T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN YÖNETİCİ İŞLEVLER VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Ege Sipahi

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2020

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN YÖNETİCİ İŞLEVLER VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Ege Sipahi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Filiz İzci

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi sürecimde kendisinden çok şey öğrendiğim, anlayışına karşı sonsuz saygı duyduğum, danışman hocam olduğu için kendimi mutlu ve şanslı hissettiğim, tez sürecim boyunca her türlü konuda desteğini alabildiğim ve kendisine minnettar olduğum sevgili hocam Doç. Dr. Filiz İzci‘ye öncelikli teşekkürlerimi sunmak isterim.

Engin tecrübe ve bilgisinden çok defa yararlandığım, kendisi ile birlikte çalışma fırsatına sahip olduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim, asistanlık sürecim boyunca her zaman desteğini hissettiğim Doç. Dr. Engin Emrem Beştepe‘ye;

Deneyim ve desteğini hiç esirgememiş olan sayın başhekimimiz Doç. Dr. Rabia Bilici’ye; asistanlığım boyunca birçok klinikte birlikte keyifle çalışma fırsatı bulduğum; değerli hocalarım Doç. Dr. Merih Altıntaş’a, Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleç’e, Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir’e, Doç. Dr. Hüseyin Güleç’e, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar’a, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin’e;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan hastanemizin değerli uzman doktorlarına;

Nöroloji eğitimimize çok değerli katkıları olan Doç. Dr. S. Füsun Mayda Domaç‘a;

Çocuk psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, mesleki gelişimime katkıda bulunan Doç. Dr. Özalp Ekinci'ye ve Öğr. Gör. Dr. İbrahim Adak’a ve tedavi ekibine;

Psikiyatriye kök salmamı sağlayan, uzmanlık eğitimime başladığım Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı’nda beraber çalışma fırsatı bulduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Nalan Kalkan Oğuzhanoğlu’na, Prof. Dr. Osman Özdel’e, Prof. Dr. Figen Ateşci’ye, Prof. Dr. Selim Tümkaya’ya ve Prof. Dr. Gülfizar Varma’ya;

Asistanlığım boyunca kendilerini tanıdığım ve arkadaş olduğumuz için hep mutlu hissettiğim sevgili arkadaşlarım Dr. Baran Siyli’ye, Dr. Özge Karaca’ya, Dr. Esen Çimen’e, Dr. Mustafa Güneş’e, Dr. Merve Metin’e, Dr. İpek Buse Güzelce’ye, Dr. Aslı Büyükçapar‘a, Dr. Davut Genç’e, Dr. Berçem Arinci‘ye ve diğer tüm asistan doktor arkadaşlarıma;

Hayatımda olduğu için her zaman ″iyi ki″ dediğim, varlığı ile hayatımı güzelleştiren sevgili Dr. Alper Bülbül‘e;

Kendilerine olan sevgi ve minettarlığımı bir cümlede hiçbir zaman belirtemeyeceğime inandığım sevgili anneme, ablama ve oğlum Kaymak‘a;

En içten duygularım ve tüm samimiyetimle teşekkür ederim.

Dr. Ege Sipahi

İstanbul 2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....**İ**

İÇİNDEKİLER..... **İİİ**

KISALTMALAR..... **Vİİ**

TABLOLAR .....**İX**

ÖZET.....**Xİ**

ABSTRACT .....**Xİİİ**

1. GİRİŞ VE AMAÇ..... **1**

2. GENEL BİLGİLER **5**

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK **5**

2.1.1. Tarihsel Gelişim ***5***

2.1.2. Tanım ve Sınıflandırma ***6***

2.1.3. Epidemiyoloji..... ***12***

2.1.4. Semptomatoloji ve Klinik Seyir..... ***13***

2.1.5. Etiyoloji..... ***16***

2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI..... **22**

2.2.1. Çocukluk Çağı İstismarları..... ***22***

2.2.2. Çocukluk Çağı İhmalleri..... ***24***

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları ile Psikopatoloji İlişkisi..... ***24***

2.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları ile Yönetici İşlev İlişkisi..... ***25***

