar, saatler veya günler sürebilen bir zaman diliminde kişi eski kimliğini tamamen unutarak yeni bir kimlik edinip karmaşık işler yapabilir. Süreç sonunda eski kimliğine dönen kişi genelde bu süreçte yaşamış olduklarına tamamen amneziktir (183). Genel toplumda sıklığı yaklaşık %0,2 olduğu tahmin edilmektedir (182).

- 3- Disosiyatif kimlik bozukluğu (kimlik çözülmesi bozukluğu): Bu bozuklukta iki ya da daha fazla belirgin kimlik hali veya bir baskın kimlik (possession) deneyimi ve tekrar eden unutkanlık periyotları görülür. Bu durum kimi kültürlerde cin çarpması olarak tanımlanır. Ayrıca bu bozuklukta çocuk sesi, ağlama sesi, ruhani bir varlığın sesi duyulduğu söylemine sık rastlanır.

Disosiyasyon içeren eylem ve konuşmalar, intruzif düşünce, duygu ve dürtüler görülebilir. Kişiden beklenmeyen tavır ve tercihler, kişinin kendine ait olmadığını hissettiği davranışlar olabilir. Diğer disosiyatif tablolar (derealizasyon, depersonalizasyon, disosiyatif füğ...) bu bozukluğa eşlik edebilir. Zaman zaman fonksiyonel nörolojik belirtiler gözlemlenebilir (13). Etiyolojide en çok suçlanan etken çocukluk çağı travmalarıdır (172, 181). Türkiye’de yapılan bir çalışmada toplumdaki sıklığı %1,1 oranında saptanmıştır (180).

4- Tanımlanmış diğer bir çözülme bozukluğu: Yedi örnek içermektedir. [1] Kimlik çözülmesi bozukluğuna benzer fakat tanı kriterlerini tam karşılamayan süregelen ve tekrarlayıcı karışık çözülme belirtileri, [2] yoğun düşünce baskısına ikincil olarak ortaya çıkan çözülme durumu (beyin yıkama), [3-4] biri bir aydan kısa süreli, diğeri karışık çözülme belirtilerine ve psikotik belirtilere sahip iki akut tablo, [5-6-7] tek belirtiyeye sahip üç disosiyatif tablo; disosiyatif trans, disosiyatif stupor ya da koma ve ganser sendromu (13).

5- Tanımlanmamış çözülme bozukluğu: işlevselliği etkileyecek boyutta olup, herhangi bir tanı için kriterleri tam olarak karşılamayan disosiyatif durumlarda kullanılır.

Konumuz olan bipolar affektif bozukluk ve disosiyasyonun ilişkisine bakacak olursak; bipolar bozukluğu olan hastalarda disosiyatif belirtilerin bulunması durumunda planlama, karar verme, sorun çözme, önemli bilgileri hatırlama, duyguları ve duygular arasındaki bağlantıları anlama, günlük hayattaki olayların durumların içeriğini kavrama ve süreçleri yönetme gibi işlevsel iyileşmeye aracılık eden öğelerde bozulma görülmektedir (17). Yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarında psikolojik disosiyasyon puanları kontrollerden daha yüksek saptanmıştır. Yine aynı çalışmada bipolar bozukluğun başlangıç yaşının erkene kaymasıyla disosiyasyonun şiddetinde artma olduğu görülmüştür (184).

2.5.Aleksitimi

2.5.1. Aleksitimi Kavramı- Tarihçesi

Aleksitimi; a(yok), lexis(söz), thymos(duygu) kelimelerinden müteşekkil yunanaca kökenli bir kavram olup Türkçe'ye “duygular için söz yokluğu” olarak tercüme edilmiştir (185). Şahin, aleksitimi kavramı için “duygular için söz yokluğu” kavramı yerine “duygusal ahrazlık” kavramının kullanılmasını önermiştir. Buna gerekçe olarak da aleksitimik bireylerin duygularına karşı sadece dilsiz olmadıkları aynı zamanda duygularına karşı sağır olduklarını söyler (186).

İlk kez 1972’de Sifneos tarafından kullanılmadan önce de aleksitimi kavramı farklı şekillerde ifade edilmiş fakat genelde psikosomatik hastalıklarla ilişkilendirilmiştir. 1948 yılında Ruesch analitik terapiler sırasında psikosomatik hastaların duygu ve problemlerini sözel veya sembolik olarak ifade edemeyip bedensel tepkilerle ortaya koyduklarını fark etmiş, bu durumu “çocuksu kişilik” olarak isimlendirmiştir (187). Maclean 1949’da psikosomatik hastaların duygularını söze dökmedeki güçlüğü, duyguların hipotalamustan geçerek neokortekse ulaşmadığı ve amigdalada takılıp kaldığı şeklinde yorumlamıştır (188). 1954’te Feedman ve Sweet duygusal yaşantılarını fark edemeyen psikosomatik hastaları “duygu cahilleri” olarak isimlendirmişlerdir. Fransız psikanalistlerden Marty ve Milzan, psikosomatik hastalarda aleksitimik özellikler olarak tanımladığımız belirtileri (fantezi kısıtlılığı, duygusal yaşamda kısıtlılık, pratik- faydacı düşünme, hayal kurma ve sözel ifade güçlüğü) tespit etmişlerdir (189).

1968 yılında yapılan bir çalışma ile post travmatik stres bozukluğu ve bağımlılığı olan hastalarda da aleksitimik özelliklerin gösterilmesiyle bu durumun sadece psikosomatik hastalıklarla ilişkili bir belirti olmadığı gündeme gelmiştir (188). Daha sonra yapılan çalışmalarda aleksitiminin sağlıklı bireylerde de görülen bir durum olduğu ortaya konulmuştur (190).

2.5.2. Epidemiyoloji

Toplumda aleksitimi sıklığını ölçen çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymuşlardır. Aleksitimi sağlıklı popülasyonda %6,7-18,8 arasında değişen değerlerde görülmektedir (191). Bu değişkenliğin nedeni, bazı araştırmacılar tarafından savunulan aleksitiminin sosyal bir fenomen olduğu ve kültürler arası farklılıklar gösterdiği savı olabilir (192, 193). Ülkemizde sağlıklı popülasyonla yapılan bir çalışmada Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden yüksek puan alanların oranı %16,7, Irvine Aleksitimi Ölçeği'nden yüksek puan alanların oranı %3,4, her iki ölçekten de yüksek puan alanların oranı ise %5,6 olarak bulunmuştur (194). Bu çalışmada da görüldüğü gibi, kullanılan farklı ölçme araçları aleksitiminin toplumdaki sıklığını belirlemede farklı sonuçlar alınmasına neden olmaktadır.

Yapılan bir çalışmada aleksitiminin genel popülasyonda görülme sıklığı %23, öğrenciler arasında ise %17 olduğu görülmüştür (195). Yine başka bir çalışmada erkeklerin %9,4'ünün, kadınların %5,2'sinin aleksitimik özellikler gösterdiği tespit edilmiştir (196).

2.5.3. Aleksitimi İle Psikopatoloji İlişkisi

Saariaho ve arkadaşlarının bir çalışmasında aleksitimik bireylerin depresyon düzeyleri normal popülasyondan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (197). Çelikel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sendromik seviyede depresyonu olan bireylerin aleksitimi düzeyleri sağlıklı bireylerden yüksek bulunmuştur (198). Yapılan bir çalışmada depresyona eşlik eden aleksitiminin psikiyatrik tedaviye cevap verdiği gözlenmiştir. Bu durum aleksitiminin depresyonun bir sonucu olabileceğini akla getirmektedir (199).

Literatürde bipolar affektif bozuklukta aleksitimi düzeyini inceleyen çok az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. BAB depresif epizoddaki olgularla yapılan bir çalışmada aleksitimi düzeyi kontrol gurubundan yüksek, unipolar depresyon olgularıyla benzer bulunmuştur (200). BAB hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada bipolar bozukluğu olan hastaların aleksitimi puanları kontrol gurubundan anlamlı ölçüde yüksek çıktığı tespit edilmiştir (183).

2.5.4. Klinik Belirtiler

Sifneos aleksitimikleri, toplumda yabancı, hatta başka bir dünyadan gelmiş izlenimi veren, günlük yaşamda düşünebilir, anlatabilir ve ilişki kurabilirken kendi duyguları ile düşünceleri arasında bağ kurup ayırt etmekte ve bunları ifade etmekte sorun yaşayan bireyler olarak tanımlamıştır (201). Aleksitimik bireylerin insanlar tarafından donuk, katı, duygusuz, sıkıcı olarak algılandığı görülmüştür (202). Taylor aleksitimik kişilik özelliklerini dört başlık altında toplamıştır. Bunlar;

- 1- Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökmede güçlük.
- 2- Düşlem azlığı ve hayal kurmada kıstlılık
- 3- İşlemsel düşünme eğilimi
- 4- Dış merkezli, uyum sağlamaya yönelik bilişsel yapı (203).

2.5.4.1.Duyguları Fark Etme, Ayırt Etme ve Söze Dökmede Güçlük

Duyguların tanınmasında ve tanımlanmasında sıkıntı yaşanması aleksitimik bireylerin en belirgin özelliğidir. Bu bireylerden duygularını ifade etmeleri istendiğinde “duygu” kelimesini anlamadıkları izlenimi alınır. Duygularını somut ve derinlikten uzak kelimelerle anlatmaya çalışırlar; “rahatsızım, kendimi iyi hissetmiyorum...” veya bedensel tepkilerle ifade ederler; “gerginim, nefesim daralıyor...”. Duyguları ayırt etmede de zorlandıklarından birçok duyguyu tek bir ifadeyle anlatmaya çalışırlar ve bu ifade genelde bir bedensel belirti olur. Dolayısıyla bu bireylerin konuşmaları tekrarlayıcı bir şekilde bedensel yakınmalar ile doludur (189).

Aleksitimik bireylerden yaşadıkları olumsuz bir olay karşısındaki duyguları anlatması istendiğinde, olay ve düşünceleri hakkında kapsamlı ve detaylı bilgi verirken pek az duygularından bahsettikleri görülür. Ayrıca ne zaman duygularından ne zaman düşüncelerinden bahsettiklerinin ayrımını yapamadıkları gözlenmiştir (187). Aleksitimik kişiler çevresindeki insanlarla uyum içinde yaşıyor gibi görülseler de bunun yalancı bir normallik olduğu, ruhsal gerçekleriyle uyumlu olmadığı, kendilerinin daha mekanik bir hayat sürdükleri bilinmektedir (204).

Kısaca; aleksitimik kişiler, gündelik yaşamda ilişki kuran, düşünen, paylaşan fakat duygularını bedensel algılardan ayırt edip, duygu ve düşünce arasındaki farkları belirleyip ifade etmede güçlük yaşayan bireylerdir (190).

2.5.4.2.Düşlem Azlığı ve Hayal Kurmada Kısıtlılık

Duygusal derinliğin az olduğu aleksitimik bireyler düşlem yeteneği konusunda da kısıtlı kabiliyete sahiptir, yani hayal güçleri zayıftır. Çok nadir olarak hayal kurarlar ve bunuda zaman kaybı olarak algırlar. Kurulan bu hayaller de gerçeklik sınırları içinde olup, tutku ve özlemleri silik bir biçimde yansıtır. Duyguların ifadeye yer bulduğu hayallerden kaçınırlar. Hatta bu bireylerin yetişkin yaşamında hiç hayal kuramadıkları iddia edilmektedir (205). Hayal kurma becerisindeki bu zorluk, yaratıcı olmalarına engel teşkil etmektedir. Eylem ve düşünceler daha çok dış uyaranlar doğrultusunda şekillenir. Bu ise kişiye ayrıntılara önem verme ve işlemsel düşünme açısından avantaj sağlamaktadır (201).

Aleksitimik patern bireyin rüyalarına da yansır. Görülen rüyaların temaları daha çok günlük olaylarla ilişkili ve somut niteliktedir. Rüyalar çok nadir hatırlanır.

2.5.4.3.İşlemsel Düşünme Eğilimi

Aleksitimik özellikteki bireyler duygusal yaşantılarındaki yetersizliğe rağmen çevreleriyle uyum içinde yaşayabilmektedirler. İç dünyalarına ait karmaşalardan uzak, mekanik ve pragmatik bir düşünce yapısına sahip olduklarından sorunlar karşısında somut ve kestirme çözümler bulabilirler (203). İlişkilerde yaşadıkları sorunların temelinde yatan duygusal etmenleri ve çatışmaları görmez, sadece yüzeysel nedenlerle ilgilenirler. Problemi kısa yoldan çözmeye, aynı problemi tekrar yaşamamak için alınması gereken önlemlere odaklanırlar (206). Bu özellikler aleksitimiklerin sosyal uyumu yüksek bireyler olmasını sağlar.

2.5.4.4.Dış Merkezli, Uyum Sağlamaya Yönelik Bilişsel Yapı

Aleksitimik kişiler mekanik, faydacı ve uyum sağlamaya yönelik bir düşünme tarzına sahip olduklarından daha çok dışa dönük kişilik yapılarıyla tanınmaktadırlar.

İç etkenler, duygular geri planda olduğundan dış dünya ile olan ilişkilerine daha çok dış uyaranlar yön verir. Aleksitimikler uyum için gösterdikleri istek ve çabadan dolayı çevrelerinde sorunsuz, uyumlu kişiler olarak bilinirler (203).

Aleksitiik bireylerde bu dört özelliğin dışında ikinci derecede önemli başka özelliklerde tanımlanmıştır:

- 1- Aleksitimik bireyler katı ve duygusuz olarak algılanırlar. Duygularını yüzlerinden anlamak zordur.
- 2- Nadiren ağlarlar. Fakat bazı öfke, üzüntü veya keder anlarında aşırı düzeyde ağlama görülebilir.
- 3- Bağımlı olma eğilimleri vardır. Tutum ve davranışlarında dışa bağımlı olduklarından çevresel ayrıntıları önemserler.
- 4- Düşünmeden hareket etme eğiliminde olup hassas değildirler.
- 5- Zekalarını daha çok duygularından kaçmak için kullanırlar.
- 6- Kendilerini sıradan, zayıf ve aciz gösterme çabaları vardır. Bununla beraber gergin, katı kurallı, aynı konu üzerinde tekrarlayıcı konuşma gibi özelliklere sahiptirler (194).

Aleksitimik bireylerde; narsistik, psikosomatik, pasif-agresif ve pasif-bağımlı kişilik özellikleri görülebilmektedir (201).

2.5.5. Aleksitiminin Kuramsal Alt Yapısı

Aleksitimiği açıklamaya yönelik birçok yaklaşımdan bahsedilebilir. Bunlardan bazıları;

- a- Psikanalitik yaklaşım
- b- Nörofizyolojik- genetik yaklaşım
- c- Sosyal öğrenme- davranışçı yaklaşım

d- Bilişsel yaklaşım

2.5.5.1.Psikanalitik yaklaşım

Freud'a göre bir uyarıcının sözel olarak ifade edilebilmesi için bilinç dışından çıkıp bilinç düzeyine ulaşması gerekir. Bilinç dışında olup sözel olarak ifade edilemeyen duygular çatışma, gerilim ve beden diliyle anlatım bulur. Bu örüntü aleksitimiklerin durumuna benzetilmektedir (207).

McDougal'a göre, erken dönem anne çocuk ilişkisindeki olumsuzluklar çocuğun anne imgesini ve içsel temsilleri oluşturmamasına ve sonraki yaşantısında hayal kurma yeteneğinden mahrum kalmasına neden olur. Bu durum gerçek benliğin oluşumunu engellemekte, içgüdülerin sözel ifadesini zorlaştırarak aleksitimiye zemin oluşturmaktadır (204).

