

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
3. Psikiyatri Kliniği
Başhekim: Doç. Dr. Erhan KURT
Klinik Şef V. : Doç. Dr. Ömer SAATÇIOĞLU

**BİPOLAR AFFEKTİF BOZULUKTA BAĞLANMA
BİÇİMLERİ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI
VE AGRESYON İLİŞKİSİ**

Dr. Zeynep UĞUR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Dr. Münevver Hacıoğlu YILDIRIM

İSTANBUL – 2010

ÖNSÖZ

Tezimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini paylaşan tez danışmanım ve ilk uzmanım *Dr.Münevver Hacıoğlu Yıldırım'a*, eğitimime büyük katkıları olan klinik şef vekilim *Doç. Dr. Ömer Saatçioğlu'na*, hastanemiz başhekimi *Doç. Dr. Erhan Kurt'a*, asistanlık süreci boyunca birlikte çalışma ve kendilerinden çok şey öğrenme şansı bulduğum *Dr. Kirkor Kamberyan, Dr. Tarık Kutlar, Doç. Dr. Medaim Yanık, Dr.Şakire Erek, Dr.Serap Oflaz ve Dr. Nurcihan Yıldız'a*; rotasyonlarım esnasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım *Dr. Niyazi Uygur, Doç. Dr. Baki Arpacı, Doç. Dr.A.Solmaz Türkcan, Doç.Dr.Duran Çakmak, Prof.Dr.Levent Kayaalp, Prof.Dr. Hayrettin Kara, Doç.Dr.Doğan Yeşilbursa, Dr.Ahmet Türkcan ve Doç. Dr. Özlem Harmankaya Kaptanoğulları'na*, tezime esin kaynağı olan, bilgilerini ve dostluklarını paylaşan ve katkılarını esirgemeyen *Dr. Ejder Akgün Yıldırım, Dr. Muzaffer Kaşar, Dr. İlker Küçükparlak, Dr.Mehmet Güdüük, Dr. Hakan Kardeş ve BARİLEM Deneysel ve Evrimsel Psikiyatri Grubuna*, içten yardım ve destekleri için *Dr. Fatma Akyüz, Dr.Emre Tolun, Dr.Feride Örnek, Dr.Murat İlhan Atagün, Dr.Özlem Yıldız,Dr.Bülent Yıldırım, Dr.Sera Yiğiter ve Dr.Emre Çıraklıoğlu'na*, uzmanlık eğitimimin ilk gününden itibaren bir parçası olmaktan mutluluk duyduğum *3. Psikiyatri (H3) ailesine*, asistanlık süresince birlikte çalıştığım *uzmanlarım, asistan arkadaşlarım, hemşire ve yardımcı sağlık personeline*; bilgi ve tecrübelerimin kaynağı *hastalarım*, sonsuz sevgi ve destekleri için *annem, babam ve kardeşlerime*; her zaman yanımda olan ve en büyük desteğim, dostlarım *Dr.Belinda Maşalı ve Hasan Atmacaoğlu'na* sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

I	ÖNSÖZ.....	II
II	ÖZET.....	V
III	ABSTRACT.....	VI
IV	KISALTMALAR.....	VII
V	TABLO LİSTESİ.....	VIII
VI	ŞEKİL LİSTESİ.....	IX
1	GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2	GENEL BİLGİLER.....	3
2.1	BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK.....	3
2.1.1	Tarihçe.....	3
2.1.2	Epidemiyoloji.....	4
2.1.3	Etiyoloji.....	5
2.1.4	Klinik özellikler.....	8
2.1.5	Ayrıcı tanı.....	9
2.1.6	Seyir ve sonlanım.....	10
2.2	TRAVMA.....	11
2.2.1	Çocukluk çağı ihmali.....	11
2.2.2	Çocukluk çağı istismarı.....	12
2.2.3	Çocukluk çağı ihmal ve istismarı risk faktörleri.....	14
2.2.4	Çocuğa yönelik şiddetin etkileri.....	15
2.2.5	Çocuğun şiddete tanık olması.....	16
2.2.6	İstismar ve ihmale maruz kalmış çocuklarda psikopatoloji.....	16
2.2.7	Epidemiyolojik veriler.....	16
2.3	BAĞLANMA KURAMI.....	18
2.3.1	Bağlanma biçimleri.....	19
2.3.2	İçsel çalışan modeller.....	20
2.3.3	Ainsworth ve Yabancı Ortam Testi.....	22
2.3.4	Erişkinlikte Bağlanma.....	24
2.3.5	Bağlanma ve psikopatoloji.....	27
2.4	AGRESYON.....	28
2.4.1	Buss-Durkee'ye göre agresyon alt tipleri.....	30
2.5	BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK, BAĞLANMA BİÇİMLERİ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE AGRESYON İLİŞKİSİ.....	30
2.5.1	Bipolar affektif bozukluk ve bağlanma biçimleri.....	30
2.5.2	Bipolar affektif bozukluk ve çocukluk çağı travmaları.....	32
2.5.3	Bipolar affektif bozukluk ve agresyon.....	33
2.5.4	Bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmaları.....	34
2.5.5	Bağlanma biçimleri ve agresyon.....	35
2.5.6	Çocukluk çağı travmaları ve agresyon.....	36
2.5.7	Bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları ve agresyon.....	37
3	YÖNTEM VE GEREÇLER.....	39
4	BULGULAR.....	42
4.1	Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	42
4.2	Ebeveyn ve Aileye İlişkin Özellikler.....	42

4.3	Tanımlayıcı ve Klinik Özellikler.....	43
4.4	Hastalık Özelliği ve Kullanılan İlaçlar.....	44
4.5	Klinik Özellikler.....	45
4.6	EBBÖ I.Bölüm Dağılımı.....	45
4.7	EBBÖ II.Bölüm Puanları.....	46
4.8	Agresyon Ölçeği Puanları.....	46
4.9	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanları.....	47
4.10	Agresyon ile EBBÖ ve CTQ Arasındaki İlişki.....	47
4.11	EBBÖ ve CTQ Arasındaki İlişki.....	48
4.12	Cinsiyete göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi.....	49
4.13	Eğitim Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi.....	50
4.14	Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi.....	52
4.15	Baba Eğitim Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi.....	53
4.16	Anne Eğitim Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi.....	54
4.17	Medeni Duruma Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi.....	55
4.18	Kendine Zarar Vermeye Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi.....	56
4.19	İntihar Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi.....	58
4.20	Mevsimsel Özelliğe Göre Ölçeklerin Değerlendirmesi.....	61
4.21	Psikotik Özellik Gösterme Durumuna Göre Ölçeklerin Değerlendirmesi.....	61
4.22	Düzenli İlaç Kullanımına Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi.....	63
4.23	Klinik Özelliklere Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi.....	64
4.24	Atak Sayısı ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	64
5	TARTISMA.....	66
6	SONUÇ.....	75
7	KAYNAKLAR.....	77

ÖZET

Bipolar Affektif Bozuklukta Bağlanma Biçimleri, Çocukluk Çağı Travmaları ve Agresyon ilişkisi

Dr. Zeynep Uğur

Amaç: Erken dönemdeki travmatik yaşantılar ve ebeveyn ile kurulan ilk ilişkiler birçok psikiyatrik hastalığın gelişmesinde rol oynayabilir. Bipolar affektif bozuklukta çocukluk çağı travmalarının sık görüldüğü ve bunun bağlanma biçimleri ve agresyon ile ilişkisi bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı, bipolar affektif bozukluk tip I'de bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisinin ve bunun klinik süreci nasıl etkilediğinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışma, DSM IV ölçütlerine göre bipolar affektif bozukluk tip I tanısı konan Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinden 6 ve daha az puan, Young mani derecelendirme ölçeğinden 12 ve daha az puan alan 100 hasta ile yapıldı. Hastalar, sosyodemografik ve klinik veri formu, çocukluk çağı travma ölçeği(CTQ-28), erişkin bağlanma biçimi ölçeği(EBBÖ), Buss-Durkee saldırganlık ölçeği, Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği, Young mani derecelendirme ölçeği ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda agresyon düzeyi ile güvenli bağlanma, kaçınan bağlanma, güvensiz bağlanma, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve çocukluk çağı travmaları toplamı arasında ilişki bulundu. Kaçınan bağlanma çocukluk çağı travmalarının tüm alt boyutlarıyla ilişkili bulunurken, kaygılı bağlanma sadece cinsel istismar ve çocukluk çağı travmaları toplam puanı ile ilişkili bulundu. Agresyon düzeyi erkeklerde daha fazla bulundu. Kendine zarar veren olguların agresyon düzeyi, fiziksel ihmal, duygusal istismar ve çocukluk çağı travmaları toplam puanı zarar vermeyen olgulardan yüksekti. İntihar girişimi görülen olgularda agresyon düzeyi, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismara maruz kalma oranı, kaçınan ve güvensiz bağlanma intihar girişimi görülmeyen olgulardan yüksek bulundu. Psikotik özellikli ataklar ve cinsel istismar arasında ilişki bulundu. Kullanılan toplam ilaç sayısı ile agresyon düzeyi, duygusal ihmal ve çocukluk çağı travmaları toplam puanı ilişkili bulundu. Manik atak sayısı ile agresyon düzeyi, duygusal istismar ve fiziksel istismar arasında, depresif atak sayısı ile duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve kaçınan bağlanma arasında, karma atak sayısı ile duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arasında, toplam atak sayısı ile agresyon düzeyi, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve çocukluk çağı travmaları toplamı arasında ilişki bulundu.

Sonuç: Bipolar affektif bozukluk tip I olgularında agresyon düzeyi ve bağlanma biçimleri arasında, agresyon düzeyi ve çocukluk çağı travmaları arasında, çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçimleri arasında ilişki bulunmaktadır. Çocukluk çağı travmaları, agresyon düzeyi ve bağlanma biçimleriyle ilişkili olmakta ve hastalığın klinik sürecini ve tedaviyi etkileyebilmektedir.

Anahtar kelimeler: bipolar affektif bozukluk, bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları, agresyon

İletişim adresi: zeynapp@yahoo.com

SUMMARY

The Relationship Between Attachment Styles, Childhood Trauma and Aggression in Bipolar Affective Disorder

Zeynep Uğur, M.D.

OBJECTIVE: Early traumatic experiences and first contacts with the parents might play a role in many psychiatric disorders. In bipolar disorder, it has been known that childhood traumas are common and are associated with attachment styles and aggression. The purpose of this study is to investigate the relationship between attachment styles, childhood traumas and aggression in bipolar affective disorder type I and to investigate how these might affect clinical status.

METHODS: 100 patients diagnosed with bipolar affective disorder type I according to DSM-IV criteria were included in the study. The patients were selected if they scored lower than 6 points in Hamilton Depression Rating Scale and lower than 12 points in Young Mania Rating Scale. Evaluation included sociodemographic and clinical data sheet, childhood trauma scale (CTQ-28), adult attachment styles scale, Buss-Durkee aggression scale, Hamilton Depression Rating Scale and Young Mania Rating Scale.

RESULTS: In our study, aggression level was correlated with secure attachment, avoidant attachment, insecure attachment, emotional neglect, physical neglect and total points in childhood trauma scale. Avoidant attachment was correlated with all sub-domains of childhood traumas whereas anxious attachment was only correlated with sexual abuse and total points in childhood trauma scale. Aggression level was found to be higher in male patients. The patients with a history of self disruptive behaviour had higher levels of aggression, physical neglect, emotional abuse and higher total points in childhood trauma scale compared to patients without a history of self disruptive behaviour. The patients with a history of higher suicide attempt had higher levels of aggression, physical neglect, emotional abuse, physical abuse, sexual abuse and higher rates of avoidant and insecure attachment styles compared to patients with no history of suicide attempt. Having episodes with psychotic features was correlated with sexual abuse. Total number of drugs used was associated with aggression level, emotional neglect and physical neglect. The number of manic episodes was correlated with aggression level, emotional abuse and physical abuse whereas the number of depressive episodes was correlated with emotional neglect, physical neglect, emotional abuse, total points in childhood trauma scale and avoidant attachment, and finally the number of mixed episodes was correlated with emotional neglect, physical neglect, emotional abuse, physical abuse and total points in childhood trauma scale.

CONCLUSIONS: We found that there was correlation between aggression level and attachment styles, aggression level and childhood traumas, childhood traumas and attachment styles in patients with bipolar affective disorder type I. Our results suggest that, childhood traumas, aggression level and attachment styles are inter-related and might affect clinical status and treatment of bipolar disorder.

KEYWORDS: bipolar affective disorder, attachment styles, childhood traumas, aggression

E-mail address: zeynapp@yahoo.com

KISALTMALAR

COMT: katekol-O- metiltransferaz

CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

EBBÖ: Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği

MAO: mono amin oksidaz

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Demografik özelliklerin dağılımı.....	43
Tablo 2: Ebeveyn ve aileye ilişkin özellikler.....	44
Tablo 3: Tanımlayıcı ve klinik özellikler.....	44
Tablo 4: Hastalık özelliği ve kullanılan ilaçlar.....	45
Tablo 5: Klinik özellikler.....	45
Tablo 6: EBBÖ(Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği) I. bölüm dağılımı.....	46
Tablo 7: EBBÖ(Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği) II. bölüm puanları.....	46
Tablo 8: Agresyon(Buss-Durkee Saldırganlık) Ölçeği puanları.....	47
Tablo 9: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanları.....	47
Tablo 10: Agresyon ile EBBÖ ve CTQ arasındaki ilişki.....	48
Tablo 11: EBBÖ ve CTQ arasındaki ilişki.....	49
Tablo 12: Cinsiyete göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi.....	49
Tablo 13: Eğitim durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi.....	51
Tablo 14: Çalışma durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi.....	53
Tablo 15: Baba eğitim durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi.....	54
Tablo 16: Anne eğitim durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi.....	55
Tablo 17: Medeni duruma göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi.....	56
Tablo 18: Kendine zarar verme durumuna göre ölçeklerin değerlendirilmesi.....	57
Tablo 19: İntihar durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi.....	59
Tablo 20: Mevsimsel özellik durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi.....	61
Tablo 21: Psikotik özellik durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi.....	62
Tablo 22: Düzenli ilaç kullanımına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi.....	63
Tablo 23: Klinik özelliklere göre ölçek puanları.....	64
Tablo 24: Atak sayısı ve ölçek puanları arasındaki ilişki.....	65

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Cinsiyete göre agresyon toplam puanı dağılımı.....	50
Şekil 2: Eğitim durumuna göre CTQ puanları dağılımı.....	51
Şekil 3: Eğitim durumuna göre EBBÖ puanları dağılımı.....	52
Şekil 4: Çalışma durumuna göre EBBÖ puanları dağılımı	52
Şekil 5: Kendine zarar verme durumuna göre CTQ puanları dağılımı	57
Şekil 6: Kendine zarar verme durumuna göre agresyon toplam puanları dağılımı.....	58
Şekil 7: İntihar durumuna göre agresyon toplam puanları dağılımı.....	59
Şekil 8: İntihar durumuna göre CTQ puanları dağılımı.....	60
Şekil 9: İntihar durumuna göre EBBÖ puanları dağılımı	60
Şekil 10: Psikotik özellik durumuna göre cinsel istismar puanları dağılımı.....	62
Şekil 11: Düzenli ilaç kullanım durumuna göre agresyon toplam puanları dağılımı..	63

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam süreçleri ve geçmiş deneyimlerin, nörogelişimsel süreçler ve psikopatoloji ile yakından ilişkili olduğu birçok çalışmada belirtilmektedir. Duygudurum bozukluklarının ortaya çıkışı da bu kritik dönemlerdeki nörogelişimsel süreçlerle ilişkili olabilir (1,2).

Travma, denetleme, bağlantı kurma ve anlamlandırma duyularımızı sağlayan, olağan baş etme sistemlerimizi felce uğratan durum, olarak tanımlanır. İnsanoğlunun neden olduğu travmalara dayanmak, doğal afet ve kazalardan oluşana dayanmaktan daha zordur. Dayanılması en güç durum ise travma ile baş edebilecek gücün olmadığı, çocukluk çağında karşılaşmaktır. Çocukluk çağındaki ruhsal travmalar, kazalar, doğal afetler yanında cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmal şeklinde olabilir. İstismar ve ihmal çocukluk çağında yineleyici olduğunda erişkinliğe dek uzanan psikiyatrik bozukluklara yol açabilir (3,4,5).

Çocukluk çağında insanın neden olduğu travmatik deneyimlerin yaşanmış olmasının, kişinin çocukluk ve yetişkinlikte, başkaları ve dış dünya ile kurduğu ilişkiyi olumsuz etkileyebileceği öngörülebilir. Başkaları ve dış dünya ile kurulan ilişkiyi değerlendiren yöntemlerden biri, çocuklukta hatta bebeklik döneminde geliştiği düşünülen bağlanmadır.

Bağlanma kuramı John Bowlby ve Mary Ainsworth'un çalışmaları sonucu geliştirilmiş, Freud ve diğer psikanalitik düşünürlerden etkilenmiştir (6). Bağlanma kuramına göre çocuk ve ebeveyn arasında kurulan duygusal bağın çocuğun kişilik gelişimi ve davranışsal organizasyonu üzerinde önemli etkileri olduğu ve ebeveynin istismar ve ihmal edici davranışlarının psikopatolojiyi etkilediği belirtilmiştir (7,8)

Bowlby'nin kuramı çerçevesinden bakıldığında pek çok psikiyatrik sorun, bağlanma sistemindeki bozukluklardan kaynaklanmaktadır (9). Bakım verenin gerektiğinde ulaşılabilen, destekleyici, güven ve korunak sağlayabilen biri olarak yaşantılanması, çocuğun stres altında kaldığında uygun başa çıkma yöntemleri geliştirmesine yardımcı olur. Eğer bu güven ve doyum sağlanamazsa çocuk "güvensiz stratejiler" geliştirecektir. Bu stratejiler: kaygılı bağlanma biçiminde olduğu gibi

bağlanma gereksiniminin maksimize edilmesi ya da bağlanma sisteminin aşırı uyarılması ve kaçınan bağlanmada olduğu gibi bağlanma sisteminin bastırılması ile bağlanma gereksiniminin minimize edilmesi şeklinde olabilir (9,10).

Duygudurum bozukluklarında sık görülebilen güvensiz bağlanma biçimi, hastalık süreciyle birbirini karşılıklı ve çift yönlü olarak olumsuz etkilemektedir. Fiziksel ve cinsel istismar öyküsü, premenstrüel sendrom ve doğum sonrası başlangıç, mevsimsel gidiş, ani başlangıç ve bitişler, hızlı döngülülük, çok sayıda depresif dönem, ağır şiddette dönem, psikotik bulgulu dönem, düşük işlevsellik, borderline kişilik bozukluğu, bipolar affektif bozukluk olgularında güvensiz bağlanma biçimi ile ilgili klinik özelliklerden en çok öne çıkanlardır (11). Çocukluk çağı travmatik yaşantıları da bipolar affektif bozukluğa yatkınlığa neden olmakla kalmaz aynı zamanda hastalığın klinik sürecini de etkileyebilir. Yapılan çalışmalarda belirtildiği gibi travmatik yaşantısı olan duygudurum hastalarının hastalık seyri, travmatik yaşantısı olmayanlara göre daha olumsuz seyretmektedir (12,13,14).

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları bipolar affektif bozukluğa yatkınlığı ve hastalığın klinik seyrini etkileyebilirken agresyon davranışı ile de ilişkili olabilmektedir. Gelişim süreci içerisinde dürtüsellik ve agresyonun ortaya çıkışını araştıran çalışmalar, yaşamın erken dönemlerindeki travmatik deneyimlerle ilişkisini ortaya koymuştur. Erişkindeki agresyon çocuklukta maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismar ile ilişkili bulunmuştur (15,16).

Güvensiz bağlanma biçimlerinin ahlaki ve toplumsal kuralları benimseme sorunlarına, agresyona, suç davranışına ve otoritarizme neden olduğu bulunmuştur (17). Çocukluk yaşantılarında ihmal ve istismara uğramış bulunan kişiler sosyal ilişkilerinde çekingen, korkak ve antisosyal davranışlar sergileyebilmektedirler (18).

Literatürde bipolar affektif bozuklukta bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisini birlikte değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada, bipolar affektif bozuklukta, bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisi ve bunun hastalığın klinik seyri ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu yolla bipolar affektif bozukluk hastalarında bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisi ile ilgili verilere katkı sağlanması hedeflenmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK

Bipolar affektif bozukluk , belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma(mikst) ataklarla giden ve ataklar arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurumu haline(ötimi) dönebildiği kronik seyirli duygulanım bozukluğunu tanımlar (19).

2.1.1 Tarihçe

Duygudurum bozukluklarına ilişkin gözlemler, insanlık tarihi boyunca, değişik çağlarda, değişik toplumlarda, çeşitli mitolojilerde, farklı dinlerde yer almıştır. Günümüzde duygudurum bozuklukları hakkında bilinenlerin çoğu ve mani ile melankoli tanımlarının ilk kullanımı eski Yunan ve Roma dönemine aittir. Hipokrat(M.Ö. 460-377), insanın duygudurumu ile beden sıvıları arasında bağlantı kurmuş ve duygudurumu, hafif kanlı mizaç, kara sevdalı mizaç ve sinirli mizaç olarak tanımlamıştır. Hipokrat “kara safra” anlamına gelen melankoli terimiyle de, karaciğer ve safra yollarındaki bozukluklardan kaynaklanan durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik, uykusuzluk, kaygı, yetersizlik ve intihar düşünceleriyle ortaya çıkan bir hastalık tablosunu tanımlamıştır (20).

Daha sonraları Galenos da, etkisini on sekizinci yüzyıla dek sürdürmüş olan “beden sıvıları kuramı” nı ortaya atmıştır. Kurama göre insan bedeni kan, balgam, sarı ve kara safra olmak üzere dört beden sıvısından oluşmuştur. Sıvıların herhangi birinin miktarındaki artma, sıvı dengesizliğine yol açarak hastalığa yol açacaktır. Örneğin, depresyon ve melankoli kara safranın aşırılığına bağlıdır (21). 19. yüzyılda, hastanede yatan hastalarla ilgili gözlemler, bazı psikotik hastaların diğerlerinden farklı olarak kendiliğinden iyileşmeler gösterdiğini ve hastalıkların belli aralarla ortaya çıktığını göstermiştir. 1840 yılında Esquirol, depresyon ve maninin kronik akıl hastalıklarından farklı olduğunu ortaya koymuştur. Baillarger ve Falret, 1851 yılında, Fransa’da birbirlerinden ayrı olarak, mani ve melankoli klinik tablolarını gösteren birdenbire

başlayan hastalıkları, aynı hastalığın iki değişik görünümü olarak kabul etmişlerdir. Nöbet nöbet gelen bu hastalığa, Baillarger “folie a double forme”, Falret “folie circulaire” adını vermiştir (20). 1895 yılında Kraepelin, manik-depresif hastalığı tanımlayarak, bu hastalık için üç önemli tanı ölçütü olarak; depresyon ya da öfori tarzında yoğun emosyonel durum, daha önceki sağlıklı işlevselliğe geri dönebilme özelliği, hastanın yaşamı boyunca tekrarlayan birçok atak yaşaması özelliklerini öne sürmüştür (19). 1960’lı yıllarda manik ve depresif ataklarla giden bipolar bozukluk ve sadece depresif ya da sadece manik ataklarla giden monopolar bozukluk olmak üzere iki gruba bölünmüştür. Daha sonraları sadece depresif epizotlarla giden hastalar, unipolar olarak adlandırılmıştır.

1980 yılında DSM III sınıflama sisteminin kullanıma girmesiyle “affektif bozukluklar” tanımı kabul edilmiş ve temel ayırım major depresyon ve bipolar bozukluk arasında yapılmıştır (19). DSM III-R(1987) sınıflandırmasında dört tip bipolar bozukluk; bipolar I, bipolar II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk yer almıştır. 2000 yılında kullanıma giren DSM IV-TR sınıflandırmasında ek olarak genel tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı duygudurumu bozukluğu vardır (19).

2.1.2 Epidemiyoloji

Bipolar affektif bozukluk önemli ölçüde morbidite ve mortaliteye yol açan ciddi bir hastalıktır. Bipolar I bozukluk, erişkin popülasyonun ortalama %0,8’ini etkiler. Bu oran, toplum örneklerinde %0,4-1,6 arasında değişmektedir (22-24). Kültürel ve etnik gruplar arasında fark yoktur (22). Bipolar II bozukluk, toplumun %0,5’ini etkiler ve siklotimi için de oran %0,4-1 olarak bildirilmiştir (22,25). Bipolar affektif bozuklukta başlama yaşı 15-19 yaşları arasında pik yapar, bunu 20-24 yaş arası dönem izler. Genellikle 18-44 yaş arasında ortaya çıkar. İlk başlama yaşı ile ilk tedavi ve hastaneye yatma yaşı arasında 5 ile 10 yıllık bir süre vardır (26,27). 15 yaş öncesi mani hakkında daha az çalışma vardır. Bu grupta bipolar bozukluk tanısını belirlemenin, atipik özellikleri ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile birlikteliği yüzünden zor olduğu bildirilmiştir (28,29).

Maninin 60 yaşından sonra ortaya çıkışı ailesel öykü ile değil büyük oranda stroke ve diğer santral sinir sistemi hastalıkları gibi genel tıbbi durumlarla ilgili olduğu belirtilmiştir (30). Bipolar affektif bozukluk II, kadınlarda belirgin şekilde fazla görülmekle birlikte bipolar affektif bozukluk I'in görülme sıklığı her iki cinste de eşittir (31). Bipolar affektif bozukluk tanılı kadınların, erkeklere oranla depresif ve mikst epizot geliştirme olasılıkları daha yüksek bulunmaktadır. Kadının erkeğe oranla depresif semptomlar geliştirme riskinin daha yüksek olduğu ve bu farkın, hastalığın etiolojisindeki biyolojik faktörlerle ilişkisi üzerinde durulmuştur (31).

Hızlı döngülülük, bipolar affektif bozuklukların %5-15'ini kapsamakta ve %70-90'ı kadınlarda ortaya çıkmaktadır. İlk epizodun erkeklerde mani, kadınlarda depresyon olarak ortaya çıkmasının daha sık olduğu bildirilmiştir (32). Bipolar affektif bozukluklu hastaların birinci derece akrabalarında hem bipolar affektif bozukluk, hem de diğer duygudurum bozuklukları görülme sıklığı artmış olarak bulunmuştur (33). Bir çalışmada, bipolar affektif bozukluk hastalarının çocuklarında bipolar affektif bozukluk riski %13, tek uçlu depresyon riski %15 ve şizoaffektif bozukluk riski %1 olarak bulunmuştur (34). Bipolar affektif bozukluğun, kişinin evliliğini, meslek yaşantısını ve yaşamının istisnasız her yönünü etkilediği, şiddetli ve kalıcı bozukluklara yol açtığı ileri sürülmüştür (35).

2.1.3 Etiyoloji

Biyolojik ve psikososyal nedenler birbirleri ile etkileşerek duygulanım bozukluklarına neden olurlar.

2.1.3.1 Biyolojik nedenler

Duygudurum bozukluklarının gelişmesinde güçlü şekilde anlamlı bir genetik faktörün varlığına işaret eden aile çalışmalarında, bipolar affektif bozukluk tanılı hastaların birinci derece akrabalarının, kontrol deneklerinin birinci derece akrabalarına kıyasla 8-18 kat daha fazla bipolar affektif bozukluk'a sahip oldukları bildirilmiştir (36). Eğer bir ebeveyn bipolar affektif bozukluk tip I'e sahipse, herhangi bir çocuğunda bir duygudurum bozukluğu olma olasılığı %25, eğer her iki ebeveyn de hastaysa

çocuklarının bir duygudurum bozukluğuna sahip olma olasılığı %50-75 olarak bildirilmiştir. Bipolar affektif bozukluk tip I için varolan tek evlat edinme çalışması da genetik bir temeli göstermiş ve yapılan ikiz çalışmaları ile monozigot ikizlerde bipolar affektif bozukluk I için eş hastalanma oranının %33-90 olduğu saptanmıştır (37). Moleküler biyoloji çalışmalarında; 5., 11., 18. ve X kromozomu ile bipolar affektif bozukluk tip I arasında bazı ilişkiler bildirilmişse de belli bir gen ile bipolar affektif bozukluk ilişkisi ortaya konamamıştır. Araştırmalarda bozukluğun polimorfik, poligenik ve multifaktöryel bir kalıtım ile genetik geçiş gösterdiği ileri sürölmüştür (37,38).