2.3. KİŞİLİK, MİZAÇ VE KARAKTER KAVRAMLARI **26**

2.3.1. Cloninger'in Geliştirdiği Psikobiyolojik Model ***26***

2.3.2. Mizaç Alt Boyutları ***27***

2.3.3. Karakter Alt Boyutları..... ***29***

2.3.4. Bipolar Bozuklukta Mizaç ve Karakter Özellikleri ***30***

2.3.5. Mizaç ve Karakter Özellikleri ile Yönetici İşlev İlişkisi ***30***

2.4. YÖNETİCİ İŞLEVLER 32
2.4.1. Bipolar Bozuklukta Yönetici İşlevler ve Yaşam Kalitesi İlişkisi 33
3.1. UYGULAMA 35
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 36
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu: 36
3.2.2. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen için (SCID-5-CV): 36
3.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD): 37
3.2.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ): 37
3.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28): 37
3.2.6. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE): 37
3.2.7. İz Sürme Testi (İST): 38
3.2.8. Stroop Testi: 39
3.2.9. Frontal Değerlendirme Bataryası (FDB): 39
3.2.10. Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (BBYKÖ-KF): 40
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 40
4. BULGULAR 41
4.1. ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ 41
4.2. ÖRNEKLEMİN HASTALIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARI 42
4.3. ÖRNEKLEMİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ 43
4.3.1. Örneklemin ÇÇTÖ-28'e Göre Sosyodemografik Özellikleri 44
4.3.2. Örneklemin ÇÇTÖ-28'e Göre Hastalık Özellikleri 45
4.4. ÇÇT İLE MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ AÇISINDAN ÖRNEKLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ 45
4.5. YÖNETİCİ İŞLEVLER İLE ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ 47

4.6. YÖNETİCİ İŞLEVLER İLE ÖRNEKLEMİN HASTALIK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ 48
4.7. ÇÇT İLE YÖNETİCİ İŞLEVLER ARASINDAKİ İLİŞKİ AÇISINDAN ÖRNEKLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ 50
4.8. MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ İLE YÖNETİCİ İŞLEVLER ARASINDAKİ İLİŞKİ AÇISINDAN ÖRNEKLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ 52
4.9. YAŞAM KALİTESİ İLE ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ 55
4.10. YAŞAM KALİTESİ İLE ÖRNEKLEMİN HASTALIK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ 55
4.11. ÇÇT İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ AÇISINDAN ÖRNEKLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ 56
4.12. MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ AÇISINDAN ÖRNEKLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ 57
4.13. YÖNETİCİ İŞLEVLER İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ AÇISINDAN ÖRNEKLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ 58
4.14. ÇÇTÖ-28 ALT ÖLÇEKLERİNE GÖRE TRAVMASI OLMAYAN HASTALARDA YÖNETİCİ İŞLEV TESTLERİNDE KÖTÜ PERFORMANS İLE İLİŞKİLİ MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ 58
4.15. ÇÇTÖ-28 ALT ÖLÇEKLERİNE GÖRE TRAVMASI OLAN HASTALARDA YÖNETİCİ İŞLEV TESTLERİNDE İYİ PERFORMANS İLE İLİŞKİLİ MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ 62
5. TARTIŞMA 67
6. KISITLILIKLAR 81
7. SONUÇLAR 82
KAYNAKLAR 84
EKLER 99

EK-1: BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARI İÇİN SOSYODEMOGRAFİK VE HASTALIK VERİ FORMU 99
EK-2: YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ 101
EK-3: HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ 103
EK-4: MİZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ 109
EK-5: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ-28 121
EK-6: BİPOLAR BOZUKLUKTA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU 122
EK-7: FRONTAL DEĞERLENDİRME BATARYASI 123
EK-8: STROOP TESTİ 125
EK-9: İZ SÜRME TESTİ A VE B 130
EK-10: ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU 134
EK-11: ETİK KURUL ONAYI 142

KISALTMALAR

BB: Bipolar Bozukluk

BBYKÖ-KF: Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

Brief QoL.BD: The Brief Quality of Life in Bipoar Disorder

C: Cooperativeness

CT: Childhood Trauma

CTQ: Childhood Trauma Questionnaire

ÇÇT: Çocukluk Çağı Travması

ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM-III: Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders-3