Wolff'a göre özellikle ebeveyn tarafından çocuğa duygusal anlamda yapılan baskı ve karmaşalar, çocuğun duygularını yaşayamamasına, tanıyamamasına, ifade edememesine neden olmaktadır (208).

Çocuğun hayatının ilk dönemlerinde duygularını bedensel olarak ifade ettiğini, gelişimle beraber duyguların farklılaşıp bedensellikten çıkarak sözel ifadelere dönüştüğünü söyleyen Krystal, aleksitimikleri yaşadıkları yıkıcı ilişki veya olumsuz olaylar nedeniyle gelişimini sağlıklı tamamlayamamış, duygusal gelişimin ilk dönemine saplanmış ya da gerilemiş olan bireyler olarak tanımlamaktadır (18).

2.5.5.2.Nörofizyolojik- Genetik Yaklaşım

Aleksitiminin etiyolojisine yönelik iki önemli nörofizyolojik açıklama vardır. Bunlardan ilki komissurotomili hastalarda aleksitimik özelliklerin fark edilmesiyle ortaya çıkmıştır. Bu görüşe göre; aleksitimi sağ ve sol beyin yarım küreleri arasındaki iletim disfonksiyonuna bağlı ortaya çıkan bir durumdur (187). Diğer nörofizyolojik açıklamaya göre ise; limbik sistemde oluşan duygusal uyarıların çeşitli sebeplerden dolayı neokortekse ulaşamayıp bilinçli duygusal yaşantılara dönüştürülememesi aleksitimik özelliklere neden olmaktadır (202).

Sınırlı sayıda örneklem ile yapılan bir çalışmada, tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerinden alkesitimik özellikler açısından daha çok örtüşen sonuçlar vermesi, aleksitiminin genetik bir yönünün de olabileceğini akla getirmektedir (209).

2.5.5.3.Sosyal Öğrenme- Davranışçı Yaklaşım

Bu kuram, insan davranışının sosyal ortamda öğrendikleriyle oluştuğu düşüncesine dayanmaktadır (190). Kişinin iletişim biçimini, aile içinde ve sosyal çevrede öğrendiklerinin duygusal karşılıkları oluşturur. Duyguların sözel ifadesi bazı toplumlarda sağlıklılık ve olgunluk göstergesiyken, özellikle bir kısım doğu toplumlarında hoş karşılanmadığı bilinmektedir. Bu durum bazı toplumlarda aleksitimi oranının daha fazla olmasını açıklamaktadır. Yapılan bir çalışmada düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip, gelişmemiş toplumlarda aleksitimi düzeyi daha yüksek saptanmıştır (190).

Bireyin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamdaki öğrenme sonucu aleksitimik özellikler oluşur (207). Örneğin; cinsiyet rollerindeki sosyal öğrenme farkları sonucu erkekler kızlara göre bazı alanlarda daha az empatik ve bununla ilişkili olarak da daha fazla aleksitimik özellikler geliştirmektedirler. Bu durum epidemiyolojik çalışmalara da yansımaktadır.

2.5.5.4.Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel kurama göre doğumdan itibaren deneyim ve öğrenme yoluyla elde edilen temel düşünce ve inanç sistemleri “şema” adı verilen bazı varsayımları ve genellemeleri oluşturur. Bu bilişsel yapı algıları biçimlendirmede ve yorumlamada kullanılır (210). Duyguları bilişsel öğelerle açıklayan bilişsel yaklaşım, duyguların oluşumunda duygularla ilişkili dışsal ve içsel uyarıcıları yorumlama, anlamlandırma, beklenti oluşturma gibi bilişsel unsurların birincil görev üstlendiğini savunur (202). Bu bağlamda kuram, aleksitiminin gelişim döneminde oluşturulan bozuk ve fonksiyonel olmayan bilişsel süreçlerden kaynaklandığını söyler.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Çalışma Grubunun Seçimi

Bu çalışmaya Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran, ayaktan tedavi ve takipleri sürdürülen, DSM-5 kriterlerine göre bipolar affektif bozukluk tip I tanısı konmuş, yapılan klinik değerlendirme ve uygulanan ölçekler neticesinde (Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği) remisyonda olduğu tespit edilen 19'u kadın, 21'i erkek toplam 40 hasta ve yaş, cinsiyet yönünden benzer toplam 40 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir.

3.1.1. Hastaların Çalışmaya Dahil Edilebilme Ölçütleri

1. 18-65 yaşları arası olmak,
2. DSM-5 kriterlerine göre bipolar affektif bozukluk tip I tanısı almış olmak
3. Yapılan klinik değerlendirme ve uygulanan ölçeklere (Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği) göre remisyonda olmak,
4. Okur-yazar olmak,
5. Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak
6. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek
7. Ciddi fiziksel ya da nörolojik hastalığın olmaması,
8. Ek psikiyatrik hastalık ve mental retardasyonun olmaması.

3.1.2. Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Alma ve Dışlama Ölçütleri

1. 18-65 yaş arasında olmak,
2. Okur-yazar olmak,
3. Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak,
4. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek,
5. Ciddi fiziksel ya da nörolojik hastalığın olmaması,
6. Psikiyatrik hastalık ve mental retardasyonun olmaması.

3.2.Gereçler

1. Demografik soru formu,
2. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASS-21)
3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS)
4. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28)
5. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (ECR-II)
6. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20)
7. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)
8. Somatoform Disosiyasyon Ölçeği (SDQ)

3.2.1. Demografik soru formu:

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastalığın başlangıç yaşını, kaç atak geçirdiklerini, aile öykülerini değerlendirmek için kullanılan form olup görüşmeci tarafından uygulanmıştır.

3.2.2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS):

1970’li yıllarda manik durumun şiddetini ölçmeye yönelik ölçekler geliştirilmeye başlanmıştır. Young ve arkadaşları ise mani derecelendirme ölçeğini (Young Mani Derecelendirme Ölçeği-YMRS) 1978 yılında geliştirmişlerdir. Oluşturulan birçok ölçeğe rağmen, günümüzdeki klinik değerlendirmelerde ve araştırmalarda manik durumun şiddetini ölçmeye yönelik en yaygın olarak kullanılan ölçek Young Mani Derecelendirme Ölçeği’dir. Bu ölçek her biri beş şiddet derecesi içeren 11 maddeden oluşur. İletişime girilmesi güç olan hastaların daha iyi ayırt edilebilmesi için 5., 6., 8. ve 9.maddelere iki kat ağırlık verilmiştir. Ülkemizde Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (211, 212).

3.2.3. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ-21):

Lovibond ve Lovibond tarafından 1995 yılında ilk defa 42 soruluk formu oluşturulmuştur (213). Daha sonra 1998 yılında Antony ve arkadaşları tarafından ölçeğin 21 soruluk formu geliştirilmiştir. Klinik ve klinik olmayan örnekleme her

biri 7 maddeden oluşan anksiyete, depresyon ve genel stres boyutlarını inceleyen bir öz bildirim ölçeğidir (214).

3.2.4. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği(CTQ-28):

Çocukluk ve ergenlikteki örselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik Bernstein ve arkadaşları (215) tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin 28 ve 53 soruluk iki versiyonu bulunmaktadır. Bu çalışmada 28 soruluk form kullanılmıştır. CTQ-28, 28 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. 5 alt boyut: Fiziksel istismar (8,9,10,14 ve 16. maddelerin puanlarının toplamı), Fiziksel İhmal (1,3,5,15 ve 28. maddelerin puanlarının toplamı), Duygusal istismar (2,7,13,17 ve 24. maddelerin puanlarının toplamı), Duygusal ihmal (4,6,12,18 ve 27. maddelerin puanlarının toplamı) ve Cinsel istismar (19,20,22,23 ve 26. maddelerin puanlarının toplamı) şeklindedir. Ayrıca 3 minimizasyon-inkar sorusu bulunmaktadır. Ölçme aracının Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği Şar, Öztürk (216) tarafından yapılmıştır.

3.2.5. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-2 (ECR-II):

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ilk kez 1998 yılında Brennan ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (217). Bağlanmaya ilişkin kaygı ve bağlanmaya ilişkin kaçınma olmak üzere iki boyutlu bir ölçektir. 2000 yılında tepki kuramı temelinde değiştirilerek Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-2 oluşturulmuştur. Geliştirilen bu bağlanma ölçeğinin daha yüksek ölçüm duyarlılığına sahip olacağı, ölçülen bağlanma stillerinin sürekliliği ve istikrarı hakkında daha güvenilir sonuçlar alınacağı öngörülmüştür. YIYE-2, YIYE gibi her boyutun 1'den 7'ye kadar derecelendirilmiş Likert tipi 18 maddede incelendiği kaçınan bağlanma ve kaygılı bağlanma olmak üzere iki boyuttan oluşur. 19 madde YIYE ile ortak iken 17 maddesi farklıdır. Her bir alt boyuttan alınan puan 18 ila 126 arasında değişmekte ve ölçekten alınan puan arttıkça kaçınmacı bağlanma ya da bağlanma kaygısının arttığı söylenmektedir. Farley ve arkadaşları simülasyon analizleri ile bu ölçeğin diğer bağlanma ölçeklerinden daha yüksek ölçüm duyarlılığına sahip olduğunu göstermişlerdir (218).

ECR-II boyutsal bir ölçek olup sadece bireyin bir gruba atanarak değil, her iki boyuttan aldığı puan doğrultusunda değerlendirmesini sağlamaktadır. Bu doğrultuda regresyon ve korelasyon analizleri için imkan sağlamaktadır. Bu iki boyutun değerlendirilmesi neticesinde de katılımcılar kategorize edilebilmektedir. Her iki ölçekten düşük puan alanlar güvenli, her iki ölçekten yüksek puan alanlar korkulu, sadece kaygılı bağlanma boyutundan yüksek puan alanlar saplantılı, sadece kaçınan bağlanma boyutundan yüksek puan alanlar kayıtsız olarak sınıflandırılırlar. Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Selçuk, Günaydın tarafından yapılmıştır (219).

3.2.6. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20):

Bu ölçek, 1985 yılında Taylor ve arkadaşları tarafından 26 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeği olarak geliştirilmiştir (220). Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-26) sonradan, tekrar yapılandırılmış ve yirmi soruya indirilmiştir ve TAS-20 olarak adlandırılmıştır (221). 20 soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği’nin üç alt boyutlu vardır. Bunlar; a. Duygularını tanımada güçlük

- b. Duygularını ifade etmede güçlük
- c. Dışa dönük düşünme

Ölçeğin; duyguları tanıma güçlüğü alt boyutunda 7 madde (1, 3, 6, 7, 9, 13,14), duyguları ifade etme güçlüğü alt boyutunda 5 madde (2, 4, 11, 12, 17) ve dışa dönük düşünce alt boyutunda 8 madde (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20) bulunmaktadır (222). Ölçek, likert tipi bir ölçme aracı olup, kişilerden “Hiçbir zaman” [1], “Nadiren” [2], “Bazen”[3], “Sık sık”[4] ve “Her zaman”[5] seçeneklerinden kendilerine uyan maddeyi işaretlemesi istenir.

Ölçek puanı bu maddelerin puanlarının toplanmasıyla hesaplanır. Ancak bu maddelerden bazıları ters (4., 5., 10., 18. ve 19. maddeler) çevrilerek puanlamaya katılır. Ölçeğin kesme puanı 61 olarak hesaplanmıştır, 61 ve üzerinde puan alan kişiler aleksitimik olarak kabul edilmektedir. Ölçek birçok kez uyarlama çalışmalarından geçmiş ancak ilk olarak dilimize uyarlama çalışması 1990 yılında Dereboy tarafından yapılmıştır (187).

3.2.7. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES):

Bu ölçek 1986 yılında Bernstein ve Putnam tarafından geliştirilmiştir. Carlson ve arkadaşları tarafından 1993'te güncellenmiştir. Kırktan fazla dile çevrilmiş olan bu ölçek 1999 yılında Şar ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilmiş olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çoklu çalışmalarda DES'in yüksek iç sinama-tekrar sinama güvenilirliği katsayılarına sahip olduğu görülmüştür. Ölçek 28 maddeden oluşmaktadır ve her bir maddesi için denekler 0-100 arasında puanlama yapmakta, alınan toplam puanların ortalaması hesaplanarak sonuç elde edilmektedir. DES toplam puanıyla disosiyasyon seviyesi belirlenirken üç alt ölçeği sayesinde absorbsiyon (soğurma), amnezi ve depersonalizasyon/derealizasyon puanları da ayrı ayrı hesaplanabilmektedir (223).

Çeşitli çalışmalarda farklı kesme puanları kullanılsa da "Receiver Operating Characteristics" (ROC) yöntemini kullanan birçok çalışmada disosiyasyonun patolojik seviyelerinin tanımlanmasında duyarlılığın ve özgünlüğün en yüksek olduğu kesim noktası 30 ya da daha yüksek bir DES skoruna karşılık gelmektedir.

Waller ve arkadaşları 1995'te 28 soruluk Disosiyatif Yaşantılar Ölçeğinin 3,5,7,8,12,13,22 ve 27. maddelerini içeren kısaltılmış bir patolojik disosiyatif yaşantılar ölçeği önermişlerdir. Bu sekiz madde doğrudan olası Disosiyatif Amnezi, Dissosiyatif Füg ve Disosiyatif Kimlik Bozukluğunun taranması için kullanılan sorulardan oluşmaktadır. Oluşturulan bu modele disosiyasyonun takson modeli adı verilir. DES-T değerlendirme açısından daha duyarlı sonuçlar vermesine rağmen güvenilirliği DES kadar yüksek değildir (184).

3.2.8. Somatoform Disosiyasyon Ölçeği (SDQ):

Nijenhuis ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilen kendini değerlendirme türündeki bu ölçek toplam 20 sorudan oluşmaktadır (224). Her bir madde [1] hayır, [2] biraz, [3] orta derecede, [4] çok, [5] tam olmak üzere 5 puan üzerinden değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Şar, Kundakçı tarafından yapılmıştır (225). Ortalama toplam puanı 40 ve üzerinde olanlarda dissosiyatif bozukluk bulunma olasılığı yüksektir.

3.3.Uygulama

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Psikiyatri Polikliniğinde Bipolar Affektif Bozukluk tanısı ile takip edilmekte olan ve halen ötimik evrede olan hastalardan gönüllü olanlar çalışmaya alındı. BAB tanısı olan hastaların öncelikle klinik olarak remisyonda olup olmadıklarına bakıldı. Ayrıca çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlamış oldukları gözden geçirildi. Remisyonda olan hastalara çalışmayı yapan hekim tarafından çalışmanın konusu, amacı ve içeriği hakkında bilgi verildi ve bilgilendirilmiş onam formları alındı. Sonrasında Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS) ve Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASS-21) ile hastaların remisyonda olduğu teyid edildi.

Yaş ve cinsiyet yönünden BAB hastaları ile benzer sağlıklı gönüllüler seçildi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Psikiyatri Polikliniğinde muayeneleri yapılarak DSM-5'e göre herhangi bir psikiyatrik hastalık tanı kriterlerini karşılamadıkları teyid edildi. Ayrıca çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlamış oldukları gözden geçirildi. Kontrol grubuna da çalışmayı yapan hekim tarafından çalışmanın konusu, amacı ve içeriği hakkında bilgi verildi ve bilgilendirilmiş onam formları alındı.

Tüm olgulara, çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak, klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak hazırlanan, sosyodemografik bilgileri ve atak sayısı, hastalık başlangıç yaşı gibi klinik verileri içeren yarı yapılandırılmış demografik veri formu uygulandı. Sonrasında Çocukluk Çağı Travma Ölçeği(CTQ-28), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20), Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Somatoform Disosiyasyon Ölçeği (SDQ), Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-2 (ECR-II) olmak üzere beş öz bildirim ölçeği uygulandı.