Biyokimyasal çalışmalar; daha çok biyolojik aminler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Patofizyolojide norepinefrin ve serotoninden daha çok bahsedilmiştir. Beta adrenerjik reseptörlerin down regölasyonu ile klinik antidepresan yanıt arasındaki korelasyonun olasılıkla depresyonda noradrenerjik sistemin doğrudan rolüne işaret ettiği öne sürölmüştür. Serotonin azalmasının depresyonu tetikleyebileceği belirtilmiştir. İntihar girişimleri olan bazı hastalarda düşük BOS serotonin metabolitleri ve düşük trombosit serotonin geri alım bölgeleri konsantrasyonu saptandığı bildirilmiştir (37).

Depresyonun patofizyolojisine en sık eşlik eden biyolojik aminler norepinefrin ve serotonin olsa da, dopaminin de rol aldığı kuramsal olarak kabul edilmiştir. Veriler, depresyonda dopamin aktivitesinin azaldığını, manide ise arttığını düşündürmektedir. Dopamin ve depresyon hakkında iki yeni kuramda depresyonda mezolimbik dopamin yolağının disfonksiyonel olabileceği ve dopamin D1 reseptörünün depresyonda hipoaktif olabileceği bildirilmiştir. Özellikle vazopressin ve endojen opiatlar gibi nöroaktif peptidlerin ve gamma aminobutirik asit gibi aminoasit nörotransmitterlerin duygudurum bozukluklarında etkili olabileceği bulunmuştur. Bazı araştırmacılar, ikincil mesaj taşıyıcı sistemlerin adenilat siklaz, fosfatidilinositol ve kalsiyum düzenlenmesinin nedensel ilişkili olabileceğini öne sürmüşlerdir (37).

Depresyonda sodyum birikiminin, potasyum ve su atılımının arttığı, manik dönemlerde ise bunun tersi bir durumun gözlendiği, MAO ve COMT işlevlerinde de değişiklikler bulunduğu gösterilmiştir (39). Bipolar affektif bozuklukta, G proteini işlevlerindeki değişikliklerin patofizyolojik açıdan önemli olduğu, tedavi edilmeyen manik olgularda G proteini işlevlerinde artma bulunduğu saptanmıştır. Lityumun G proteini işlevlerini azalttığı gösterilmiştir (39).

Duygudurum bozukluğu olan hastalarda melatonin noktürnal sekresyonunun düşüklüğü, follikül stimulan hormonun bazal salınımının ve erkeklerde testosteron seviyesinin düşüklüğü, yükselmiş kortizol düzeyleri gibi nöroendokrin düzensizlikler bildirilmiştir (37).

Bipolar bozuklukta klinik belirti vermeyen hipotalamo-pitüiter-tiroid eksen bozukluklarının daha sık olup, hızlı döngülü olgularda subklinik hipotiroidinin daha çok görüldüğü saptanmıştır (19,37). Şizofrenisi olan hastalar ve normal kişilere kıyasla depresyonda, beyin omurilik sıvısında somatostatin düzeylerinin daha düşük olduğu ve manide yükseldiği bildirilmiştir (37). Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme ile yapılan yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında, bipolar affektif bozuklukta serebral ventrikül hacminde genişleme, amigdala hacminde artış, singulat korteksin hacminde ve glial hücrelerde azalma, bazal gangliada hiperintens lezyon artışı, hipokampal alandaki hücre gruplarında atrofi ve yoğunluk azalması izlendiği bildirilmiştir (19,37,40).

2.1.3.2 Psikososyal nedenler

Duygudurum bozukluklarının ilk dönemlerine, sıklıkla stres verici yaşam olaylarının öncülük ettiği klinik gözlemleri bildirilmiştir. Bu gözlemi açıklamak için öne sürülen duyarlılaşma modeli ile ilk döneme eşlik eden stresin beyin biyolojisinde uzun süreli değişikliklere yol açtığı saptanmıştır (37,41). İlk nöbeti tetikleyen yaşam olaylarının çoğunun özgül olmadığı, biyolojik ve ruhsal yatkınlık olduğunda rahatsızlığın başlamasında önemli etken oldukları bildirilmiştir (36).

2.1.3.3 Psikodinamik faktörler

Freud tarafından betimlenmiş ve Karl Abraham tarafından da genişletilmiş klasik depresyon görüşü dört anahtar noktayı içerir: Oral evrede bebek anne ilişkisinin bozulması depresyona yatkınlığı arttırabilir. Depresyon gerçek ya da hayali nesne kaybı ile ilişkilendirilebilir. Nesne kaybı ile bağlantılı distresle baş etmek üzere ayrılan nesnelerin introjeksiyonu, devreye giren bir savunma düzeneğidir. Kayıp nesne sevgi ve

nefretin bir karışımı olarak ele alındığından, öfke duyguları kişinin kendi içine yönlendirilmiştir. Melanie Klein depresyonu, Freud'un yaptığı gibi sevilen kişilere karşı agresyonun dışavurumu olarak tanımlamıştır (37).

Mani ile ilgili kuramların çoğu, manik dönemleri altta yatan depresyona karşı bir savunma olarak görür. Karl Abraham manik dönemlerin, gelişimsel bir trajediyi tolere etme yetisi yokluğunu yansıtıyor olabileceğine inanır. Bertram Lewin, manik hastanın egosunu, cinsellik gibi zevkli uyarılar ya da agresyon gibi korkulan uyarılar tarafından ezilmiş olarak ele almıştır. Melanie Klein da kişinin büyüklük sanrıları geliştirdiği omnipotans gibi manik savunmaları maninin, depresyona karşı bir savunma tepkisi olarak görmüştür (37).

2.1.3.4 Bilişsel kuram

Beck tarafından geliştirilmiş olan bilişsel görüşe göre depresyon, temelde bir duygulanım bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluktur. Duygulanım bozukluğu buna ikincil gelişir. Bilişsel görüşe göre depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı yerleşmiş olumsuz kavramlar vardır (36).

2.1.3.5 Davranışçı görüş

Depresyonun öğrenilmiş çaresizlik kuramı, kontrol edilemeyen yaşantıları depresif fenomene bağlar. Bir laboratuardaki köpekler kaçamayacakları elektrik şokuyla karşıladıktan sonra, yeni bir öğrenme durumuna konulduklarında, engeli geçerek elektrik akımını durduramazlar. Bu görüşe göre depresyon, çocukluktan beri acılı uyarılarla karşılaşp, bunlardan kaçmayı kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur (36,37).

2.1.3 Klinik özellikler

Bipolar affektif bozukluk, DSM-IV'de duygudurum bozuklukları ana başlığı altında yer alır (42). Manisi olan hastalar canlıdır, konuşkandır, bazen eğlendirici ve

güldürücüdür. Manik dönemin temel belirtileri yükselmiş, kabarmış veya iritabl duygudurumdur. Sıklıkla hastanın baskın duygudurumu hastalığın gidişinin erken dönemlerinde öforik iken ilerleyen dönemde iritabl olur. Hafif manik olgular öfori, fikir uçuşmaları, fiziksel etkinlikte ve konuşmada artış, uyku gereksiniminde azalma ve grandiosite gösterirler. Hastaların konuşması araya girilip kesilemez, mani yoğunlaştıkça konuşma yüksek sesle, çok daha hızlı ve bölünmesi çok daha zor hale gelir. Hastanın etkin hali yükseldikçe, konuşma, şaka, sözcük oyunları ve konu dışı yandan yanıtlarla dolmaya başlar. Etkinlik seviyesi ilerlemeye devam ederse çağrışımlar kopar, yoğunlaşma azalır, fikir uçuşmalarına yol açar. Hareket ve enerji düzeyi artmıştır, hiperseksüalite gözlenir, benlik saygısında artmaya bağlı büyüklük ve olağandışı güçlülük duygusu izlenir. Bazen büyüklük düşünceleri sanrısız nitelik kazanır. Perseküsyon ve büyüklük sanrıları, varsanılar, referans fikirleri görülebilir. Sonuçlarını düşünmeden tehlikeli işlere girebilirler, aşırı alışveriş yapabilirler. Hastanın davranışları impulsif ve aynı zamanda tutkulu ve amaca dönüktür (19,36,37).

Depresif duygudurum ve isteğin kaybolması depresyonun önemli belirtileridir. Benlik saygısında azalma, çaresizlik duygusu siktir. Bazı olgularda önde gelen belirti anksiyete olabilir. İştah ve kilo değişiklikleri, uykuya dalmada ve sürdürmede güçlükler, sabahları erken uyanma, letarji ve enerji düzeyinde azalma, libido azlığı siktir. Olguların çoğunda psikomotor retardasyon gözlenir, hareketler yavaşlamış ve azalmıştır, konuşmaları fakir ve tekdüzedir. Depresyonu olan hastaların yaklaşık 2/3'ünde özkıyım düşünceleri vardır ve %10-15'i bunu dener. İritabilite, depresyondaki temel belirtilerden birisidir. Değersizlik, suçluluk, hastalık, ölüm ve cezalandırma ile ilgili düşünceler gibi psikotik belirtiler siktir. Genellikle duygudurumla uyumlu sanrı ve varsanılar gözlenebilir(19,36,37).

2.1.4 Ayırıcı tanı

Manik dönemi klinik olarak şizofreniden ayırmak güç olabilir. Duygudurumun neşeli, bulaşıcı ve yükselmiş olması, hızlı ve basınçlı konuşma ve hiperaktivitenin birlikte görülmesi, mani tanısını daha çok düşündürür. Duygudurum bozukluğu için aile öyküsünün olması, işlevselliğin ara dönemlerde daha iyi oluşu, ayırıcı tanıda önemli bir fark olarak bildirilmiştir (37,39).

Kafa travmaları, enfeksiyonlar, ağır karaciğer yetmezliği, hipertiroidi, beyin tümörleri ve amfetamin, steroid, meskalin, bazı tüberküloz ilaçlarının entoksikasyonlarında mani ile karışabilecek tablolar görülebildiği bildirilmiştir. Deliryum durumlarında bilinç, yönelim ve algı bozukluğu baskındır. Manide bilinç, yönelim ve algı bozukluğu genellikle saptanmamıştır (36). Ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken bir diğer durumun kişilik bozuklukları olduğu, karma ya da disforik atak geçiren bipolar hastaların bir kısmının yanlışlıkla borderline kişilik bozukluğu tanısı alabileceği bildirilmiştir (36,37).

2.1.5 Seyir ve sonlanım

Bipolar affektif bozukluğun döngüsel ve yineleyici bir gidiş gösterdiği, atak sayısı arttıkça döngü uzunluğunun kısalma eğilimi gösterdiği bildirilmiştir. Geç yaş başlangıçlı olgularda, döngü uzunluğunun daha kısa olma eğilimi, olguların %34-79'unda ilk epizodun manik olduğu, ilk epizodun erkekte mani, kadında depresyon şeklinde ortaya çıkmasının daha sık olduğu bildirilmiştir. Erkeklerde manik ve depresif epizotların yıllar içerisinde aşağı yukarı eşit kalması özelliğine karşın, kadınlarda depresif epizotların baskın olduğu belirtilmiştir (25).

Erken başlangıçlı bipolar affektif bozukluğu olan hastaların genellikle ilk mani atağından önce birkaç depresyon epizodu geçirdiği bildirilmiştir (42). Kadınlarda rekürrens daha sık olduğu ve ileri yaştaki kadınlarda gençlere oranla rekürrens riskinin yüksek olduğu öne sürülmüştür. Tüm epizotlar değerlendirildiğinde hastalık başlangıcının erken yaşta olmasının rekürrens riskini artırdığı belirtilmiştir (43).

Hızlı döngünün kadınlarda, ultra hızlı döngünün erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Hızlı döngü olma özelliğinin, olguların %80'inin başlangıç döneminde olmadığı, ilerleyen yıllarda artışın antidepresan kullanımı gibi ilaç etkileri ile de bağlantılı olabileceği ileri sürülmüştür (25). 1-4 yıl süreyle yapılan izlem çalışmalarında hastalık öncesi kötü iş yaşantısı, alkol bağımlılığı, psikotik özellikler, depresif özellikler ve erkek olma zayıf prognoz belirteçleri olarak saptanmıştır (37). Manik dönemlerin süresinin kısa olması, başlangıç yaşının ileri olması, özkıyım düşüncelerinin az olması, eşlik eden psikiyatrik veya tıbbi sorunların az olması iyi prognoz göstergesi olarak belirtilmiştir (37).

Hastaların %7'sinin tam iyileştiği, %45'inin birden fazla dönem geçirdiği ve %40'ının sreğenleştiği, ortalama manik dönem sayısı 9 olmasına karşın hastaların 2-30 manik dönem yasayabildiği bildirilmiştir (37). Gitlin ve arkadaşları, sık aralıklarla izleyerek ataklar arasındaki belirtileri derecelendirdikleri çalışmalarında, bu dönemlerdeki belirti düzeyinin psikososyal işlev düzeyi ile atak sayısından daha fazla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Sendromal düzeye ulaşmayan eşik altı belirtilerin psikososyal sonlanışı etkilediği, bu dönemlerdeki kalıntı belirtilerin önemli prognostik rolü olduğu bildirilmiştir (44,45).

2.2 TRAVMA

Travma, denetleme, bağlantı kurma ve anlamlandırma duyularımızı sağlayan, olağan baş etme sistemlerimizi felce uğratan durum olarak tanımlanır. Travmatik olayları olağan dışı kılan, yalnızca seyrek görülmesi değil, uyumu sağlayan baş etme yollarının kullanılamayacağı kadar şiddetli oluşudur (5). İnsanoğlunun neden olduğu strese dayanmak, doğal afet ve kazalardan oluşanlara dayanmaktan daha zordur. Dayanılması en güç durum ise travma ile baş edebilecek gücün olmadığı çocukluk çağında karşılaşmaktır (4). Çocukluk ağı travmaları, ihmal ve istismar(kötüye kullanım) olarak ikiye ayrılır:

2.2.1 Çocukluk ağı ihmali

İhmal, ailenin çocuğun büyümesi için ihtiyaı olan güvenilir ve sağlıklı ortamı sağlamaması ve çocuğu tehlikelere karşı korumamasıdır. Anne ve babanın çocuğu ile konuşmaması veya sorularını yanıtlanmaması, çok uzun süre çocuğu yalnız bırakması, yeterince yemek vermemesi ve bakımını sağlamama gibi davranışları kapsar (46). İhmal, fiziksel ve duygusal ihmal olarak değerlendirilir.

2.2.1.1 Fiziksel ihmal

Çocuğa gereken sağlık hizmetinin verilmemesi veya eksik ve geç verilmesi, çocuğun yalnız bırakılması, evden kovma, kaçan çocuğu eve kabul etmeme, beslenme,

giyim ve hijyenik ihtiyaçlarını karşılamama, çocuğu öngörülebilir tehlikelerden korumamayı kapsar (4,46).

2.2.1.2 Duygusal ihmal

Çocuğun psikolojik ihtiyaçlarına yanıt vermeme, duygusal olarak ilgilenmeme, yeterli sevgi ve şefkat göstermeme, sosyal gelişimi için yeterli desteği sağlamama, sosyal kuralları öğretmeme olarak tanımlanır (4).

İhmal ve istismarı ayıran en temel nokta ihmalin pasif, istismarın ise aktif bir davranış şekli olmasıdır. İhmal, özellikle büyüme ve gelişme geriliği olan psiko-sosyal uyum güçlüğü çeken, eğitim gereksinimleri karşılanmayan çocuklarda akla gelmelidir (47).

2.2.2 Çocukluk çağı istismarı

İstismar(kötüye kullanım), çocukların başta anne ve babaları olmak üzere, bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinler tarafından fiziksel, duygusal, zihinsel ya da cinsel gelişimlerini engelleyen, beden ya da ruh sağlığına zarar veren, kaza sonucu olmayan durumlarla karşı karşıya bırakılmasıdır (48,49).

İstismar; insan ilişkilerinde bir tarafın diğerini kasıtlı olarak, o kişinin zararına ve aleyhine olacak şekilde kötü amaçla kullanmasıdır. Çocuk örselenmesi kavramı, genelde 16 yaşın altında bulunan çocuklara karşı aktif olarak girişilen, onların fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal gelişimlerini zedeleyen her türde eylemlerdir (50). Çocuk istismarı kavramı çocuğa yöneltilen eylemin türü, bu eylemlerin nedenleri ve çocuk üzerindeki etkileri açısından farklılaştığı düşünülen üç boyutta incelenmektedir. Bunlar; fiziksel istismar, cinsel istismar ve duygusal istismardır.

2.2.2.1 Fiziksel istismar

Çocuğa, bakımından sorumlu kişi ya da kişiler tarafından sağlığına zarar verecek ve vücudunda iz bırakacak şekilde davranılması, fiziksel istismar olarak tanımlanmıştır (46,51). Fiziksel istismar, sıyrık, yanık, kafa travması, kırık, iç organlara ait yaralanmalar veya en az 48 saat süren her hangi bir fiziksel hasara yol açacak şekilde

zarar vermedir. Ayrıca aşırı şekilde bedene yönelik cezalandırmalar ve bağlama, kapalı bir yere kilitleme de bu tanım içerisinde yer alır (52). Fiziksel istismar çocukta, yüksek anksiyete, düşük dürtü kontrolüne, kendine zarar verici davranışlar sergilemesine, saldırganlığa, suçluluk duygusuna, gelişim geriliklerine, içe çekilmeye ve depresyona neden olabilir (50,53,54).

2.2.2.2 Duygusal İstismar

Ruhsal sağlığı tehlikeye sokacak şekilde, ağır sözel tehditler alma, alay edilme, ya da küçük düşürücü yorumlarda bulunulma, eleştirilme, aşağılanma olarak tanımlanmıştır. Reddedici ve düşmanca tavır alma, aşağılama, yalnız bırakma, korkutma, suça yöneltme, katı şekilde cezalandırma, yaratıcılığı kısıtlanacak derecede davranışlarını aşırı denetlenme ve diğer taciz türlerinin dışında kalan belirsiz istismar türleri de bu kapsamda ele alınabilir (4,55). Duygusal istismara oldukça sık rastlanılmasına rağmen tanımlanması ve fark edilmesi güçtür ve kanıtlanmasında zorluklar yaşanmaktadır (56).

Duygusal istismar ruhsal gelişimde duraklamalara, kimlikte zedelenmeye ve davranışsal sorunlara neden olabilmektedir (57). Bu durum çocuklarda pasif kişilik özelliklerine, antisosyal davranışlara, değersizlik duygularına, uyum sorunlarına neden olabilir (58). Çoğu fiziksel istismar olgusuna eşlik eden duygusal istismar, fiziksel belirtiler iyileştikten çok sonra, hatta hayat boyu etkisini sürdürür. Çocuğun bağlanma sürecini ve duygusal gelişimini olumsuz etkiler. Çocuğun ilerleyen süreçte uygun duygusal cevaplar geliştirme kapasitesini bozabilir (59).

2.2.2.3 Cinsel istismar

Psiko-sosyal gelişimi tamamlanmamış çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel uyaran olarak kullanma amacıyla ve güç, tehdit veya kandırma yoluyla gerçekleşen cinsel temastır (60,61). Çocuk cinsel istismarına ilişkin tanımlamalar çocuk ile saldırgan arasındaki yaş farkı, saldırganın kullandığı yöntemler ve istismarın verdiği zarar üzerinde durularak çeşitlendirilmiştir. Çocukların maruz kaldığı cinsel istismar çeşitleri; temas içermeyen istismar(cinsel öneri, seksi konuşma ve yorumlarda bulunma,

teşhircilik), röntgencilik, cinsel organlara dokunma, oral seks, çocuğun bacakları arasına penisin yerleştirilmesi, cinsel penetrasyon(anal, genital, parmak, cisim), cinsel sömürü(çocuk pornografisi ve fuhuşu) olarak ayrılmıştır (62).

Cinsel istismar gizli bir şekilde meydana gelir ve duygusal olarak yıkımı çok yoğun olduğu için açığa çıkması ertelenmektedir. Bu nedenle çocuk istismarları arasında saptanması en zor olan ve çoğunlukla gizli kalanı cinsel istismardır (63,64). Cinsel istismar, en travmatik olan, en acı veren ve en az istatistik verilerine yansıyan istismar tipi olarak belirtilmiştir (65).

Cinsel istismar travmatik olay sırasında ve sonrasında birçok ruhsal soruna neden olabilir. Cinsel istismara bağlı anksiyete, dissosiasyon, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozuklukları, öfke, madde kötüye kullanımı, düşük özsaygı, intihar eğilimi, obsesyonlar ve somatizasyon bozuklukları ortaya çıkabilir (66).

2.2.3 Çocuk ihmal ve istismarı risk faktörleri

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre çocuk istismarı risk faktörleri; ailesel, toplumsal ve kişisel olarak sınıflandırılmaktadır.

2.2.3.1 Toplumsal faktörler

Çocuğun değerinin azalması(azınlık, engellilik, cinsiyet), sosyal eşitsizlikler, organize şiddet(savaşlar, kavgalar), toplumda şiddete hoşgörülle bakılması, medya şiddeti, kültürel normlardır.

2.2.3.2 Ailesel faktörler

Geniş aile, düşük sosyoekonomik durum, sosyal izolasyon, yüksek stres düzeyleri ve aile içi şiddettir.

2.2.3.3 Kişisel faktörler

Anne-babaya ilişkin etkenler; genç yaş, yalnız anne-baba, istenmeyen gebelik, eneyimsiz anne-baba, erken yaşta şiddete maruziyet, madde kullanımı, yetersiz doğum öncesi bakım, fiziksel ya da ruhsal hastalıktır.

Çocuğa ilişkin etkenler: cinsiyet, prematürite, istenmeyen çocuk, engellilik, düşük zekâdır (67). İstismara uğrayan çocuklar çoğunlukla istenmeyen gebeliklerden doğan, anne-babanın istediği cinste veya kişilikte olmayan, annesinin sık aralıklarla gebe kaldığı çocuklardır. Maddi bunalımlar, anne-babanın duygusal sorunları, evlilik sorunları çocuğa karşı davranışı etkileyebilir (68).

2.2.4 Çocuğa yönelik şiddetin etkileri

Çocuğun sosyal çevresine uyumunda anne ve babanın önemi büyüktür. Çocuk kendini ifade etmeyi, kişilik gelişimindeki özdeşimi, kendini yöneten bir birey olmayı anne ve babasından öğrenir. Aile içindeki olumsuzluklar çocuğun gelişim sürecine zarar verir.

Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu'na göre, aile içinde çocuğa yönelik şiddetin etkileri üç grupta toplanmıştır;

-Fiziksel sonuçları: karın ve göğüs yaralanmaları, beyin hasarları, vücutta izler, yanıklar, sakatlıklar

-Cinsel sonuçları: üreme sorunları, cinsel fonksiyon bozuklukları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelik

-Psikolojik sonuçları: alkol ve madde kötüye kullanımı, bilişsel bozukluklar, suç ve şiddet davranışı, depresyon, anksiyete, gelişimsel gecikmeler, yeme ve uyku bozuklukları, utanma ve suçluluk duyguları, hiperaktivite, sosyal uyum sorunları, düşük okul performansı, düşük benlik algısı, post travmatik stres bozukluğu, psikosomatik bozukluklar, kendine zarar verme ve intihar davranışlarıdır (69).

İstismara maruz kalan çocuklarda kısa dönemde alt ıslama, parmak emme ve benzer regresif belirtiler, uzun dönemde ise öfke, saldırganlık, kendi çocuklarına yönelik örseleyici davranışlar ve antisosyal davranış gözlenebilir (68).

2.2.5 Çocuğun şiddete tanık olması

Çocuklar aile içi şiddete ya kendileri doğrudan maruz kalmakta ya da aile içinde ortaya çıkan şiddete tanık olmaktadır. Aile içi şiddet uygulayanların büyük bir kısmı şiddete tanık olan çocuklar arasından çıkar (70).

Aile içi şiddete tanık olan çocuklar, saldırganla özdeşim kurabilirler ve diğer istismar ve ihmale maruz kalmış çocuklarla benzer davranış özellikleri gösterirler (71). Çocuklar şiddete tanık olduklarında şiddetin bir problem çözme yöntemi olduğunu ve diğer insanları kontrol etmenin bir yolu olduğunu öğrenmeye başlarlar (71).

2.2.6 İstismar ve ihmale maruz kalmış çocuklarda psikopatoloji

Fiziksel istismara uğramış çocuklar, uyku bozuklukları, fobik davranış, psikosomatik şikayetler, anksiyete bozuklukları sık görülür. Depresyon, kendine zarar verici davranışlar, intihar girişimleri, kuşku ve güven sorunları gözlenebilir (72). Bu çocuklar ilişkilerinde öfkeyi ve saldırgan davranışları sık kullanırlar (51).

Cinsel istismara uğramış çocuklarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklar; post travmatik stres bozukluğu, karşı gelme bozukluğu, anksiyete bozuklukları, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur (73). Cinsel istismar, çocuğun psiko-seksüel gelişim sürecini olumsuz etkileyebilir ve cinsiyet özdeşimi ile ilgili sorunlar yaşanabilir (72). Devam eden cinsel istismara çekingenlik, pasiflik veya cinselliğe aşırı yönelim şeklinde uyum tepkileri verilebilir. Bu süreç çocuğun aile ve toplum ilişkilerinde sorunlar yaşamasına neden olabilir (70).

Duygusal istismara ve ihmale uğramış çocuklarda; enkoprezis, enürezis, yalan söyleme ve çalma davranışı, aşırı bağımlılık, duygusal tepkilerde azalma, güven sorunları, intihar davranışı görülebilir (72). İhmale maruz kalmış çocuklarda gelişimsel gerilikler, konuşmada gecikme, sosyal ilişki kurma güçlükleri görülebilir (72).

2.2.7 Epidemiyolojik veriler

İstismar kavramının farklı tanımlanması, farklı örnek grupları kullanılması, bölgesel ve kültürel farklılıklar ve sosyal stigmatizasyon nedeniyle bu alandaki

çalışmalar farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Çocukluk çağı istismarının yaygınlığı ile ilgili net bir fikir birliği sağlanamamıştır (74). Farklı çalışmalarda fiziksel istismar sıklığı %0,45-64 gibi çok geniş aralıkta bildirilmiştir (69). ABD’de her yıl 1200-1500 çocuğun kendi ailesi ya da bakım verenlerinin istismarı sonucu öldüğü tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin %52’sinden fiziksel şiddet, %42’sinden ihmal ve %5’inden ise her ikisi sorumludur. Ayrıca fiziksel istismar nedeniyle kalıcı sakatlıklar meydana gelebilmektedir (75).

Türkiye’de, Ankara ve Adana illerinde toplum örnekleme ile fiziksel istismar araştırılmış ve Ankara için %46, Adana için %61 oranında fiziksel istismar bildirilmiştir (76).

Çocuklukta cinsel istismara maruz kalma sıklığı %10-40 olarak bildirilmektedir (77,78). Kadınlarda risk 10 kat fazladır. İstismar genellikle çocukluk ve ergenlikte başlar zamanla tekrarlayarak devam eder (79). Çoğu olguda saldırgan önceden tanınan ve güvenilen biridir. Ebeveyn tarafından cinsel istismar oranı ise %1-2 olarak tahmin edilmektedir (77).

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği’ne ilk defa başvuran 150 ardışık kadın hasta ile yapılan bir çalışmada duygusal ihmal %24,7, cinsel istismar %22, duygusal istismar %18,7, fiziksel ihmal %17,3, fiziksel istismar %15,3, ensest %13,3, ensest dışı cinsel istismar %11,3, travma bildirmeyenlerin oranı %59,3, en az bir travma bildirenlerin oranı %43,2 olarak bulunmuştur (80). Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2. Basamak Ayaktan Tedavi Polikliniği’ne başvuran 125 kadın hasta ile yapılan bir çalışmada, genel çocukluk çağı istismar oranı %33 saptanmış, bunların %20,2’sinin fiziksel, %18,5’inin cinsel, %36,3’ünün duygusal istismara uğradığı tespit edilmiştir (81).

Kessler ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınların %51,1’i, erkeklerin ise %60,7’sinin en az bir travmatik olaya maruz kaldıkları gösterilmiştir. Psikiyatrik tedavi için başvuran kişilerde çocukluk çağı travma öyküsü %29 saptanırken bu oran normal popülasyonda %5 olarak saptanmıştır (82). Cinsel istismar suçlarının sadece %20’sinin rapor edildiği göz önüne alınacak olursa, toplumlarda cinsel istismarın yaygınlığı hakkındaki sayıların, bildirilenin çok üstünde olması muhtemeldir (83).