DSM-IV: Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders-4

DSM-V: Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders-5

FAB: Frontal Assessment Battery

FDB: Frontal Değerlendirme Bataryası

HA: Harm Avoidance

İST: İz Sürme Testi

İY: İşbirliği Yapma

KA: Kendini Aşma

KY: Kendi Kendini Yönetme

MDB: Major Depresif Bozukluk

MKE: Mizaç ve Karakter Envanteri

ÖB: Ödül Bağımlılığı

P: Persistence

SCID-5-CV: DSM 5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen için

SD: Self-Directedness

SE: Sebat Etme

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

TCI: Temperament and Character Inventory

TMT: Trail Making Test

YA: Yenilik Arayışı

ZK: Zarardan Kaçınma

NS: Novelty Seeking

ST: Self-Transcendence

RD: Reward Dependence

vmPFC: Ventromedial Prefrontal Cortex

OFC: Orbitofrontal Cortex

TABLOLAR

Tablo 1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri-I

Tablo 2. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri-II

Tablo 3. Örneklemin Hastalık Özellikleri-I

Tablo 4. Örneklemin Hastalık Özellikleri-II

Tablo 5. Örneklemin ÇÇT'ye Göre Dağılımı

Tablo 6. Örneklemin ÇÇT'ye Göre Sosyodemografik Özellikleri-I

Tablo 7. Örneklemin ÇÇT'ye Göre Sosyodemografik Özellikleri-II

Tablo 8. Örneklemin ÇÇT'ye Göre Hastalık Özellikleri

Tablo 9. Örneklemde ÇÇT ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişki

Tablo 10. Örneklemde Yönetici İşlevler ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki-I

Tablo 11. Örneklemde Yönetici İşlevler ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki-II

Tablo 12. Örneklemde Yönetici İşlevler ile İntihar Girişimi Arasındaki İlişki

Tablo 13. Örneklemde Yönetici İşlevler ile Hastalık Özellikleri Arasındaki İlişki-I

Tablo 14. Örneklemde Yönetici İşlevler ile Hastalık Özellikleri Arasındaki İlişki-II

Tablo 15. Örneklemde ÇÇT ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki

Tablo 16. Örneklemde Mizaç ve Karakter Özellikleri ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki-I

Tablo 17. Örneklemde Mizaç ve Karakter Özellikleri ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki-II

Tablo 18. Örneklemde Yaşam Kalitesinin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi-I

Tablo 19. Örneklemde Yaşam Kalitesinin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi-II

Tablo 20. Örneklemde Yaşam Kalitesinin İntihar Girişimi ile İlişkisi

Tablo 21. Örneklemde Yaşam Kalitesinin Hastalık Özellikleri ile İlişkisi

Tablo 22. Örneklemde Yaşam Kalitesinin ÇÇT ile İlişkisi

Tablo 23a. ve 23b. Örneklemde Yaşam Kalitesinin Mizaç ve Karakter Özellikleri ile İlişkisi