3.4.İstatistiksel Değerlendirme

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastalık başlangıç yaşı, geçirilen atak sayıları, SDQ, DES ve alt testleri, DES-T, CTQ beş boyutu, ECR-II iki boyutu, TAS-20 ve alt testleri puanları “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 13.0” istatistik paket programına girildi. Öncelikle

tanımlayıcı istatistikler Anova ve Ki-kare analizi ile hesaplandı. Hastalık başlangıç yaşı, geçirilmiş manik epizod sayısı, geçirilmiş depresif epizod sayısı ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon katsayısı hesaplanarak ortaya konuldu. BAB hasta grubu ile sağlıklı kontrol grupları arasında ölçek farkları One-Way Anova yöntemi ile belirlendi. Çoklu lojistik regresyon analizi kullanılarak ele alınan değişkenlerin BAB hastalığına yakalanma risk düzeylerindeki artışa etkisi elde edildi. Hesaplamalarda istatistiksel anlamlılık düzeyi $p \leq 0.05$ olarak alındı.



4. BULGULAR

4.1.Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Psikiyatri polikliniğine başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre BAB tanısı konulan, çalışma ölçütlerini karşılayan 40 BAB hastası ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 40 Sağlıklı gönüllü olmak üzere 80 kişi alındı. Örneklemen sosyodemografik özellikleri Tablo-2 de özetlenmiştir.

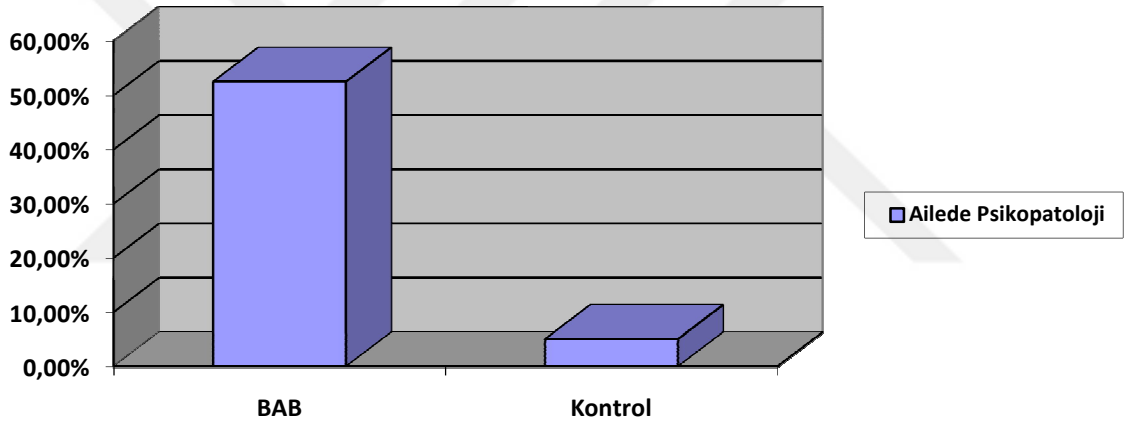
Tablo 2: Demografik özelliklerin dağılımı

		BAB ortalama		Kontrol ortalama			
Yaş		33.13±9.94		33.70±10.18		F(1,78) = 0.065	P=0.799
		BAB		Kontrol			
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	19	47.50	19	47.50	$\chi^2(1) = 0.000$	P=1.000
	Erkek	21	52.50	21	52.50		
Medeni Durum*	Evli	21	52.50	25	62.50	$\chi^2(1) = 0.818$	P=0.366
	Bekar	19	47.50	15	37.50		
Eğitim Durumu	İlkokul	10	25.00	7	17.50	$\chi^2(3) = 1.666$	P=0.645
	Ortaokul	4	10.00	2	5.00		
	Lise	7	17.50	9	22.50		
	Üniversite	19	47.50	22	55.00		
Ailede Psikopatoloji		21	52.50	2	5.00	$\chi^2(1) = 22.029$	P<0.001

*3 dul, 2 boşanmış katılımcı bekar kategorisinde değerlendirilmiştir.

Yaş ortalaması BAB hasta grubunda 33,13(SS±9,94) olup kontrol grubunda 33,70(SS±10,18)'dir. Çalışmaya katılanlar içinde en düşük yaş 18 olup en yüksek yaş 54'tür. Çalışmaya alınana BAB tanılı bireyler ile kontrol grubundaki bireylerin

cinsiyet oranları eşit olup %47,50'si (n:38) kadın, %52,50'si (n:42) erkektir. Örneklem %36,25'i(n:29) bekar, %57,50'si (n:46) evli, %3,75'i (n:3) dul, %2,50'si (n:2) boşanmıştır. Medeni durum açısından hasta grubu ve kontroller arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Katılımcıların birçoğu yüksekokul mezunu (%51,25, n:41), %20'si (n:16) lise mezunu, %7,50'si (n:6) ortaokul mezunu, %21,25'i (n:17) ilkokul mezunudur. BAB ve kontrol grubunun eğitim durumları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hasta grubunda 21 (%52,50), kontrol grubunda ise 2 (%5) olmak üzere 23 katılımcının (%28,75) birinci derece akrabasında psikopatoloji saptanmıştır. Hasta grubunun birinci derece akrabalarında psikopatoloji görülme oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,001$). Bu fark şekil-1 de gösterilmiştir.



Şekil 1: Ailede Psikopatoloji Görülme Oranların Karşılaştırılması

4.2.Hasta Grubunun Klinik Özellikleri

Geçirilen manik atakların ortalaması $3,05\pm2,34$, depresif atakların ortalaması ise $5,03\pm4,77$ düzeyindedir. BAB'ta hastalığın başlangıç yaşı ortalama $22,28\pm7,26$ olarak saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Hasta Grubunun Klinik Özellikleri

	Ortalama	Standart Sapma
Manik Atak	3.05	2.34
Depresif Atak	5.03	4.77

Hastalığın Başlangıç Yaşı	22.28	7.26
----------------------------------	-------	------

4.3.Hasta ve Kontrol Gruplarında DES (Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği), SDQ (Somatoform Disosiyasyon Anketi) Puanlarının Değerlendirilmesi.

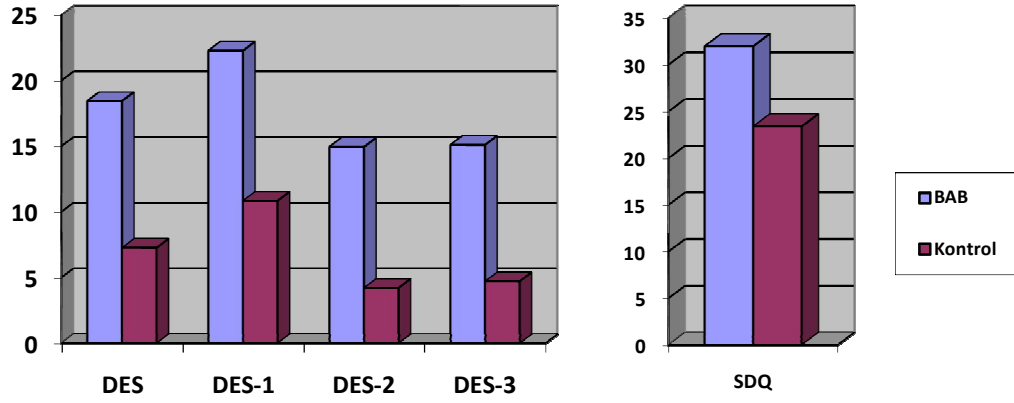
DES'in kesme puanı 30 olarak belirlenmiş olması dolayısıyla hasta ve kontrol grubunda 30 ve üstünde DES puanları alanların karşılaştırması yapıldı. Kontrol grubunda 1 kişide patolojik disosiyasyon saptanırken, hasta grubunda 8 kişide patolojik disosiyasyon saptandı. DES taxon modeline göre yapılan hesaplamada ise kontrol grubunda 1, hasta grubunda 6 kişide patolojik düzeyde disosiyasyon tespit edildi.

SDQ'nun kesme puanı 35 olarak belirlenmesinden yola çıkarak hasta ve kontrol grubunda 35 ve üstünde SDQ puanları alanların karşılaştırması yapıldı. Kontrol grubunda 2 kişide somatoform disosiyasyon saptanırken, hasta grubunda 11 kişide somatoform disosiyasyon saptandı (Tablo 4).

Tablo 4: Hasta ve Kontrol Gruplarında Kesme Değerine Göre DES, SDQ karşılaştırması

		BAB		Kontrol		
		n	%	n	%	
Patolojik Disosiyasyon	DES>30	8	20.00	1	2.50	LRT χ^2 (1) = 6.889 P=0.009
DES Taxon	DES>0.90	6	15.00	1	2.50	LRT χ^2 (1) = 4.305 P=0.038
SDQ	SDQ>35	11	27.50	2	5.00	χ^2 (1) = 7.440 P=0.006

Kontrol ve hasta gruplarının ortalama disosiyasyon puanları 7,25±9,49 ile 18,43±16,35 olarak belirlendi. Her iki grubun DES alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldı. Absorbsiyon alt ölçeğinde kontrol grubu 10,83±13,35, hasta grubu 22,27±18,53; amnezi alt ölçeğinde kontrol grubu 4,19±8,06, hasta grubu 14,94±16,92; depersonalizasyon/derealizasyon alt ölçeğinde kontrol grubu 4,69±8,51, hasta grubu 15,09±15,73 olarak tespit edildi. SDQ ortalama puanları ise hasta gurupta 31,98±14,75, kontrol gurubunda 23,40±4,49 olarak saptandı (şekil 2).



Şekil 2: SDQ, DES ve Alt Ölçeklerinin (DES-1: absorbsiyon, DES-2: amnezi, DES-3: depersonalizasyon/derealizasyon) Karşılaştırılması.

Hem kesme puanı ile yapılan karşılaştırmalarda hem de SDQ, alt ölçek ve toplam DES puanlarıyla yapılan karşılaştırmalarda hasta grubunun puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5: BAB ile Kontrol Gurubunun SDQ, DES ve Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

	BAB ortalama	Kontrol ortalama	F(1,78)	P	η^2
DES	18.43±16.35	7.25±9.49	13.978	<0.001	0.152
Absorbsiyon	22.27±18.53	10.83±13.35	10.034	0.002	0.114
Amnezi	14.94±16.92	4.19±8.06	13.166	0.001	0.144
Depersonalizasyon/ Derealizasyon	15.09±15.76	4.69±8.51	13.541	<0.001	0.148
SDQ	31.98±14.75	23.40±4.49	12.368	0.001	0.137

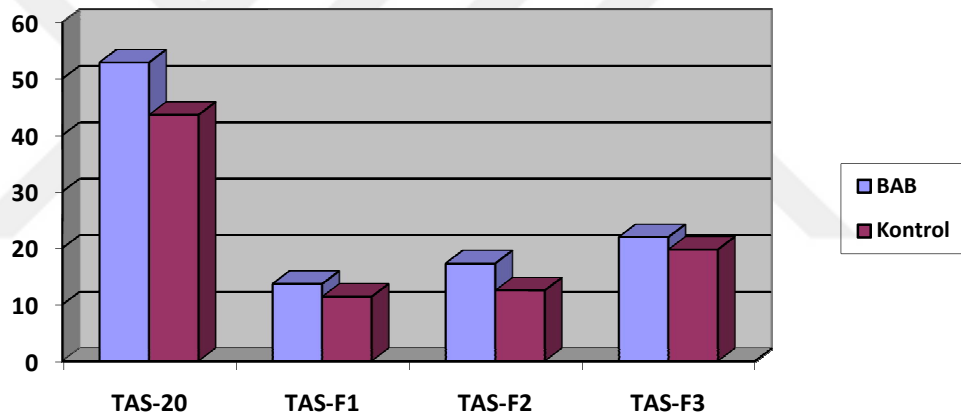
4.4.Hasta ve Kontrol Gruplarında TAS-20 (Toronto Aleksitimi Ölçeği) puanlarının değerlendirilmesi.

TAS-20'nin kesme puanı 61 olarak belirlenmiş olması dolayısıyla hasta ve kontrol grubunda 61 ve üstünde TAS-20 puanları alanların karşılaştırması yapıldı. Kontrol grubunda 3 kişide şiddetli aleksitimi saptanırken, hasta grubunda 13 kişide şiddetli aleksitimi saptandı (Tablo 6).

Tablo 6: Hasta ve Kontrol Gruplarında Kesme Değerine Göre TAS-20 karşılaştırması

		BAB		Kontrol			
		n	%	n	%		
Şiddetli Aleksitimi	TAS- 20>61	13	32.50	3	7.50	$\chi^2(1) = 7.813$	P=0.005

Kontrol ve hasta gruplarının ortalama aleksitimi puanları $43,58 \pm 12,32$ ile $52,85 \pm 12,90$ olarak belirlendi. Her iki grubun TAS-20 alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldı. Duyguları tanımada güçlük alt ölçeğinde kontrol grubu $11,38 \pm 4,38$, hasta grubu $13,65 \pm 5,05$; duyguları söze dökmede güçlük alt ölçeğinde kontrol grubu $12,48 \pm 5,67$, hasta grubu $17,28 \pm 7,21$; dışa dönük düşünme alt ölçeğinde kontrol grubu $19,73 \pm 4,47$, hasta grubu $21,93 \pm 4,32$ olarak tespit edildi (Şekil 3).

**Şekil 3:** TAS-20 ve Alt Ölçeklerinin (TAS-F1: duyguları tanımada güçlük, TAS-F2: duyguları söze dökmede güçlük, TAS-F3: dışa dönük düşünme) Karşılaştırılması.

Hem kesme puanı ile yapılan karşılaştırmalarda hem de alt ölçek ve toplam TAS-20 puanlarıyla yapılan karşılaştırmalarda hasta grubunun puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7: TAS-20 ve Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

	BAB ortalama	Kontrol ortalama	F(1,78)	P	η^2
TAS-20	52.85±12.90	43.58±12.32	10.817	0.002	0.122
TAS-F1	13.65±5.05	11.38±4.38	4.628	0.035	0.056

TAS-F2	17.28±7.21	12.48±5.67	10.958	0.001	0.123
TAS-F3	21.93±4.32	19.73±4.47	5.004	0.028	0.060

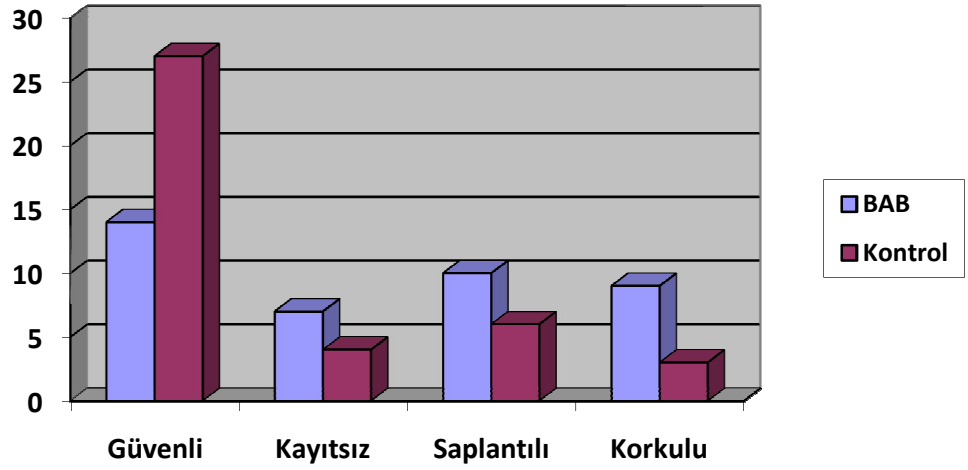
4.5.Hasta ve Kontrol Guruplarında Bağlanma Stilleri Puanlarının Değerlendirilmesi

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri 2 ile bağlanma stilleri araştırılan BAB hastalarında kaygılı bağlanma puan ortalamaları 66,83±20,02, kaçınan bağlanma puan ortalamaları 58,88±21,92 olarak hesaplandı. Kontrol gurubunda ise kaygılı bağlanma puan ortalamaları 50,72±20,05, kaçınan bağlanma puan ortalamaları 47,75±19.25 olduğu görüldü. Hasta gurubuyla kontrol gurubu arasında hem kaygılı bağlanma boyutu hem de kaçınan bağlanma boyutu açısından anlamlı fark olduğu tespit edildi (Tablo 8).