2.3 BAĞLANMA KURAMI

Bağlanma kuramı Bowlby ve Ainsworth'un çalışmaları sonucu geliştirilmiş, Freud ve diğer psikanalitik düşünürlerden etkilenmiştir (6). Etoloji ve evrim kuramlarını temel alan bağlanma kuramı, "bağlanma davranışsal sistemi" kavramına dayanmaktadır. Bowlby'ye göre bağlanma sistemi; beslenme, çiftleşme gibi diğer güdü kökenli sistemlere benzer fonksiyonlara sahip, bağımsız bir davranışsal sistemdir. Bowlby'nin bağlanma kuramını oluşturmasında bebeklik dönemlerinden itibaren hastane ya da bakım evlerinde yaşamış olan çocukların sosyal, psikolojik ve gelişimsel sorunlarına ilişkin araştırmaların önemli katkısı olmuştur (84).

Bowlby'e göre insanların doğuştan gelen psikobiyolojik bir sistemleri vardır ve bu sistem bebeğin yaşamını sürdürebilmesi için gereksinim duyduğu şeyleri karşılayacak olan önemli diğer insanlarla(bağlanma figürleri) bağ oluşturması için bebeği güdüler (84). Bowlby ve Ainsworth, bağlanma davranışlarının Piaget'in bilişsel gelişim olarak tanımladığı süreçlerle benzer bir süreçte geliştiğini belirtmişlerdir (85). Piaget'in vurguladığı gibi bebek çevreyi kontrol etmeyi öğrenmekte ve çevreyi kontrol ederek kendi davranışını şekillendirmektedir. Bu dönemde kurulan ilişkilerin yapısı çocuğun ve ileriki dönemde de erişkin bireyin kişilik gelişiminde önemli bir role sahiptir. Bu ilişkide bakım verenin tutumları ilişkinin niteliğini belirlemede önemli olacaktır. Çocuğun gereksinimlerine uygun yanıtlar veren, ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilir olan ve destekleyici olarak algılanan ebeveyn, sağlıklı bir gelişimin önünü açacakken, bağlanma figürleriyle olumsuz yaşantılar ise, kuramsal olarak, kaygı ve öfke duygularını ortaya çıkarması beklenmektedir (86,87,88,89).

Çocuklar bağlanma ilişkileri temelinde kendileri ve başkalarına ilişkin içsel çalışan modelleri ya da onların içsel temsillerini oluştururlar. Bu içsel çalışan modeller, sonraki kişilik organizasyonu için bir temel sağlar (6,9,90,91).

Bowlby'nin ele aldığı bağlanma sistemi, bebek ve bakım veren arasındaki ilişkilerde temel olarak gözlenen dört davranış biçimi üzerinden açıklanmaktadır; yakınlık arayışı ve yakınlığı koruma ihtiyacı, ayrılığı protesto etme, keşfetme etkinlikleri için bakım vereni güvenli bir üs olarak kullanma, destek ve güvenlik için bakım vereni sağlam bir sığınak olarak kullanma şeklindedir (10,92). Bağlanma davranışını güdüleyen sistemin temel hedefi güvenlik ve korunmanın sağlanmasıdır. Bu

nedenle de kişinin güvenliğine ilişkin potansiyel ya da gerçek bir tehdit durumunda, sistem otomatik olarak aktive olur ve tüm yaşam boyunca aktif olarak kalır (10). Bağlanma sistemini aktive ettiği düşünülen üç durum tanımlanmıştır: korkuyu provoke eden durumlar (kişiyi kendisi için güvenli sığınak olan diğerler insanları aramaya yönelten durumlar); meydan okuyan durumlar (kişiyi güvenli bir zemin sunan diğer insanlarla ilişki kurmaya yönelten durumlar) ve çatışmalı etkileşimler(işbirliği içinde yaşanan bir ilişkiyi sürdürmenin önemini vurgulayan durumlar) şeklindedir (93).

Bowlby'nin kuramına göre pek çok psikiyatrik sorun, bağlanma sistemindeki bozukluklardan kaynaklanmaktadır (9). Çocukların birincil bakım verenleri ile olan ilişkileri sonucunda onların ulaşılabilirlikleri hakkındaki beklentileri şekillenir ve bu beklentiler benlik ve diğerleri modellerinin temelini oluşturur. Kişilerarası etkileşim örüntüleri içinde kazanılan bu içsel çalışan modeller (zihinsel temsiller) (“bağlanma figürü başkaları modeli” ve “benlik modeli”) birbirlerini tamamlayıcı ve karşılıklı olarak birbirlerini doğrulayıcı biçimde gelişirler (6). Bakım verenin gerektiğinde ulaşılabilen, destekleyici, güven ve korunak sağlayabilen biri olarak yaşantılanması, çocuğun stres altında kaldığında uygun başa çıkma yöntemleri geliştirmesine yardımcı olur. Eğer bu güven ve doyum sağlanamazsa çocuk “güvensiz stratejiler” geliştirecektir. Bu stratejiler iki türdedir: bağlanma gereksiniminin maksimize edilmesi ya da bağlanma sisteminin aşırı uyarılması ve bağlanma sisteminin bastırılması ile bağlanma gereksiniminin minimize edilmesi. Bağlanma sisteminin aşırı uyarıldığı kişiler kompulsif tarzda yakınlık ve koruma ararlar ve reddedilme işaretlerine karşı aşırı duyarlıdırlar. Tekrarlayan biçimlerde, kişisel yetersizlikleri üzerinde durmaya yatkındırlar. Aksine bağlanma gereksinimini bastırma yoluna giden çocuklar ve erişkinler ise yakınlıktan rahatsızlık duyabilirler ve rahatsız edici düşünce ve anılarını paylaşmak, çözmek yerine bastırma yolunu tercih edebilirler (9,10).

2.3.1 Bağlanma biçimleri

Ainsworth ve arkadaşları çocuklarla yaptıkları çalışmalar sonucunda, çocukları üç tipik bağlanma sınıfı içerisinde değerlendirmişlerdir: güvenli(secure), kaygılı/kararsız(anxious/ambivalent) ya da kaygılı/dirençli ve kaçınan(avoidant). Bu alanda yapılan diğer çalışmalarda da Ainsworth ve arkadaşlarının bulguları

desteklenmiş ve erken yaşlarda gözlenen bağlanma biçimlerinin bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde fazla değişmediği gösterilmiştir (88).

Yapılan çalışmalarda yetişkinlerin çocukluk anıları ve deneyimleri temelinde Ainsworth'un öne sürdüğü üç bağlanma biçiminin yetişkinlik için de geçerli olabileceği gösterilmiştir. Hazan ve Shaver romantik sevgiyi bir bağlanma süreci olarak tanımlamış ve romantik ilişkilerdeki tutum ve inançları temelinde yetişkinlerin, Ainsworth ve arkadaşlarının sınıflandırmalarına paralel olarak, gruplandırılabilceğini ileri sürmüşlerdir. Ainsworth ve arkadaşlarının tanımladıkları bağlanma prototiplerini romantik ilişkilere uyarlayan Hazan ve Shaver her bir bağlanma biçimine karşılık gelen bir bağlanma biçimleri ölçeği geliştirmişlerdir. Bu araştırmada güvenli bağlanma biçiminin kendilerini en iyi tanımladığını belirten katılımcıların, diğer gruplara oranla, hem romantik ilişkileri hem de çocuklukta ebeveynleri ile olan ilişkileri hakkında olumlu yaşantı ve inançlara sahip oldukları saptanmıştır. Beklendiği gibi, güvenli bağlanmanın ilişkilerde hissedilen güven ve yakınlıkla olumlu, kıskançlıkla da olumsuz yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Diğer taraftan, kaygılı/kararsız katılımcılar ilişkilerinde aşırı derecede kıskanç, eşlerine ve ilişkilerine takıntılı ve sıklıkla duygusal iniş çıkışlar yaşayan kişiler olarak tanımlamıştır. Kaçınan bağlanma biçimini seçen katılımcılar ise diğer gruplara oranla başkalarına daha az güven duyan, ilişkiler ve romantik sevgi hakkında olumsuz beklenti ve inançlara sahip, yakınlık kurmaktan kaçınan kişiler olarak betimlenmişlerdir (94,95).

Hazan ve Shaver'in çalışmaları yetişkin bağlanma biçiminin anlaşılmasında ve açıklanmasında önemli taşlardan birini oluşturmaktadır. Hazan ve Shaver çalışmalarından hareketle Bartholomew ve Horovitz, kaçınan bağlanma biçimi olarak belirtilen bağlanma biçimini korkulu ve kayıtsız olmak üzere iki farklı gruba ayırmışlardır. Korkulu kaçınan bireylerin incitilmekten ya da birlikte oldukları insan tarafından reddedilmekten korktukları için ilişkilerinde de kaçınmaya yöneldiklerini, kayıtsız kaçınan bireylerin ise savunma duygularını, kendine güvenlerini ve bağımsızlıklarını korumak için öyle davrandıklarını öne sürmüşlerdir (94,96,97).

2.3.2 İçsel çalışan modeller

Bakım veren ile yineleyen etkileşimler sonucunda, bebekler ne bekleyeceklerini öğrenirler ve davranışlarını, buna göre ayarlarlar. Bu beklentiler birbiriyle ilintili

kendileri ve diğlerleri modellerini içeren bilişsel şemaları veya Bowlby'in deyimiyle "içsel çalışan modelleri" oluşturur (98,99). Bowlby'e göre çocuk bakım vereni ile olan deneyimlerini içselleştirerek kendisi ve diğlerleri hakkında çalışan modeller geliştirir. Bu içsel çalışan modeller bağlanma-ilişki süreçleri ve kişisel dinamikleri düzenlemektedirler (100,101). Bu şema çocuğun anlamasını etkilemekte ve gelecek ilişkilerini belirlemektedir ve bakım verenin ulaşılabilirliği ve tepkiselliğini kestirmede kullanılmaktadırlar (102). İçsel çalışan modeller genel olarak sosyal dünya, kendilik ve diğlerleri hakkındaki inançlar temelinde oluşur ve bireyin yakın ilişkilerini sürdürmesi ve işleminde etkili olmaktadır (103).

İçsel çalışan modeller kişinin ilişkilerinde nasıl davranacağını, sosyal yaşamını nasıl yorumlayacağını, yeni durumlarda davranışların nasıl olacağını şekillenmesinde önemli rol oynamaktadır. Ayrıca bağlanmanın çalışan modellerinin ruh sağlığını etkilediği varsayılmaktadır (104). Duygusal ve bilişsel unsurları içeren bu çalışan modeller farkındalık dışındadır. Bu modeller hangi bilgilere dikkat edileceği, hangilerinin içselleştirilip kaydedileceğini belirlemektedir (105). İçsel çalışan modeller birbiriyle bağlantılı 2 farklı bilişsel şemayı içermektedir (99,106). Bunlar kendilik modeli, bireyin, kendilik değerine ve başkaları tarafından sevilirliğine ilişkin algıları; diğeri modeli ise, bireyin yakın çevresindeki insanların bağlanabilirliğine ve güven vericiliğine ilişkin algılarını içermektedir (107,108). Olumlu çalışan modele sahip bireylerin kendilik değeri daha yüksek ve sosyal güveni daha fazladır. Diğlerini güvenilir ve bağlanılabilir olarak algılamaktadırlar. Yakın kişilerarası ilişki arama eğilimindedirler. Olumsuz çalışan modele sahip bireylerin kendilik değeri hakkında şüphe ve terk edilme hakkında endişeler vardır. Diğlerini güvenilmez ve değersiz olarak algırlarlar. Sosyal yakınlık ve yakın olma konusunda korku duymaktadırlar (109).

Bowlby'e göre içsel çalışan modeller birbirini tamamlayıcı niteliktedir. Yani bakım verenleri için güvenilir, ulaşılır ve sevilir diye bir şema oluşturan çocuk kendisi içinde güvenilir, sevilmeye ve ilgilenilmeye değer bir varlık olduğu yolunda bir zihinsel model geliştirmektedir. Aksine bağlanma figürü çocuğun istek ve ihtiyaçlarına karşı duyarsız olduğunda ya da bunlara uymayan tepkiler verdiğinde çocuk bağlanma figürünü reddedici, kendisini sevilmeye, değer verilmeye değmez olarak algılar ve buna uygun beklentiler geliştirir (99,110,111). Bazen de çocuk kendine ve bağlanma figürüne

ilişkin farklı zihinsel modeller geliştirir. Bu durum çocuğun algıladığı ile bakım vereninin ona söylediği arasında çelişki olduğunda ortaya çıkmaktadır (111).

Zihinsel modeller yaşamın ilk yıllarında daha esnek ve duruma bağlı olarak yeniden örgütlenebilir, görece değişken ve çevreye duyarlıdır. Ancak bir ya da daha fazla bakım veren ile aynı türden tekrarlayan etkileşimler sonucunda zihinsel modeller pekişir ve değişime karşı daha dirençli bir hal alabilir (100).

Collins ve Read çalışan modellerin 4 ilişki unsuru içerdiğini ve ilişki deneyimlerinin çalışan modelleri etkilediğini belirtmişlerdir; bağlanma-ilişki deneyimlerinin hatırlanması; bağlanmada ilişki içinde diğerleri ve benliğin beklentileri, inanç ve davranışları; bağlanma-ilişki amaçları ve ihtiyaçları; bu amaçları başarmak için stratejiler ve planlar. Örneğin güvenli bireyler ailelerini sıcak ve etkili olarak hatırlamaya yönelirler; kaçınan bireyler, ailelerini soğuk ve reddedici olarak hatırlarlar ve kaygılı bireyler babalarını haksız olarak hatırlarlar (112).

2.3.3 Ainsworth ve Yabancı Ortam Testi

Bowlby'nin kuramını ilk kez laboratuvar ortamında sınavan kişi M.Ainsworth'dur. Ainsworth anne-bebek doğasını inceleyen iki öncü çalışma yapmıştır. Bu çalışmalardan biri 1950'lerde Uganda'da diğeri de 1960'lara başında Baltimore'de yapılmıştır. Bu iki çalışma Ainsworth'un bağlanma teorisine temel hazırlamıştır ve çoğu ev incelemeleri için veri sağlamıştır (112,113). Ainsworth'un araştırmalarının ana amacı bağlanma kuramının duyarlılığını sınamaktır. Bu amaçla da Ainsworth ve arkadaşları "yabancı ortam" adını verdikleri deneysel bir yöntem kullanmışlardır (114). Bu teknikte önce bebek ve anne rahat bir laboratuvar odasına alınmış. Bebek önce kısa aralıklarla anneden ayrılmış, bir yabancıyla yalnız bırakılmıştır ve tekrar anneye bir araya gelmiştir (106,115,116). Böylece bebeğin bağlanma sistemi etkinleştirilmeye çalışılmıştır. Çocuğun ve annenin davranışları ayrılık öncesinde ve sonrasında dikkatlice gözlemlenmiştir (116). Bu deneyler sonucunda Ainsworth ve arkadaşları ikisi güvensiz biri güvenli olmak üzere üç tip bağlanma biçimi belirlemişlerdir. Bunlar; güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçındır (102,107,114,116,118). Güvenli olarak sınıflandırılan bebekler anneleriyle birlikteken çevreyi keşif için istekli davranmışlar, anneleri yokken az sıkıntı davranışı sergilemişler ve anneleri ortama geri döndüğünde de kızgınlık

belirtisi göstermeden hemen yakın temasa geçmişler ve tekrar çevreyi keşfe yönelmişlerdir (106).

Kaygılı-kararsız bebekler anneleriyle birlikteyken çok fazla keşif davranışı göstermemişler, anneden ayrılıkla birlikte yoğun endişe yaşamışlar ve anne geri döndüğünde ise hem anneye yakın olmak istemişler hem de anneye karşı yoğun öfke ve kızgınlık yaşamışlardır. Kaçınan bebekler ise annelerinden ayrı olduklarında daha az sıkıntı belirtisi göstermişler, sıkıntılı bile olsalar keşif davranışı göstermişler, anneleriyle bir araya geldiklerinde yakınlaşmayı reddetmişler ve uzaklaşmışlar, dikkatlerini oyuncak ya da diğer nesnelere üzerine yöneltmişlerdir (101,116,117,119,120).

Bowlby'e göre bebekler onların davranışlarını rahatlatılma, korunma ve yatıştırılma ihtiyaçlarının bir belirtisi olarak yorumlayan, özerk davranışlarda bulunmalarına izin veren ve bunu destekleyen bir bakım veren beklentisi ile dünyaya gelirler. İşte çocuğun bu beklentisini karşılayan anne-baba duyarlı anne-babadır. Duyarlılığı sınırcasına güvenli bağlanan bebeklerin anneleri yabancı ortamda çocuklarına karşı daha ilgili, rahatlatıcı, çocuğun çevreyi keşfi için özgür bırakan, aynı zamanda çocuğun ihtiyaçlarına karşı duyarlı bir davranış örüntüsü sergilemişlerdir (99,101,119,121). Kaygılı-kararsız bebeklerin annelerinin sevgi ve ilgilerinde tutarsız, çocuğu yönlendirmeye hevesli, müdahaleci olduğu gözlenmiştir (119).

Kaçınan bebeklerin annelerinin ise çocuklarına karşı diğer annelere göre daha ilgisiz, daha mesafeli, daha fazla reddedici ve çocuğun yakınlık isteğine karşı daha duyarsız olduğu görülmüştür (99,120,122,123). Ayrıca Bowlby kaçınma düzeyi yüksek olan annelerin başkalarına ilişkin olumsuz algılarını çocuklarına da yansıtarak onları da olumsuz şekilde değerlendirdiklerini böylece onlara ilgi göstermekten kaçınarak, çocuklarının da başkalarının ulaşılmaz ve güvenilmez olduğu şeklinde bir zihinsel model geliştirmesine neden olduklarını belirtmiştir (106).

Son yıllarda araştırmalar dörtlü bir bağlanma biçimi üzerine odaklanmıştır. Main ve arkadaşları dördüncü bağlanma biçimini zihni karışık veya kaçınan/kaygılı olarak adlandırmışlardır. Bu bebekler yabancı ortamda yeniden birleşme esnasında başı çevirme ile bakım verene yakınlaşma, ayrılık esnasında bakım veren için ağlama ve daha sonra yeniden birleşme esnasında ondan uzaklaşma veya yakınlaşma gibi zihni karışık davranışlar sergilemişlerdir (101,117,124,125). Sıkıntı zamanında ise bağlanma figürüyle ilişkilerinde garip, aykırı ve uygunsuz davranışlar göstermişlerdir (126).

Stresle baş etmede organize bir davranış gösterememe, yabancı durum testinde stereo tipik, asimetric ve zamansız hareketlerin varlığı, donup kalma ya da hareketlerde yavaşlama dağınık bağlanma ölçütü sayılmaktadır (127). Main ve Soloman zihni karışık biçimin ailenin davranışlarının bir sonucu olduğunu bildirmiştir (124). Geçmişindeki travmatik olaylar hakkında kararsız olan aileler çocukta dağınık davranışlara yol açabilecek korku, karışıklık veya acayip davranışlar gösterebilmektedirler (128).

2.3.4 Erişkinlikte Bağlanma

Bağlanma teorisine göre bağlanma biçimleri bağlanma figürüyle deneyimlerin bir sonucu olarak çocukluk ve ergenlik döneminde şekillenir (129). Hazan ve Shaver romantik aşkı bir bağlanma biçimi ve bir bağlanma figürü gibi partnere odağın gelişmesi olarak tanımlamışlardır (94). Onlar yetişkin bağlanmasının bebeklikle ilişkili olduğunu ve insanların aşktaki bağlanma biçiminin onların içsel çalışan modeliyle ilişkili olduğunu bulmuşlardır (130). Yetişkin bağlanmasını belirlemek için geliştirilen ilk ölçümler Hazan ve Shaver'in tek maddelik kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Çoğu araştırmacı güvensiz bağlanmayı yakınlıktan kaçınma ve terkedilme korkularıyla karakterize etmiştir (131,132). Güvenli bağlanma biçimine sahip bireyler yakınlıkta rahat, terkedilme korkuları düşük düzeydedir (99,130). Kendilerini sevebilir ve diğerlerini güvenilebilir ve değerli olarak algırlar ve olumlu erken ebeveyn ilişkileri bildirmişlerdir (89). Romantik ilişkilerinde daha mutlu, destekleyicilerdir. Sosyal olarak yetenekli, bağlanma figürüne karşı sıcak ve ilişkileri hakkında olumlu beklentileri vardır (130). Kaygılı/kararsız bireyler aşırı düzeyde yakınlık aramakta ve diğerleri tarafından sevilmecekleri ya da terk edilecekleri konusunda korku yaşamakta, kolayca aşık olmaktadır (99,122,125,131). Ayrıca duygusal iniş çıkışlar yaşamakta, takıntılı bir şekilde kıskançlık göstermekte, aşırı bağımlı davranmakta veya partnerleriyle tamamıyla bütünleşmek istemektedirler (131,133). Partnerlerinden sevgi elde etmek için onların sıkıntılarıyla yoğun bir şekilde ilgilenmekte ve diğerlerinin onayını alma konusunda güçlü bir istek duymaktadırlar (89,122,125,126,134,135). Çünkü iyi bir insan olduklarını hissedebilmek için diğerleri tarafından kabul edilmeye ihtiyaçları vardır (130). Ayrıca diğerlerini güvenilmez ve değersiz olarak görme eğilimindedirler.

Sosyal yakınlık ve yakın olma konusunda korku duyarlar (109). Bu kişiler ailelerinden yeterince destek almadıklarını bildirmişlerdir (134).

Kaçınan bireyler ilişkilerinde karşılıklı yakın olmaktan rahatsızlık duyarlar(126). Diğerlerini güvenilmez ve ilgisiz olarak kabul ederler ve destek için başkalarına bağlı olmaktan rahatsızlık duyarlar (89,130). İlişkilerinde düşük düzeyde kendini açma, duygusal yakınlık ve fiziksel sevgi, zayıf iletişim ve problem çözme becerisi gösterirler (92). İlişkilerinde duygusal olarak uzak ve savunma halindedirler. Partnerlerine karşı negatif atıflarda bulunma olasılıkları fazladır, eleştirel ve yargılayıcı olabilirler (131). Araştırmacılar bebek ile bakım veren bağlanması ve yetişkin romantik aşk arasındaki benzerlikleri vurgulamışlardır. Buna göre ayrılıkta sıkıntı duymak ve korku, hastalık zamanlarında koruma arama hem çocuklukta bakım verene karşı hem de yetişkinlikte romantik eşe karşı gösterilen bağlanma davranışıdır. Ayrıca hem aile hem de romantik eş ilgi ve koruma sağlar ve dünyaya yaklaşım için bir güven temeli sağlar (136).

Hazan ve Shaver yetişkin aşkı ve bebek bağlanması arasında birkaç farklılık bildirmişlerdir (94). Çocuklukta bağlanma figürü anne ya da anne yerini alan birincil bakım veren iken yetişkinlikte akran ya da sıklıkla da romantik partnerdir (126). Çocuklukta bağlanma tek yönlüken yetişkinlikte karşılıklıdır (137). Aile-çocuk ilişkisinde aile bakım sağlayan çocuk alan konumundadır. Yetişkin-yetişkin ilişkisinde ise bakım veren ve alan rolleri değişebilir. Her yetişkin rahat, güven ve destek kaynağı olarak diğerini kullanır. Problemler ilişki içindeki karşılıklı eksikliğinden kaynaklanabilir (138). Ayrıca yetişkin aşkta cinsel birliktelik de vardır. Böylece romantik aşk üç davranışsal sistemden oluşmaktadır ve bunlar:bağlanma, cinsellik, bakıcılık şeklindedir (136,139,140,141,142).

Son yıllarda ergen ve yetişkin yakın ilişkilerinde bağlanmanın rolünü inceleyen Bartholomew ve Harowitz, Bowlby'nin, bağlanma sisteminin benliğe ve başkalarına ilişkin içsel modelleri içerdiği görüşünden yola çıkarak "Dörtlü Bağlanma Modeli"ni oluşturmuşlardır (96). Buna göre, benlik ve başkaları modelleri olumlu ve olumsuz olma durumuna göre dört kategoride değerlendirilmektedir (95,96,125,143,144). Benlik modelinin olumlu olması başkalarının onayından bağımsız olarak var olan, içselleştirilmiş öz saygı ve "sevebilirlik" duygusu olarak betimlenebilir. Benlik modelinin olumsuz olması ise düşük özsaygı ve başkalarından onay alma gereksinimiyle

ilişkilidir (95,96). Başkaları modelinin olumlu olması, yakın ilişkilerde destek ve yakınlık aramaktan çekinmemeye ve başkaları hakkında olumlu beklentilere sahip olmaya; başkaları modelinin olumsuz olması ise başkalarına ilişkin olumsuz beklentiler taşımaya karşılık gelmektedir (95). Bu bağlanma biçimleri güvenli, saplantılı, kayıtsız, korkuludur (95,111): 1- Güvenli bağlanma biçiminde hem benlik hem de başkaları modelleri olumludur. Bu biçime sahip kişiler kendilerini değerli olarak algılar ve diğerlerini kabul eder ve destekleyici olarak görürler (96). Bu kişiler hem başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurar hem de özerk kalmayı başarabilirler (95). İhtiyaç duyduklarında diğerlerinden destek alma konusunda rahattırlar. 2- Saplantılı bağlanma biçimi olumsuz benlik modeli ve olumlu başkaları modeliyle ilişkilidir (145). Bu grup Hazan ve Shaver'in kaygılı/kararsız biçimiyle kavramsal olarak ilişkilendirilir. Kendilerini değersiz hissetme ve sevilmeğe değer görmeme eğilimindedirler. Başkalarının onay ve görüşüne bağımlıdırlar. Diğerlerine yakın olmayı isterler fakat ihtiyaç duyduklarında diğerlerinin hazır bulunması veya elde edilebilirliği konusunda güvenleri eksiktir. Bir insanın iyi olduğunu düşünüp yaklaşmak isterler fakat reddedilecekleri veya terk edilecekleri konusunda yüksek düzeyde kaygı yaşarlar. Bu kişiler ilişkileri konusunda takıntılıdır ve ilişkilerinde gerçekçi olmayan beklentilere sahiptirler (95). 3- Kayıtsız bağlanma biçimi benlik modelinin olumlu olduğu fakat başkaları modelinin olumsuz olduğu biçimdir (111). Bu biçimde başkalarına karşı reddeder bir tutum vardır. Kişi özerkliğine aşırı derecede önem verir (95). Bağlanma figürünü elde edilemez ve sorumsuz olarak kabul ederler. Diğerlerinden uzak durarak ve bağlanma ihtiyaçlarını reddederek olası bir reddedilmeye karşı olumlu kendilik imajını korumaktadırlar (111). Başkalarına karşı güvensiz oldukları, başkalarını destekleyici olarak algılamadıkları, kendilerini başkalarına açma ve yakınlık kurmada isteksiz oldukları, akranları tarafından daha düşmanca algılandıkları bulunmuştur (92,95). 4- Korkulu biçim, her iki modelinde olumsuz olduğu biçimdir. Bu biçime sahip kişilerin hem benlik hem de başkaları modeli olumsuzdur (144). Diğerlerine aşırı bağımlıdır (111). Bunlar kendilerini değersiz ve sevilmez olarak algılamak başkalarını da güvenilmez ve reddedici olarak algılar. Diğerleri tarafından kabul edilmeyi istemelerine rağmen reddedilme beklentileri ya da korkuları yüzünden yakın olmaktan korkarlar (96). Kendilerini başkalarına açma, yakınlık kurma ve stres anında başkalarından destek isteme konusunda rahatsızlık duydukları, kendine güvenlerinin az olduğu, sosyal

ortamlarda atılganlık gösteremeyen kişiler oldukları bulunmuştur (92,96). Aslında kayıtsız ve korkulu biçim Hazan ve Shaver'in gruplandığı kaçınan biçime denk gelmektedir (95,96,132,145).

Feeney ve arkadaşları, önemli özellikleri hem üçlü hem de dördü bağlanma gruplarında tanımlanan bir yapı kullanarak beş maddelik bir yetişkin bağlanma grubu geliştirmişlerdir (146). Bu maddeler; güven, yakınlıktan rahatsız olma, onaylanma ihtiyacı, ilişkileri ile meşgul olma ve ikincil ilişkiler olarak adlandırılmıştır. Güven maddelerinde hem kendilik hem de diğerleri davranışları değerlendirilmiş ve açıkça pozitif kendilik ve sosyal dünyada olumlu diğerleri modeline sahip olan bireyleri temsil etmektedir. Diğer dört madde Bartholomew ve Harowitz'in yetişkin bağlanma modelinin belli görünümünü temsil etmektedir. Yetişkin bağlanmasında bu yaklaşımın avantajı, bağlanma gruplarının açıkça resmedilmesini sağlamasıdır. Brennan ve arkadaşları bağlanma biçimleri kendilik ölçümlerinin hepsini bir faktör analiziyle değerlendirmiş ve hepsinin iki boyutta incelenebileceğini keşfetmişlerdir (125). Bu iki boyuttan biri reddedilme, terk edilme ve ayrılık korkularını içeren bağlanmada kaygı ve diğeri yakınlıktan rahat olmama ve bağlı olmayı içeren bağlanmadan kaçınma boyutudur. Bu iki boyamsal yapıya göre güvenli bağlanma biçimi hem düşük kaygı hem de düşük kaçınma ile ilişkilidir. Bu alan eşin sevgisi desteği ve yakın ilişkide rahat olma ve karşılıklı bağlılığa güvenme ile karakterize edilmiştir. Kaygılı bağlanma biçimi yüksek kaygı ve düşük kaçınma ile ilişkilidir. Kaçınan bağlanma biçimi yüksek düzeyde kaçınma ve düşük düzeyde kaygı ile ilişkilidir (147,148).