Tablo 24. Örneklemde Yaşam Kalitesinin Yönetici İşlevler ile İlişkisi-I

Tablo 25. Örneklemde Yaşam Kalitesinin Yönetici İşlevler ile İlişkisi-II

Tablo 26. Örneklemde Duygusal İstismar Olmayan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki
Tablo 27. Örneklemde Fiziksel İstismar Olmayan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki
Tablo 28. Örneklemde Cinsel İstismar Olmayan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki
Tablo 29. Örneklemde Duygusal İhmal Olmayan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki
Tablo 30. Örneklemde Fiziksel İhmal Olmayan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki
Tablo 31. Örneklemde Duygusal İstismar Olan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki
Tablo 32. Örneklemde Fiziksel İstismar Olan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki
Tablo 33. Örneklemde Duygusal İhmal Olan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki
Tablo 34. Örneklemde Fiziksel İhmal Olan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki
Tablo 35. Örneklemde Cinsel İstismar Olan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda Bipolar Bozukluk 1 (BB-1) tanılı hastalarda çocukluk çağı travması ile mizaç ve karakter özelliklerinin, yönetici işlevler ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmamız kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya, S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde polikliniklerde ayaktan düzenli tedavi gören ötimik 100 hasta dahil edildi. Hastaların BB-1 tanıları Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 (DSM-5) ile, diğer komorbid tanıları ise klinisyen için DSM 5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5 CV) ile değerlendirilerek kondu. Hastalara sosyodemografik ve klinik özellikler veri formu, Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28), Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), Frontal Değerlendirme Bataryası (FDB), İz Sürme Testi A ve B (İST A ve B), Stroop Testi ve Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (BBYKÖ-KF) uygulandı. Örneklemde, çocukluk çağı travmaları, mizaç ve karakter özellikleri değişkenlerinin yönetici işlev testlerindeki performans ve yaşam kalitesi üzerine etkisine bakıldı.

Bulgular: Çalışmamızda BB-1 tanılı 100 hastanın %73'ünde duygusal ihmal, %55'inde fiziksel ihmal, %43'ünde duygusal istismar bulundu. Çalışmaya katılan hastalardan %35'inde intihar girişimi öyküsü bulunmaktayken, intihar girişimi öyküsü olan hastaların olmayanlara göre yönetici işlev testlerinde anlamlı derecede daha kötü performans gösterdiği bulundu. Cinsel istismar haricindeki diğer tüm çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) ile yönetici işlev testlerindeki performanslar arasında ters yönde güçlü bir ilişki bulundu. MKE ile yönetici işlev testleri arasındaki ilişki incelendiğinde, FDB konseptualizasyon puanı ile 'Zarardan Kaçınma 2' (ZK2) mizaç alt boyutu arasında ters yönlü, 'İşbirliği Yapma 2' (İY2) karakter alt boyutu ile arasında aynı yönlü, FDB mental esneklik puanı ile 'Kendi Kendini Yönetme 5' (KY5) ve İY5 karakter alt boyutları arasında aynı yönlü, FDB inhibitör kontrol puanı ile 'Yenilik Arayışı 3' (YA3) mizaç alt boyutu ve İY2 karakter alt boyutu arasında

aynı yönlü, FDB total puanı ile KY5 mizaç alt boyutu, İY2 ve İY5 karakter alt boyutları arasında aynı yönlü güçlü ilişki bulundu. İST A süresi ile YA1 mizaç alt boyutu arasında ters yönlü, ZK mizaç boyutu ile arasında aynı yönlü, İST B süresi ile ZK4 mizaç alt boyutu arasında aynı yönlü, İST B-A süresi ile ZK4 mizaç alt boyutu arasında aynı yönlü güçlü ilişki bulundu. Cinsel istismar haricindeki diğer tüm çocukluk çağı travmaları ile yaşam kalitesi arasında ters yönlü güçlü bir ilişki olduğu, yönetici işlevler ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olmadığı bulundu. Çalışmamızda BB'de ÇÇT olmasa bile ZK mizaç boyutunun yönetici işlevlerde kötü performansı yordayıcı bir mizaç özelliği olduğu, ÇÇT varlığında Sebat Etme (SE) mizaç boyutunun yönetici işlevlerde iyi performansı yordayıcı bir mizaç özelliği olarak öne çıktığı bulundu.

Sonuç: Bipolar Bozuklukta ÇÇT ve ZK mizaç boyutu ile yönetici işlevler arasında ters yönlü bir ilişki varken, KY ve İY karakter boyutları ile yönetici işlevler arasındaki ilişki aynı yönlüdür. ÇÇT varlığı yaşam kalitesini olumsuz etkilerken, yönetici işlevler ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki yoktur. BB'de ÇÇT olmasa bile ZK mizaç boyutu yönetici işlevlerde kötü performansı yordayıcı bir mizaç özelliğiyken, ÇÇT varlığında SE mizaç boyutu yönetici işlevlerde iyi performansı yordayıcıdır. Ancak premorbid zeka düzeyi ve kullanılan ilaçlar açısından daha homojen ve geniş bir örneklemde, bellek işlevleri de değerlendirilerek, bilişsel işlevlerin daha kapsamlı incelenmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Bipolar Bozukluk, Çocukluk Çağı Travması, Mizaç ve Karakter Özellikleri, Yönetici İşlevler, Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi.