Tablo 8: ECR-II Puanlarının Karşılaştırılması

ECR-II	BAB ortalama	Kontrol ortalama	F(1,78)	P	η^2
Kaygılı Bağlanma	66.83±25.02	50.72±20.05	10.085	0.002	0.114
Kaçınan Bağlanma	58.88±21.92	47.75±19.25	5.817	0.018	0.069

Kaygılı bağlanma puanları ve kaçınan bağlanma puanları yorumlanarak katılımcılar güvenli, kayıtsız, saplantılı ve korkulu olmak üzere dört bağlanma stili içinde değerlendirildi. Hasta grubunda 14 kişinin güvenli, 7 kişinin kayıtsız, 10 kişinin saplantılı, 9 kişinin korkulu bağlanma stiline sahip olduğu gözlenmiştir. Kontrol gurubunda ise bağlanma stillerinin dağılımları; 27 kişide güvenli, 4 kişide kayıtsız, 6 kişide saplantılı, 3 kişide korkulu şeklindedir (Şekil 4).



Şekil 4: Hasta ve Kontrol Gruplarında Bağlanma Stillerinin Karşılaştırılması

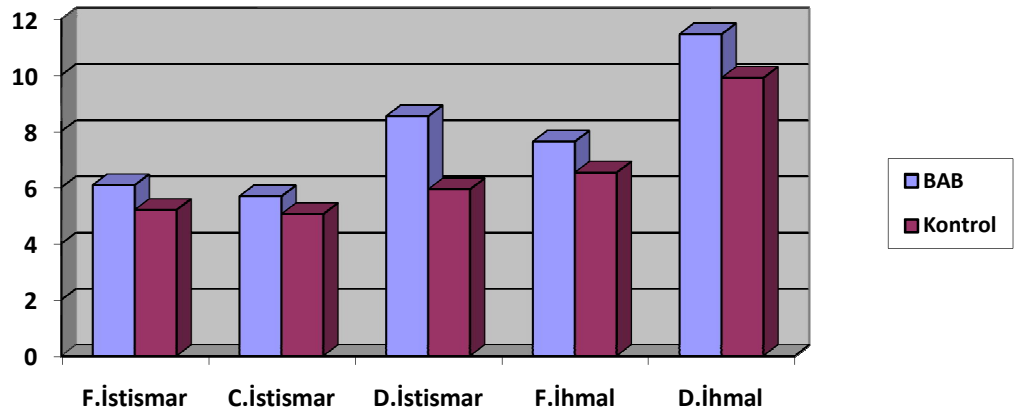
Yapılan istatistiksel analizde, hasta grubu ve sağlıklı kontroller arasında bağlanma stillerinde anlamlı fark saptanmıştır. Sağlıklı kontrollerde güvenli bağlanma stili daha sık görülürken hasta grubunda kayıtsız, saplantılı ve korkulu bağlanma stilleri daha sık gözlemlendi. (Tablo 9)

Tablo 9: Hasta ve Kontrol Gruplarında Bağlanma Stili Dağılımlarının Karşılaştırılması

	BAB		Kontrol		
	n	%	N	%	
Güvenli Bağlanma	14	35.00	27	67.50	$\chi^2(3) = 8.940$ P=0.030
Kayıtsız Bağlanma	7	17.50	4	10.00	
Saplantılı Bağlanma	10	25.00	6	15.00	
Korkulu Bağlanma	9	22.50	3	7.50	

4.6. Hasta ve Kontrol Gruplarında CTQ (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği) puanlarının değerlendirilmesi.

BAB hastalarının ve kontrol grubunun CTQ puanları fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve fiziksel, duygusal ihmal olmak üzere 5 kategoride incelendi ve karşılaştırmaları yapıldı (Şekil 5).



Şekil 5: BAB hastalarının ve kontrol grubunun CTQ puanları karşılaştırması

BAB hastaları ve kontrol grubu arasında “CTQ Emosyonel İhmal, Fiziksel İhmal” skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. BAB hastalarında fiziksel istismar, cinsel istismar ve duygusal istismar oranları sağlıklı kontrollere göre anlamlı ölçüde daha yüksek görüldü. (Tablo 10)

Tablo 10: CTQ Puanlarının Karşılaştırılması

	BAB ortalama	Kontrol ortalama	F(1,78)	P	η^2
Fiziksel İstismar	6.08±1.89	5.20±0.88	7.060	0.010	0.083
Cinsel İstismar	5.68±1.70	5.05±0.32	5.223	0.025	0.063
Duygusal İstismar	8.53±3.99	5.93±1.58	14.713	<0.001	0.159
Fiziksel İhmal	7.63±3.06	6.53±1.87	3.765	0.056	0.046
Duygusal İhmal	11.45±4.60	9.90±3.59	2.819	0.097	0.035

4.7.Korelasyon Analizleri

Hasta grubunda BAB’un başlangıç yaşı, depresif epizod sayısı ve manik epizod sayısı ile DES, SDQ, TAS-20, ECR-II, CTQ puanlarının korelasyonuna bakıldı (Tablo 11).

Tablo 11: Korelasyon Analizleri

	Başlangıç Yaşı	Depresif Epizod Sayısı	Manik Epizod Sayısı
DES	-0.20	0.60	0.29

SDQ	-0.24	0.58	0.31
TAS-20	-0.03	0.45	0.28
ECR-II			
Kaygılı Bağlanma	-0.23	0.15	-0.11
Kaçıngan Bağlanma	-0.32	0.08	-0.12
CTQ			
Fiziksel İstismar	-0.32	0.25	0.17
Cinsel İstismar	-0.11	0.03	0.02
Duygusal İstismar	-0.19	0.53	0.19
Fiziksel İhmal	0.03	0.67	0.53
Duygusal İhmal	-0.18	0.36	0.22

Not: P<0.05; P<0.01

Erken başlangıçlı bipolarite ile çocukluk çağı fiziksel istismarı ve kaçıngan bağlanma puanları arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu görüldü. BAB başlangıç yaşı ile DES, SDQ, TAS-20, anksiyöz bağlanma puanları, fiziksel istismar harici diğer çocukluk çağı istismar ve ihmal puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

BAB'ta depresif epizod sayısı ile DES, SDQ, TAS-20, çocukluk çağı duygusal istismar puanı, çocukluk çağı fiziksel ve duygusal ihmal puanları arasında pozitif yönde bir korelasyon saptandı. Bağlanma stilleri ve çocukluk çağı fiziksel, cinsel istismar puanları ile geçirilen depresif epizod sayısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi.

Geçirilmiş manik epizod sayısı ile çocukluk çağı fiziksel ihmal puanları arasında pozitif korelasyon saptanırken diğer skalalar için anlamlı bir ilişki tespit edilmedi.

4.8. Regresyon Analizleri

Bağımlı değişken olarak BAB alındı ve bağımsız değişkenlerin (sosyodemografik veriler, DES ve 3 alt ölçeği, SDQ, TAS-20 ve 3 alt ölçeği, ECR-II kaygılı bağlanma ve kaçıngan bağlanma alt ölçekleri, CTQ'nun 5 alt ölçeği) hangilerinin bağımlı değişken için kısmi risk faktörü olduklarına bakıldı. (Tablo 12)

Tablo 12: Lojistik Regresyon Analizleri

	P	OR	95%	Güven Aralığı
Yaş	0.270	0.937	0.834-	1.052
Cinsiyet	0.367	2.741	0.307-	24.483
Medeni Durum	0.967	1.051	0.101-	10.887
Eğitim Durumu	0.229	0.559	0.217-	1.442
Ailede Psikopatoloji	0.003	102.169	4.596-	2271.255
DES				
Absorbsiyon	0.018	0.852	0.747-	0.973
Amnezi	0.262	1.090	0.938-	1.266
Depersonalizasyon/Derealizasyon	0.243	1.147	0.911-	1.445
SDQ	0.724	0.968	0.807-	1.160
TAS-20				
Duyguları Tanımada Güçlük	0.746	0.951	0.700-	1.291
Duyguları Söze Dökmede Güçlük	0.130	0.790	0.582-	1.072
Dışa Dönük Düşünme	0.157	1.185	0.937-	1.498
ECR-II				

Kaygılı Bağlanma	0.991	1.000	0.943-	1.061
Kaçınan Bağlanma	0.255	0.969	0.918-	1.023
CTQ				
Fiziksel İstismar	0.124	0.356	0.096-	1.327
Cinsel İstismar	0.184	5.031	0.464-	54.605
Duygusal İstismar	0.012	2.923	1.262-	6.771
Fiziksel İhmal	0.868	1.042	0.640-	1.696
Duygusal İhmal	0.822	1.032	0.782-	1.363

***Not:** Anlamalı istatistiksel veriler koyu renkle yazılmıştır.*

Kısmi risk analizinde, birinci derece akrabada psikopatoloji bulunması ve çocukluk döneminde duygusal travmatik deneyim yaşamak BAB için anlamalı yordayıcılar olarak tespit edildi. Buna karşın absorbsiyon, BAB ile negatif ilişkili görüldü.

5. TARTIŞMA

Yaptığımız bu çalışmada Bipolar Affeektif Bozukluk (BAB) hastalarında bağlanma stillerinin, çocukluk çağı travmalarının, disosiyatif yaşantıların, aleksitimi düzeylerinin değerlendirilmesi ve kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızda hasta grubunun kontrol grubuna göre güvensiz bağlanma oranları anlamlı derecede yüksek bulundu. Ülkemizde BAB ve sağlıklı gönüllüler ile yapılan benzer bir çalışmada, verilerimizle paralel olarak hasta grupta güvensiz bağlanmanın sağlıklı bireylerden daha sık, kaçınan bağlanma ve kaygılı bağlanma biçimi puanlarının sağlıklı bireylerinkinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (120). Morris ve arkadaşları 2009 yılında yayınladıkları çalışmalarında, BAB'ta güvensiz bağlanma biçiminin iyilik, manik ve depresif dönemler boyunca kararlılığını koruduğunu ve sağlıklı olgularinkinden daha yüksek olduğunu saptamışlardır (5). Verilerimiz ve verilerimizi destekleyen diğer çalışmaların sonuçlarıyla Gilbert ve arkadaşlarının BAB hastalarının ötimik dönemde sağlıklı kontrollerden daha bağımlı olmadıkları yönündeki bulgusu çelişiyor gibi görülmektedir (116). Fakat Gilbert ve arkadaşlarının çalışmasında bağlanma biçimi özgün olarak değerlendirilmemiştir. Ayrıca buradaki bağımlılığın bağlanma ile ne kadar örtüştüğü net değildir.

Çalışmamızda hasta grubunun %35'inin güvenli bağlanma stiline sahip olduğu görülürken %17,50'sinin kayıtsız, %25'inin saplantılı, %22,50'sinin korkulu bağlanma stiline sahip olduğu tespit edildi. Bu durum bize BAB hastalarında güvenli bağlanma oranlarının çok düşük olduğunu göstermektedir. Kökçü ve Kesebir farklı bir ölçek (Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ)) kullanarak, farklı bir örneklem grubunda BAB hastalarında güvenli bağlanma oranını %29 olarak saptayarak BAB hastalarının büyük çoğunluğunun güvensiz bağlanma stiline sahip olduğunu ifade etmişlerdir (120). Bu veriler Bowlby'nin, güvensiz bağlanma biçiminin daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olduğu, güvenli bağlanma ise sağlıklı süreçlerle ilişkili olduğu çıkarımını destekler niteliktedir (72).

Güvensiz bağlanma ile yardım arama davranışı arasında olumsuz bir ilişkiden bahsedilir (226). Ayrıca bağlanma biçiminin tedavi ekibi ile kurulacak terapötik işbirliğini belirlemesi nedeniyle de klinik süreci etkileyebilmektedir. Joyce BAB hastalarıyla yaptığı çalışmada zayıf ebeveyn ilişkisinin hastalık yinelemeleri ve zayıf tedavi uyumu ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür (227). Kökçü ve Kesebir çalışmalarında, BAB hastalarından güvensiz bağlanan olgular arasında ağır şiddette epizod geçirme ile hastaneye yatış sayısının daha fazla olduğunu ve bu grupta doğum sonrası başlangıç, mevsimsel gidiş, depresyon-mani-iyilik tarzında seyir, ani başlangıç ve bitiş şeklindeki dönem örüntüsünün daha sık bulunduğunu tespit etmişlerdir (120). Buna karşın Morris ve arkadaşları bağlanma stili ile atak şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır (5). Bizim çalışmamızda ise BAB kliniği ile ilişkili olarak değerlendirilen; hastalığın başlangıç yaşı ile kaçınan bağlanma skorlarının arasında pozitif korelasyon görülürken, geçirilmiş depresif epizod ve geçirilmiş manik epizod sayısı ile bağlanma stili arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Çalışmamızda Kökçü ve Kesebir'in, Morris ve arkadaşlarının bulguları arasında çelişen veri yoktur. Joyce çalışmasında, manik ve depresif epizod sayısı ile bağlanma arasında anlamlı ilişki olmadığı bulgumuza karşın zayıf ebeveyn ilişkisi ile hastalık yinelemelerinin ilişkili olduğunu savunmuştur. Fakat Joyce'un çalışmasında bağlanma biçimi özgün olarak değerlendirilmemiştir (227).

Çalışmamızda hasta grubu ve kontrol grubu arasında güvensiz bağlanma biçimleri içinde en büyük fark korkulu bağlanma stilinde göze çarpmaktadır. Bu bağlanma örüntüsünde bakım verenlerin korkutucu, tehdit edici ve disosiyatif nitelikte davranışlar içinde oldukları gözlenmiştir (102). Yine çalışmamızda BAB hastalarının birinci derece yakınlarında psikopatoloji görülme oranı %52 olarak saptanmıştır ki; bu oran kontrol grubunun 10,5 katıdır. BAB'un genetik yönü de dikkate alındığında BAB hastalarının ebeveynlerinde, özellikle de annelerinde klinik veya subklinik psikiyatrik belirtilerin olması korkulu bağlanma stilinin gruplar arasında bu denli farklı çıkmasının bir nedeni olabilir.

BAB ve güvensiz bağlanma biçimi arasındaki ilişki net olarak görülmekle birlikte, yaptığımız regresyon analizleri sonucu bağlanma stilinin bipolaritede

yordayıcı olamayacağı yönündedir. Fakat güvensiz bağlanma biçiminin ve BAB'un birbirlerini karşılıklı ve çift yönlü olarak olumsuz etkiledikleri yorumu yanlış olmayacaktır.

Bağlanma teorisi, çocuk ve ebeveyn arasında kurulan duygusal bağın çocuğun kişilik gelişimi ve davranışsal organizasyonu üzerinde önemli etkileri olduğunu ve bu süreçte ebeveynin istismar ve ihmal edici davranışlarının psikopatoloji etiyolojisine katkıda bulunduğunu ifade etmiştir (6, 7, 8). Bağlanma teorisinin bu çıkarımına binaen çalışmamızda diğer bir araştırma konusu olarak çocukluk çağı travmaları ile BAB arasındaki ilişkiyi inceledik.