2.3.5 Bağlanma ve psikopatoloji

Ebeveynlerle ya da bakım verenlerle ilişkiler, duygusal düzenlemenin kurulmasındaki temel rolleri ile, bozukluğa yol açan gelişimsel yolların başlangıcını temsil edebilirler. Bu ilişkiler sadece psikopatolojiyi tanımlamada değil, bozukluğun kökenini ve gidişini anlamada da önemlidir (149).

Bağlanma, sadece çocuğun benlik ve diğerleri temsillerini değil, bağlanmayla ilişkili düşünce ve duygularını işlemlerini de etkilemektedir. Bağlanmayla ilişkili olaylar, içsel temsillerde düzenlemelere yol açarak düşünce ve duyguları işleme stratejilerini belirler (9).

Bowlby'nin kuramına göre bir çok psikiyatrik sorun, bağlanma sistemindeki bozukluklardan kaynaklanmaktadır ve bir çok çocukluk çağı ve yetişkinlik bozukluğunda, ilişki bozukluğu ölçütü yer almaktadır(örn., otizm, şizofreni, yeme bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu) (149,150). Özellikle kaygılı bağlanan bireylerin, aşırı hareketlilik ve gerginlik, hırçınlık, kızgınlık, takıntılı davranışlar ve kararsızlık gibi tepkiler geliştirdikleri ve bunların sonucunda fobiler, depresyon, güven sorunları, otonomide azalma gibi sorunların olabileceği belirtilmiştir (150).

Major depresif bozukluk, doğum sonrası depresyon, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve ağrı bozukluğunun güvensiz bağlanma biçimi ile ilişkisi çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (151,152). Güvensiz bağlanma biçimi yaşamın ilerleyen dönemlerinde psikopatolojinin ortaya çıkışı ile ilişkilendirilirken, güvenli bağlanma biçimi sağlıklı gelişim süreçleri ile ilişkilendirilmiştir (100,153,154,155,156).

Şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada ise erkek şizofreni olguları ile sağlıklı bireyler arasında güvenli bağlanma puanları yönünden bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (157).

2.4 AGRESYON

Literatürde 250'den fazla tanımı olan agresyon genel olarak kızgınlık, öfke, nefret dolu, tahrip edici davranış olarak tanımlanır (158,159). Saldırganlık davranışı, psikiyatride ayrı bir klinik tanı olarak değerlendirilmemekle birlikte psikiyatrik bozuklukların büyük çoğunluğunda yaygın bir semptom olarak ortaya çıkmaktadır. Davranışçı yaklaşıma göre agresyon, “başkalarına zarar verebilecek davranış” olarak tanımlanır (160).

Sosyal psikolojik açıdan ise agresyon yaygın olarak kabul edilen toplumsal kurallara aykırı davranış olarak tanımlanır (160). Agresyon farklı şekillerde ifade edilebilen, basit agresif davranışlardan ciddi ağır formlara uzanabilen bir spektrumda değerlendirilir (158).

Etolojik açıdan çok farklı tanımlamaları olan agresyon genel olarak iki başlık altında toplanabilir (162):

-Avcı agresyonu: beslenme amacıyla başka türdeki canlılara saldırma. Bu agresyon tipinde kurbanın baş ve boyun bölgesine saldırılır ve yüksek sempatik aktivite oluşmaz.

-Affektif agresyon: tür içi mücadelede görülen, gösteri amaçlı olan ve yüksek sempatik aktivitenin eşlik ettiği agresyon türüdür. Hiyerarşideki yeri belirler ve belli bir yaşama alanına dağılmayı sağlar.

Lorenz'e göre agresyon, kendiliğinden ortaya çıkabilen bir içgüdüdür. Ve çevreye uyumu sağlayarak hayatta kalımı sağlar (163). Psikanalitik yaklaşıma göre agresif dürtüler; doğrudan, dolaylı ve saklı, pasif ya da bireyin kendine dönük olabilir (164). Savaşta hücum kalkma ya da spor karşılaşmalarındaki çekişme doğrudan ifadeye; şakalar ya da ebeveynin aşırı koruyucu kollayıcı tutumu dolaylı-saklı ifadeye; engelleyici geciktirmeler pasif ifadeye; bazı intihar girişimleri ya da kişinin kendine zarar verici eylemleri ise selfe dönük agresif dürtü ifadesine örnek gösterilebilir. Agresif dürtülerin ve egonun adaptif ya da defansif işlevleri çatışma içindeyken ego fonksiyonlarının agresif dürtülerin uyum içinde ve çatışmadan bağımsız ifade edilebilmesine izin verdiği hem normal hem de patolojik şekillenmeler olabilir. Agresif dürtülerin dışavurumu düşmanca olmayan, self asertif ve self koruyucu ustalıktan öfke ve içerlemeye, ve hatta ağır canice şiddete kadar varan bir spektruma uzanabilir (164).

İnsan agresyonu genel olarak iki kategoride incelenir (165):

-Düşmanca agresyon: agresif eylemin kurbanı acı çektirmeyi amaçladığı durumu tanımlar. Cinayetlerde kullanılan korkunç teknikler ve işkenceler buna örnek olarak gösterilebilir.

-Araçsal agresyon: daha çok psikopatlarla gözlenir ve kurbanı acı çektirmekten çok para, şöhret, toplum tarafından kabul edilme ya da başka zararlı amaçları gerçekleştirmek için kullanılır. Soygun sırasında ortaya çıkabilen agresyon buna örnek olarak gösterilebilir.

Barrat'ın impulsiviteyi temel alarak yaptığı tanımlamaya göre; impulsif agresyonda davranışsal kontrol kaybolur ve plan yapılmaz. İmpulsif olmayan ise bilinçli ve planlıdır, araçsal agresyona benzer.

2.4.1 Buss-Durkee'ye göre agresyon alt tipleri:

-Fiziksel agresyon: fiziksel agresyonda bulunma, dürtülerini kontrol edemeyenlerde daha yüksektir. Sadist ya da antisosyal kişilik özellikleri, alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilişkili olabilir. Bu kişiler genellikle saldırganca davranışlarını açıklamak için başkalarının kışkırttığını iddia ederler.

-Sözel agresyon: kavgacı ve düşmanca konuşmaları içerir. Tartışmaya yatkın olduğunu gösterir. Panik bozukluğu, fobiler, ayrılma anksiyetesi, davranış bozukluğu olan çocuklar, bazı nörolojik bozukluklar ile sık birliktelik gösterir. Antisosyal bireylerde ve alkol kullanım bozukluklarında fiziksel agresyon düzeyi arttıkça sözel agresyon da artar. Düşük düzeyde sözel agresyon daha çok çekingen kişiliklerde görülür.

-Öfke: uyarılma ve kontrol duygusuna karşı öfkelenme özelliklerini içerir. Davranış bozukluğu olan çocuklar ve antisosyal, borderline, alkol-madde kullanım bozukluğu, pasif-agresif yetişkinlerde sık görülür.

-Düşmanlık: düşmanlık sosyal uyumsuzluğu ve ağır psikopatolojik ve hatta fiziksel bozuklukları içerir. Küskünlük, sosyal yabancılaşma ve paranoya gibi davranışları temsil eder. Sosyal izolasyon halinde bulunan, başkalarının gereksinimlerini dikkate almayan, distimik bireylerde yüksek düzeydedir. Bulunduğu sosyal ortamdan memnun ve histrionik kişilerde daha az görülür.

-Dolaylı agresyon: bireyin doğrudan yüzleşmeden kaçınma durumlarında öfkelenme eğilimini gösterir. Yaşamının bazı alanlarında kronik hayal kırıklığı yaşayan bireylerde, antisosyalde ve alkol-madde kullanım bozukluklarında daha sık görülür. Sorun çözümünde doğrudan yüzleşme yapabilenlerde ise daha az görülür (167).

2.5 BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK, BAĞLANMA BİÇİMLERİ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE AGRESYON İLİŞKİSİ

2.5.1 Bipolar affektif bozukluk ve bağlanma biçimleri

Yaşam süreçleri ve geçmiş deneyimlerin, nörogelişimsel süreçler ve psikopatoloji ile yakından ilişkili olduğu birçok çalışmada belirtilmektedir.

Duygudurum bozukluklarının ortaya çıkışı da bu kritik dönemlerdeki nörogelişimsel süreçlerle ilişkili olabilir (1,2).

Bağlanma davranışı, sadece bebeklik dönemini değil, erken çocukluk, geç çocukluk, ergenlik ve erişkinlik dönemlerini de etkilemektedir. Kimi kuramcılara göre yaşamın erken dönemlerindeki bakım veren ile olan ilişkiyi yansıtan ve ruhsal yapıda diğerlerinin tasarımlarını barındıran bağlanma biçimi görece olarak aynı kalmaktadır (114). Bu düşüncenin aksine yapılan bazı çalışmalarda güvenli bağlanmanın da zaman içinde şiddetli travmatik yaşantılarla nörogelişimsel süreçleri etkileyerek değişebileceği belirtilmiştir. Klohnen ve Bera'e göre çocuklukta gelişmiş olan güvenli bağlanma, daha sonra ciddi yaşam olayları ve duygudurum bozuklukları ile bozulabilir (1,2,168).

Bu kapsamda yapılan çalışmaları değerlendirdiğimizde, ülkemizde yapılan bipolar affektif bozukluk ile ilgili bir bağlanma biçimi çalışmasında, güvensiz bağlanmanın sağlıklı bireylerden daha sık, kaçınan bağlanma biçimi puanlarının sağlıklı bireylerinkinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (11). Bir başka çalışmada ise bipolar affektif bozuklukta kaygılı bağlanma biçimi, iyilik, manik ve depresif dönemler boyunca kararlılığını koruyarak, sağlıklı olgularinkinden daha yüksek bulunmuştur ve sağlıklı kontrollere göre güvensiz bağlanma biçimi anlamlı derecede fazladır (169). Bipolar affektif bozuklukta sorunlu aile içi ve kişiler arası ilişkiler ve yinelemeler nedeniyle, hastalığın sıkı bir terapötik işbirliğini gerektirmesi, bu kişilerin içsel tasarımları ve kişilerarası ilişkileri bu bağlanma biçimlerinden etkilenir. Bu konu tedavi sürecinde kurulması gereken ilişki açısından önem taşımaktadır (170)

Bağlanma biçimleri kurulacak terapötik işbirliğini belirlemesi nedeniyle klinik süreci de etkileyebilmektedir. Bu konu ile ilgili olarak yapılan bir çalışmada ağır şiddette atakların yaşanması güvensiz bağlanan olgularda daha sık iken Morris ve arkadaşlarının çalışmasında böyle bir ilişki bildirilmemiştir. Güvensiz bağlanan olguların tedavi uyumları bozuk olduğu için daha şiddetli dönemler yaşadıkları belirtilmiştir (169,170,171).

Sonuç olarak güvensiz bağlanma biçimi ve duygudurum bozuklukları birbirini karşılıklı ve çift yönlü olarak olumsuz etkilemektedir. Fiziksel ve cinsel istismar öyküsü, premenstrüel sendrom ve doğum sonrası başlangıç, mevsimsel gidiş, ani başlangıç ve bitişler, hızlı döngülülük, çok sayıda depresif dönem, ağır şiddette dönem,

psikotik bulgulu dönem, düşük işlevsellik, borderline kişilik bozukluğu, bipolar affektif bozuklukta bağlanma biçimi ile ilgili klinik özelliklerden en çok öne çıkanlardır (11).

2.5.2 Bipolar affektif bozukluk ve çocukluk çağı travmaları

Bipolar affektif bozukluk etiolojisinde biyolojik etkenler ve genetik etkenler kadar psikososyal faktörlerin de etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Yaşamın erken döneminde yaşanan bazı travmaların nöron değişikliklerine zemin hazırlayarak ve daha incinebilir bir duruma neden olarak, ilerleyen yaşlarda bipolar affektif bozukluğa yatkınlık için zemin hazırladığı öne sürülmüştür. Yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre ihmal yaşantılarının erişkin psikopatolojisi açısından önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (172,173,174).

Aile içinde çocuğa yönelik şiddet, çocukta fiziksel yaralanmalara yol açmasının yanı sıra bilişsel, davranışsal, sosyal ve duygusal işlevler üzerinde de olumsuz etkiler yaratmakta ve genetik hastalıklardan çok daha olumsuz ve riskli bir durum ortaya çıkarmaktadır (175). Bu bağlamda değerlendirdiğimizde daha incinebilir bir duruma neden olabilen fiziksel ve cinsel istismar, ihmal, aile içi şiddete tanık olma, erken ebeveyn kaybı, ebeveynlerin boşanması, ebeveynlerin toplum ortalamasından daha fazla olan psikiyatrik hastalık oranları, ev ortamı dışında yaşamak zorunda kalma gibi çocukluk dönemi travmatik yaşantıları bipolar affektif bozuklukta sık görüldüğü bildirilmektedir (176,177).

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları bipolar affektif bozukluğa yatkınlığa neden olmakla kalmaz aynı zamanda hastalığın klinik sürecini de etkileyebilir. Yapılan çalışmalarda belirtildiği gibi travmatik yaşantısı olan bipolar hastaların hastalık seyri, travmatik yaşantısı olmayanlara göre daha olumsuz seyretmektedir. Bipolar I ve II tanılı hastalar ile yapılan çalışmada, %24 fiziksel istismar, %21 cinsel istismar olduğu belirtilmiş ve istismar olan hastalarda, olmayanlara göre, hastalık başlangıç yaşının daha erken olduğu, manik belirtilerin şiddetinin daha fazla olduğu ve daha fazla atak yaşandığı gözlemlendiği bildirilmiştir. Ayrıca cinsel travması olan grupta daha fazla intihar düşüncesi olduğu belirtilmiştir (178). İstismar edilen grubun hastalık süresi ve tedavisiz dönemde hastalık süresi diğer hastalara oranla daha uzun bulunmuştur (177,179).

Lieb ve Molnar'ın çalışmalarında da benzer olarak duygudurum bozukluklarında çocukluk çağı travma yaşantılarının daha erken yaşta hastalık başlangıcına, daha fazla depresif atağa, daha fazla sayıda manik atağa ve daha fazla intihar girişimine, daha dirençli ve şiddetli ataklara, komorbid kişilik bozukluklarına ve daha fazla işlevsellik kaybına neden olduğu belirtilmektedir (180,181).

2.5.3 Bipolar affektif bozukluk ve agresyon

Agresif davranışlar bir çok psikiyatrik bozuklukta görülür ve tanı, klinik süreç ve tedavi açısından önemli bir yere sahiptir. Bipolar affektif bozuklukta agresyon, özellikle manik ve karma ataklarda öne çıkmaktadır. Çoğu zaman eşlik eden bir madde kullanımı ya da intihar girişimi bulunmaktadır (182,183,184,185,186).

Güleç ve arkadaşlarının bipolar affektif bozuklukta dürtüsellik ve agresyonu inceleyen çalışmasında, bipolar affektif bozuklukta agresyon düzeyinin sağlıklı kontrol grubundan yüksek olduğu belirtilmiştir (187). Hastanede yatmakta olan bipolar affektif bozukluk tanılı olguların incelendiği bir başka çalışmada da bipolar hastaların diğer hastalardan çok daha yüksek düzeyde agresyon riski taşıdıkları ve bunun daha çok impulsif tarzda bir agresyon olduğu belirtilmiştir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar bipolar hastaların yaşam boyu agresyon düzeylerinin toplum ortalamasının çok üstünde olduğunu göstermektedir ve eşlik eden bir kişilik bozukluğu ya da madde kullanımı olduğunda bu riskin daha da arttığı belirtilmektedir (188).

Bu alandaki sınırlı sayıdaki çalışmalara baktığımızda agresyon davranışı, daha çok komorbid durumlarla birlikte ele alınmıştır. Bu çalışmalarda, bipolar hastalardaki agresyonun nedenlerini anlamanın, komorbiditeleriyle yani eşlik eden dürtüsellik, madde kötüye kullanımı, intihar girişimi, post travmatik stres bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğuna neden olan durumları ve bunları ortaya çıkaran nedenleri, travmatik yaşantıları anlamakla mümkün olabileceği belirtilmiştir (15,16,189,190,191).

Affektif belirtilerin, yaşam boyu agresyon düzeyi ve hastalık süreciyle yakından ilişkisi vurgulanırken bazı gelişimsel faktörler ve eşlik eden komorbid durumların bu ilişkinin anlaşılmasını güçleştirdiği belirtilmektedir (189).

2.5.4 Bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmaları

Bağlanma teorisine göre çocuk ve ebeveyn arasında kurulan duygusal bağın çocuğun kişilik gelişimi ve davranışsal organizasyonu üzerinde önemli etkileri olduğu ve ebeveynin istismar ve ihmal edici davranışlarının psikopatolojiyi etkilediği belirtilmiştir (7,192,193).

Yapılan araştırmalar ebeveynlerin çocuklarına karşı sergiledikleri tutumların çocukların geliştirecekleri bağlanma biçimi ile yüksek düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir. Ebeveyn ilişkileri konusunda, güvenli bağlanma biçimine sahip çocukların ebeveynlerinin, güvenli olmayanların ebeveynlerinden daha fazla oranda çocuklarının gereksinimlerine duyarlılık gösterdikleri ve doyum sağladıkları; kaçınan bağlanma biçimine sahip çocukların ebeveynlerinin, çoğunlukla, bedensel temastan hoşlanmayan, azarlayıcı ve reddedici bir tutumda oldukları, özellikle de çocuklarının onlara en fazla gereksinim duyduğu zamanlarda geri çekilme eğilimi gösterdikleri; kaygılı/kararsız bağlanma biçimine sahip çocukların ebeveynlerinin ise, çocuklarının gereksinimlerinden çok, kendi gereksinimleriyle ilgilendikleri, kendi kaygılarına odaklandıkları ve bakım sağlama konusunda çoğunlukla tutarsız oldukları görülmüştür (194).

Çocuklara yönelik istismar davranışlarını inceleyen araştırmalar, çocuğa yönelik istismarın genellikle aile içinden bir birey tarafından uygulandığını göstermektedir. İstismarın neden olduğu travmatik yaşantılar çocuğun gündelik yaşamını etkilemekle kalmaz aynı zamanda güven duygusunun zedelenmesine neden olarak bağlanma sürecini olumsuz etkiler ve onun gelişim süreci üzerinde de kalıcı etkiler bırakır. Yetişkinlikte duygusal, davranışsal ve sosyal birçok soruna neden olur (18,195,196,197).

Birçok çalışmada belirtildiği gibi çocukluk çağı ihmal ve istismarları, aile içi şiddet ve ebeveynin alkol kötüye kullanımı, yakın ilişkilerde sorunlara, sosyal ilişkilerde güçlüklerle, güvensiz bağlanma biçimlerine, kaçınan kişilik özelliklerine, yüksek kaygı düzeylerine, daha yüksek düzeyde post travmatik stres belirtilerine neden olmaktadır (16,198,199,200). Yaşanılan travmanın türüne göre bağlanma biçimlerinin nasıl etkilendiğini gösteren çalışmalara baktığımızda ise fiziksel istismar ve ihmale maruz kalanlardaki bağlanma biçimlerini inceleyen çalışmalarda fiziksel istismara maruz

kalanların diğer insanlara karşı şüpheli ve güvensiz oldukları, ayrıca ihmal edilen çocukların sosyal ortamlardan geri çekildikleri, güvensizlik ve yetersizlik düşünceleri yaşadıkları ve ilişkilerinde daha bağımlı bir yapıda ve kaygılı oldukları tespit edilmiştir (201,202,203,204,205).

Çalışmalardaki kaygılı ve kaçıngan bağlanma için belirtilenin aksine ergenler ile yapılan bir başka çalışmada ise ergenlerin bağlanma biçimlerinden kaygılı bağlanma, kaçıngan bağlanma ve güvenli bağlanma biçimleri ile çocukluk döneminde yaşanılan istismarlar arasında anlamlı düzeyde bir ilişkiye rastlanmamıştır. Ancak saplantılı bağlanma biçimi ile çocukluk orseleyici yaşantılarının her üçü (fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Araştırma sonuçları çocukluk döneminde fiziksel istismara, duygusal istismara ve cinsel istismara uğrama ile saplantılı bağlanma geliştirme arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin varlığını göstermiştir. Bu bulgular yine de bağlanma teorisinin temelini oluşturan çocukluk yaşantılarının bireyin kişilik gelişiminin temelini oluşturduğu şeklindeki varsayımı desteklemektedir (105).

2.5.5 Bağlanma biçimleri ve agresyon

Bowlby'nin bağlanma kuramına göre, ebeveynle olan ilişkide yaşanan sorunlar güvensiz bağlanmaya neden olarak çevresindekilerle kurduğu ilişkilerin de bu temel üzerinden şekillenmesine neden olabilir. İlişkilerde yaşanan güvensizlik, kişinin daha şüpheli olmasına, belirsizliğin de neden olduğu daha öfkeli ve agresif davranışlar sergilemesine neden olabilir.

Literatürde bu konu ile ilgili oldukça az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu alışmalar bağlanma biçimleri ve agresyon davranışını daha çok kişilik bozukluklarıyla ilişkili olarak ele almıştır. Critchfield ve arkadaşlarının bir çalışmasında agresyonun güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkili olduğu ve agresif davranışın direk, reaktif, kendine dönük(suisidal ve parasuisidal davranışlar) ve öfke şeklinde ortaya çıkabileceği belirtilmiştir. Borderline kişilik bozukluğu ile yapılan bu çalışmada özellikle güvensiz bağlanmanın daha çok reaktif tip agresyon ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (206).

Kaçıngan ve kaygılı bağlanmanın kişilik bozukluklarıyla ilişkisini araştıran bir başka çalışmada ise kaygılı bağlanmanın daha çok B ve C kümesiyle ilişkili olduğu, kaçıngan bağlanmasının ise A kümesiyle ilişkili olduğu ve agresyonun kaygılı bağlanan ve B kümesine dahil olanlarda daha fazla olduğu saptanmıştır (207). Antisosyal davranış ve bağlanma davranışını inceleyen bir çalışmada;güvensiz bağlanma biçimlerinin ahlaki ve toplumsal kuralları benimseme sorunlarına, agresyona, suç davranışına ve otoritarizme neden olduğu bulunmuştur (17).

Bookwala'nın yaptığı birliktelikleri devam eden çiftleri inceleyen çalışmasında, agresif davranışları daha fazla olanların daha çok ilişki sorunu yaşadıkları ve daha çok kaygılı bağlanma biçimine sahip oldukları belirtilmiştir (208).

2.5.6 Çocukluk çağı travmaları ve agresyon

Yapılan çalışmalarda aile içinde şiddete maruz kalan çocukların saldırganlık düzeyinin daha yüksek olduğu ve bu kişilerin de ilişkilerinde sıklıkla şiddete başvurdukları ileri sürülmüştür. Çocukluğun erken dönemlerinde maruz kalınan şiddet davranışları çocuğun savunma mekanizmalarının bu doğrultuda gelişmesine neden olabilir. İçselleştirilen korku, öfke, güçsüzlük ve çökkünlük duyguları kişi üzerinde kalıcı etkiler bırakabilmekte ve bu şekilde oluşan ruhsal yapı çeşitli şekillerde saldırganlık davranışına neden olabilmektedir (70,209,210).

Bu konudaki görüşleri destekleyen şekilde, yapılan, gelişim süreci içerisinde dürtüsellik ve agresyonun ortaya çıkışını araştıran çalışmalar, yaşamın erken dönemlerindeki travmatik deneyimlerle ilişkisini ortaya koymuştur. Erişkindeki agresyon çocuklukta maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismar ile ilişkili bulunmuştur (15). Kendler ve arkadaşlarının çalışmasına göre fiziksel ve cinsel istismarla birlikte ihmal yaşantıları da saldırgan davranışlara neden olabilmektedir (13). Garino ve arkadaşlarının çalışmasına göre de agresyon düzeyi ile duygusal istismar, fiziksel istismar ve duygusal ihmal arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (189).

Bu alanda yapılan bazı çalışmalarda ise istismar ve ihmal yaşantılarının alt tipleri üzerinden bir karşılaştırma yapılmıştır. Bu çalışmalara göre, fiziksel istismara maruz kalmış çocukların daha saldırgan davranışlar sergiledikleri ihmale maruz kalanlardan daha fazla dürtüsel davranışları olduğu ve uyumsuz oldukları akranlarının yaşadıkları

üzüntülü durumlarla ilgili empati kuramadıkları yaşlılarıyla kurdukları ilişkide daha fazla sözel ve fiziksel agresyona başvurdıkları gözlenmiştir (203,204,205,209,211,212). İhmale maruz kalan çocukların ise genellikle yaşlılarıyla ilişkilerde sorunlar yaşadıkları ve sosyal ortamlardan çekildikleri ilişkilerinde daha bağımlı bir yapıda ve kaygılı oldukları tespit edilmiştir (203,204,205).

Çocukluk çağı travmaları, agresyon ile birlikte birçok farklı psikiyatrik bozukluk ile de ilişkili olabilmektedir. Brodsky ve arkadaşlarının depresif hastalarda yaptıkları bir çalışmada çocuklukta cinsel ve fiziksel istismara maruz kalanlarda agresyon, dürtüsellik ve intihar girişimlerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (213).

2.5.7 Bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları ve agresyon

Literatürde çocukluk çağı travmaları, agresyon ve bağlanma biçimlerini bir arada inceleyen çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Bu konu ile ilgili çalışmalara göre çocukluk çağı travmalarına maruz kalanlar erişkin dönemde güvensiz bağlanma biçimine sahip olabilirler ve uyumsuz, agresif davranışlar sergileyebilirler (214,215,216).

Finzy ve arkadaşlarının 6-12 yaş grubundaki çocuklarda yaptıkları çalışmada fiziksel istismar ve ihmale maruz kalanlarda agresyon ve bağlanma biçimleri inceledikleri çalışmalarında fiziksel istismara maruz kalan çocukların daha çok kaçınan bağlandıkları ve önemli ölçüde yüksek agresyon düzeyine sahip oldukları saptanırken, ihmale maruz kalan çocukların ise daha çok kaygılı bağlandıkları belirtilmiştir. Fiziksel istismara ve ihmale maruz kalan çocuklar ebeveynlerinin davranışlarına uyum sağlamaya çalışarak kendi arkadaşlarıyla olan ilişkilerini de bu çerçevede oluşturdukları belirtilmiştir. Bu nedenle fiziksel istismara maruz kalmış çocukların antisosyal davranışlar açısından risk altında olduğu ve başkalarıyla olan ilişkilerinde güvensiz ve kuşkucu oldukları, ihmale maruz kalan çocukların ise yetersizlik duygusu yaşadıkları ve sosyal ortamlardan geri çekildikleri belirtilmiştir (201).

Rapoza'nın heteroseksüel çiftler arasındaki şiddet davranışını inceleyen çalışmasında çocukluk çağı travmatik yaşantıları, alkol kullanımı, bağlanma biçimleri ve ilişki süresi sorgulanmıştır. Fiziksel şiddet uygulayan erkeklerde her iki ebeveyn tarafından istismar edilme, alkol kullanımı ve kaygılı bağlanma daha fazla bulunurken kadın eşlerinde baba tarafından istismar edilme öyküsü daha fazla bulunmuştur.

Fiziksel Şiddet uygulayan kadınlarda, baba tarafından istismar edilme, alkol kullanımı daha fazla bulunurken erkek eşlerinde anne tarafından istismar edilme daha fazla bulunmuştur (217).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

Araştırmaya; Aralık 2009-Nisan 2010 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Ayaktan Tedavi Ünitesi ve Duygudurum Bozuklukları Tedavi ve Araştırma Merkezi ne başvuran, ayaktan tedavi ve takipleri sürdürülen, DSM-IV-TR kriterlerine göre bipolar affektif bozukluk tip I tanısı konmuş, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinden 6 ve daha az puan, Young Mani Derecelendirme Ölçeğinden 12 ve daha az puan alan 100 hasta dahil edilmiştir.