ABSTRACT

Objectives: In this study, we aimed to investigate the impact of childhood trauma, character and temperament on executive functions and quality of life in patients with Bipolar Disorder 1 (BD-1).

Method: Our research is a cross-sectional study. The study included 100 euthymic patients who were treated regularly in outpatient clinics in Erenköy Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital. The diagnosis of BD-1 was evaluated by DSM-5 and other comorbid diagnoses were evaluated by SCID-5 CV. Sociodemographic and clinical features data form, Young Mania Rating Scale, Hamilton Depression Rating Scale, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Temperament and Character Inventory (TCI), Frontal Assessment Battery (FAB), Trail Making Test A and B (TMT A and B), Stroop Test and Brief Quality of Life in Bipolar Disorder (Brief QoL.BD) were applied to the patients. In this sample, the impact of childhood trauma, character and temperament on executive functions and quality of life was investigated.

Results: In our study, emotional neglect was found in 73 of 100 patients diagnosed with BD-1, physical neglect in 55%, and emotional abuse in 43%. Of the patients participating in the study, 35% had a history of suicide attempts, and patients with a history of suicide attempts were found to perform significantly worse in executive function tests than those without. A strong negative correlation was found between all childhood traumas other than sexual abuse and performances in executive function tests. When the relationship between TCI and executive function tests is examined, the strong correlations we found were as follows; negative between 'Harm Avoidance 2' (HA2) temperament sub-dimension and FAB conceptualization score, positive between 'Cooperativeness 2' (C2) character sub-dimension and FAB conceptualization score, positive between 'Self-Directedness 5' (SD5) and C5 character dimensions with FAB mental flexibility score, positive between 'Novelty Seeking 3' (NS3) temperament sub-dimension and C2 character sub-dimension with FAB inhibitory control score, positive between SD5, C2 and C5

chacarter sub-dimensions with FAB total score, negative between TMT A time and NS1 temperament sub-dimension, positive between TMT A time and HA temperament dimension, positive between TMT B time and HA4 temperament sub-dimension and positive between TMT B-A time and HA4 temperement sub-dimension. It was found that there is a strong negative relationship between all childhood traumas and quality of life except sexual abuse, and there is no relationship between executive functions and quality of life. In our study, it was found that even if there is no childhood trauma (CT) in BD, HA is a temperament dimension that predicts poor performance in executive functions, and 'Persistence' (P) is a a temperament dimension that predicts good performance in executive functions in BD with CT.

Conclusion: In Bipolar Disorder, there is negative correlation between the CT and HA temperament dimension with executive functions, whereas the correlation between SD and C character dimensions with executive functions is possitive. While the presence of the CT negatively affects the quality of life, there is no strong relationship between executive functions and quality of life. Even if there is no CT in BD, HA is a temperament dimension that predicts poor performance in executive functions, in the presence of an CT, P temperament dimension is a predictor of good performance in executive functions. However, in a sample where patients are more homogeneous in terms of the level of premorbid intelligence and the drugs they use, there is a need to examine the memory functions to evaluate the cognitive functions more comprehensively.