Erişkin yaşta psikiyatrik hastalık görülme oranının, çocukluk çağında ihmal veya istismara uğramak ile arttığı bilinmektedir (10). Dolayısıyla psikiyatri hastalarında normal kontrol grubuna kıyasla çocukluk çağı travmalarına sık rastlanılmaktadır (150). Birçok çalışmada psikiyatrik hastalıkların çocukluk çağındaki travmalar ile ilişkili olduğu saptanmış olsa da BAB ile birlikteliğini araştıran az sayıda kontrollü çalışma mevcuttur. BAB hastalarıyla yaptığımız çalışmamızda sağlıklı kontrol grubuna göre çocukluk çağı travma puanları anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. Literatürdeki çalışmalar da verilerimiz destekler nitelikte olup BAB hastalarında çocukluk çağı travmaları popülasyonun geneline göre daha fazla bir oran teşkil etmektedir (228, 229, 165). Genel olarak bu oranın %45-%68 arasında değiştiği, (161, 230, 231, 162, 163, 164) çocukluk çağında ortaya çıkan stres faktörleri daha genel olarak değerlendirildiğinde ise %80'lere ulaştığı görülmektedir (232).

Çalışmamızda BAB hastalarında çocukluk çağı travma türlerinin dağılımına bakacak olursak, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında en anlamlı fark duygusal istismar alanındadır. Bunu sırasıyla fiziksel istismar ve cinsel istismar oranları takip etmektedir. Fiziksel ve duygusal ihmal puanlarında kontrol grubuna kıyasla anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Şimdiye kadar ki yayınlarda belirtilen çocukluk çağı travması ve travma alt tipleri oranları arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bunun nedeni istismar kavramının farklı tanımlanması, farklı örnek grupları kullanılması, bölgesel ve kültürel farklılıklar ve sosyal stigmatizasyon olabilir. Ayrıca mağdurun istismarın olası tehditlerinden korkması, istismarcıyı koruma isteği, olay nedeniyle utanç duyması, kendisine inanılmayacağı düşüncesi gibi nedenlerden dolayı cinsel istismar vakalarının ancak %15'inin bildirilmesi de bir etken olarak görülmektedir (140).

Garno ve arkadaşlarının BAB hastalarıyla yapmış oldukları bir çalışmada duygusal istismar oranının %37, fiziksel istismar oranının %24, duygusal ihmal oranının %24, fiziksel ihmal oranının %12 olduğu bulunmuştur (162). Ülkemizde yakın tarihte yapılan bir çalışmada, BAB olan hastalarda duygusal istismar %26.7, fiziksel istismar %25.9 olarak tespit edilirken, cinsel istismar (bir yabancı tarafından %11.2, aile içi %9.5) %20.7 olarak bulunmuş, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal birlikte değerlendirilmiş ve %39.7 olarak saptanmıştır (164). Garno'nun çalışmasında fiziksel ve duygusal ihmallerin diğer çocukluk çağı travması türlerine kıyasla daha az oranda görülmesi dikkat çekmektedir (162). Erten ve arkadaşlarının çalışmasında da duygusal ve fiziksel ihmallerin bir arada değerlendirilmesi duygusal ve fiziksel ihmallerle ilişkili verimiz hakkında yorum yapmayı daha güçleştirmektedir (164). Literatürdeki birçok çalışmanın ise ihmalleri ve istismarları ayrı kategorilerde incelemeyi görmekteyiz.

Yukarıda bahsettiğimiz gibi, çalışmamızda kontrol grubuna göre BAB hastalarında en çok anlamlı fark duygusal istismar puanlarında görülmektedir. Hatta yaptığımız lojistik regresyon analizi sonucunda duygusal istismarın BAB'un yordayıcılarından olabileceği sonucuna varılmıştır. Garno ve arkadaşlarının çalışmasında da duygusal istismar oranı %37 ile diğer çocukluk çağı travma çeşitlerinden daha yüksek bulunmuştur (162). Benzer şekilde Erken ve arkadaşlarının 2014 yılında, Hariri ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışmalarda BAB olgularında en sık görülen çocukluk çağı istismarının duygusal istismar olduğu ifade edilmiştir (164, 233).

Çocukluk çağı travmaları ile BAB'un bu denli ilişkili görülmesinin nedeni, erken yaşam stresinin nörobiyolojik değişikliklere sebep olması ve bunun da psikopatoloji riskini artırması olabilir (165). Çocukluk çağı travmaları sadece BAB'a yatkınlık oluşturmakla kalmaz aynı zamanda hastalığın seyrini de olumsuz yönde etkiler. Travmaya sekonder oluşan psikiyatrik hastalıkların tedaviye daha dirençli oldukları ve travma öyküsünün olması bazı psikiyatrik hastalıkların prognozunu olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (11).

Çalışmamızda BAB hastalarında çocukluk çağı travmatik deneyimleri ile erken hastalık başlangıç yaşı, geçirilen depresif epizod sayısı ve geçirilen manik epizod sayısı ilişkili bulunmuştur. Fiziksel istismar puanları erken başlangıçlı hastalık oranlarıyla pozitif korelasyon gösterdi. Duygusal istismar, fiziksel ve duygusal ihmal puanları ile geçirilmiş depresif epizod sayıları koreleydi. Fiziksel ihmal puanları yüksek olanların daha fazla manik epizod geçirmiş oldukları gözlemlendi. Verilerimizle paralel olarak, yapılan birçok çalışmada BAB hastaları içinde çocukluk çağı travması olanlar ve olmayanlar karşılaştırılmış; çocukluk çağı travması olan BAB hastalarının olmayanlara göre daha erken hastalık başlangıcı olduğu, hastalığın daha çok hızlı döngülü olduğu, daha fazla sayıda manik ve depresif epizod yaşadığı, daha fazla sayıda intihar girişimlerinin olduğu ve alkol-madde bağımlılığı/kötüye kullanımı gibi psikiyatrik hastalıkların ve durumların daha fazla eşlik ettiği görülmüştür (232, 234, 229, 235, 166).

Klinik ve normal popülasyonda yapılan birçok çalışmada farklı travma çeşitlerinin yüksek düzeyde disosiyasyona neden olduğu tespit edilmiştir (174). Hariri ve arkadaşlarının çalışmasında BAB hastalarında çocukluk çağı travmaları ile disosiyasyon arasında pozitif korelasyon gösterilmiştir (233). Literatürde depresyon ve disosiyasyonun ilişkisini doğrulayan (236, 237) birçok çalışma varken BAB ile disosiyasyon ilişkisini inceleyen 3 (184, 233, 238) çalışma bulunmaktadır. Hal böyle olunca çalışmamızda BAB hastalarında travmayla doğrudan ilişkisi gösterilmiş olan disosiyasyon kavramını da inceledik.

Çalışmamızda BAB grubunun DES den aldığı ortalama puanlar kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, BAB hastalarında sağlıklı gönüllülere göre daha belirgin ve şiddetli disosiyatif yaşantılar olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda bu durumu destekleyen bir başka bulgu da DES ortalama puanları, kesme puanı olan 30 ve yukarısında çıkmış olanların oranının, kontrol grubundakilere göre belirgin olarak yüksek bulunmuş olmasıdır. DES taxon modeliyle yapılan değerlendirmede de yine diğer bulgularımızla paralel olarak patolojik disosiyasyona sahip bireyler BAB grubunda anlamlı olarak daha fazla görüldü.

Latalova ve arkadaşlarının 2011 yılında BAB hastalarıyla sağlıklı kontrollerin disosiyatif semptomlar açısından karşılaştırıldığı benzer bir çalışmada DES puanları, 30 kesme puanına göre patolojik disosiyasyon oranları ve DES taxon modeline göre patolojik disosiyasyon oranları değerlendirilmiştir. Çalışma sonucu verilerimizi destekler nitelikte DES puanları ve patolojik disosiyatif belirtiler gösteren kişilerin ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde BAB grubunda daha yüksek bulunmuştur (184).

Çalışmamızda absorbsiyon, amnezi, derealizasyon /depersonalizasyon olmak üzere DES'in 3 alt boyutunun BAB ile ilişkisi incelenmiş, her 3 alt ölçek puanları kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Literatürde BAB'ta DES alt ölçeklerinin incelendiği tek bir çalışmaya rastlanılmaktadır. Bu çalışmada da kontrol grubuyla karşılaştırma yapılmamış olup, Derealizasyon/depersonalizasyon ve amnezi alt ölçekleri bir boyut, absorbsiyon alt ölçeği diğer bir boyut olarak incelenmiştir (233). Sonuç olarak bu çalışmada hastalık süresi ile derealizasyon/depersonalizasyon ve amnezi alt boyutu ilişkili bulunurken bizim çalışmamızda disosiyasyon ile hastalık süresi ilişkisine bakılmamıştır. Yine başka bir çalışmada BAB hastalarında yapısal klinik görüşme (Depersonalization–Derealization Spectrum (SCI-DER)) ile depersonalizasyon oranları değerlendirilmiş ve DES ile değerlendirilen disosiyasyon puanlarıyla korele olduğu tespit edilmiştir (238).

Çalışmamızda SDQ ile somatik disosiyasyon puanları incelendi ve BAB grubunda anlamlı derecede yüksek bulundu. Bu bulgumuz BAB hastalarında disosiyatif belirtilerin daha sık görüldüğünün bir başka destekleyicisidir. Literatürde BAB hastalarında somatik disosiyasyonu inceleyen başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

DES, DES alt skalaları ve SDQ ile yapmış olduğumuz değerlendirmelerde BAB ile disosiyasyon arasında ciddi bir ilişki olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda SDQ ve DES puanları ile BAB hastalığının erken başlangıç yaşı ile anlamlı korelasyon saptanmazken Latalavo ve arkadaşları çalışmalarında patolojik disosiyasyon ile erken hastalık başlangıcı arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamışlardır (184). Benzer şekilde Mulla ve arkadaşları, Hariri ve arkadaşları da disosiyatif semptomlar ile BAB erken başlangıcı arasında ilişki olduğunu ifade etmişlerdir (238, 233). Fakat bu çalışmalar disosiyasyonun mu erken hastalık başlangıcına neden olduğu yoksa hastalık erken başlangıcının mı disosiyasyona neden olduğunu açıklamaktan uzaktır.

BAB'ta geçirilen her bir duygudurum epizodunun hastalığın yineleme riskini artırdığı ve seyrini kötüleştirdiği bilinen bir gerçektir (239, 240). Literatürde disosiyasyonun psikiyatrik hastalıkların seyrini ve prognozu doğrudan veya dolaylı olarak olumsuz yönde etkilediğine dair çalışmalar mevcuttur (14, 15, 16). Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızda da geçirilmiş depresif epizod sayısı ile DES ve SDQ puanları arasında pozitif korelasyon gözlenmiştir. Bu durumda BAB'a eşlik eden disosiyatif belirtilerin hastalığın seyrini olumsuz etkileyerek daha çok depresif epizoda neden olduğu düşünülebilir. Depresyon ile disosiyasyonun ilişkisini inceleyen çalışmalar da göz önüne alındığında, daha çok depresif epizod geçiren kişilerin disosiyasyon puanlarındaki artış nedeni; geçirilmiş depresif ataklardır, yorumu da yapılabilir. Bu durumu tam olarak açıklamak için BAB'un seyri ve disosiyasyon ilişkisini, depresyon ve disosiyasyon arasındaki ilişkiyi birlikte inceleyecek daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Aleksitimi kavramının tanımlanmasıyla farklı yönleriyle incelenmiş ve depresif bozukluklar, somatoform bozukluklar, anksiyete bozuklukları, şizofreni, somatizasyon, disosiyasyon gibi çeşitli psikiyatrik durumlar ve hastalıklar ile ilişkisi ortaya koyulmuştur (241-245). Buna karşın literatürde BAB ile aleksitimi ilişkisini inceleyen az sayıda çalışmaya rastlanılmaktadır.

Literatürde aleksitiminin sağlıklı popülasyonda %6,7-18,8 arasında değişen değerlerde görüldüğü bildirilmektedir (191). Sağlıklı gönüllüler açısından bulgularımız literatürle uyusmaktadır.

Çalışmamızda BAB grubunun TAS-20 den aldığı ortalama puanlar kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, BAB hastalarında sağlıklı gönüllülere göre daha belirgin ve şiddetli aleksitimik belirtilerin olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda bu durumu destekleyen bir başka bulgu da TAS-20 ortalama puanları, kesme puanı olan 61 ve yukarısında çıkmış olanların oranının, kontrol grubundakilere göre belirgin olarak yüksek bulunmuş olmasıdır. Ayrıca TAS-20'nin alt ölçekleri olan duyguları tanıma, duyguları söze dökme, dışa dönük düşünme alt skalalarında TAS-20 toplam puanlarıyla tutarlı olarak hasta grubuyla kontrol grubu arasında anlamlı ölçüde fark saptandı. Bu bulgu neticesinde BAB hastalarında aleksitimik özelliklere her yönüyle daha sık rastlanıldığı görülmüştür.

Karayağız ve arkadaşlarının 2016 yılında BAB depresif epizod, unipolar depresyon ve sağlıklı kontrol gruplarıyla yaptıkları bir çalışmada, bulgularımızı destekler nitelikte BAB depresif epizod ve unipolar depresyon gruplarında aleksitimi oranları kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (200).

Rybakowski ve arkadaşları, profilaktik lityum tedavisi kullanan BAB I, BAB II ve unipolar depresyon olgularını dahil ettikleri bir çalışmada aleksitimi puanlarının genel toplum ortalamasından farklılık arz etmediğini ifade etmişlerdir (246). Bu çalışmada kontrol grubunun bulunmaması çalışma için bir kısıtlılıktır. Ayrıca toplumda aleksitimi sıklığını ölçen çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymuşlardır. Bu değişkenliğin nedeni, bazı araştırmacılar tarafından savunulan,

aleksitiminin sosyal bir fenomen olması ve kültürler arası farklılıklar göstermesi olabilir (192, 193). Dolayısıyla Rybakowski'nin, çalışmasında genel toplum ortalaması derken hangi çalışmayı esas aldığı açık değildir. Buna ek olarak bu çalışmada Schalling-Sifneos Kişilik Ölçeği (SSPS) kullanılmıştır. Çalışmalarda kullanılan ölçeklere göre de aleksitimi oranlarının farklılık arz ettiği görülmektedir. Örneğin; ülkemizde sağlıklı popülasyonla yapılan bir çalışmada Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden yüksek puan alanların oranı %16,7, Irvine Aleksitimi Ölçeği'nden yüksek puan alanların oranı %3,4, her iki ölçekten de yüksek puan alanların oranı ise %5,6 olarak bulunmuştur (191). Sonuç olarak çalışmamız ile Rybakowski'nin çalışması arasındaki çelişkinin, Rybakowski'nin çalışmasında kontrol grubunun olmaması, verilerini kıyaslamış olduğu toplumun farklılık arz etmesi veya esas aldığı çalışmada kullanılan ölçek farklılıklarından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

BAB hastalarında aleksitimik özellikler ile hastalık başlangıç yaşı ve geçirilmiş manik epizod sayısı arasında bir ilişki bulunmazken, geçirilmiş depresif epizod sayısı ile anlamlı kolerasyon gözlenmiştir. Bu durumda aklımıza BAB ile aleksitimi arasındaki ilişkinin aslında BAB'un doğasında var olan depresyon ile aleksitimi ilişkisini mi yansıttığı sorusu gelmektedir.

Karayağız ve arkadaşlarının çalışmasında BAB depresif epizod ile unipolar depresyon arasında aleksitimi oranları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (200). Bu durum sorumuzu kısmen haklı çıkarmaktadır.

Çelikel ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, hastalık boyutunda depresyonu olan olguların aleksitimi düzeylerinin kontrollerden yüksek olduğu bulunmuştur (198). Bu ve bunun gibi birçok çalışmada depresyon düzeyi ile aleksitimi düzeyi arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmada ise depresyon hastalarında gözlenen aleksitiminin depresyonun tedavisi ile azaldığı saptanmıştır (199). Bu durumda; aleksitimi, depresyonun bir sonucu olarak da düşünülebilir.