Hastalar çalışma hakkında ayrıntılı bilgilendirilerek çalışmaya katılmayı red edebilecekleri veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri belirtilmiş, çalışmanın amacı anlatılmış ve katılımları için yazılı bilgilendirilmiş onayları alınmıştır. Çalışmaya 18-65 yaş arasındaki hastalar alınmıştır. Gereçlerde öz bildirim ölçeği kullanıldığı için okuryazar olma koşulu aranmıştır. Öz bildirim ölçekleri, hastalar tek başlarına bir odada kalacak şekilde görüşmenin sonunda uygulanmıştır. Görüşmeler en kısa sürede yapılmaya çalışılmış, en kısa 30 dakika en fazla bir saat sürmüştür.

İçerme Ölçütleri:

- 18-65 yaş arasında olmak
- DSM IV-TR kriterlerine göre bipolar affektif bozukluk tip I tanısı almış olmak
- En az 1 aydır psikiyatri yataklı servislerinde yatmıyor olmak
- Hamilton Depresyon ve Young Mani Derecelendirme Ölçek puanlarına göre remisyonda olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek
- Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak

Dışlama Ölçütleri:

- Ciddi fiziksel yada nörolojik hastalığı olması
- Alkol ya da madde bağımlılığı olması
- Mental retardasyonun olması

GEREÇLER

1. Sosyodemografik ve klinik veri toplama formu,
2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği
4. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği(CTQ-28)
5. Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği(EBBÖ)
6. Buss-Durkee Saldırganlık Ölçeği

- **Sosyodemografik ve klinik veri toplama formu:** Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastalıklarının geçmiş ve güncel durumlarını, hastalığın başlangıç yaşını, kaç atak geçirdiklerini, varsa yatış sayılarını, aldıkları tedavileri, aile öykülerini değerlendirmek için kullanılan form olup, görüşmeci tarafından uygulanmıştır.
- **Çocukluk Çağı Travma Ölçeği(CTQ-28):**Çocukluk ve ergenlikteki örselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik Bernstein tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Şar tarafından yapılmıştır. 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: duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar, duygusal istismar ve fiziksel istismar, şeklindedir. Ayrıca 3 minimizeasyon-inkar sorusu bulunmaktadır (218).
- **Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği(EBBÖ):** İki bölümden oluşmaktadır. Hazan Shaver tarafından geliştirilen ilk bölüm her biri erişkinleri güvenli, kaygılı ve kaçınan olarak sınıflamaya yarayan, çocuklukta ebeveynle ilişki özellikleri ve genel davranış özellikleri hakkında tanımlar içeren üç farklı ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin Mikulincer ve arkadaşları tarafından geliştirilen ikinci bölümü, katılımcıdan her birini 1-7 arasında puanlanması istenen 15 maddeden oluşmaktadır. Türkçe’ye uyarlaması Sabuncuoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (92,94,219).
- **Buss-Durkee Saldırganlık Ölçeği:** Ölçek, 1992 yılında Buss ve Perry tarafından geliştirilmiştir. Buss ve Durkee tarafından geliştirilen düşmanlık envanteri temel

alınmış, psikometrik olarak iyileştirilmiştir. Daha sonra güncelleştirilerek 34 maddeden ve beş alt ölçekten oluşan son haline getirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Can tarafından yapılmıştır (159,167).

- **Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği:** Hamilton tarafından, depresyon tanısı almış hastalarda, depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bu ölçeğin, değerlendiriciler arasında güvenilirliğinin daha yüksek olması amacıyla 1978'de Williams tarafından yapılandırılmış formu geliştirilmiştir (Hamilton Depresyon Ölçeği İçin Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (220,221)
- **Young Mani Derecelendirme Ölçeği:** Young ve arkadaşları tarafından 1978'de geliştirilen bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (222,223).

İstatistiksel İncelemeler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistik metodlarının (ortalama, standart sapma) yanı sıra niceliksel veriler normal dağılım gösteren parametrelerin gruplararası karşılaştırılırken Oneway Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HSD testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren niteliksel parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametreler arasındaki ilişki analizi için Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyen parametreler arasındaki ilişki analizi için de Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

4.1 Demografik özelliklerin dağılımı

Çalışma, 50'si (%50) kadın, 50'si (%50) erkek olmak üzere 100 hasta ile yapılmıştır. Yaşları 18 ile 59 arasında değişmekte olup, ortalaması $36,87 \pm 9,91$ yıldır. Çalışmamıza katılanların 55(%55)'i büyükşehirde, 30(%30)'u il merkezinde, 15(%15)'i ilçe ya da köyde doğmuştur. Hastaların 55(%55)'i başka bir yere göç etmişken, 45(%45)'i göç etmemiştir. 45(%45) kişi ilköğretim mezunu, 27(%27) kişi lise mezunu, 28(%28) kişi üniversite mezunudur. Hastaların 51(%51)'i bir işte çalışıyor iken, 49(%49)'u her hangi bir işte çalışmamaktadır. Anne ve babası tarafından 91(%91) hasta, 9(%9) kişi bir akrabası tarafından büyütülmüş veya yetiştirme yurdunda kalmıştır. Sürekli dahili hastalığı olan 21(%21) kişi bulunmamaktadır. Çocuk sayılarının ortalaması $1,05 \pm 1,35$ dir. Birlikte yaşadıkları kişi sayısı 1-8 arasında değişmekte ve ortalama $3,73 \pm 1,46$ dir. Hastalıklarının başlangıç yaşı 14-47 arasında değişmekte ve ortalama $24,50 \pm 7,75$ düzeyindedir (Tablo 1).

4.2 Ebeveyn ve aileye ilişkin özellikler

Hastaların 49'unun (%49) anne ve/veya babası ölmüştür, 45(%45)'inin anne ve babası hayatta ve birlikte, 6(%6)'sının ise anne ve babası boşanmıştır. Babanın eğitim durumuna göre 11(%11) kişinin babası okula gitmemiştir, 65(%65)'inin babası ilköğretim, 19(%19) kişinin babası lise, 5(%5) kişinin babası üniversite mezunudur. Annenin eğitim durumuna göre, 36(%36) kişi okula gitmemiş, 54(%54) kişi ilköğretim, 8(%8) kişi lise ve 2(%2) kişi üniversite mezunudur. 55(%55) kişinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü var iken, 45(%45) kişinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü yoktur(Tablo 2).

Tablo 1: Demografik özelliklerin dağılımı

		n	%
Doğum Yeri	Büyükşehir	55	55
	İl	30	30
	İlçe, Köy	15	15
Göç Durumu	Yok	45	45
	Var	55	55
Eğitim	İlköğretim	45	45
	Lise	27	27
	Üniversite	28	28
Çalışma Durumu	Çalışıyor	51	51
	Çalışmıyor	49	49
Medeni Durumu	Bekar	40	40
	Evli	43	43
	Boşanmış	10	10
	Eşi Ölmüş	7	7
Büyüten Kişi	Anne-Baba	91	91
	Diğer	9	9
Sosyal Güvence	Yok	10	10
	Var	90	90
Sürekli Dahili Hastalık	Yok	79	79
	Var	21	21
		Min-Max	Ort±SS
Çocuk Sayısı		0-6	1,05±1,35
Kardeş Sayısı		1-12	4,28±2,20
Kaçıncı Çocuk		1-12	2,74±1,92
Evdeki Kişi Sayısı		1-8	3,73±1,46
Hastalık Başlangıç Yaşı		14-47	24,50±7,75

4.3 Tanımlayıcı ve klinik özellikler

Çalışmamıza katılanların 13(%13)'ünün yasal bir sorunu olmuştur. 7(%7)'sinin alkol kullanımı mevcuttur. 4(%4)'ünün psikoaktif madde kullanımı olmuştur. 47(%47)'si sigara kullanmaktadır. 18(%18)'inin kendine zarar verme davranışı olmuştur. 36(%36) kişi en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştur. 92(%92) kişi düzenli ilaç kullanmaktadır(Tablo 3).

Tablo 2: Ebeveyn ve aileye ilişkin özellikler

		n	%
Anne-Baba Durumu	Öldü	49	49
	Birlikte	45	45
	Boşanmış	6	6
Baba Eğitim	Okula Gitmemiş	11	11
	İlköğretim	65	65
	Lise	19	19
	Üniversite	5	5
Anne Eğitim	Okula Gitmemiş	36	36
	İlköğretim	54	54
	Lise	8	8
	Üniversite	2	2
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Yok	45	45
	Var	55	55

Tablo 3: Tanımlayıcı ve klinik özellikler

	n	%
Yasal Sorun	13	13
Alkol Kullanımı	7	7
Madde Kullanımı	4	4
Sigara Kullanımı	47	47
Kendine Zarar Verme	18	18
İntihar Girişimi	36	36
Düzenli İlaç Kullanımı	92	92

4.4 Hastalık özelliği ve kullanılan ilaçlar

Çalışmaya katılan 24(%24) kişide hastalık mevsimsel özellik taşımaktadır. 66(%66) kişinin atakları çoğunlukla psikotik özellikli olmaktadır. 6(%6) kişinin antidepresan kullanımı mevcuttur. 65(%65) kişi antipsikotik kullanır iken 35(%35) kişi kullanmamaktadır. Duygudurum düzenleyicisi kullanmayan 3(%3) kişi bulunmaktadır.

1 adet duygudurum düzenleyicisi kullanan 73(%73) kişi bulunurken, 2 adet duygudurum düzenleyicisi kullanan 24(%24) kişi bulunmaktadır(Tablo 4).

Tablo 4: Hastalık özelliği ve kullanılan ilaçlar

	n	%
Mevsimsel Özellik	24	24
Psikotik Özellik	66	66
Antidepresan Kullanımı	6	6
Antipsikotik Kullanımı		
Yok	35	35
Var	65	65
Duygudurum düzenleyicisi		
Yok	3	3
Var 1 adet	73	73
Var 2 adet	24	24

4.5 Klinik özellikler

Geçirilen manik atakların ortalaması $4,30\pm 2,97$, depresif atakların $1,78\pm 1,58$ karma atakların $0,67\pm 1,27$ düzeyindedir. Hastaneye yatış sayıları 0-20 arasındadır ve ortalaması $3,09\pm 4,08$ dir (Tablo 5).

Tablo 5: Klinik özellikler

	Min-Max	Ort±SS
Manik Atak Sayısı	1-15	$4,30\pm 2,97$
Depresif Atak Sayısı	0-8	$1,78\pm 1,58$
Karma Atak Sayısı	0-6	$0,67\pm 1,27$
Yatış Sayısı	0-20	$3,09\pm 4,08$

4.6.EBBÖ(Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği) I. Bölüm dağılımı

EBBÖ I. dağılımına baktığımızda 47(%47) kişi güvenli bağlanma biçimine, 35(%35) kişi kaçınan bağlanma biçimine ve 18(%18) kişi kaygılı bağlanma biçimine

sahiptir. Güvensiz (kaygılı+kaçıngan) bağlanma biçimine sahip 53(%53) kişi bulunmaktadır (Tablo 6).

Tablo 6: EBBÖ(Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği) I. Bölüm dağılımı

EBBÖ-I	n	%
Güvenli	47	47
Kaçıngan	35	35
Kaygılı	18	18
Güvensiz(Kaygılı+kaçıngan)	53	53

4.7 EBBÖ(Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği) II. Bölüm puanları

EBBÖ II. puanlarına baktığımızda güvenli bağlanma puanları 8-33 arasında değişmekte ve ortalaması $21,52\pm 7,60$ dir. Kaçıngan bağlanma puanları 6-33 arasında değişmekte ve ortalaması $19,48\pm 7,76$ dir. Kaygılı bağlanma puanları 7-35 arasında değişmekte ve ortalaması $17,80\pm 6,99$ dir (Tablo 7).

Tablo 7: EBBÖ(Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği) II. Bölüm puanları

EBBÖ	Min-Max	Ort±SS
Güvenli	8-33	$21,52\pm 7,60$
Kaçıngan	6-33	$19,48\pm 7,76$
Kaygılı	7-35	$17,80\pm 6,99$

4.8. Agresyon (Buss-Durkee Saldırganlık) Ölçeği puanları

Agresyon ölçeği puanlarına baktığımızda, fiziksel agresyon puanı 0-27 arasında değişmekte ve ortalaması $8,26\pm 6,77$, sözel agresyon puanı 0-19 arasında değişmekte ve ortalaması $6,17\pm 4,14$, öfke agresyon puanı 0-30 arasında değişmekte ve ortalaması $9,69\pm 6,71$, düşmanlık agresyon puanı 0-24 arasında değişmekte ve ortalaması $8,57\pm 5,88$, dolaylı agresyon puanı 0-24 arasında değişmekte ve ortalaması $5,77\pm 4,82$ saptandı (Tablo 8).

Tablo 8: Agresyon (Buss-Durkee Saldırganlık) Ölçeği puanları

Buss-Durkee Saldırganlık Ölçeği	Min-Max	Ort±SS
Fiziksel	0-27	8,26±6,77
Sözel	0-19	6,17±4,14
Öfke	0-30	9,69±6,71
Düşmanlık	0-24	8,57±5,88
Dolaylı	0-24	5,77±4,82
Toplam	0-124	38,38±27,18

4.9 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanları

Çocukluk çağı travmaları ölçeği puanlarına baktığımızda, duygusal ihmal puan ortalaması 7,65±3,47, fiziksel ihmal 6,93±6,00, duygusal istismar 10,26±4,40, fiziksel istismar 7,77±3,68, cinsel istismar 6,92±4,23 ve çocukluk çağı travmaları ölçek toplam puan ortalaması 39,53±14,58 bulundu (Tablo 9).

Tablo 9: CTQ-28(Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği) puanları

CTQ Ölçeği	Min-Max	Ort±SS
Duygusal İhmal	1-15	7,65±3,47
Fiziksel İhmal	3-17	6,93±6,00
Duygusal İstismar	5-25	10,26±4,40
Fiziksel İstismar	5-25	7,77±3,68
Cinsel İstismar	5-25	6,92±4,23
CTQ Toplam	20-97	39,53±14,58

4.10 Agresyon ile EBBÖ ve CTQ arasındaki ilişki

Agresyon toplam puanı ile EBBÖ güvenli alt boyut puanı arasında negatif yönde, EBBÖ kaçınan ve güvensiz (kaçınan+kaygılı) bağlanma, duygusal ihmal,

fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve CTQ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunurken; EBBÖ kaygılı alt boyut puanı ve cinsel istismar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 10).

Tablo 10: Agresyon ile EBBÖ ve CTQ arasındaki ilişki

	Agresyon Toplam
EBBÖ	
Güvenli	-0,608**
Kaçıngan	0,540**
Kaygılı	0,069
Güvensiz(Kaçıngan+Kaygılı)	0,552**
CTQ	
Duygusal İhmal	0,631**
Fiziksel İhmal	0,535**
Duygusal İstismar	0,662**
Fiziksel İstismar	0,474**
Cinsel İstismar	0,172
Toplam	0,624**

Spearman's rho korelasyon analizi ** $p < 0,01$

4.11 EBBÖ ve CTQ arasındaki ilişki

EBBÖ güvenli alt boyutunun puanları ile duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, CTQ toplam puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki, EBBÖ kaçıngan alt boyutunun puanları ile duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, CTQ toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu .

EBBÖ kaygılı alt boyutunun puanları ile cinsel istismar ve CTQ toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmakta iken duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaz iken EBBÖ güvensiz(kaçıngan+kaygılı) alt boyutunun puanları ile duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar,

CTQ toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (Tablo 11).

Tablo 11:EBBÖ ve CTQ arasındaki ilişki

CTQ	EBBÖ			
	Güvenli	Kaçınan	Kaygılı	Kaçınan+ Kaygılı
Duygusal İhmal	-0,685**	0,556**	0,150	0,550**
Fiziksel İhmal	-0,510**	0,390**	0,117	0,394**
Duygusal İstismar	-0,635**	0,658**	0,160	0,638**
Fiziksel İstismar	-0,425**	0,482**	-0,021	0,368**
Cinsel İstismar	-0,246*	0,205*	0,330**	0,399**
Toplam	-0,633**	0,589**	0,197*	0,610**

Pearson korelasyon analizi * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

4.12 Cinsiyete göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Erkeklerin agresyon toplam puanları kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksekti(Şekil1). Cinsiyete göre CTQ ve EBBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı(Tablo12).

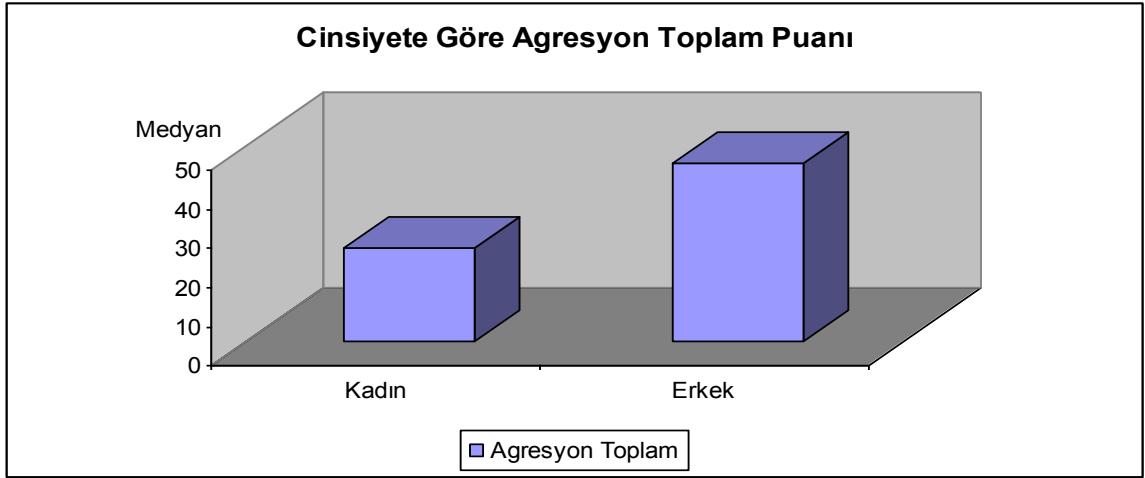
Tablo 12: Cinsiyete göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Kadın	Erkek	<i>p</i>
	Ort±SS	Ort±SS	
●Agresyon Toplam	30,34±25,14	46,26±27,03	0,001**
CTQ			
Duygusal İhmal	7,94±3,54	7,36±3,42	0,407
Fiziksel İhmal	7,02±2,94	6,84±2,75	0,753
Duygusal İstismar	10,32±4,70	10,20±4,14	0,893
Fiziksel İstismar	7,72±3,99	7,82±3,39	0,893
Cinsel İstismar	7,50±4,78	6,34±3,55	0,172
Toplam	40,50±15,54	38,56±13,65	0,509
EBBÖ			
Güvenli	21,00±7,83	22,04±7,41	0,497
Kaçınan	19,80±8,09	19,16±7,48	0,682
Kaygılı	18,30±7,71	17,30±6,24	0,478
Güvensiz(Kaçınan+Kaygılı)	38,10±10,83	36,46±8,58	0,404

Student t test kullanıldı

●Mann-Whitney U test

** $p < 0,01$



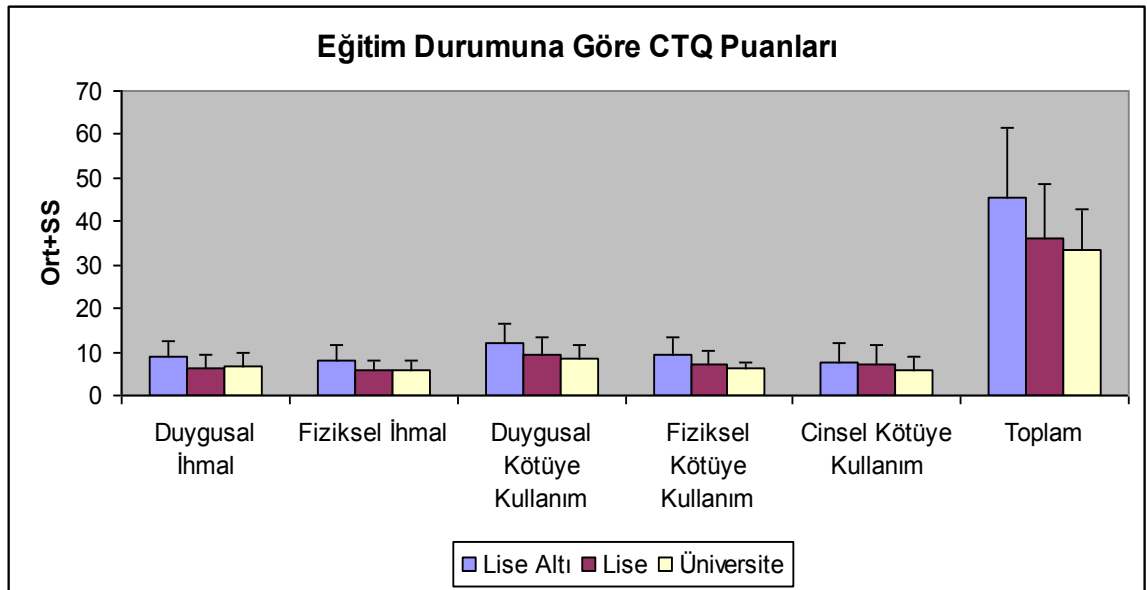
Şekil 1: Cinsiyete göre agresyon toplam puanı dağılımı

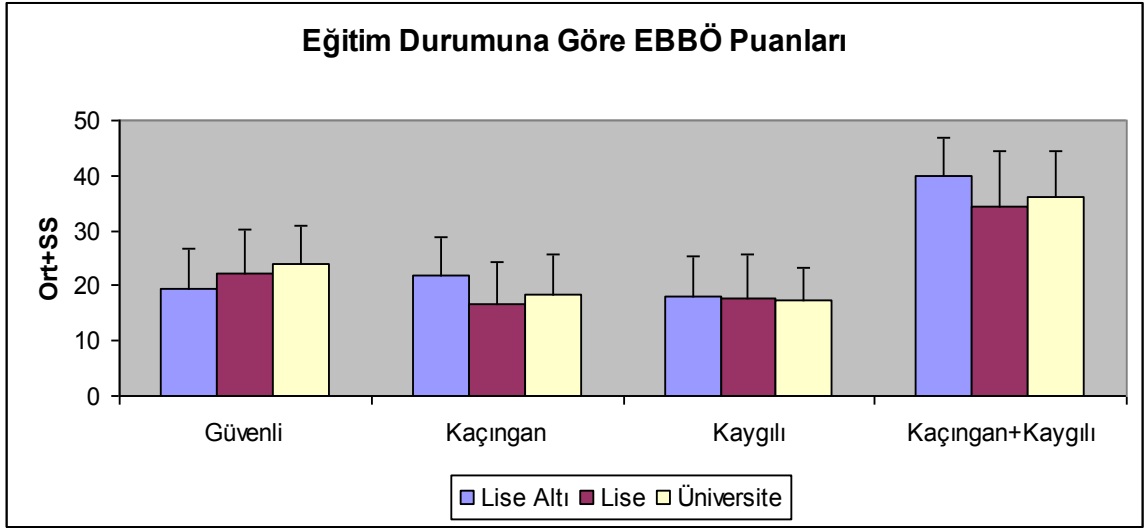
4.13 Eğitim durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Eğitim durumuna göre duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, CTQ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey HSD testi sonucunda; lise altı eğitim düzeyindeki olguların puanlarının, Lise ve üniversite mezunlarının puanlarından anlamlı yüksek olduğu saptandı(Şekil2). Eğitim durumuna göre EBBÖ güvenli puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey HSD testi sonucunda; lise altı eğitim düzeyindeki olguların puanlarının, üniversite mezunlarının puanlarından anlamlı düşük olduğu saptandı. Eğitim durumuna göre EBBÖ kaçınan ve EBBÖ güvensiz(kaçınan+kaygılı) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Lise altı eğitim düzeyindeki olguların puanlarının, lise mezunu olguların puanlarından anlamlı yüksek olduğu saptandı. Eğitim durumuna göre EBBÖ kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 13, Şekil3).

Tablo 13: Eğitim durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Eğitim Durumu			p
	Lise Altı	Lise	Üniversite	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
●●Agresyon Toplam	41,79±26,35	35,11±28,66	36,17±27,38	0,478
CTQ				
Duygusal İhmal	8,86±3,62	6,44±2,99	6,85±3,12	0,005**
Fiziksel İhmal	8,08±3,29	6,00±1,94	5,96±2,04	0,001**
Duygusal İstismar	11,88±4,70	9,33±4,15	8,53±3,20	0,002**
Fiziksel İstismar	9,15±4,34	7,14±3,24	6,14±1,60	0,001**
Cinsel İstismar	7,37±4,79	7,14±4,42	5,96±2,84	0,366
Toplam	45,37±16,19	36,07±12,74	33,46±9,46	0,001**
EBBÖ				
Güvenli	19,44±7,59	22,29±7,81	24,10±6,67	0,031*
Kaçınan	21,75±7,69	16,70±7,45	18,50±7,33	0,019*
Kaygılı	18,11±7,16	17,55±8,13	17,53±5,64	0,924
Güvensiz(Kaçınan+Kaygılı)	39,86±9,72	34,25±10,23	36,03±8,51	0,043*
Oneway Anova test	●●Kruskal Wallis test	*p<0,05	**p<0,01	

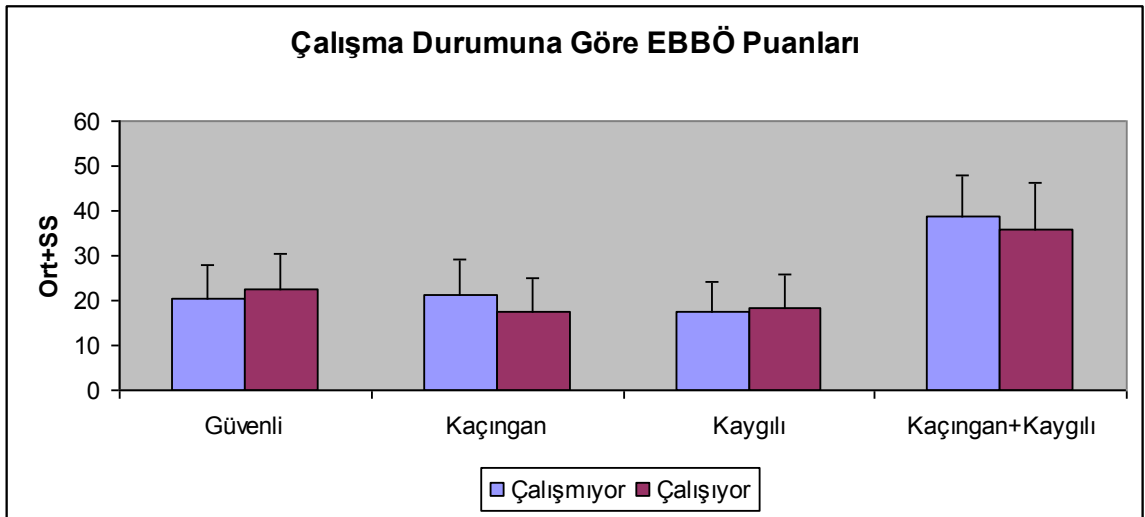
**Şekil 2: Eğitim durumuna göre CTQ puanları dağılımı**



Şekil 3: Eğitim durumuna göre EBB puanları dağılımı

4.14 Çalışma durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirmesi

Çalışmayan olguların EBB kaçıngan puanları çalışan olgulardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek iken; çalışma durumuna göre EBB diğer alt boyut puanları, agresyon toplam puanları ve CTQ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 14, Şekil 4).



Şekil 4: Çalışma durumuna göre EBB puanları dağılımı

Tablo 14: Çalışma durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Çalışma Durumu		<i>p</i>
	Çalışmıyor	Çalışıyor	
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	
•Agresyon Toplam	36,98±28,68 (33)	39,81±25,78 (37)	0,480
CTQ			
Duygusal İhmal	7,84±3,56	7,44±3,41	0,574
Fiziksel İhmal	6,88±2,66	6,97±3,03	0,865
Duygusal İstismar	10,29±4,23	10,22±4,62	0,938
Fiziksel İstismar	7,58±3,40	7,95±3,98	0,617
Cinsel İstismar	6,43±2,98	7,42±5,21	0,247
Toplam	39,03±13,22	40,04±16,00	0,733
EBBÖ			
Güvenli	20,52±7,47	22,55±7,68	0,185
Kaçıngan	21,25±7,87	17,63±7,27	0,019*
Kaygılı	17,45±6,56	18,16±7,47	0,613
Güvensiz/Kaçıngan+Kaygılı	38,70±9,07	35,79±10,31	0,137

Student t test kullanıldı •Mann-Whitney U test **p*<0,05

4.15 Baba eğitim durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Agresyon toplam puanı, CTQ puanları ve EBBÖ puanları arasında baba eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 15).