Key words: Bipolar Disorder, Childhood Trauma, Temperament and Character Traits, Executive Functions, Quality of Life in Bipolar Disorder.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar Bozukluk belli bir düzen olmaksızın yineleyen mani, hipomani, depresyon ya da karma görünümlü duygudurum dönemleri ile karakterize, kronik seyirli, mesleki, ailesel ve sosyal alanlarda işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açan bir duygudurum bozukluğudur (1). Geçmişte yaşam boyu sıklığı %1 olarak varsayılmaktayken, son yıllarda bir spektrum olarak düşünüldüğünde %5 oranlarında görüldüğü tahmin edilmektedir (2). BB'de yönetici işlev bozuklukları hastalığın her döneminde görülebilmekte (3-5), ancak akut hastalık dönemleri sırasında daha belirgin hale gelmektedir. (4, 6, 8). Son 20 yılda bilişsel kayıpların klinik düzelme (ötimi) dönemlerinde de görülebildiklerine ilişkin kanıtlar ortaya çıkmıştır (7, 9). Ötimik dönemde bilişsel işlevlerin değerlendirildiği araştırmaların bir meta-analizinde en belirgin bozuklukların yönetici işlevler ve sözel öğrenme alanlarında olduğu belirtilmiş, bununla birlikte sözel bellek, soyutlama, sürdürülebilir dikkat, cevap inhibisyonu ve psikomotor hız alanlarında da bozuklukların olduğu tespit edilmiştir (10). Prefrontal alanlar ile diğer beyin bölgeleri arasında uzanan yolaklarda bulunan sorunlar, hem yönetici işlev bozukluklarını, hem de disinhibisyon, dürtüsellik ve dikkat yetersizliği gibi affektif bulguları açıklayabilir. Hastalık dönem özelliklerinin bilişsel etkilenme tip ve derecesine etkileri, etkilenmenin duygudurumla ne kadar açıklanabildiği, hastalığın dönemleri ile sınırlı olup olmadığı, hastalığın gidişinin bilişsel işlevlere etkileri, komorbiditenin etkilenmeye katkısı daha dikkatli incelenmesi gereken ana başlıklar gibi görünmektedir. Bilişsel kayıpların işlevselliği eşik altı belirtilerden daha fazla etkilediğinin ortaya çıkması ile BB'de yeni bir belirti alanı ortaya çıkmış bulunmaktadır ve bu durumda bilişsel kayıplar terapötik hedefler arasına girmelidir (11).

Cinsel, fiziksel ve duygusal istismar biçimlerinin yanı sıra fiziksel ya da duygusal ihmali içeren çocukluk çağı travmaları (ÇÇT), çocukluk çağında ve yaşam boyu ruhsal bozukluklar için oldukça yaygındır ve onlarla ilişkilidir (12). Son yıllarda, artan çalışmalar ÇÇT'nin uzun vadeli sonuçlarına odaklanmıştır ve artan kanıtlar ÇÇT ile bilişsel bozukluklar, özellikle yönetici işlevler arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir (13, 14). Psikiyatrik hastalarda yapılan yakın zamanlı bir çalışmada depresyon hastalarının %55,5'i, BB olanların %61,8'i, şizofreni

hastalarının %47,2'si ve sağlıklı bireylerin %20,5'i en az bir travma tipi bildirmiştir. Aynı çalışmada hasta gruplarında en çok bildirilen ÇÇT fiziksel ihmal ve duygusal ihmal iken, cinsel istismar ve fiziksel istismar en az bildirilmiştir (15). Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili araştırmalar son 20 yılda yapılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalarda ÇÇT'nin BB tanılı hastalarda, sağlıklı kontrollere kıyasla daha sık görüldüğü ve hastalığın klinik seyrinde kötü gidiş ile ilişkili olduğu, ÇÇT ile yönetici işlevlerdeki bozulma arasında doğrusal ilişki olduğu, bunun altında yatan nöral mekanizmanın precuneus-ventromedial Preforntal Korteks (vmPFC) ve precuneus-Orbitofrontal Korteks (OFC) arasındaki nöral bağlantılarda azalma olduğu gösterilmiştir (16-18). Özellikle fiziksel ihmale uğrayan hastalarda bilişsel bozulmanın daha fazla olduğu, bilişsel bozulmanın da en çok işlem hızı ve dikkat alanlarında olduğu gösterilmiştir. BB hastalarının klinik seyrinde depresif ve psikotik bulguların varlığı ile bilişsel bozulma arasında doğrusal bir ilişki olduğu aynı çalışmada gösterilmiştir (19). ÇÇT, yetişkinlikte bilişsel işlevlerde bozulma ile bağlantılıdır. Sağlıklı örneklemde duygusal kötüye kullanım ve fiziksel ihmal ile kötü bellek performansı arasında bir ilişki tespit edilmiş, ancak herhangi bir ÇÇT ile yönetici işlevler, psikomotor hız veya dikkat arasında bir ilişki gözlenmemiştir (13).