Bizim çalışmamızda hastaların remisyonda olması dolayısıyla aleksitimi oranlarında bir değişme beklenmemektedir. Fakat Karayağız ve arkadaşlarının çalışmasında BAB depresif epizod ve unipolar depresyon hastalarının depresyon düzeylerinin azalmasıyla aleksitimi oranlarında düşme olup olmayacağı, eğer bu oran da azalma olursa hangi grupta ne kadar azalma olacağı bilinmemektedir. Çünkü, literatürde depresyon şiddeti ile aleksitiminin bağımsız olarak ilişki gösterdiğini bildiren çalışmalarda mevcuttur (247). Yapılan başka bir çalışmada, aleksitimik olguların depresyon düzeylerinin aleksitimik olmayan bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (197). Tüm bu çalışmalara bakacak olursak depresyon ile aleksitimi arasında çift yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. BAB hastalarının bu ilişkiden ne ölçüde etkilendiği tam olarak anlaşılmamıştır.

Çalışmanın geneline bakacak olursak, aldığımız örnekleme kadın ve erkek oranlarının hemen hemen eşit olduğu (her grup için 19/21) görülecektir. BAB'un görülme sıklığının her iki cinsiyette eşit olduğu göz önüne alındığında BAB örneklem grubunun cinsiyet yönünden toplumu yansıttığı söylenebilir. Yine hasta ve kontrol gruplarında cinsiyetlerin ve yaşların birebir aynı olması, eğitim durumu ve medeni durum gibi diğer sosyodemografik veriler açısından gruplar arasında anlamlı fark olmaması, çalışmaya dahil edilen bireylerin ek tıbbi ve psikiyatrik hastalıklarının olmaması çalışmamızın güçlü yönlerindendir. Bunun yanında çalışmamızın görece küçük ölçekli bir çalışma olması, hasta grubunun ilaç kullanıyor olması ve bu ilaçların yan etkilerinin verilerimizi etkileme ihtimali, çalışmamızda özbildirim ölçeklerinin kullanılması ve klinisyen müdahalesi olmadan doldurulmuş ölçeklerin güvenilirliğinin yapılandırılmış formlara göre daha düşük seviyede olması çalışmamızın kısıtlılıkları olarak değerlendirildi.

6. SONUÇLAR

1. DES ortalama ve 3 alt ölçeğinin her birisinin puanları BAB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derece yüksek bulunmuştur. Ayrıca hasta grubunda DES ortalaması kesme puanı olan 30 ve üzerinde puan alanların oranı, kontrol grubundaki orandan anlamlı olarak yüksektir. DES taxon modeliyle yapılan hesaplamada da BAB grubunda patolojik disosiyasyonu olan bireylerin oranı anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.
2. TAS-20 nin toplam puanı ve üç alt ölçeğinin puanları BAB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derece yüksek bulunmuştur. Ayrıca hasta grubundaki aleksitimik bireylerin oranı, kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
3. SDQ toplam puanı BAB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Ayrıca hasta grubunda SDQ ortalaması kesme puanı olan 35 ve üzerinde puan alanların oranı, kontrol grubundaki orandan anlamlı olarak yüksek olduğu gözlenmiştir.
4. CTQ nun istismar alt ölçek(fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar) puanları BAB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derece yüksek bulunurken, ihmal alt ölçeklerinde(fiziksel ihmal, duygusal ihmal) anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
5. ECR-II de anksiyöz bağlanma puanları ve kaçınan bağlanma puanları BAB hastalarında normal kontrollere göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Hasta grubunda kontrol grubuna göre güvensiz bağlanma stilleri daha yüksek olarak tespit edilmiştir.
6. BAB'ta erken hastalık başlangıç yaşı ile kaçınan bağlanma boyutu puanları ve çocukluk çağı fiziksel istismar puanları pozitif yönde korele bulunurken,

bakılan diğerk parametreler ile hastalık başlangıç yaşı arasında ilişki gözlenmemiştir.

7. BAB'ta geçirilmiş depresif atak sayısı arttıkça disosiyatif ve aleksitimik belirtilerin arttığı gözlenmiştir. Ayrıca çocukluk çağı travmatik yaşantılarından duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve istismar geçirilmiş depresif atak sayısı ile korele bulunurken, geçirilmiş manik atak sayısı ile sadece fiziksel ihmal arasında korelasyon tespit edilmiştir.



7. KAYNAKLAR

1. Işık E(editör). Duygudurum Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaası, 2003; 467-540.
2. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. Am J Psychiatry 1992; 149: 999-1010.
3. Duman RS, Heninger GR, Nestler EJ. A molecular and cellular theory of depression. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 597-606.
4. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Dev Psychol 1992; 28: 759-775.
5. Morriss RK, Van der GE, Lancaster G. Adult attachment in bipolar 1 disorder. Psychol Psychother 2009; 82(Pt3): 267-77.
6. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. Am J Psychiatry 1988; 145: 1-10.
7. Goldberg S, Benoit D, Blokland K, Madigan S. Atypical maternal behavior, maternal representations, and infant disorganized attachment. Dev Psychopathol 2003; 15(2): 239-257.
8. Styron T and Bulman RJ. Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. Child Abuse Neglect 1997; 21(10): 1015-1023.
9. Türksoy N. Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçları. İstanbul: Us Yayıncılık, 2003; 9-21.
10. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. Am J Psychiatry 1991; 148: 55-61.
11. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status: longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 470-474.
12. Coons PM. The differential Diagnosis of Multiple Personality Dissorder. Psychiatr Clin North America 1984; 7: 51-67.
13. Köroğlu E. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition (DSM-V), Washington DC: American Psychiatric Association, 2013. Ankara: Hekimler Yayın Biliği, 2014.
14. Ball S, Robinson A, Shekhar A, Walsh K. Dissociative symptoms in panic disorder. J Nerv Ment Dis 1997; 185: 755-760.

15. Segui J, Marquez M, Garcia L, Canet J, Salvador-Carulla L, Ortiz M. Depersonalization in panic disorder: a clinical study. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 172–178.
16. Gulsun M, Doruk A, Uzun O, Turkbay T, Ozsahin A. Effect of dissociative experiences on drug treatment of panic disorder. *Clin Drug Investig* 2007; 27: 583–590.
17. Maguire C, McCusker CG, Meenagh C, Mulholland C, Shannon C. Effects of trauma on bipolar disorder. *Bipolar Disorder* 2008; 10: 293–302.
18. Krystal HJ. Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 1979; 33(1): 17-31.
19. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (Onüçüncü baskı), Ankara: Tuna Matbaacılık, 2015: 261-333.
20. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry - Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (11th ed) Lippincott Williams & Wilkins Company-Wolters Kluwer Business, 2015.
21. Işık E, Taner E, Işık U. Güncel Klinik Psikiyatri, Ankara: Golden Print Matbaası, 2008.
22. Leonard K. Aufteilung der endogen Psychosen, Berlin: Akademieverlag, 1957.
23. Murray CJ, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet* 2013; 380(9859): 2197-2223
24. Murray CJ, Atkinson C, Bhalla K, et al. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA* 2013; 310-591.
25. Akiskal HS, Bourgeois ML, Jules Angst. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000; 59(1): 5-30.
26. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276: 293-299
27. Liebenluft E. Women with bipolar illness: Clinical and research issues. *Am J Psychiatry* 1996; 153(2): 163-173.
28. İlkay E (editör). Mizaç Bozuklukları, İstanbul: CTF Yayınları, 2002; 391-451
29. Hirschfeld RM. ve ark. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 161-74.

30. Tohen M, Tsuang MT, Goodwin DC. Prediction of outcome in mania by moodcongruent or mood-incongruent psychotic features. *Am J Psychiatry* 1992; 149(11): 1580-1584.
31. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994; 31(4): 281-294.
32. Bellivier, F., Golmard, J.L., Rietschel, M., Schulze, T.G., Malafosse, A., Preisig, M.,... Leboyer, M. (2003). Age at onset in bipolar I affective disorder: further evidence for three subgroups. *American Journal of Psychiatry* 160 (5): 999-1001
33. Mc Donald WM, Nemeroff CB. The diagnosis and treatment of mania in the elderly. *Bull Menninger Clin* 1996; 60(2): 174-196.
34. Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ, Dibble E, et al. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 1157-1167.
35. Werder SF. An update on the diagnosis and the treatment of mania in bipolar disorder. *Am Fam Physician* 1995; 51(5): 1126-1136.
36. Grant BF, Stinson FS, Hasin DS ve ark. Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(10): 1205–1215.
37. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J ve ark. Lifetime and 12month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(5): 543–552.
38. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, et a. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry* 2008; 192(5): 368–375.
39. Işık E, Işık U. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve bipolar bozukluklar. Ziraat Grup Matbaacılık, 2013: 361-377.
40. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *Lancet* 2013; 381:1654.
41. Nurnberger JI Jr, Koller DL, Jung J, et al. Identification of pathways for bipolar disorder: a metaanalysis. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 657.
42. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatry Clin North Am* 2012; 35: 51-71.
43. Yumru M, Savas HA, Kurt E, Kaya MC, Selek S, Savas E, et al. Atypical antipsychotics related metabolic syndrome in bipolar patients. *J Affect Disorder* 2007; 98(3): 247-252.

44. Grunze HCR, Langosch J, Normann C ve ark. Dysregulation of ion fluxes in bipolar affective disorder. *Acta Neuropsychiatrica*, 2000; 12(3): 81-85
45. Körolu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı* (2. Baskı), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007: 265-279.
46. Kupfer DJ ve ark. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet* 2012. 379: 1045-55.
47. DelBello MP, Zimmerman ME, Mills NP, Getz GE, Strakowski SM. Magnetic resonance imaging analysis of amygdala and other subcortical brain regions in adolescents with bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2004; 6(1): 43-52.
48. Strakowski SM, Adler CM, DelBello MP. Volumetric MRG studies of mood disorders: do they distinguish unipolar and bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2002; 4(2): 80-88.
49. Blackwood DH, Visscher PM, Muir WJ. Genetic studies of bipolar affective disorder in large families. *The British Journal of Psychiatry* 2001; 178(41): 134-136.
50. Frazier JA, Breeze JL, Papadimitriou G, Kennedy DN, Hodge SM, Moore CM, Makris N. White matter abnormalities in children with and at risk for bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2007; 9(8): 799-809.
51. Yurgelun-Todd DA, Gruber SA, Kanayama G, Killgore WD, Baird AA, Young AD. fMRI during affect discrimination in bipolar affective disorder. *Bipolar Disorders* 2000; 2(3p2): 237-248.
52. Frey BN, Stanley JA, Nery FG, Serap Monkul E, Nicoletti MA, Chen HH, Soares JC. Abnormal cellular energy and phospholipid metabolism in the left dorsolateral prefrontal cortex of medication-free individuals with bipolar disorder: an in vivo 1H MRS study. *Bipolar Disorders* 2007; 9(s1): 119-127.
53. Strakowski SM, DelBello MP, Sax KW, Zimmerman ME, Shear PK, Hawkins JM, Larson ER. Brain magnetic resonance imaging of structural abnormalities in bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56(3): 254-260.
54. Blumberg HP, Fredericks C, Wang F, Kalmar JH, Spencer L, Papademetris X, Krystal JH. Preliminary evidence for persistent abnormalities in amygdala volumes in adolescents and young adults with bipolar disorder. *Bipolar disorders* 2005; 7(6): 570-576.
55. Hauser M, Pfennig A, Özgürdal S, Heinz A, Bauer M, Juckel G. Early recognition of bipolar disorder. *European Psychiatry* 2007; 22(2): 92-98.
56. Solomon DA, Keitner GI, Miller IW, Shea MT, Keller MB. Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1995; 56: 5-11.

57. Perlis RH ve ark. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder(STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2006; 163: 217-224.
58. Ozer S ve ark. Outcome measures of interepisode bipolar patients in a Turkish sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 31-37.
59. Judd LL ve ark. Long-term symptomatic status of bipolar 1 vs. bipolar 2 disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003; 6: 127-137.
60. Kessler RC ve ark. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1561-1568.
61. Holma KM ve ark. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar 1 and 2 disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disord* 2014; 16: 652-661.
62. Bowlby J. Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment, NewYork: Basic Books, 1982.
63. Bowlby J. A secure base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development, London: Routledge, 1988.
64. Ünal S. Panik bozukluğu ve major depresif bozuklukta bağlanma boyutlarının araştırılması. Uzmanlık tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 2012.
65. Ceyhan E. İnternet bağımlılığının bağlanma stilleri ve duygu düzenlemeyle ilişkisi. Yüksek lisans tezi, Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2016.
66. Bifulco A, Moran P. Wednesday's Child: Research into Women's Experience of Neglect and Abuse in Childhood and Adult Depression. London: Routledge, 1998.
67. Bowlby, J. Attachment and Loss, Vol. 3: Loss: Sadness and Depression. London: Pimlico, revised edition 1998.
68. Şişman B. İletişim becerileri ile yetişkinlerdeki bağlanma biçimlerinin psikopatoloji belirtileri arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, 2016.
69. Dönmez A. Bağlanma: Yakın ilişkilerle ilgili araştırmalar için bir çerçeve. *Türk Psikoloji Bülteni* 2000; 29(50): 16-17.
70. Pietromonaco PR, Barrett LF. The internal working models concept: what do we really know about the self in relation to others? *Rev Gen Psychol* 2000; 4(2): 155-175.
71. Diehl M, Elnick AB, Bourbeau LS. Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74: 1656-1669.

72. Bowlby J. Attachment and Loss, Vol. 2: Separation: Anger and Anxiety. London: Pimlico, revised edition (1998).
73. Solmuş T. Romantik bağlanma: Bebeklik dönemi bağlanma süreci, yetişkin bağlanma stilleri ve romantik ilişkiler. Türk Psikoloji Bülteni 2002; 24-25: 105-113.
74. Gooden WE, Leung C, Hindman D. Adult attachment and psychotherapy. J Psychol Christ 2000; 19(3): 275-282.
75. Stanojevic TS. Adult attachment and prediction of close relationships. Phil Soc Psychol 2004; 3(1): 67-81.
76. Rothbard JC, Shaver RP. Continuity of attachment across the life span. Sperling MB, German WH(editors). Attachment in Adult Clinical And Developmental Perspectives, New York: Guilford Press, 1994: 31-71.
77. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. Journal of Personality and Social Psychology 1991; 61(2): 226-244.
78. Sümer N. Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. Türk Psikoloji Dergisi 2006; 21: 1-22.
79. Harma M, Öztürk A, Sümer N. Erken dönem bağlanma davranışları sınıflandırma setinin Türkiye örnekleminde değerlendirilmesi. Paper published in the 2nd Psychology Graduate Students Congress Book, Ilgaz 2008.
80. Bartholomew K, Shaver PR. Measures of attachment: Do they converge? JA. Simpson ve WS. Rholes (Ed.), Attachment theory and close relationships, New York: Guilford Press, 1998: 25-45.
81. Er özkan A. Lise öğrencilerinin bağlanma stilleri ve yalnızlık düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2004; 4: 155-175.
82. Weger Jr. H, Polcar LE. Attachment style and the cognitive representation of communication situations. Communication Studies 2000; 2: 149-161.
83. Pietrononaco PR, Barrett LF. Attachment theory as an organizing framework: A view from different levels of analysis. Review of General Psychology 2000; 4(2): 107-110.
84. Fraley RC, Shaver PR. Adult attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. Review of General Psychology 2000; 4: 132-154.
85. Collins NL, Read SL. Cognitive representations of attachment: The structure and functions of working models. Bartholomew K, Perlman D(editors), Advances in personel relationships: Vol 5 Attachment processes in adulthood, Jessica Kingsley, London, 1994: 53-90.