Tablo 15: Baba eğitim durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Baba Eğitim Durumu			<i>p</i>
	Yok	Lise Altı	Lise	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
●●Agresyon Toplam	34,72±25,02	38,18±29,26	40,58±22,76	0,804
CTQ				
Duygusal İhmal	8,36±3,10	7,55±3,69	7,58±3,09	0,774
Fiziksel İhmal	8,36±2,65	6,95±3,01	6,20±2,20	0,113
Duygusal İstismar	10,54±4,41	10,18±4,41	10,33±4,55	0,965
Fiziksel İstismar	8,18±4,02	7,81±3,64	7,45±3,78	0,855
Cinsel İstismar	5,90±2,38	7,16±4,66	6,70±3,66	0,638
Toplam	41,36±14,70	39,67±15,22	38,29±13,18	0,841
EBBÖ				
Güvenli	18,45±5,68	21,63±7,81	22,62±7,71	0,319
Kaçıngan	20,27±7,68	18,84±7,78	20,83±7,87	0,533
Kaygılı	20,54±8,09	18,20±7,40	15,45±4,46	0,100
Güvensiz/Kaçıngan+Kaygılı	40,81±10,98	37,04±9,93	36,29±8,72	0,426

*Oneway Anova test**●●Kruskal Wallis test*

4.16 Anne eğitim durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Agresyon toplam puanı, CTQ puanları ve EBBÖ puanları anne eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi(Tablo 16).

Tablo 16: Anne eğitim durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Anne Eğitim Durumu			<i>p</i>
	Yok	Lise Altı	Lise	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
●●Agresyon Toplam	36,97±24,95	41,01±29,27	29,10±22,4	0,405
CTQ				
Duygusal İhmal	8,44±3,02	7,33±3,78	6,50±2,95	0,182
Fiziksel İhmal	7,38±2,51	6,87±3,13	5,60±1,89	0,208
Duygusal İstismar	10,27±4,08	10,59±4,81	8,40±2,79	0,355
Fiziksel İstismar	7,94±3,32	7,94±4,13	6,20±1,68	0,369
Cinsel İstismar	7,88±5,10	6,46±3,81	5,90±2,02	0,214
Toplam	41,94±13,73	39,20±15,69	32,60±8,88	0,196
EBBÖ				
Güvenli	19,55±7,89	22,46±7,11	23,50±8,44	0,142
Kaçınan	20,22±7,96	19,68±7,78	15,70±6,39	0,257
Kaygılı	19,50±8,06	16,27±5,59	19,90±8,42	0,060
Güvensiz(Kaçınan+Kaygılı)	39,72±11,23	35,96±8,70	35,60±8,55	0,172

*Oneway Anova test**●●Kruskal Wallis test*

4.17 Medeni duruma göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Agresyon toplam puanları ve EBBÖ puanları arasında medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Medeni duruma göre duygusal istismar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; eşi ölmüş olan olguların puanlarının diğer medeni durum gruplarındaki olgulardan anlamlı yüksek olduğu saptandı. Diğer CTQ puanları ise medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 17).

Tablo 17: Medeni duruma göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Medeni Durum				<i>p</i>
	Bekar	Evli	Boşanmış	Eşi Ölmüş	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
●●Agresyon					
Toplam	45,77±29,08	31,11±24,86	33,20±27,86	47,14±18,90	0,066
CTQ					
Duygusal İhmal	7,07±3,54	7,74±3,33	7,40±2,98	10,71±3,68	0,067
Fiziksel İhmal	6,47±2,47	7,23±3,28	6,90±2,60	7,71±2,21	0,689
Duygusal İstismar	10,40±4,04	9,60±4,80	9,90±3,51	14,00±3,82	0,035*
Fiziksel İstismar	7,65±3,45	7,65±4,02	7,00±2,30	10,28±4,07	0,114
Cinsel istismar	6,47±3,16	6,51±4,15	8,90±6,17	6,92±4,23	0,161
Toplam	38,07±13,06	38,74±15,73	40,10±14,12	51,85±13,14	0,110
EBBÖ					
Güvenli	21,80±7,48	22,37±7,52	20,60±7,35	16,00±8,40	0,196
Kaçıngan	20,30±7,6	18,18±7,93	19,10±6,69	20,57±9,86	0,295
Kaygılı	16,97±5,87	17,32±7,35	21,20±6,97	20,57±9,86	0,248
Kaçıngan+					
Kaygılı	37,27±7,75	35,51±11,33	40,30±7,98	43,85±9,88	0,078

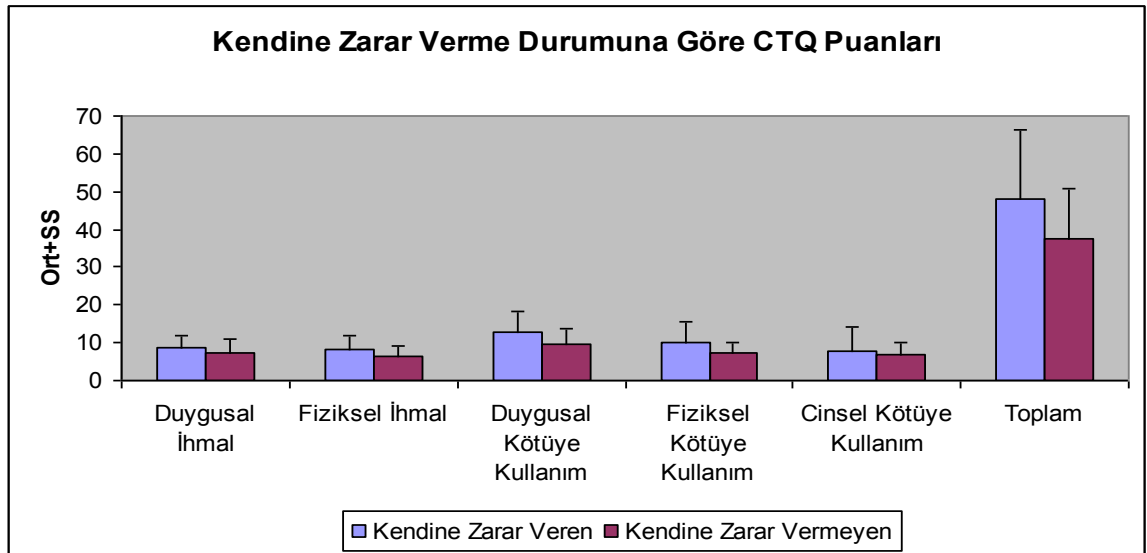
Kruskal Wallis test kullanıldı **p<0,05*

4.18 Kendine zarar verme durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

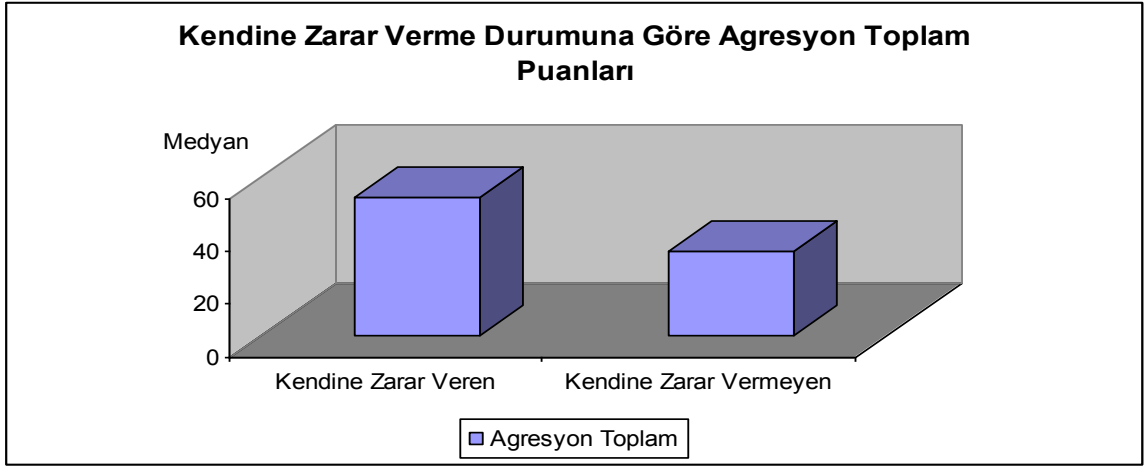
Kendine zarar veren olguların agresyon toplam, fiziksel ihmal, duygusal istismar, CTQ toplam puanları zarar vermeyen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Diğer CTQ puanları ve EBBÖ puanları kendine zarar verme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 18, Şekil 5, Şekil 6).

Tablo 18: Kendine zarar verme durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Kendine zarar verme		<i>p</i>
	Yok	Var	
	Ort±SS	Ort±SS	
●Agresyon Toplam	34,87±25,73	54,16±28,65	0,009**
CTQ			
Duygusal İhmal	7,42±3,54	8,66±3,04	0,172
Fiziksel İhmal	6,60±2,61	8,38±3,41	0,015*
Duygusal İstismar	9,70±3,93	12,77±5,58	0,007**
Fiziksel İstismar	7,26±2,90	10,05±5,68	0,057
Cinsel İstismar	6,69±3,59	7,94±6,43	0,435
Toplam	37,70±13,04	47,83±18,43	0,007**
EBBÖ			
Güvenli	21,71±7,71	20,61±7,24	0,578
Kaçınan	19,31±7,70	20,22±8,20	0,657
Kaygılı	17,71±6,95	18,16±7,36	0,807
Güvensiz(Kaçınan+Kaygılı)	37,03±9,99	38,38±8,81	0,597
<i>Student t test kullanıldı</i>	● <i>Mann-Whitney U test</i>	<i>*p<0,05</i>	<i>**p<0,01</i>



Şekil 5: Kendine zarar verme duruma göre CTQ puanları dağılımı



Şekil 6: Kendine zarar verme duruma göre agresyon toplam puanları dağılımı

4.19 İntihar durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

İntihar girişimi görülen olguların agresyon toplam, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar puanı intihar girişimi görülmeyen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek iken duygusal ihmal ve CTQ toplam puanları arasında intihar girişimine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. İntihar girişimi görülmeyen olguların EBBÖ güvenli puanları, intihar girişimi görülen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. İntihar girişimi görülen olguların EBBÖ kaçınan ve güvensiz (kaçınan+kaygılı) puanları, intihar girişimi görülmeyen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek iken EBBÖ kaygılı puanları arasında intihar girişimine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 19, Şekil 7, Şekil 8, Şekil 9).

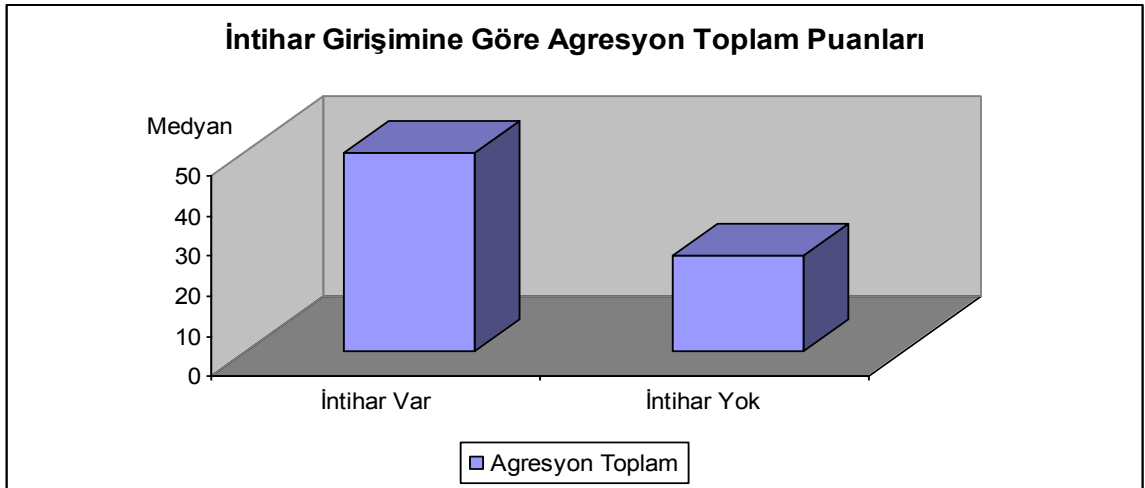
Tablo 19: İntihar durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	İntihar Girişimi		<i>p</i>
	Var	Yok	
	Ort±SS	Ort±SS	
•Agresyon Toplam	51,00±25,89	31,17±25,38	0,001**
CTQ			
Duygusal İhmal	9,25±3,43	6,75±3,19	0,177
Fiziksel İhmal	8,33±3,18	6,14±2,29	0,001*
Duygusal İstismar	12,66±4,47	8,90±3,77	0,001**
Fiziksel İstismar	9,47±4,49	6,81±2,74	0,001**
Cinsel İstismar	7,69±5,33	6,48±3,44	0,002**
Toplam	47,41±15,73	35,09±11,89	0,226
EBBÖ			
Güvenli	18,19±7,13	23,39±7,26	0,001**
Kaçıngan	23,25±7,45	17,35±7,15	0,001**
Kaygılı	17,83±6,63	17,78±7,24	0,972
Güvensiz/Kaçıngan+Kaygılı	41,08±7,44	35,14±10,29	0,001**

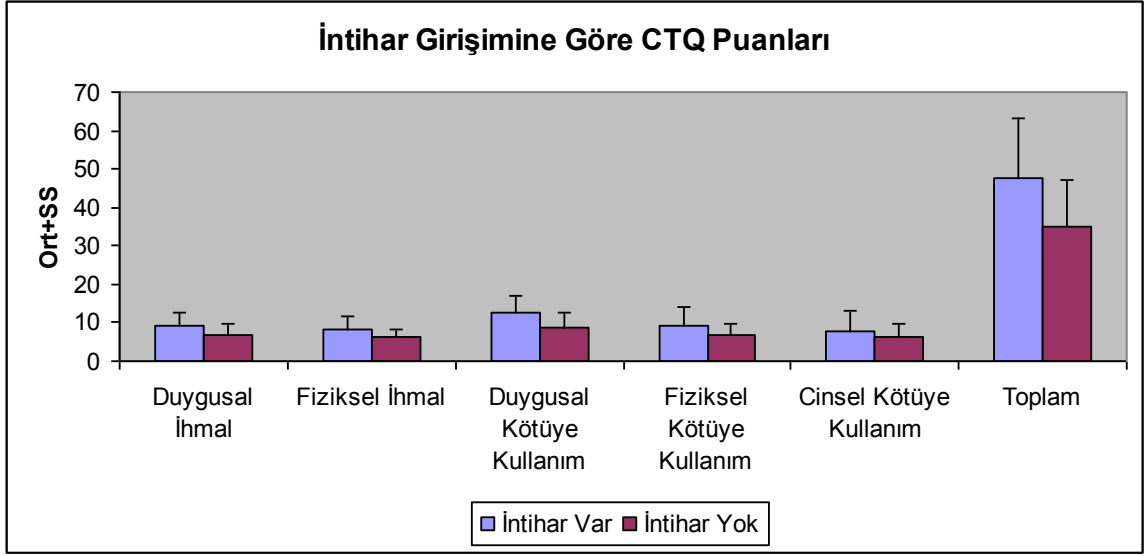
Student t test kullanıldı

•*Mann-Whitney U test*

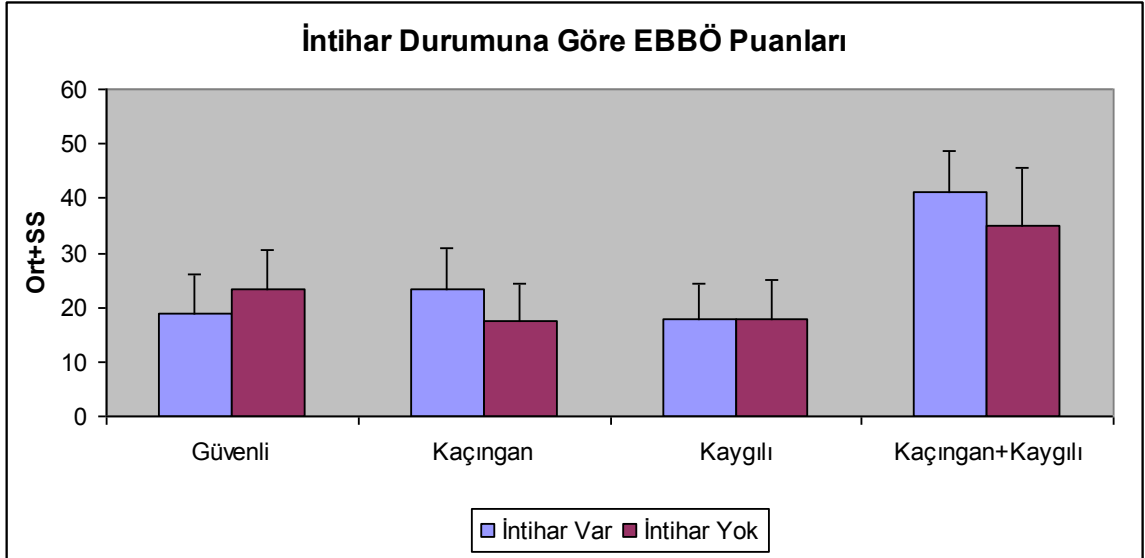
**p<0,05*



Şekil 7: İntihar durumuna göre agresyon toplam puanları dağılımı



Şekil 8: İntihar durumuna göre CTQ puanları dağılımı



Şekil 9: İntihar durumuna göre EBBÖ puanları dağılımı

4.20 Mevsimsel özellik gösterme durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Agresyon toplam puanı, CTQ puanları ve EBBÖ puanları hastalığın mevsimsel özellik gösterme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı (Tablo 20).

Tablo 20: Mevsimsel özellik gösterme durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Mevsimsel özellik		<i>p</i>
	Var	Yok	
	Ort±SS	Ort±SS	
•Agresyon Toplam	41,29±24,58	37,45±28,05	0,405
CTQ			
Duygusal İhmal	7,54±3,27	7,68±3,56	0,862
Fiziksel İhmal	7,08±3,22	6,88±2,72	0,763
Duygusal İstismar	10,50±4,67	10,18±4,35	0,761
Fiziksel İstismar	8,20±4,63	7,63±3,35	0,507
Cinsel İstismar	7,37±5,21	6,77±3,90	0,549
Toplam	40,70±16,92	39,15±13,87	0,652
EBBÖ			
Güvenli	21,16±6,93	21,63±7,85	0,796
Kaçıngan	20,50±6,39	19,15±8,16	0,463
Kaygılı	17,70±6,30	17,82±7,24	0,942
Güvensiz/Kaçıngan+Kaygılı	38,20±8,84	36,98±10,07	0,596

Student t test kullanıldı • *Mann-Whitney U test*

4.21 Psikotik özellik gösterme durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Psikotik özellik görülen olguların cinsel istismar puanları, psikotik özellik görülmeyen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Diğer CTQ alt ölçek puanları, agresyon toplam puanı ve EBBÖ puanları arasında hastalığın psikotik özellik gösterme durumuna göre anlamlı fark saptanmadı (Tablo 21, Şekil 10).

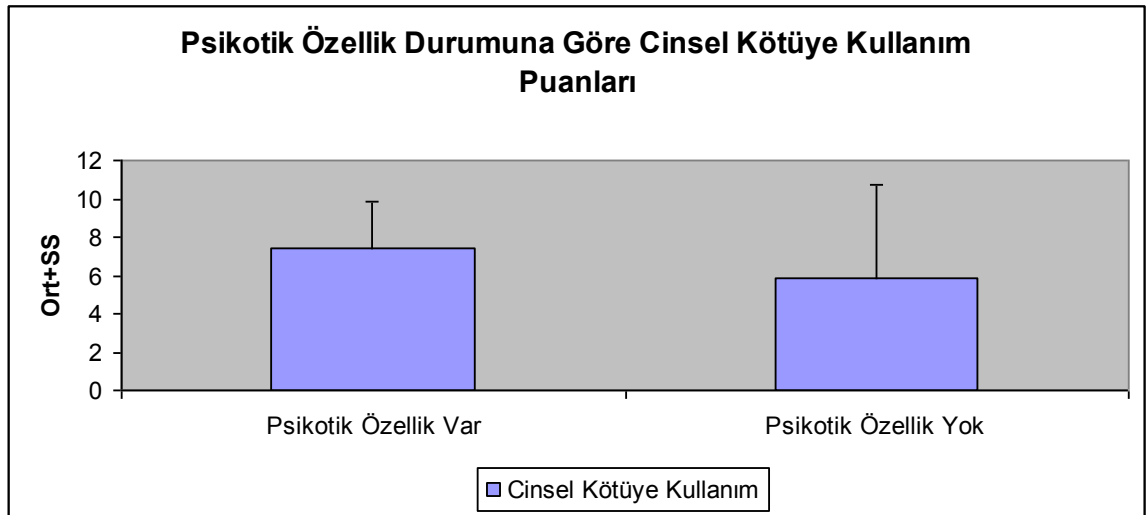
Tablo 21: Psikotik özellik gösterme durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Psikotik Özellik		<i>p</i>
	Var	Yok	
	Ort±SS	Ort±SS	
Agresyon Toplam	39,40±26,08	36,44±29,48	0,409
CTQ			
Duygusal İhmal	7,75±3,46	7,44±3,55	0,669
Fiziksel İhmal	7,16±2,97	6,47±2,53	0,248
Duygusal İstismar	10,45±4,40	9,88±4,45	0,541
Fiziksel İstismar	8,09±3,86	7,14±3,26	0,227
Cinsel İstismar	7,46±4,85	5,85±2,37	0,028*
Toplam	40,93±15,43	36,79±12,54	0,180
EBBÖ			
Güvenli	21,07±7,47	22,38±7,90	0,419
Kaçıngan	19,37±7,44	19,67±8,45	0,857
Kaygılı	18,50±7,27	16,44±6,31	0,165
Güvensiz/Kaçıngan+Kaygılı	37,87±9,66	36,11±9,99	0,395

Student t test kullanıldı

●*Mann-Whitney U test*

**p<0,05*



Şekil 10: Psikotik özellik durumuna göre cinsel istismar puanları dağılımı

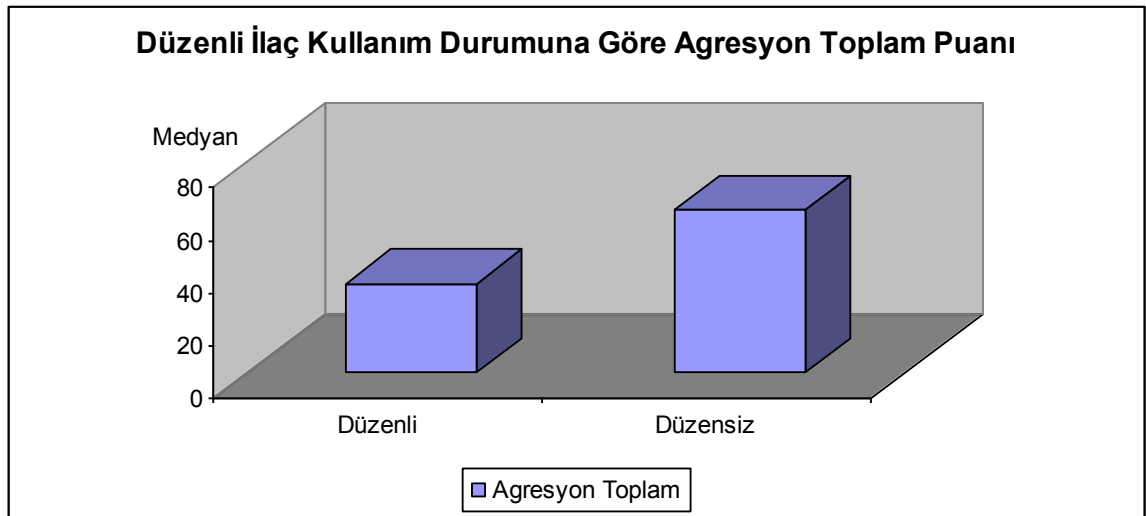
4.22 Düzenli ilaç kullanımına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Düzensiz ilaç kullanan olguların agresyon toplam puanları, düzenli ilaç kullanan olgulardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek iken CTQ ve EBBÖ puanlarına göre anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 22, Şekil 11).

Tablo 22: Düzenli ilaç kullanımına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	Düzenli ilaç kullanımı		p
	Düzenli	Düzensiz	
	Ort±SS	Ort±SS	
Agresyon Toplam	36,49±25,72	59,87±35,56	0,044*
CTQ			
Duygusal İhmal	7,47±3,53	9,62±2,06	0,078
Fiziksel İhmal	6,85±2,86	7,75±2,54	0,273
Duygusal İstismar	10,05±4,39	12,62±4,03	0,085
Fiziksel İstismar	7,71±3,72	8,37±3,37	0,294
Cinsel İstismar	7,01±4,36	5,87±2,10	0,841
Toplam	39,11±14,83	44,25±11,05	0,199
EBBÖ			
Güvenli	21,66±7,67	19,87±7,03	0,863
Kaçınan	19,13±7,59	23,50±9,14	0,122
Kaygılı	17,84±7,02	17,25±7,16	0,637
Güvensiz/Kaçınan+Kaygılı	36,97±9,82	40,75±8,77	0,391

Student t test kullanıldı • *Mann-Whitney U test* **p<0,05*



Şekil 11: Düzenli ilaç kullanım durumuna göre agresyon toplam puanları dağılımı

4.23 Klinik özelliklere göre ölçek puanları

Hastalık başlangıç yaşı, yatış sayısı ile agresyon toplam puanı, CTQ puanları ve EBBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 23).

Tablo 23: Klinik özelliklere göre ölçek puanları

	Hastalık Başlangıç Yaşı	Yatış Sayısı
Agresyon Toplam	-0,137	0,130
CTQ		
Duygusal İhmal	0,013	0,129
Fiziksel İhmal	0,028	0,142
Duygusal İstismar	-0,107	0,112
Fiziksel İstismar	-0,046	0,155
Cinsel İstismar	-0,119	-0,025
Toplam	-0,040	0,098
EBBÖ		
Güvenli	0,063	-0,181
Kaçıngan	-0,127	0,099
Kaygılı	0,095	0,005
Güvensiz/Kaçıngan+Kaygılı	-0,001	0,084
<i>Spearman's rho korelasyon analizi</i>	<i>*p<0,05</i>	<i>**p<0,01</i>

4.24 Atak sayısı ve ölçek puanları arasındaki ilişki

Manik atak sayısı ile agresyon toplam, duygusal istismar ve fiziksel istismar puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmakta iken duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar, CTQ toplam ve EBBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı. Depresif atak sayısı ile agresyon toplam, fiziksel istismar, cinsel istismar, EBBÖ güvenli, EBBÖ kaygılı, EBBÖ güvensiz(kaçıngan+kaygılı) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamakta iken duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, CTQ toplam, EBBÖ kaçıngan puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Karma atak sayısı ile duygusal ihmal ve fiziksel ihmal puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunur iken agresyon toplam puanı, duygusal

istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, CTQ toplam puanları ve EBBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı. Toplam atak sayısı ile agresyon toplam puanı, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, CTQ toplam puanları pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmakta iken cinsel istismar ve EBBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 24).