86. Main M, Mary D, Salter Ainsworth: Tribute and Portrait. *Psychoanal Inq* 1999; 19: 682-776.
87. Bowlby J. Attachment and loss: Vol.1. Attachment. Basic Books, New York, 1969/82.
88. Main M, Weston DR. Avoidance of the attachment figure in infancy: Descriptions and interpretations. Parker CM, Hinde JS(editors) *The place of attachment in human behavior*, Tavistock Publications Ltd, London and New York, 1982; 31-59.
89. Waters E, Hamilton CE, Weinfield NS. The stability of attachment security from infant to adolescence and early adulthood: General introduction. *Child Dev* 2000; 71: 678-683.
90. Overbeek J, Vollebergh W. Parental attachment and romantic relationships: Associations with emotional disturbance during late adolescence. *J Couns Psychol* 2003; 50(1): 28-39.
91. Ainsworth MDS. Attachment: Retrospect and prospect. Editor: Parker CM, Hinde JS, *The place of attachment in human behavior*, Tavistock Publications Ltd, London and New York, 1982; 3-30
92. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, 1978.
93. Wilson RJW, Davenport BR. Distinguishing between conceptualizations of attachment: Clinical implications in marriage and family therapy. *Cont Fam Therapy* 2003; 25(2): 179-193
94. Aspelmeier JE, Kerns KA. Love and school: Attachment/ Exploration dynamics in college. *J Pers Soc Psychol* 2003; 20(1): 5-30.
95. Beatson J, Taryan S. Predisposition to depression: The role of attachment. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37: 219-232
96. Parker AR, Scannell ED. Attachment and marital adjustment. 6th Australia Institute of Family Studies Conference, Melbourne, 1998.
97. Pound A. Attachment and maternal depression. Parker CM, Hinde JS(editors), *The place of attachment in human behavior*, Tavistock Publications Ltd, London and New York, 1982; 118-131.
98. Main M, Weston DR. The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development* 1981; 52: 932-940.
99. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM(editors), *Attachment in the preschool years*, Chicago: University of Chicago Press, 1990; 121-160.

100. Main M, Solomon J. Discovery of a new, insecure disorganized/disoriented attachment pattern. TB. Brazelton ve M. Yogman (Ed.), Affective development in infancy, 1986; 95-124.
101. Pehlivan Türk B. Otistik bozukluğu olan çocuklarda bağlanma. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(1): 56- 63.
102. Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Frightening Maternal Behavior Linking Unresolved Loss and Disorganized Infant Attachment. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1999; 67(1): 54-63.
103. Hazan C, Shaver PR. Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. Journal of Personality and Social Psychology 1987; 52(3): 511-524.
104. Kesebir S, Kavzoğlu S, Üstündağ M. Bağlanma ve Psikopatoloji. Psikiyatride Güncel Yaklaşım 2011; 3(2): 321-342.
105. Collins NL, Cooper ML, Albino A, Allard L. Psychosocial vulnerability from adolescence to adulthood: A prospective study of attachment style differences in relationship functioning and partner choice. J Pers 2002; 70: 965-1008.
106. McCarthy G, Davies S. Some implications of attachment theory for understanding psychological functioning in old age: An illustration from the longterm psychological effects of world war two. Clin Psychol Psychother 2003; 10: 144-155.
107. Crowell JA, Treboux D. A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. Soc Development 1995; 4: 294- 327.
108. Erdem Özyurt Ş. Ergenlikte algılanan duygusal istismar ve bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi. Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Programı, 2016.
109. Sroufe LA, Carlson EA, Levy AK, Egeland B. Implications of attachment theory for developmental psychopathology. Dev Psychopathol 1999; 11: 1-13.
110. Armstrong JG, Roth, DM. Attachment and separation difficulties in eating disorders: A preliminary investigation. Int J Eat Disord 2007; 2: 141-145.
111. Sroufe LA, Waters E. Attachment as an Organizational Construct. Child Development 1977; 48: 1184-1199.
112. Hesse E, Main M. Disorganized Infant Child and Adult Attachment: Collapse in Behavioural and Attention Strategies. Journal of American Psychoanalytic Association 2000; 48(4): 1097-1125.
113. Doron G, Moulding R, Nedeljkovic M, Kyrios M, Mikulincer M, Sar-El D. Adult Attachment Insecurities are Associated with Obsessive Compulsive Disorder. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice 2011; 85: 163-178.

114. Bifulco A, Figueiredo B, Guedeney N. Maternal attachment style and depression associated with child birth: preliminary results from a European and US crosscultural study. *Br J Psychiatry* 2004; 46(Supp 1): 31-37.
115. Eng W, Heinberg RG, Hart TA, Schneider FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion* 2001; 1(4): 365-380.
116. Gilbert P, McEwan K, Hay J, Irons C, Cheung M. Social rank and attachment in people with a bipolar disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2007; 14: 48-53.
117. Stansfeld S, Head J, Bartley M, Fonagy P. Social Position, Early Deprivation and the Development of Attachment. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 2008; 43(7): 516-526.
118. Venta A, Mellick W, Schatte D, Sharp, C. Preliminary Evidence that Thoughts of Thwarted Belongingness Mediate the Relations Between Level of Attachment Insecurity and Depression and Suicide-Related Thoughts in Inpatient Adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2014; 33(5): 428-447.
119. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, et al. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 796-805.
120. Kökçü F, Kesebir S. iki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçimi'nin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21: 309-318.
121. Kara B. Biçer Ü. Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004; 47: 140-151.
122. Yurdakök K. Çocuk istismar ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. *Katkı Pediatri Dergisi* 2010; 32(5): 537-546.
123. Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi* 2009; 9(1): 50-62.
124. Cappelleri JC, Eckenrode J, Powers JL. The epidemiology of child abuse: Findings from the second national incidence and prevalence study of child abuse and neglect. *American Journal of Public Health* 1993; 83(11): 1622-1624.
125. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, Miral S, Hanci H, Ersahin Y, Tepeli N, Bulguc AG, Tiras B. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect* 2001; 25: 279-290.
126. Veltkamp J. Lane; Miller W. Thomas. *Clinical Handbook of Child Abuse and Neglect*. USA: International Universities Press, 1994.
127. Ekinci S. Fiziksel çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Dergisi* 2010; 32(5): 625- 631.

128. Derman O. Adolesanlarda fiziksel ve duygusal istismar. *Katkı Pediatri Dergisi* 2010; 32(5): 633-636.
129. Runyan D, Corrine W, Gkeda R. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In world report on violence and health, World Health Organization, Geneva. 2002; 57-86.
130. Yalın A, Avcı A, Kerimoğlu E, Aslan H. Çocuklarda fiziksel örselenmenin Ankara ve Adana illerinde görülme sıklığının taranması. *3P Dergisi* 1995; 3: 39-43.
131. Yanık M, Özmen M. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihtmal yağanıyları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve disosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3: 140-146.
132. Şenkal i. Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçiminin depresyon ve kaygı belirtileri ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolünün incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, 2013.
133. Uğur Z. Bipolar affektif bozulukta bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 3. Psikiyatri Kliniği, 2010.
134. İşeri E. Cinsel İstismar. In: Çetin F, Pehlivanürk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (eds), Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı, Ankara: HYB Yayıncılık, 2008; 470-477.
135. Kanbur N, Akgül S. Adölesanlarda cinsel istismar ve pediatriğin rolü. Çocuk İhtmal ve İstismarı-I, 2010; 32(4): 491-502.
136. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children* 1994; 4(2): 31-53.
137. Page AZ. Çocuk cinsel istismarı: cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları* 2004; 7(13): 103-114.
138. Günçe G. Çocuğun cinsel istismarı. Çocuk istismarı ve ihtmal (2. Baskı), Ankara: Çocuk İstismarını ve İhtmalini Önleme Derneği, 1999; 89-100.
139. Bornstein BH, Kaplan DL, Perry AP. Child abuse in the eyes of the beholder: Lay perceptions of child sexual and physical abuse. *Child Abuse Negl* 2007; 31(4): 375-391.
140. Özdemir DF. Cinsel istismar ve çocuk ruh sağlığı. *Katkı Pediatri Dergisi* 2010; 32(5): 569-582.

141. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect* 2009; 33: 331–342.
142. Kutchinsky B. Çocuk cinsel istismarı: yaygınlık, müdahale ve önleme. Genel bir bakış. Konanç E(der) Çocukların kötü muameleden korunması. Ankara: 1 Ulusal kongre kitapçığı, 1991.
143. Özçelik B. Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarının erişkin psikopatolojisi ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2002.
144. Walker C, Bonner B, Kaufmann K. The physically and sexually abused child: evaluation and treatment, New York: Pergamon Press, 1988.
145. Hornor G. Emotional maltreatment. *J Pediatr Health Care* 2012; 26: 436-442.
146. Özmert E. Çocuk istismarı ve ihmalinin uzun süreli biyopsikosozal etkileri. *Katkı Pediatri Dergisi* 2010; 32(4): 481-490.
147. Glaser D, Emotional abuse and neglect(Psychological Maltreatment): a Conceptual Framework. *Child Abuse Neglect* 2002; 26: 697-714.
148. Yurdakök K, İnce O. Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi* 2010; 32(4): 423-433.
149. Örsel S, Karadağ H, Karaoğlu Kahiloğulları A, Akgün Aktaş E. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011; 12: 130-136.
150. Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Krol PA. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1987; 144:1426-30.
151. Bifulco A, Moran PM, Baines R, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bull Menninger Clin* 2002; 66: 241-58.
152. Knutson FJ. Psychological characteristics of maltreated children: putative risk factors and consequences. *Annu Rev Psychol* 1995; 46:401-431.
153. Davis JL, Petretic-Jackson PA, The Impact of Child sexual abuse on adult interpersonal functioning: a review and synthesis of the empirical literature. *Agress Viol Behav* 2000; 5(3): 291-328.
154. Mery SN, Andrews LK. Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1994; 33: 939-944.
155. Green AH. Dimension of Psychological Trauma in Abused Children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1983; 22(3); 231-237.

156. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 20-27.
157. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1132-1136.
158. Bernet CZ, Stein MB. Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depress Anxiety* 1999; 9: 169-74.
159. Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD, et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1746-1752.
160. Moskvina V, Farmer A, Swainson V, et al. Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. *Depress Anxiety* 2007; 24: 163-168.
161. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiatry* 2002; 51: 288-297.
162. Garo JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 121-125.
163. Etain B, Aas M, Andreassen OA, et al. Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 991-998.
164. Erten E, Uney Kalkay AF, Saatçioğlu O, Ozdemir A, Fıstıkcı N, Çakmak D. Effects of childhood trauma and clinical features on determining quality of life in patients with bipolar I disorder. *J Affect Disord* 2014; 162: 107-113.
165. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001; 49: 1023-1039.
166. Erten E, Uney AFK, Fıstıkcı N. Bipolar bozukluk ve çocukluk çağı travması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2015; 7: 157-165.
167. Aas M, Henry C, Andreassen OA, et al. The role of childhood trauma in bipolar disorders. *Int J Bipolar Disord* 2016; 4: 2.
168. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Childhood sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the national comorbidity survey. *Am J Public Health* 2001; 91: 753-760.
169. Lieb R, isense B, Höfler M. parental majordepression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 365-374.

170. Miller SD. Optical Difference in Cases of Multiple Personality Disorder. J.Nerv Ment Dis 1989; 177: 480-486
171. Köroğlu E. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition (DSM-IV), Washington DC: American Psychiatric Association, 1994. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995.
172. Nemiah JC. Dissociative disorders, In Comprehensive Textbook of Psychiatry, 4th ed. voll. edited by Kaplan HI, Sac BJ, Baltimore, Wilkins & Wilkins, 1985; 942-957.
173. Braun BG. The BASK (Behavior Affect sensation Knowledge) model of dissociation. Dissociation 1988; 1: 4-23.
174. Putnam FW. Child development and Dissociation. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 1996; 5(2): 285-330.
175. Spiegel D, Hunt T, Dondershine HE. Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 1988; 145: 301-305.
176. Putnam FW. Dissociative Phenomena, in American Psychiatric Press Review of Psychiatry, vol 10. edited by Tasman AG, Singer SM, Washington DC, American Psychiatric Press, 1991; 145-160.
177. Morgan AH. The heritability of hypnotic susceptibilities in twins. J Abnorm Psychol 1973; 82: 55-61.
178. Frankel FH. Hypnotizability and dissociation. Am J Psychiatry 1990; 147; 823-829.
179. Spiegel H, Spiegel D. Trance and treatment: Clinical Use of Hypnosis, 2nd ed. Washington DC, American Psychiatric Press, 2004.
180. Akyüz G, Doğan O, Şar V ve ark. Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey. Comp Psychiatry 1999; 40: 151.
181. Şar V. Dissosiyatif Bozukluklar, In: Köroğlu E, Güleç C (eds) Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007; 393-402
182. Şar V, Akyüz G, Kundakçı T. Frequency of dissociative disorders in the general population: an epidemiological study in Turkey. Paper presented at the 15 th Fall meeting of the International Society for the Study of Dissociation, Seattle, 1998.
183. Yılmaz O. Bipolar affektif bozukluk hastalarında çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve dissosiyatif belirtilerin sıklığı ve diğer klinik özelliklerle ilişkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Servis Şefliği, 2010.
184. Latalova K, Prasko J, Pastucha P, Grambal A, Kamaradova D, Diveky T, Jelenova D, Mainerova B, Vrbova K. Bipolar affective disorder and

dissociation--comparison with healthy controls. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2011; 155(2): 181-186

185. Beştepe E. 20 soruluk Toronto Aleksitimi Skalası: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Uzmanlık Tezi, Ankara Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniği, 1997.
186. Sahin RA. Peptik ülserli hastalarda aleksitimik özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi 1992; 3: 26–30.
187. Dereboy IF. Aleksitimi: bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 1990; 1: 157–165.
188. Taylor GJ. Alexithymia Concept, Measurement and Implications For Treatment. Am J Psychiatry 1984; 141: 725–732.
189. Lesser IM. A Review of the Alexithymia Concept. Psychosom Med 1981; 43: 531–543.
190. Koçak R. Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2002; 35(1-2): 183-212.
191. Candansayar S. Genç Erişkin Sağlıklı Gönüllülerde Aleksitimi Prevalansı. XXIX. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Bursa: 29 Eylül–4 Ekim 1993: 120.
192. Borens R, Grosse-Schultze E. Is alexithymia but a social phenomenon. Psychother Psychosom 1977; 28: 193 -198.
193. Smith GR. Alexithymia in Medical Patients Referred to A Consultation - Liaison Service. Am J Psychiatry 1983; 140: 99 -101.
194. Çeçen H. Panik bozukluk hastalarında aleksitimi, anksiyete duyarlılığı, sirkadiyen tercihler ve biyokimyasal ölçümlerin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 2015.
195. Loas G. Prevalence of alexithymia in a general population. Ann Med Psychol 1995; 153: 355–357.
196. Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J. Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in population sample of young adults. Compr Psychiatry 2001; 42: 471–476.
197. Saariaho AS, Saariaho TH, Mattila AK, et al. Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample. Gen Hosp Psychiatry 2013.
198. Celikel FC, Kose S, Erkorkmaz U, et al. Alexithymia and temperament and character model of personality in patients with major depressive disorder. Compr Psychiatry 2010; 51(1): 64-70.

199. Honkalampi K, Hintikka J, Saarinen P, et al. Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? Results from a 6-month follow-up study. *Psychother Psychosom* 2000; 69(6): 303-308.
200. Karayağız Ş, Baştürk M. Bipolar ve unipolar depresyonda aleksitimi düzeyleri ve depresif belirti şiddetiyle yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2016; 17CS: 362-368.
201. Sifneos PE. Alexithymia and It's Relationship To Hemispheric Specialization Affect and Creativity. *Psychiatric Clinics Of North America*. 1988; 11(3): 287-293.
202. Koçak, R. (2003). Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve yalnızlığın bazı değişkenler açısından karşılaştırması ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2(19):15-24.
203. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics* 1991; 32: 153-164.
204. McDougall J. Alexithymia: A Psychoanalytic Viewpoint, *Psychother Psychosom* 1982; 38: 81-90.
205. Taylor JG, Bagby RM. Creation Validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosom Med* 1988; 50: 500-509.
206. Lesser IM. Current Concepts In Psychiatry: Alexithymia. *The New England Journal of Medicine* 1985; 11,12: 690-694.
207. Stoudemire A. Somato Thymia, Part 1 and Part 2. *Psychosomatics* 1991; 32(4): 365-381.
208. Wolff H. The Contribution of The Interview Situation to Restriction of Fantasy Life and Emotional Experience in Psychosomatics Patients. *Psychotherapy Psychosomatics* 1977; 28: 58-67.
209. Sallıoğlu G. Aleksitimik Olan ve Olmayan Üniversite Öğrencilerinin Duygu İfade Eden Sözcük ve Deyimlere Yükledikleri Duygu İfade Eden Sözcük ve Deyimlere Yükledikleri Duygu Yoğunlukları. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2002.
210. Beck JS. *Cognitive Therapy. Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press 1995.
211. Young RC, Biggs T, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania; reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 429-435
212. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E: Young Mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 13:107-114
213. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) with the Beck

Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy 1995; 33: 335-343.

214. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. Psychol Assess 1998; 10(2): 176-81.
215. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Neglect 2003; 27(2): 169-90.
216. Şar V, Ozturk E, İkikardes E. Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. Turk Klin Tip Bilim. 2012; 32(4): 1054-63.
217. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In Simpson JA, Rholes WS (Eds), Attachment theory and close relationships, New York, Guilford 1998: 46-76.
218. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. J Pers Soc Psychol. 2000; 78(2): 350-65.
219. Selçuk E, Günaydin G, Sumer N, Uysal A. The psychometric evaluation of Experiences in Close Relationships - Revised (ECR-R) on a Turkish sample. Turkish Psychological Articles 2005; 8: 1-11.
220. Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Towards the development of a new self-report alexithymia scale. Psychother Psychosom, 1985; 44: 191-199.
221. Yenier DÖ, Üsübütün S, Göka E, Belirti yorumlama ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15: 26-40.
222. Sayar K, Güleç H, Ak I. Yirmi Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin Güvenirliği ve Geçerliliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı, 2001; 109.
223. Bernstein EM, Putnam PW. Development, reliability and validity of a dissociation scale. The Journal of Nervous and Mental Disease 1986; 174: 727-735.
224. Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J. The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). J Nerv Ment Dis. 1996; 184(11): 688-94.
225. Şar V, Kundakci T, Kiziltan E, Bakim B, Bozkurt O. Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation in Turkey. J Trauma Dissociation. 2001; 1(4): 67-80.
226. Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. Psychosom Med 2002; 64: 660-7.

227. Joyce PR. Parental bonding in bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 1984; 7: 319-324.
228. Begeley CE, Annegers JF, Swann AC et al. The lifetime cost of bipolar disorder in the United States: an estimate based on incidence and course of illness. *Pharmacoeconomics* 2001; 19: 483-495.
229. Romero S, Birmaher B, Axelson D, Goldstein T, Goldstein BI, Gill MK, Iosif AM, Strober MA, Hunt J, Espesito-Symthers C, Ryan ND, Leonard H, Keller M. Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2009; 112: 144-150.
230. Neria Y, Bromet EJ, Carlson GA, Naz B. Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: findings from the Suffolk county mental health project. *Acta Psychiatr Scand* 111: 380-383.
231. Neria Y, Bromet EJ, Sievers S, Lavelle J, Fochtmann LJ. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 246-251.
232. Conus P, Cotton S, Benno S, Michael B, Rothanty D, Mc Gorry PD, Lambert M. Correlates of past sexual and physical trauma in 118 bipolar I patients with a first episode of psychotic mania. *European Psychiatry* 2010; 25 (suppl 1): 1423.
233. [Hariri AG](#), [Gulec MY](#), [Orengul FF](#), [Sumbul EA](#), [Elbay RY](#), [Gulec H](#). Dissociation in bipolar disorder: Relationships between clinical variables and childhood trauma. *J Affect Disord*. 2015; 184:104-110.
234. Leverich GS, Perez S, Luckenbaugh DA, Post RM. Early psychosocial stressors: relationship to suicidality and course of bipolar illness. *Clinical Neuroscience Research* 2002; 2: 161-170.
235. Carballo JJ, Harkavy-Friedman J, Burke AK, Sher L, BacaGarcia E, Sullivan GM, Grunebaum MF, Parsey RV, Mann JJ, Oquendo MA. Family history of suicidal behavior and early traumatic experiences: Additive effect on suicidality and course of bipolar illness? *J Affect Disord* 2008; 109: 57-63.
236. Greenes D, Fava M, Cioffi J, Herzog DB. The relationship of depression to dissociation in patients with bulimia nervosa. *J Psychiatr Res* 1993; 27(2): 133-137
237. Lipsanen T, Saarijarvi S, Lauerma H. Exploring the relations between depression, somatization, dissociation and alexithymia overlapping or independent constructs? *Psychopathology* 2004; 37(4):200-206.
238. Mula M, Pini S, Preve M, Masini M, Giovannini I, Cassano GB. Clinical correlates of depersonalization symptoms in patients with bipolar disorder. *J. Affect. Disord* 2009; 115: 252-256

239. Cusin C, Serretti A, Lattuada E, Mandelli L, Smeraldi E. Impact of clinical variables on illness time course in mood disorders. *Psychiatry Res.* 2000; 97: 217-227.
240. Kessing LV, Andersen PK, Mortensen PB, Bolwig TG. Recurrence in affective disorder I: case register study. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 23-28.
241. Honkalampi K, Hintikka J, Koivumaa-Honkanen H, et al. Long-term alexithymic features indicate poor recovery from depression and psychopathology. A six-year follow-up. *Psychother Psychosom* 2007; 76(5): 312-314.
242. Honkalampi K, Hintikka J, Laukkanen E, et al. Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics* 2001; 42(3): 229-34.
243. Burba B, Oswald R, Grigaliunien V, et al. A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder. *Can J Psychiatry* 2006; 51(7): 468-471.
244. Spitzer C, Vogel M, Barnow S, et al. Psychopathology and alexithymia in severe mental illness: the impact of trauma and posttraumatic stress symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257(4): 191-196.
245. van 't Wout M, Aleman A, Bermond B, et al. No words for feelings: alexithymia in schizophrenia patients and first-degree relatives. *Compr Psychiatry* 2007; 48(1): 27-33.
246. Rybakowski JK, Dyson WL, Amsterdam JD. Alexithymia and somatic conditions in patients with affective illnesses during lithium prophylaxis. *Psychother Psychosom* 1988; 49(1): 1-5.
247. Honkalampi K, Saarinen P, Hintikka J, et al. Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychother Psychosom* 1999; 68(5): 270-5.

8. EKLER

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Adı:	Ev Tel:	Cep Tel:		
2. Yaşı:				
3. Cinsiyeti:	Erkek (1)	Bayan (2)		
4. Medeni Durum:	Hiç evlenmemiş (1)	Evli (2)	Dul (3)	
Boşanmış (4)				
5. Kaç çocuğunuz var (evlat edinilen ve ölü doğan hariç): ()				
6. Öğrenim Durumu:	İlk (1)	Orta (2)	Lise (3)	Yüksek (4)
OYY (5)				
7. Meslek:				
8. İkamet:	Kentsel (1)	Kırsal (2)		
9. Kaç kardeşsiniz: ()				
10. Kaçınıcı çocuksunuz: ()				
11. Psikiyatrik hastalık öyküsü var mı? Var (1) Yok (2)				
12. Var ise hastalığın adı ve başlangıç yaşı:	()			
13. Kaç atak geçirdiniz?	Depresif hecme ()	Manik hecme()		
14. Ailede ruhsal hastalık öyküsü:	Var (1)	Yok (2)		
15. Başka bir hastalığınız ve kullandığınız ilaç var mı?:	Var (1)	Yok (2)		
Var ise belirtiniz.....				

(ECR-II)¹

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

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

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

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

36.Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---



TAÖ-20

Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

6- Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

11- İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.
Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.
Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.
Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.
Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.
Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

DES

Yaşınız

Cinsiyetiniz
Tarih

Tahsil Durumunuz

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olan yirmi sekiz sorudan oluşmaktadır. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Cevap verirken alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları dikkate katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve çizgi üzerinde uygun düşen yere örnekte görüldüğü gibi bir işaret koyunuz.

1. Bazı insanlar, araba kullanırken (ya da yolculuk sırasında) yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden fark ederler bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri yerlerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
6. Bazı insanlar zaman zaman yanlarına gelerek başka bir isimle hitap eden ya da önceden tanıştıkları konusunda ısrar eden tanımadıkları kişilerle tanışır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
7. Bazı insanlar zaman zaman kendilerinin yanı başında duruyor ya da kendilerinin bir şey yaparken seyrediyor ve sanki kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
8. Bazı insanlar arkadaşlarıyla ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarını söyledikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
9. Bazı insanlar yaşadıkları kimi önemli olayları (mesela nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını fark ederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlama durumunun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %

- 10.** Bazı insanlar zaman zaman yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda başkaları tarafından yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 11.** Bazı insanlar kimi zaman aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 12.** Bazı insanlar kimi zaman diğer insanların eşyalarını ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 13.** Bazı insanlar kimi zaman, vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 14.** Bazı insanlar zaman zaman, geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki olayı yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 15.** Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin gerçekten mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 16.** Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 17.** Bazı insanlar, televizyon ya da film seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olup bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 18.** Bazı insanlar zaman zaman, kendilerini kafalarında kurdukları bir fantezi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 19.** Bazı insanlar, ağır hissini duymamayı zaman zaman başatabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 20.** Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiçbir şey düşünmeksizin zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 21.** Bazı insanlar yalnız olduklarında zaman zaman yüksek sesle kendi kendilerine konuştuklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %

- 22.** Bazı insanlar kimi zaman, iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 23.** Bazı insanlar, normalde güçlük çekebilecekleri bir şeyi (mesela spor türleri, iş, sosyal ortamlar gibi) belirli durumlarda son derecede kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 24.** Bazı insanlar kimi zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı akıllarından geçirmiş olduklarını mı (mesela bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 25.** Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar.
Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 26.** Bazı insanlar zaman zaman, eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 27.** Bazı insanlar zaman zaman kafalarının içerisinde, belirli bir şeyi yapmasını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerinde yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %
- 28.** Bazı insanlar zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki; insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.
% 0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100 %

SOMATOFORM D İSSOSİYASYON ÖLÇEĞİ (SDQ-20)
E.R.S.Nijenhuis,1996
Türkçesi: V.Şar,1996

Lütfen aşağıdaki sorularda belirtilen durumların sizdekine ne kadar uyduğunu değerlendiriniz ve her soru için buna uyan cevabı işaretleyiniz.

SORULAR

1.Bazan sanki vücudum ya da vücudumun bir bölümü yok oluyor gibi geliyor.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

2.Bazan bir süre felç oluyorum.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

3.Bazan konuşamaz hale geliyorum ya da ancak güçlkle ya da fısıltı halinde konuşabiliyorum.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

4.Bazan vücudum ya da vücudumun bir bölümü acı hissetmez oluyor.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

5.Bazan idrar yaparken acıyor.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

6.Bazan kısa bir süre için gözlerim görmüyor, sanki kör oluyorum.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

7.Bazan idrar yaparken tutukluk oluyor.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

8.Bazan kısa bir süre için kulaklarım işitmiyor, sanki sağır oluyorum.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

9.Bazan yakınımıdaki sesleri sanki çok uzaktan geliyormuş gibi duyuyorum.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

10.Bazan bir süre için her yanıma katılıyor.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

11.Bazan nezle olmadığım halde koku alma hissim her zamankine göre azalıyor ya da çoğalıyor.
(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

12.Bazan cinsel organlarımda ağrı oluyor (cinsel ilişki dışında)

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

13.Bazan havaleye benzer bir bayılma nöbeti geçiriyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

14.Bazan normalde sevdiğim bir kokudan hoşlanmaz oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

15.Bazan normalde sevdiğim bir yiyeceğin tadından hoşlanmaz oluyorum
(kadınlarda hamilelik dışında).

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

16.Bazan çevremdeki eşyaları her zamankinden farklı görüyorum (örneğin sanki bir
tünelden bakıyormuş gibi ya da bakılan şeyin yalnız bir bölümünü görmek gibi).

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

17.Bazan gece boyunca uyuyamadığım halde gündüz gayet zinde oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

18.Bazan yiyecekleri yutamıyorum ya da yutmakta büyük zorluk çekiyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

19.Bazan insanlar ve eşyalar olduklarından daha büyük görünüyorlar.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

20.Bazan vücudum ya da vücudumun bir bölümü hissiz oluyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

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

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

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 görüşmeciyeye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

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

5) İritabilite

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

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor

4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma



7) Düşünce yapı bozukluğu

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

8) Düşünce içeriği

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

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

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

10) Dış görünüm

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

11) İçgörü

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

Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASS-21)

Lütfen her bir ifadeyi okuyup 0, 1, 2 veya 3'ten size **GEÇEN HAFTA BOYUNCA** en uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız. Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur.

Sorulara aşağıdaki skalaya göre cevap veriniz:

0	1	2	3
Bana hiçbir şekilde uygun değil	Bir dereceye kadar veya bazı zamanlarda bana uygun	Ciddi derecede veya zamanın önemli bir bölümünde bana uygun	Çok fazla veya zamanın çoğunda bana uygun
HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN

SON 1 HAFTA İÇİNDE

1	Sakinleşip rahatlamak bana zor geldi.	0	1	2	3
2	Ağzımın kuruduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3	Hiçbir şekilde olumlu duygular hissedemeyecekmişim gibi geldi.	0	1	2	3
4	Nefes alma güçlüğü yaşadım (örn., aşırı derecede hızlı nefes alma, fiziksel egzersiz olmadığı halde nefessiz kalma)	0	1	2	3
5	Bir şeyleri yaparken başlamakta zorluk çektiğimi fark ettim.	0	1	2	3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliydim.	0	1	2	3
7	Titremeler yaşadım (örn., elerimde)	0	1	2	3
8	Bendeki gerginliğin büyük ölçüde enerjimi harcadığımı hissettim.	0	1	2	3
9	Beni panikletebilen ve kendimi aptal gibi hissedebileceğim durumlardan endişe duydum.	0	1	2	3
10	Hiçbir beklentimin olmadığını hissettim.	0	1	2	3
11	Tedirgin olduğumu fark ettim.	0	1	2	3
12	Rahatlamak bana zor geldi.	0	1	2	3
13	Kendimi morali bozuk ve canı sıkkın hissettim.	0	1	2	3
14	Yaptığım şeyden beni alıkoyan hiçbir şeye karşı tahammülüm yoktu.	0	1	2	3
15	Kendimi paniklemeye yakın hissettim.	0	1	2	3
16	Hiçbir şeye karşı bir istek duyamadım.	0	1	2	3
17	Bir insan olarak çok fazla değerimin olmadığını hissettim.	0	1	2	3
18	Oldukça alıngan olduğumu hissettim.	0	1	2	3
19	Fiziksel bir egzersiz yapmadığım halde kalbimin hareketlerini fark edebiliyordum (örn., kalp atış hızında artış hissi, atışlarda düzensizlik)	0	1	2	3

20	Ortada bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	0	1	2	3
21	Hayatın anlamsız olduğunu hissettim.	0	1	2	3