Tablo 24: Atak sayısı ve ölçek puanları arasındaki ilişki

	Manik Atak Sayısı	Depresif Atak Sayısı	Karma Atak Sayısı	Toplam Atak Sayısı
Agresyon Toplam	0,295**	0,193	0,194	0,311**
CTQ				
Duygusal İhmal	0,138	0,302*	0,217*	0,300**
Fiziksel İhmal	0,103	0,221*	0,230*	0,249*
Duygusal İstismar	0,209*	0,206*	0,117	0,248*
Fiziksel İstismar	0,200*	0,111	0,127	0,204*
Cinsel İstismar	-0,014	0,081	-0,120	0,038
Toplam	0,156	0,248*	0,149	0,264**
EBBÖ				
Güvenli	-0,050	-0,193	-0,076	-0,146
Kaçıngan	0,133	0,214*	0,074	0,195
Kaygılı	0,007	0,029	-0,168	0,020
Güvensiz/Kaçıngan+Kaygılı	0,090	0,195	-0,046	0,162

Spearman's rho korelasyon analizi

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan hastaların yaşları 18-59 arasında olup, ortalaması $36,87 \pm 9,91$ yıldır. Hastaların çoğunluğu (%45) ilköğretim mezunuydu. Medeni durum yönünden çoğunluğu (%43) evliydi. Garno ve arkadaşlarının bipolar hastalarda yapmış olduğu çalışmada olguların büyük kısmının bekâr ya da boşanmış olduğu saptanmıştır. Olguların %59'nun çalışıyor ya da öğrenci olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer olarak olguların yarısından fazlası (%51) çalışmaktadır. Morris ve arkadaşlarının çalışmasında ise olguların büyük çoğunluğunun çalışmıyor olduğu belirtilmiştir (169). Çalışma oranının düşük olması ve büyük kısmının bekâr ya da boşanmış olması hem bipolar affektif bozukluk hastalık süreci hem de güvensiz bağlanma biçimleriyle ilişkili olabilir. Joyce ve Miklowitz, bipolar affektif bozukluk olgularının pek çok yönden sağlıklı bireylerden ve diğer psikiyatrik rahatsızlığı olan olgulardan ayrıldığını belirtmiştir. Sorunlu aile içi ve kişilerarası ilişkiler ve yinelemeler nedeniyle, hastalığın sıkı bir terapötik işbirliğinin sağlanmasının gerektiğini vurgulamıştır. Her iki durumda da bu kişilerin gerek içsel tasarımları gerekse kişilerarası ilişkileri bağlanma biçimlerinden etkilendiği düşünülmektedir (170,224).

Çalışmamıza katılanların çoğunluğunu (%91) anne ve babası büyütmiştir ve %90 oranında sosyal güvencesi vardır. Hastaların görece çoğunda (%55) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktaydı. Tanımlayıcı klinik özelliklere baktığımızda yasal sorun yaşayan 13 (%13) kişi bulunmaktadır. Alkol, psikoaktif madde kullananlar çok az, ancak sigara kullananlar yüksek oranda (%47) saptandı. Hastaların %18'inin kendine zarar verici davranışının olduğu ve %36'sının en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu saptandı. Düzenli ilaç kullananların oranı %92 olup, düzenli ilaç kullanımının yüksek oranda olması çalışmaya alınan kişilerin, düzenli poliklinik takibine gelen kişiler olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmaya katılanların %24'ünde mevsimsel özellik bulunmaktaydı. %66'sının atakları psikotik özellikli olup, manik atak sayısı 1-15 arasında değişmekteyken ortalaması $4,30 \pm 2,97$ olarak, depresif atak sayısı 0-8 arasında iken ortalaması $1,78 \pm 1,58$ olarak bulundu. Karma atak sayısı 0-6 arasında değişmekte ve ortalaması $0,67 \pm 1,27$, yatış sayısı 0-20 arasında değişmekte ve ortalaması $3,09 \pm 4,08$ olarak saptandı. Antidepresan kullananların sayısı az olup (%6), antipsikotik kullananlar %65 oranında

bulundu. En az bir duygudurum düzenleyicisi kullananlar %73 oranında ve iki duygudurum düzenleyicisi kullananlar %24 oranında bulundu. Çalışma grubunun bipolar bozukluk tanılı hastalar arasından seçilmiş olması ilaç dağılımında beklenen sonuçtur.

Çalışmamıza katılan bipolar affektif bozukluk tanısıyla izlenen hastaların 47(%47)'si güvenli bağlanma biçimine, 53(%53)'ü güvensiz bağlanma biçimine sahip olup güvensiz bağlananların 35(%35)'i kaçınan bağlanma biçimine, 18(%18)'i kaygılı bağlanma biçimine sahipti. Bowlby'nin belirttiği gibi güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüş, güvenli bağlanma ise sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir (100).

Morriss ve arkadaşları 2009 yılında bipolar affektif bozukluk olgularıyla yaptıkları bir çalışmada, depresif, manik ve iyilik dönemdeki olgularda, saptadıkları bağlanma biçimlerini sağlıklı bireylerle karşılaştırmışlar ve anksiyöz bağlanma biçimi puanlarını duygudurumdan bağımsız olarak bipolar affektif bozukluk olgularında sağlıklı kontrollerden yüksek bulmuşlardır. Buradaki anksiyöz bağlanma biçimi kaygılı ve sosyal kaçınan bir bağlanma biçimine karşılık gelmektedir. Aynı çalışmada bipolar affektif bozukluk tip I hastalarındaki güvensiz bağlanma biçimine sahip olanlar 84 kişi(%78) iken sağlıklı kontrollerde sadece 13(%32) kişinin güvensiz bir bağlanma biçimine sahip olduğu görülmüştür (169).

Kökçü ve Kesebir'in bipolar affektif bozukluk olgularında ve çocuklarında bağlanma biçimlerini araştıran, bağlanma biçimi ile mizaç, kişilik ve bipolar affektif bozukluğun klinik özellikleri arasında bir ilişki olup olmadığını inceleyen çalışmasında, bipolar affektif bozuklukta kaçınan bağlanma, sağlıklı kontrollerden sık bulunmuştur. Bipolar affektif bozukluk tip II'de güvensiz bağlanmanın, bipolar affektif bozukluk tip I'de olduğundan daha sık olduğu belirtilmiştir. 36 bipolar affektif bozukluk tip I olguda güvenli ve güvensiz bağlanma oranları 29 (% 80.5) ve 7 (% 19.4) iken, 8 bipolar affektif bozukluk tip II olguda bu oranlar 3 (% 37.5) ve 5(% 62.5) şeklindedir (11). Bizim çalışmamızda ise bipolar affektif bozukluk tip I'de güvenli bağlanma 47(%47) ve güvensiz bağlanma 53(%53)'tür.

Major depresif bozukluk, doğum sonrası depresyon, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve ağrı bozukluğunun güvensiz bağlanma biçimi ile ilişkisi çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (151,152).

Güvensiz bağlanma biçimi yaşamın ilerleyen dönemlerinde psikopatolojinin ortaya çıkışı ile ilişkilendirilirken, güvenli bağlanma biçimi sağlıklı gelişim süreçleri ile ilişkilendirilmiştir (100,153,154,219,224,225,226,227).

Çalışmamıza katılan olguların çocukluk çağı travmaları toplam puanları 20-97 arasında değişmekte ve ortalaması 39,53 düzeyindedir. Literatürde bir çok çalışmada belirtildiği gibi bipolar affektif bozuklukta fiziksel ve cinsel istismar, ihmal, aile içi şiddete tanık olmak, erken ebeveyn kaybı, ebeveynlerin boşanması, ebeveynlerin toplum ortalamasından daha fazla olan psikiyatrik hastalık oranları, ev ortamı dışında yaşamak zorunda kalma gibi çocukluk dönemi travmatik yaşantıları sık görülmektedir (173,174,176,177). Bizim çalışmamızda da çocukluk çağı travmaları puanları, bu çalışmalarda belirtildiği gibi yüksektir.

Çalışmamıza katılan olguların agresyon toplam puanları 0-124 arasında değişmekte ve ortalaması 38,38 düzeyindedir. Güleç ve arkadaşlarının bipolar bozuklukta dürtüsellik ve agresyonu inceleyen çalışmasında bipolar affektif bozuklukta agresyon düzeyinin sağlıklı kontrol grubundan yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca bunun dürtüsellik, kişilik özellikleri ve öfke ile olan ilişkisi vurgulanmıştır (187). Garino ve arkadaşlarının çalışmasında mevcut affektif belirtilerinin yaşam boyu agresyon düzeyleri ve hastalık süreci ile yakından ilişkili olduğu fakat bazı gelişimsel faktörlerin ve komorbid durumların da agresyon düzeyini etkileyebileceğini ve bu ilişkiyi anlamamızı güçleştirebileceğini belirtmişlerdir (189).

Çalışmamızda agresyon düzeyi ile güvenli bağlanma arasında negatif yönde, kaçınan bağlanma ile pozitif yönde, güvensiz(kaçınan+kaygılı) bağlanma ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu sonuç daha önceki çalışma verileri ile uyumludur (17,206). Çalışmamızda agresyon düzeyi ve kaygılı bağlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda bipolar affektif bozuklukta kaygılı bağlanma biçimi ve agresyon düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Bookwala'nın yaptığı birliktelikleri devam eden çiftleri inceleyen çalışmasında agresif davranışları daha fazla olanların daha çok ilişki sorunu yaşadıkları ve daha çok kaygılı bağlanma biçimine sahip oldukları belirtilmiştir (208). Çalışmamızda kaygılı bağlanma biçimine sahip hastaların diğer bağlanma biçimlerinden çok daha az sayıda olması bu sonuçla ilişkili olabilir.

Critchfield ve arkadaşlarının çalışmasında da belirttiği gibi agresyonun güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkili olduğu ve agresif davranışın direk, reaktif, kendine dönük(suisidal ve parasuisidal davranışlar) ve öfke şeklinde ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (206). Çalışmamızda agresyon düzeyi ile duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve çocukluk çağı travmaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu sonuç daha önce yapılan pek çok çalışmayla uyumludur.

Çalışmamızdaki sonuçlarla uyumlu olarak yapılan çalışmalarda aile içinde şiddete maruz kalan çocukların saldırganlık düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (210). Özellikle maruz kalınan fiziksel taciz, cinsel taciz ya da ihmal gibi travmaların ilerleyen yaşlarda saldırgan davranışlara neden olduğu belirtilmektedir (14). Finzi ve arkadaşlarının çalışmasında da belirttikleri gibi, fiziksel istismara maruz kalanlar antisosyal davranışlar açısından risk altındadır (201).

Bu alanda yapılan bazı çalışmalar, istismar ve ihmal yaşantılarının alt tipleri üzerinden bir karşılaştırma yapmıştır. Buna göre fiziksel istismara maruz kalmış çocukların daha agresif davranışlar sergiledikleri, ihmale maruz kalanlardan daha fazla dürtüsel davranışları olduğu ve uyumsuz oldukları akranlarının yaşadıkları üzüntülü durumlarla ilgili empati kuramadıkları, yaşlılarıyla kurdukları ilişkide daha fazla sözel ve fiziksel agresyona başvurdukları gözlenmiştir (203,204,205,209,211,212).

Gelişim süreci içerisinde dürtüsellik ve agresyonun ortaya çıkışını araştıran çalışmalar, bunun yaşamın erken dönemlerindeki travmatik deneyimlerle ilişkisi üzerinde durmuştur. Erişkindeki agresyon çocuklukta maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismar ile ilişkili bulunmuştur (15,16). Bu alanda Kaufman ve arkadaşlarının çalışmalarında belirttikleri gibi şiddet uygulayan yetişkinlerin büyük bölümünde çocuklukta aile içi şiddete maruz kalma öyküsü saptanmıştır (209). Kuşaktan kuşağa aktarılan, her zaman basitçe şiddetin kendisi değil, bu durumu çevreleyen duygusal atmosferdir. İçselleştirilen öfke, korku ve çökkünlük duyguları, kişinin tutum ve davranışlarını yaşam boyu etkileyebilmektedir. Şiddet ve ihmal sonucu oluşan intrapsişik yapı, çoğu kez yine çeşitli biçimleriyle şiddeti doğuran bir saldırganlık kaynağı yaratmaktadır (70).

Çalışmamızdaki sonuçlarla uyumlu olarak Garino ve arkadaşlarının çalışmalarında agresyon düzeyi ile çocukluk çağı travmaları toplamı , duygusal istismar, fiziksel istismar ve duygusal ihmal puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulmuşlardır (189). Algül ve arkadaşlarının çalışmasında da belirtildiği gibi çocukluk çağı travmaları ile saldırganlık düzeyi arasında pozitif ilişki bulunmaktadır. Aile içinde şiddete maruz kalan çocukların saldırganlık düzeyinin daha yüksek olduğu ileri sürülmüştür. Öte yandan, antisosyal kişilik bozukluğu'nun gelişmesi ile çocukluk çağında fiziksel taciz, cinsel taciz ya da ihmal gibi travmalar arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada, deneklerin %78.6'sı en az bir, %60'ı birden çok çocukluk çağı travması yaşadığını bildirmiştir ve bu oran saldırganlık düzeyi yüksek olan deneklerde daha yüksek bulunmuştur (228).

Çalışmamızda kaçınan bağlanma, çocukluk çağı travmalarının tüm alt boyutlarıyla pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip iken, kaygılı bağlanma ise sadece cinsel istismar ve çocukluk çağı travmaları toplam puanı ile pozitif yönde ilişkili bulunmaktadır. Bağlanma teorisine göre çocuk ve ebeveyn arasında kurulan duygusal bağın çocuğun kişilik gelişimi ve davranışsal organizasyonu üzerinde önemli etkileri olduğu ve ebeveynin istismar ve ihmal edici davranışlarının psikopatoloji üzerinde önemli etkileri olduğu belirlenmiştir (7,192,193).

Bulgularımız çocukluk çağında istismar davranışlarını yaşayan bireyin ilişkilerinde kaçınan kişilik özellikleri gösterdiği ve bağlanma bozukluğu gösterdiği şeklindeki bilgi ile uyumludur (199). Finzi ve arkadaşlarının fiziksel istismar ve ihmale maruz kalan çocuklardaki bağlanma biçimlerini inceleyen çalışmalarında da belirttikleri gibi fiziksel istismara maruz kalanlar, diğer insanlara karşı şüpheli ve güvensizdirler. Ayrıca ihmal edilen çocuklar sosyal ortamlardan geri çekilirler, güvensizlik ve yetersizlik düşünceleri yaşarlar (201). Belirtildiği gibi istismar edenler genellikle geçmişte travma kurbanlarıdır. Fiziksel istismara maruz kalanların bağlanma davranışları etkilenebilir ve güvensiz bağlanmaya neden olabilir. Van der Kolk'a göre çocuklar ebeveynlerinden gelen bu travmalara karşı aşırı uyarılmışlık, yansıtma, bölme ve inkar gibi savunma mekanizmaları geliştirerek istismarla başa çıkmaya çalışırlar (229,230).

Feldman ve arkadaşlarının yapmış olduğu aile içi şiddet, bağlanma davranışı ve reddedilmeye duyarlılık çalışmasında; aile içi şiddete maruz kalanların bağlanma davranışının ilerde sosyal ilişkilerde zorluklara ve reddedilmeye duyarlılığa neden olan kaygılı ve kaçınan tarzda olduğu belirtilmiştir (231). İhmale maruz kalan çocukların genellikle yaşitlarıyla ilişkilerinde sorunlar yaşadıkları ve sosyal ortamlardan çekildikleri, ilişkilerinde daha bağımlı bir yapıda ve kaygılı oldukları tespit edilmiştir (201,202,203,204,205).

Çalışmamızda cinsiyetlere göre çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı fark bulunmadı. Yapılan çalışmalarda bu konu ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmektedir (232,177). Levitan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cinsel istismarın kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu belirtilmiştir (232). Leverich ve arkadaşlarının yaptığı bipolar affektif bozukluk ve çocukluk çağı travmatik yaşantıları ilişkisini araştıran çalışmaya 631 bipolar tip I ve tip II tanılı hasta alınmıştır. Kadın hastaların %49'unda, erkek hastaların %36'sında çocukluk çağı istismar öyküsü tanımlanmıştır. Kadın hastaların %36'sı fiziksel, %43'ü cinsel istismar, erkek hastaların %31'i fiziksel ve %21'i cinsel istismar bildirmiştir. Bu çalışmada, çalışma bulgularımızdan farklı olarak kadınların daha fazla cinsel istismara maruz kaldığı saptanmıştır (177).

Çalışmamızda cinsiyetlere göre bağlanma biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Bizim bulgularımıza benzer şekilde Kökçü ve Kesebir'in bipolar bozuklukta bağlanma biçimlerini araştıran çalışmasında da bağlanma biçimleri ve cinsiyet arasında bir fark saptanmamıştır (11).

Sonuçlarımıza göre agresyon ölçeği toplam puanı erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Benzer şekilde Fossatia ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada erkeklerdeki fiziksel agresyon puanları erkeklerde kadınlara göre anlamlı derecede yüksektir (233). Bulgularımızdan farklı olarak Garno ve arkadaşlarının çalışmalarında ise kadın ve erkek arasındaki agresyon toplam puanı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (178).

Çalışmamızda eğitim durumuna göre agresyon toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Garno ve arkadaşlarının çalışmasında ise eğitim düzeyi ve yaş arttıkça agresyon puanları azalmaktadır (178). Çalışmamızda lise altı eğitim düzeyindeki olguların, lise ve üniversite mezunlarına göre daha fazla

duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismara maruz kaldıkları saptanmıştır.

Çalışmamızda lise altı eğitim düzeyindeki olguların güvenli bağlanması, üniversite mezunlarından anlamlı düşük olduğu saptanmıştır. Lise altı eğitim düzeyindeki olguların, lise mezunlarına göre daha çok kaçınan ve güvensiz bağlandıkları saptanmıştır. Eğitim durumuna göre kaygılı bağlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Bu sonucun çalışmamızdaki kaygılı bağlanma biçimine sahip olan olguların daha az sayıda olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, belli bir işte çalışmayan olguların daha çok kaçınan bağlandıkları bulunmuştur. Kaçınan bağlanma biçiminin hem iş ilişkileri hem de diğer sosyal ilişkilerde zorluk yaratabileceği ve böylece kaçınan bağlananların iş ortamında daha az bulunabileceği öngörülebilir. Kendine zarar veren olguların agresyon düzeyleri, kendine zarar vermeyen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Algül ve arkadaşlarının antisosyal kişilik bozukluğu olgularında kendine zarar verme davranışının saldırganlık, çocukluk çağı travmaları ve disosiasyon ile ilişkisini araştıran çalışmasında saldırganlık düzeyi ile kendini yaralama davranışı arasında belirgin ilişki olduğu belirtilmiştir (228).

Çalışmamızda kendine zarar verici davranışı olan olguların fiziksel ihmal, duygusal istismar ve çocukluk çağı travmaları toplamı, zarar vermeyen olgulardan anlamlı yüksektir. Algül ve arkadaşlarının çalışmasında da çocukluk çağı travmaları ve kendine zarar verici davranışlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Literatürde kendine zarar verici davranışları olan bireylerde çocukluk çağında fiziksel veya cinsel taciz, ihmal ya da aileden yoksun kalma oranının yüksek olduğuna dikkat çekilmiştir (234). Akyüz ve arkadaşları, çocukluk çağı travmaları ile intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı arasında pozitif ilişki olduğunu ileri sürmüştür (235). Bununla birlikte, çalışmalarda aksi yönde bulgular da vardır. Zweig-Frank ve arkadaşlarının çalışmasına göre ise kendine zarar verme davranışı ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki olmadığını ileri sürülmüştür (236).

Çalışmamızda intihar girişimi görülen olguların agresyon düzeyleri, intihar girişimi görülmeyen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

İntihar girişimi görülen olguların, intihar girişimi olmayanlara göre daha fazla fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismara maruz kaldıkları saptanmıştır. Bulgularımıza paralel olarak Garino ve arkadaşları, Leverich ve arkadaşlarının çalışmalarına göre, çocukluk çağı travmaları ile intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (177,178). İntihar girişimi görülmeyen olgular daha çok güvenli bağlanırken intihar girişimi görülen olgular, daha çok kaçınan ve güvensiz(kaygılı+kaçınan) bağlanmaktadır. Bu durumun güvensiz bağlanma biçimlerinin yaratacağı ilişki ve uyum sorunları, bozuk tedavi uyumu ve hastalık seyrinin daha şiddetli oluşu ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (170,171,181,236).

Çalışmamızda, atakları psikotik özellikli olan olguların daha fazla cinsel istismara maruz kaldıkları saptanmıştır. Diğer çocukluk çağı travmaları alt tipleri, agresyon düzeyi ve bağlanma biçimleri hastalığın psikotik özellik gösterme durumuna göre ilişki göstermemektedir. Çalışma bulgularımızın aksine Kökçü ve Kesebir'in çalışmasına göre ise psikotik özellik, bağlanma biçimleri ile yakından ilişkilidir (11).

Çalışmamızda mevsimsel özellikli olguların bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları ve agresyon düzeyi açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kökçü ve Kesebir'e göre ise mevsimsel özellik güvensiz bağlanma biçimleri ile yakından ilişkilidir(11).

Çalışmamızda hastalık başlangıç yaşı ile agresyon düzeyi, çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçimleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bulgularımızın aksine Garino ve arkadaşlarının çalışmasında ise istismar olan hastalarda, olmayanlara göre, hastalık başlangıç yaşının daha erken olduğu belirtilmiştir (178). Bifulco ve arkadaşlarının çalışmasında ise bağlanma biçimleri ve hastalık başlama yaşının ilişkili olmadığı belirtilmiştir (151).

Duygusal istismar ve fiziksel istismarın daha fazla sayıda manik atakla ilişkili olduğu bulunurken diğer çocukluk çağı travmaları ile manik atak arasında ilişki bulunamamıştır. Yapılan bir çok çalışmada çocukluk çağı travmalarının daha fazla sayıda manik atakla ilişkili olduğu belirtilmiştir (151,178,236). Bulgularımızdan farklı olarak yapılan epidemiyolojik çalışmalarda çocuklukta cinsel istismar bildiren kadınlarda manik atak riskinin dokuz kat arttığı belirtilmiştir (180).

Çalışmamızda depresif atak sayısının duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, çocukluk çağı travmaları toplamı ve kaçınan bağlanma biçimi ile ilişkili

olduğu bulunmuştur. Bulgularımıza benzer biçimde Levitan ve arkadaşlarının çalışmasında hem kadınlarda hem de erkeklerde çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarı depresif ataklarla ilişkili bulunmuştur (180). Yine çalışma bulgularımızla uyumlu olarak, bazı çalışmalarda daha fazla sayıda depresif atak güvensiz bağlanma ile daha yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir. Öyle ki bipolar affektif bozukluk tip II'deki güvensiz bağlanma sıklığı tip I'den fazladır. Morriss ve arkadaşlarının çalışmasında da güvensiz bağlanma puanlarının en çok yükseldiği dönem depresif dönem olarak bildirilmiştir (169).

Çalışmamızda toplam atak sayısının, agresyon, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve çocukluk çağı travmaları toplamı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bulgularımızı destekler şekilde Levitan ve arkadaşlarının çalışmasında da erken dönemde meydana gelen çocukluk çağı travmatik yaşantılarının beyin fizyolojisini değiştirdiği ve daha fazla sayıda atakla ilişkili olabileceği belirtilmiştir (180).

Çalışmamıza göre yatış sayıları ile bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları ve agresyon düzeyleri arasında ilişki bulunamamıştır. Kökçü ve Kesebir'in çalışmasında çalışmamızdaki bulguların aksine, ağır şiddette dönemlerin ve daha fazla sayıda olan hastane yatışlarının güvensiz bağlanma biçimleri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Morriss ve arkadaşlarının çalışmasında ise bağlanma biçimleri ve hastalık şiddeti arasında ilişki bulunamamıştır (11,169).

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların, güvensiz bağlanma biçimleri ve daha yüksek agresyon düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca erken travmatik yaşantılar ve ebeveyn-çocuk ilişkisinde yaşanan sorunlarla ilişkili olarak daha güvensiz bağlanan ve daha yüksek agresyon düzeylerine sahip kişilerin hastalık seyirleri daha olumsuz olabilmektedir. Bu nedenle koruyucu ruh sağlığı açısından erken dönem ebeveyn-çocuk ilişkisine daha fazla önem verilmesi, hastalığın ortaya çıkışı ve klinik seyri üzerinde etkili olabilir.

SONUÇ

Bu çalışmada bipolar affektif bozukluk tip I tanılı olgularda bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisinin ortaya konması amaçlanmıştır. Ayrıca sosyodemografik özellikler, psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş ve klinik özellikler yönünden bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları ve agresyon düzeyi ile ilişkisi araştırılmıştır.

Çalışmamızda agresyon düzeyi ile güvenli bağlanma arasında negatif yönde, kaçınan bağlanma ile pozitif yönde, güvensiz(kaçınan+kaygılı) bağlanma ile pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Agresyon düzeyi ile duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve çocukluk çağı travmaları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

Çalışmamızda kaçınan bağlanma, çocukluk çağı travmalarının tüm alt boyutlarıyla pozitif yönde bir ilişkiye sahip iken, kaygılı bağlanma ise sadece cinsel istismar ve çocukluk çağı travmaları toplam puanı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Güvenli bağlanma ile duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve çocukluk çağı travmaları toplamı arasında negatif yönde ilişki, güvensiz bağlanma ile duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve çocukluk çağı travmaları toplamı arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır.

Cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalarda erkeklerin agresyon düzeyi kadınlardan yüksek iken çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçimleri cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

Çalışmamızda eğitim durumuna göre duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve çocukluk çağı travmaları toplamı lise altı eğitim düzeyindeki olgularda, lise ve üniversite mezunlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Güvenli bağlanma üniversite mezunlarında lise altı eğitim düzeyindekilere göre yüksek bulunurken kaçınan ve güvensiz bağlanma lise altı eğitim düzeyinde lise mezunlarına göre daha fazla bulunmuştur. Agresyon düzeyi eğitim düzeyine göre farklılık göstermemektedir.

Kendine zarar veren olguların agresyon düzeyi, fiziksel ihmal, duygusal istismar ve çocukluk çağı travmaları toplam puanı zarar vermeyen olgulardan yüksektir.

İntihar girişimi görülen olguların agresyon düzeyi, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismara maruz kalma oranı intihar girişimi görülmeyen olgulardan yüksek bulunmuştur. İntihar girişimi görülmeyen olgularda güvenli bağlanma daha yüksek iken intihar girişimi görülen olgularda kaçınan ve güvensiz(kaçınan+kaygılı) bağlanma daha fazla görülmektedir.

Klinik özelliklere göre yapılan karşılaştırmalarda psikotik özellikli ataklar yaşayan olgularda cinsel istismar daha yüksek düzeyde saptanmıştır.

Çalışmamızda manik atak sayısı ile agresyon düzeyi, duygusal istismar ve fiziksel istismar arasında, depresif atak sayısı ile duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, çocukluk çağı travmaları toplamı ve kaçınan bağlanma arasında, karma atak sayısı ile duygusal ihmal ve fiziksel ihmal arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Toplam atak sayısı ile agresyon düzeyi, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve çocukluk çağı travmaları toplamı arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

Bipolar affektif bozuklukta çocukluk çağı travmaları, bağlanma biçimleri ve agresyon düzeyleri arasında ilişki bulunmaktadır. Bu durum hastalığın klinik süreci ve tedavisi açısından önemlidir. Bu nedenle koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine önem verilerek daha iyi bir ebeveyn çocuk ilişkisinin sağlanması, hem hastalığın ortaya çıkışı hem de klinik seyri üzerinde etkili olabilir.

KAYNAKLAR

1. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149:999-1010.
2. Duman RS, Heninger, GR, Nestler EJ. A molecular and cellular theory of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:597-606.
3. Herman JL. *Trauma and Recovery*. New York, Basic Books, 1992.
4. Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. *Temel Psikiyatri*. Güleç C, Köroğlu E (editörler) Ankara, Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, 1998, 823-834.
5. Türksoy N. Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları, Psikolojik Travma ve Sonuçları: Aker T, Önder ME (editörler), İstanbul, 5US Yayıncılık, 2003, 9-21.
6. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol* 1992; 28: 759-775.
7. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1-10.
8. Styron T, Janoff-Bulman R. Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution, *Child Abuse Neglect* 1997;21(10):1015-1023.
9. Dozier M, Stovall KC, Albus KE. Attachment and psychopathology in adulthood: *Handbook of Attachment Theory, Research and Clinical Applications*. Cassidy J, Shaver PR (editors). New York, Guilford Pres, 1999.
10. Shaver PR, Mikulincer M. Attachment theory and research: resurrection of the psychodynamic approach to personality. *J Res Pers* 2004;39:22-45.
11. Kökçü F, Kesebir S. İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçimi'nin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi:kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*,2010,21.
12. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the United States National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997;27:1101-1119.
13. Kendler KS, Kuhn JW, Prescott CA. Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in woman. *Psychol Med* 2004;34:1475-1482.
14. Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM. Family disruption in childhood and risk of adult depression. *Am J Psychiatry* 2003;160:939-946.
15. Pollock VE, Briere J, Schneider L. Childhood antecedents of antisocial behavior: parental alcoholism and physical abusiveness. *Am J Psychiatry* 1990;147:1290-1293.

16. Widom CS. Child abuse, neglect and adult behavior: research design and findings on criminality, violence and child abuse. *Am J Orthopsychiatry* 1989;59:355-367.
17. Marinus HI. Attachment, emergent morality and aggression: toward a developmental socioemotional model of antisocial behaviour. *Int J Behav Dev* 1997;21(4):703-728.
18. Cicchetti D, Toth SL. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:541-565.
19. Işık, E(editör). Duygudurum Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Bipolar Bozukluklar. İstanbul, Görsel Sanatlar Matbaası 2003,467-509.
20. Köknel Ö. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. *Duygudurum Bozuklukları*. 2000;1:5-11.
21. Andreasen, NC. Cesur Yeni Beyin. Doğan YB (çeviri Ed.)İstanbul: Okuyan Us Yayınları;2003.
22. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996;276:293-299.
23. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 1995;30:279-292.
24. 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.
25. Kruger S, Cooke RG, Hasey GM. Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder. *J Affect Disord* 1995; 17(34):117-120.
26. Tohen M, Tsuang MT, Goodwin OC. Prediction of outcome in mania by mood-congruent or mood-incongruent psychotic features. *Am J Psychiatry* 1992;149(11):1580-1584
27. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC. The National Depressive and Manic-Depressive Association survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994;31(4):281-294.
28. Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM. Is bipolar disorder still under diagnosed? Are antidepressants overutilized? *J Affect Disord* 1999;52(1-3):135-144.
29. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry* 1995;152(3):379-384.
30. Mc Donald WM, Nemeroff CB. The diagnosis and treatment of mania in the elderly. *Bull Menninger Clin* 1996;60(2):174-196
31. Liebenluft E. Women with bipolar illness: Clinical and research issues. *Am J Psychiatry* 1996;153(2):163-173.
32. Yazıcı O. Bipolar bozukluk. İç: Köroğlu E, Güleç C(editörler) Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği;1997 Cilt 1, 429-442.

33. Werder SF. An update on the diagnosis and the treatment of mania in bipolar disorder. *Am Fam Physician* 1995;51(5):1126-1136.
34. Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ, Dibble E, Leckman JF, Sceery W. A family study of schizoaffective, bipolar 1, bipolar 2, unipolar and normal control probands. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39(10):1157-1167.
35. Coryell W, Scheftner W, Keller M. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993;150(5):720-727.
36. Öztürk MO(editör). *Duygulanım Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. Basım.* Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001,291-342.
37. Sadock BJ, Sadock VA. *Klinik Psikiyatri. 2. Baskı.* Ankara, Güneş Kitabevi, 2005.
38. Sournay D, Massat I, Mendlewicz J. Genetics of Bipolar Disorders. *Acta Neuropsychiatrica* 2000;12(3):65-68.
39. Yazıcı O, Kora K, Üçok A. Predictors of lithium prophylaxis in bipolar patients. *J Affect Disord.* 1999;55(2-3):133-142.
40. Harrison PJ. Neuropathological studies of bipolar disorder. *Acta Neuropsychiatrica* 2000;12(3):96-98.
41. Ceylan ME, Oral T(editörler). *Duygudurum Bozuklukları. İç: Etiyoloji, Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. 1. Basım, İstanbul, 2001,73-128.*
42. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders; beyond DSM IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16(2):145-145.
43. Kessing LV. Recurrence in affective disorder. Effect of age and gender. *Br J Psychiatry* 1998;172:29-34.
44. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152(11):1635-1640.
45. Fava GA. Subclinical symptoms in mood disorders: Pathophysiological and therapeutic implications. *Psychol Med* 1999;29(1):47-61.
46. Kaplan S. Physical abuse and neglect. In:Lewis M(editor) *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. 2nd ed.* Baltimore Williams&Wilkins. 2002, 1208-1215.
47. Polat O. *Klinik adli tıp, 1. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık,2004, 85-31.*
48. Kepenkçi YK. Hukuksal açıdan çocuk istismarı ve ihmali. *Katkı Pediatri Dergisi* 2001; 22:262-75.
49. Şahiner ÜM. Yurdakul K. Kavak US. Tıbbi açıdan çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Dergisi* 2001; 22:276-85.
50. Veltkamp, J. Lane; Miller, W. Thomas. *Clinical Handbook of Child Abuse and Neglect. USA: International Universities Press,1994.*

51. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse neglect research: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38: 1214-1220.
52. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry* 1991;148:55-61.
53. Walker DE, Bonner LB, KaufmanLK. *The Physically and Sexually Abused Child. Evaluation and Treatment.*UK: Pergamon Books Inc, 1988.
54. Knutson FJ. Psychological characteristics of maltreated children: putative risk factors and consequences. *Annu Rev Psychol* 1995;46:401-431.
55. Erkman F. *Çocukların Duygusal Ezimi, Çocuk istismarı ve ihmali.* Ankara, Gözde repro ofset, 2001.
56. Glaser D, Emotional abuse and neglect(Psychological Maltreatment): a Conceptual Framework. *Child Abuse Neglect* 2002;26:697-714.
57. Topbaş M. İnsanlığın Büyük Ayıbı: Çocuk istismarı, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004;3(4):76-80.
58. Kara B, Biçer B, Gökalp A, Çocuk İstismarı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004;47:140-51.
59. Gültekin G, Cantürk G. Ebeveynlerin duygusal istismar olarak kabul edilen davranışları. *Adli Psikiyatri Dergisi* 2004;1(2):13-18.
60. Karakaya I, Üneri Ö, Coşkun A. Çocukluk cinsel istismarı: bir olgu nedeniyle tanı güçlükleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2005;12(3):141-144.
61. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali:psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi,* 2004;35:82-86.
62. Page AZ, Çocuk cinsel istismarı: cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri.*Türk Psikoloji Yazıları* 2004;7(13):103-114.
63. Glaser D, Treatment issues in child sexual abuse. *Br J Psychiatry* 1991;159:769-782.
64. Sezgin U, Farley M, Baral I, Kiremire M. Prostitution in Five Countries:Violence and Post-Traumatic Stress Disorder. *Feminism Psychology* 1998, 8(4):405-426.
65. 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.
66. 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.
67. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2006;15(9):153-160.

68. Armağan E. Çocuk ihmal ve istismarı: psikoz tablosu sergileyen bir istismar olgusu, Yeni Symposium 2007;45(4):170-173.
69. Runyan D, Corrine W, İkedda R. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In world report on violence and health, World Health Organization, Geneva. 2002,57-86.
70. Vahip I. Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu: farklı bir açıdan bakış. Türk Psikiyatri Dergisi 2001, 13(4).
71. Özmen SK. Aile içinde öfke ve saldırganlığın etkileri. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 2004,37(2):27-39.
72. Green AH. Dimension of Psychological Trauma in Abused Children. J Am Acad Child Psychiatry 1983;22(3);231-237.
73. 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.
74. Sadock BJ, Sadock VA. Problems related to abuse and neglect. In Cancro R(editor),Kaplan&Sadock'sconcise textbook of clinical psychiatry, 9.edition, Baltimore. Lippincott Williams&Wilkins, 2004,370-376.
75. Emery RE, Laumann-Bilings L.Child abuse. İn:Rutter M, Taylor E(editors) child and adolescent psychiatry. Great Britain, Bath Press, 2003;325-329.
76. Yalın A, Avcı A, Kerimoğlu E, Aslan H. Çocuklarda fiziksel örselenmenin Ankara ve Adana illerinde görülme sıklığının taranması. 3P Dergisi 1995;3:39-43.
77. Kutchinsky B. Çocuk cinsel istismarı: yaygınlık, müdahale ve önleme. Genel bir bakış. Konanç E(der) Çocukların kötü muameleden korunması. 1 Ulusal kongre kitapçığı.Ankara,1991.
78. Rentaria SC. Summary: sexual abuse of female children and adolescent-decettioon, examination and primary care. Ther Umsch 2005;62:230-237.
79. Plant M, Miller P. Childhood and adult sexual abuse: Relationship with addictive or problem behaviours and health. J Addict Dis 2005;24:25-38.
80. Yanık M. Özmen M. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yaşanyıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:140-146.
81. Özçelik B. Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarının erişkin psikopatolojisi ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 2002.
82. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. PTSD in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995;52:1048-1060.
83. Özen-Erberk N, Şener Ş. Çocuk ve ergende cinsel istismar. Ege Psikiyatri Süreli Yayınları 1997;2(5):473-491.

84. Bowlby J. Attachment and loss, vol.1. Attachment. New York, basic books,1969.
85. Ainsworth MDS, Object relations, dependency and attachment:a theoretical reviewof the infant-mother relationship. Child Dev 1969; 40:969-1025.
86. Ainsworth MDS. Attachment beyond infancy. Am Psychol 1989; 44:709-716.
87. Ben-Ari A, Lavee Y. Emotional expressiveness and neuroticism: do they predict marital quality? J Fam Psychol 18(4): 620-7, 2004.
88. Kobak RR, Sceery A. Attachment in late adolescence. Working models, affect regulation and representations of self and other. Child Dev 1988;59: 135-146.
89. Scott RL, Cordova JV. The influence of adult attachment styles on the association between marital adjustment and depressive symptoms. J Fam Psychol 2002;16(2): 199-208.
90. Bromer P, Blümle M. Self-views in close relationships: the influences of attachment styles. Br J Soc Psychol 2003;42: 445-460.
91. Wearden A, Perryman K, Ward V. Adult attachment, reassurance seeking and hypochondriacal concerns in college students. J of Health Psychol 2006;111(6): 877- 886.
92. Mikulincer M, Erev I. Attachment styles and the structure of romantic love. Br J Soc Psychol 1991;30: 273-291.
93. Simpson JA, Rholes SW, Phillips D. Conflict in close relationships: an attachment perspective. J Pers Soc Psychol 1996;71(5): 899-914.
94. Hazan C, Shaver PR. Romantic love conceptualized as an attachment process. J Pers Soc Psychol 1987;42:511-524.
95. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin türk örnekleme üzerinde psikometrik değerlendirilmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma, Türk Psikoloji Dergisi 1999; 14(43):71-106.
96. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment style in young adults: A test of a four-category model. J Pers Soc Psychol 1991; 61:226-244.
97. Hamarta E. Bağlanma teorisi. Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2004;14(1):53-66.
98. Dönmez A. Bağlanma: Yakın ilişkilerle ilgili araştırmalar için bir çerçeve. Türk Psikoloji Bülteni 2000;29(50):16-17.
99. 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.
100. Bowlby J. Attachment and loss: Vol.2. Separation. Basic Books, New York, 1973.

101. 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.
102. Overbeek G. Vollebergh W. Parental attachment and romantic relationships: Associations with emotional disturbance during late adolescence. J Couns Psychol 2003;50(1):28- 39.
103. Diehl M, Elnick AB, Bourbeau LS. Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. J Pers Soc Psychol 1998;74: 1656- 1669.
104. Peilage S, Gerlisma C, Schaap C. Insecure attachment as a risk factor for psychopathology: The role of stressful events. Clin Psychol Psychother 2000;7:296- 302.
105. Andersson P, Perris C. Attachment styles and dysfunctional assumptions in adults. Clin Psychol Psychother 2000; 7: 47- 53.
106. Bowlby J. Attachment and loss: Vol.1. Attachment. Basic Books, New York, 1969/82
107. Solmuş T. Romantik bağlanma: Bebeklik dönemi bağlanma süreci, yetişkin bağlanma stilleri ve romantik ilişkiler. Türk Psikoloji Bülteni 2002;24-25:105-113.
108. Lopez FG, Melendez MC, Sauer EM, Berger E, Wyssmann J. Internal working models, self-reported problems and help-seeking attitudes among college students. J Couns 1998; 45: 79-83.
109. Zhang F, Hazan C. Working models of attachment and person perception processes. Pers Relat 2002;9:225-235.
110. Gooden WE, Leung C, Hindman D. Adult attachment and psychotherapy. J Psychol Christ 2000;19(3): 275-282.
111. Stanojević TS. Adult attachment and prediction of close relationships. Phil Soc Psychol 3(1): 67-81, 2004.
112. Collins NL, Read SL. Cognitive representations of attachment: The structure and functions of working models. Bartholomew K, Perlman D(editors), Advances in personal relationships: Vol 5 Attachment processes in adulthood, Jessica Kingsley, London, 1994,53-90.
113. Main M. Mary D. Salter Ainsworth: Tribute and Portrait. Psychoanal Inq 1999; 19: 682-776.
114. 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.
115. 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.
116. 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.

117. Wilson RJW, Davenport BR. Distinguishing between conceptualizations of attachment: Clinical implications in marriage and family therapy. *Cont Fam Therapy* 2003;25(2): 179-193.
118. Arbona C, Power TG. Parental attachment and self- esteem and antisocial behaviors among african american, european american and mexican american adolescents. *J Couns Psychol* 2003; 50(1): 40- 51.
119. Aspelmeier JE, Kerns KA. Love and school: Attachment/ Exploration dynamics in college. *J Pers Soc Psychol* 2003; 20(1): 5-30.
120. Beatson J, Taryan S. Predisposition to depression: The role of attachment. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37: 219-232.
121. Thompson RA. Early attachment and later development. Cassidy J, Shaver PR(editors), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, Guilford Pres, New York, 1999,265- 286.
122. Parker AR, Scannell ED. Attachment and marital adjustment. 6th Australia Institute of Family Studies Conference, Melbourne, 1998.
123. 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.
124. Main M, Soloman 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*, University of Chicago Press, Chicago, 1990,121-160.
125. Brennan KA, Shaver PR, Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death and perceptions of parental caregiving. *J Pers*,1998;66(5):836- 878.
126. 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.
127. Pehlivan Türk B. Otistik bozukluğu olan çocuklarda bağlanma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;15(1):56- 63.
128. Simpson JA, Rholes WS. Attachment in adulthood. Simpson JA, Rholes WS(editors). *Attachment Theory and Close Relationships*, Guilford Press, New York, 1998,3- 21.
129. Ahern K, Lebrocque R. Intergenerational transference of attachment style in children of depressed mothers.8th Australian Institute of Family Studies Conference, Melbourne, 2003.
130. 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.
131. Davila J. Attachment processes in couples therapy: Informing behavioral models. Johnson SM, Whiffen V(editors). *Attachment: A perspective for couple and family intervention*, Guilford Pres, NewYork, 2003.

132. Weiss RS. The attachment bond in childhood and adulthood. Parkes CM, Hinde JS, Morris P(editors). Attachment across the lifecycle, Tavistock/ Routledge, London, 1991,66-76.
133. Davies LC. The association between attachment style and uni- and bi-directional pursuer-distancer patterns in couples: A clinical sample of couples in counseling. Master of Science, Virginia, 2004.
134. Feeney JA, Noller P. Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58(2):281-291.
135. Heaven PCL, Silva TD, Carey C, Holen J. Loving styles: Relationships with personality and attachment styles. *Eur J Pers* 2004; 18: 103-113.
136. Wyndol F, Flanagan AS. The influence of earlier relationships on marriage: An attachment perspective. Halford WK, Markman HJ(editors). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Interventions*, Chichester: Wiley,1995,1-36.
137. Crowell JA, Treboux D. A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Soc Development* 1995; 4: 294- 327.
138. Gooden WE, Leung C, Hindman D. Adult attachment and psychotherapy. *J Psychol Christ* 2000;19(3): 275-282.
139. Fraley RC, Shaver PR. Adult romantic attachment: theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Rev Gen Psychol* 2000; 4(2):132-154.
140. Davis D, Shaver PR, Vernon ML. Physical, emotional and behavioral reactions to breaking up: The roles of gender, age, emotional involvement and attachment style. *Society Pers Soc Psychol* 2003; 29(7): 871-884.
141. Margon HJ, Shaver PR. Attachment processes and commitment to romantic relationships. Adams JM, Jones WH(editors). *Handbook of Interpersonal Commitment and Relationships Stability*, Kluwer Academic/PlenumPublishers, New York, 1999,109-124.
142. Hohaus L, Feeney J, Noller P. The transition to parenthood: A study in progress. 6th Australian Institute of Family Studies Conference, Melbourne, 1998
143. Farrugia CE, Hohaus L. Conceptualising the pair-bond: Attachment, caregiving and sexuality as predictors of intimacy in adult romantic relationships. 6th Australian Institute of Family Studies Conference, Melbourne, 1998.
144. Simpson JA, Rholes WS. Attachment in adulthood. Editor: Simpson JA, Rholes WS. *Attachment Theory and Close Relationships*, Guilford Press, New York, 1998,3- 21.
145. Sümer N, Güngör D. Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999;14(44): 35-58.
146. Feeney JA, Noller P, Hanrahan M. Assessing adult attachment: Developments in the conceptualization of security and insecurity. Sperling MB, Berman WB(editors). *Attachment in adults: Theory, assessment and treatment*. Guildford Publications, New York,1994,128-152.

147. Berant E , Mikulincer M, Shaver PR, Segal Y. Rorschach Correlates of self-reported attachment dimensions: Dynamic manifestations of hyperactivating ve deactivating strategies. *J Personal Assess* 2005; 84(1): 70-81.
148. Feeney JA. Attachment, marital interaction and relationship satifaction: A diary study. *Pers Rel* 2002; 9: 39- 55.
149. Sroufe LA, Carlson EA, Levy AK, Egeland B. Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Dev Psychopathol*1999;11:1-13.
150. Armstrong JG, Roth, DM. Attachment and separation difficulties in eating disorders: A preliminary investigation. *Int J Eat Disord* 2007; 2: 141-145.
151. 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.
152. 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.
153. Marazzati D, Dell'osso B, Catena Del'osso M. Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectr* 2007;12(10):751-756.
154. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41, 1111–1123.
155. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Postpartum depresyonda bağlanma biçimleri. *Turk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(4).
156. Twaite JA, Rodriguez-Srednicki O. Childhood Sexual and Physical Abuse and Adult Vulnerability to PTSD: The Mediating Effects of Attachment and Dissociation. *J Child Sex Abus* 2004;13(1):17 – 38
157. Ponizovsky AM, Nechamkin Y, Rosca P. Attachment Patterns Are Associated With Symptomatology and Course of Schizophrenia in Male Inpatients. *Am J Orthopsychiatry* 2010; 77(2):324 – 331.
158. Cadoret RJ, Lave LD, Devor E. Genetics of aggressive and violent behavior. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20(2):301-22.
159. Can S. Agression Questionnaire adlı ölçeğin Türk popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Uzmanlık Tezi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Araprtırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servis Şefliği, İstanbul,2002.
160. Hançerlioğlu O. Ruhbilim sözlüğü 3. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1997.
161. Freedman JL,Sears DO, Carlsmith JM. İntroduction To Social Psychology. Dönmez A(çeviri ed). Sosyal Psikoloji, İmge Kitabevi, Ankara, 2003.

162. Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. Neuroscience, Exploring The Brain. 2nd ed. Lippincott Williams Wilkins, Baltimore, 2001.
163. Lorenz K. Saldırganlığın spontanlığı. Şahinoğlu M(çeviri ed), Cogito şiddet 1996 kış-bahar; 165-168
164. Moore BE, Fine BD. Psychoanalytic terms and concepts. The American Psychoanalytic Association. Yale University Press, New Haven and London, 1990.
165. Averill JR. Studies on anger and aggression. Implications for theories of emotion. *Am Psychol* 1983;38(11):1145-60.
166. Barratt ES. Barratt Impulsiveness Scale, Version 11 (BIS-11). Impulse-Control Disorders measures. E Hollander, L Cohen, L Simon (editors), Handbook of Psychiatric Measures. AJ Rush, HA Pincus, MB First (Eds.), APA, Washington, D.C., 2005, 691-693.
167. Buss AH, Perry M. The aggression Questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1992;63(3):452-9.
168. Klohnen EC, Bera S. Behavioral and experimental patterns of avoidantly and securely attached women across adulthood: A 30-year longitudinal perspective. *J pers soc psychol* 1998;74(1):230-250.
169. Morriss RK, van der Gucht E, Lancaster G. Adult attachment in bipolar 1 disorder. *Psychol Psychother* 2009;82(Pt3):267-77.
170. Joyce PR. Parental bonding in bipolar affective disorders. *J Affect Disord* 1984;7(3-4):319-324.
171. Goodwin FK, Jamison KR. Manic depressive illness. New York:Oxford University,1990.
172. Blatt SJ, Wein Sarte J, Chevron E, Quinlan DM. Parental representations and depression in normal young adults. *J Abnorm Psychol* 1979;88:388-397
173. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences study. *Am J Prev Med* 1998;14:245-258.
174. Parker G: Parental Overprotection: A risk factor in psychosocial development. New York. Grune&Stratton,1983.
175. Nicolson P, Wilson R. Is Domestic violence a gender issue? views from a British city. *J Comm Appl Soc Psychol* 2004;14:266-283.
176. Hyun M, Friedman SD, Dunner DL. Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2000;2:131-135.
177. Leverich G, McElroy S, Suppes T. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Soc Biol Psychiatry* 2002;51:288-297.
178. Garino 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.

179. Nolen W, Luckenbaugh D, Altshuler L. Correlates of 1 year prospective outcome in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161:1447-1454.
180. 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.
181. Lieb R, Isensee B, Höfler M. Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:365-374.
182. Swann AC, Stokes PE, Secunda SK. Depressive mania versus agitated depression: biogenic amine and hypothalamic-pituitary-adrenocortical function. *Biol Psychiatry* 1994;35:803-813.
183. Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Symptom profile consistency in recurrent manic episodes. *Compr Psychiatry* 2002; 43:179-181.
184. Maj M, Pirozzi R, Magliano L, Bartoli L. Agitated depression in bipolar I disorder: prevalence, phenomenology, and outcome. *Am J Psychiatry* 2003;160:2134-2140.
185. Oquendo MA, Mann JJ. The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23: 11-25.
186. Michaelis BH, Goldberg JF, Davis GP. Dimensions of impulsivity and aggression associated with suicide attempts among bipolar patients: a preliminary study. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 172-176.
187. Güleç H, Tamam L, Usta H, Saygılı İ, Güleç MY, Zengin M, Karakuş G. Bipolar bozuklukta dürtüsellik. *Anadolu Psikiyatri Bülteni* 2009; 10:198-203.
188. Látalová K. Bipolar disorder and aggression. *Int J Clin Pract* 2009;63(6): 889 – 899.
189. Garino 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.
190. Grant BF, Stinson FS, Hasin DS. Prevalence, correlates and comorbidity of bipolar disorder and Axis I and II disorders: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2005;60:1205-1215.
191. Bauer MS, Altshuler L, Evans DR. Prevalence and distinct correlates of anxiety, substance and combined comorbidity in a multi-site public sector sample. *J Affect Disord* 2005;85:301-315.
192. Goldberg S, Benoit D, Blokland K, Madigan S. Atypical maternal behavior, maternal representations, and infant disorganized attachment. *Dev Psychopathol* 2003;15(2):239-257
193. 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
194. Levy KN, Blatt SJ. Attachment theory and psychoanalysis: Further differentiation within insecure attachment patterns, *Psychoanal Inj* 1999;19(4):541 – 575.

195. Akbaş T. Sexual abuses to male and female childs. Çukurova Univ J Soc Sci 2001;7(7):58-75
196. Gauthier L,Stollak G, Messe L, Aranoff J. Recall of childhood neglect and physical abuse as differantial predictors of current psychological functioning. Child Abuse Negl 1996;20:549-559.
197. Green AH. Children traumatized by physical abuse. In Eth S, Pynoos RS(editors). Post traumatic Stress Disorder in Children. American Psychiatric Press, Washington, DC,1985,133-154.
198. Wark MJ, Kruczek T, Boley A. Emotional neglect and family structure impact on student functioning. Child Abuse Negl 2003;27 (9):1033-1043.
199. Woke AB, Thomas JO, Candela K. Attachment styles and violent image in thematic stories about relationship. Pers Soc Psychol Bull 1996;22(10):1030-1034.
200. Deniz ME, Hamarta E, Arı R. An investigation of social skills and loneliness levels of university students with respect to their attachment styles in a sample of Turkish students. Soc Behav Pers 2005; 33 (1):19-32.
201. Finzi R, Ram A,Even DH, Shnit Dan, Weizman A. Attachment Styles and Agression in Physically Abused and Neglected Children. J Youth Adolesc 2001;30(6):769-786
202. Greenberg, M. T. Attachment and psychopathology in childhood. In J.Cassidy & P. R. Shaver (editors), Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications. NewYork:Guilford,1999,469-496.
203. Erickson MF, Egeland B, Pianta R. The effect of maltreatment on the development of young children. In Cicchetti C, Carlson V. (editors.), Handbook of Child Maltreatment. Cambridge University Press, Cambridge, 1989,647–684.
204. Prino CT, Peyrot M. The effect of child physical abuse and neglect on aggressive withdrawn, and prosocial behavior. Child Abuse Negl 1994;18:871–884.
205. Troy M, Sroufe LA. Victimization among preschoolers: Role of attachment relationship history. J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry 1987;26: 166–172.
206. Critchfield KL, Kenneth NL, John FC, Kernberg OF. The relational context of aggression in borderline personality disorder: using adult attachment style to predict forms of hostility. J Clin Psychol 2008;64(7):919.
207. Crawford TN, Shaver PR, Cohen P, Pilkonis PA, Gillath O, Kasen S. Self-reported attachment, interpersonal aggression and personality disorder in a prospective community sample of adolescents and adults. J Pers Disord 2006;20(4):331-351.
208. Bookwala J. Adult attachment styles and aggressive behavior within dating relationships 1998. J Soc Pers Rel 15,2,175-190.
209. Kaufman J, Zigler E. Do abused children become abusive parents? Am J Orthopsychiatry 1987;57:186-192.

210. Ayan S. Aile içinde şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:206-214
211. Weiss B, Dodge, KA, Bates JE, Pettit GS. Some consequences of early harsh discipline, child aggression and maladaptive social information processing style. *Child Dev* 1992; 63: 1321–1335.
212. Wolfe DA, Mosk MD. Behavioral comparisons of children from abusive and distressed families. *J Consult Clin Psychol* 1983; 31: 702–708.
213. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry* 2001;158:1871-1877.
214. Briere J, Runtz LY. Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse Negl* 1990; 14:357–364.
215. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community survey. *Child Abuse Negl* 1996;20:709–723.
216. Muller RT, Sicoli LA, Lemieux KE. Relationship between Attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. *J Trauma Stress* 2000;13(2):321-332.
217. Rapoza KA. Attachment styles, alcohol and childhood experiences of abuse: an analysis of physical violence in dating couples. *Violence Vict* 2008;23(1):52-65.
218. Bernstein EM, Fink L, Handelsman L. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994;151:1132-1136.
219. Sabuncuoğlu O, Berkem M: Bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye’den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(4):252-258.
220. Williams JBW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 45:742-747.
221. Akdemir A, S Örsel, İ Dağ, H Türkçapar, N İşcan, H Özbay. Hamilton Depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996;4(4):251-259
222. Young RC, Biggs T, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania; reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978;133:429-435
223. 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.
224. Miklowitz DJ, Wisniewski SR, Miyahara S, Otto MW, Sachs GS. Perceived criticism from family members as a predictor of the 1-year course of bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2005;136(2-3):101-111

225. Ciechanowski P, Sullivan M, Jensen M. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain* 2003;104:627-637.
226. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109:447-456.
227. Simpson JA, Rholes WS, Campbell L . Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol* 2003;84:1172-1187.
228. Algül A, Ateş MA, Gülsün M, Doruk A, Semiz ÜB, Başoğlu C, Ebrinç S, Çetin M. Antisozyal kişilik bozukluğu olgularında kendini yaralama davranışının saldırganlık, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyon ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009;10:278-285.
229. Kolk van der BA. The compulsion repeat to trauma. *Psychiatr Clin North Am* 1989;12(2):389-411.
230. Dutton DG. Witnessing parental violence as a traumatic experience shaping the abusive personality. *J Aggress Maltreat Traum* 2000;3(1):59-67
231. Feldman S, Downey G. rejection sensitivity as a mediator of the impact of childhood exposure to family violence on adult attachment behavior. *Dev Psychopathol* 1994;6:231-247
232. Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD, Hegadoren KM, Adams M, Kennedy SH, Goering PN. 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
233. Fossatia A, Acquarini E, Feeney JA, Borronia S, Graziolia F, Giarollia LE, Franciosa G, Maffea C. Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression. *Attach Human Dev* 2009;11(2): 165–182.
234. Ebrinç S, Basoglu C, Semiz UB, Çetin M. Bedenine zarar veren sınır kişilik bozukluğu hastalarında disosiyasyon, hipnoza yatkınlık ve çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımı. *3P Dergisi* 2001; 9:377- 386.
235. Akyuz G, Sar V, Kugu N, Doğan O. Reported childhood trauma, attempted suicide and selfmutilative behavior among women in the general population. *Eur Psychiatry* 2005; 20:268-273.
236. Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J. Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 1994; 39:259-264.