Son zamanlarda bireysel farklılıkların nörokognitif temeli üzerine bir ilgi vardır (193). Mizaçtaki bireysel farklılıklar beyin işleyişindeki nörofizyolojik farklılaşmalara bağlanmıştır (194). Yönetici işlev bozukluğu olan bireylerin, çalışma, okula devam etme ve kişilerarası işlevlerini yerine getirme becerilerinde önemli ölçüde bozulma olduğu bildirilmiştir (195). Bergvall ve arkadaşlarına göre birçok yönetici işlev ve mizaç boyutu prefrontal korteks ile ilgilidir (196). Prefrontal korteks ve diğer ilişkili kortikal alanlar, yönetici işlev altında sınıflandırılabilen planlama, soyutlama, dikkat ve çalışma belleği görevleri ile ilgilidir (197). Bu nedenle, yönetici işlev günlük insan davranışı için hayati önem taşımaktadır, bu nedenle yönetici işlevlerdeki sorunlar çeşitli zihinsel bozukluklarda temel bir faktör olarak tespit edilmiştir (194). Mizaç ve karakter ile yönetici işlevler arasındaki ilişki yeterince araştırılmamıştır. Hem mizaç hem de karakter boyutlarının, çeşitli yönetici işlev görevleri ile altta yatan ortak bir nöral tabanı paylaştığı varsayılmıştır (196). Kişilik bozukluğu ile ilgili yapılan çalışmalardan kaynaklanan önemli bilimsel kanıtlar yönetici işlevlerle kişilik arasındaki bağlantıyı desteklemektedir. Boeker ve

arkadaşları araştırmalarında nöropsikolojik fonksiyonlar, kişilik boyutları ve farklı psikopatolojik semptomlar arasındaki ilişkiyi incelemişler, 'Kendini Aşma' (KA) ve 'Kendi Kendini Yönetme' (KY) karakter boyutlarının sağlıklı bireylerde çalışma belleği ile, şizofreni hastalarında yönetici işlev görevleri ile anlamlı derecede ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada nörokognitif defisitler ve psikopatoloji, çeşitli mizaç ve karakter özellikleri ile ilişkili bulunmuştur (199). Bu klinik çalışmalar birlikte ele alındığında, klinik örneklemler ve sağlıklı örneklemler arasındaki nöropsikolojik performanstaki farklılıkların mizaç ve karakter tarafından yordandığı söylenebilir. Sperandeo R. ve arkadaşlarının farklı tanılarla psikiyatri polikliniğinde ayaktan takip edilen 98 hastayla yaptığı yönetici işlevler ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) ve Frontal Değerlendirme Bataryası (FDB) kullanarak araştırdığı bir çalışmaya göre 'Yenilik Arayışı' (YA) mizaç boyutu ile mental esneklik arasında ters, çevresel otonomi arasında aynı yönlü, 'Zarardan Kaçınma' (ZK) mizaç boyutu ile mental esneklik arasında aynı yönlü, 'Ödül Bağımlılığı' (ÖB) mizaç boyutu ile inhibitör kontrol arasında aynı yönlü, 'Kendi Kendini Yönetme' (KY) karakter boyutu ile çevresel otonomi arasında ters yönlü, 'İşbirliği Yapma' (İY) karakter boyutu ile FDB toplam puanı, inhibitör kontrol ve konseptualizasyon arasında aynı yönlü, 'Kendini Aşma' (KA) karakter boyutu ile motor programlama arasında ters yönlü güçlü bir ilişki olduğu, 'Sebat Etme' (SE) mizaç boyutu ile arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur (20). Bununla birlikte, sınırlı örneklem büyüklüğü nedeniyle çalışmaların genelleştirilebilirliği sınırlıdır.

Nörokognitif işlevler yaşam kalitesi için güçlü bir öngörücüdür ve yönetici işlevlerde bozulmanın düşük yaşam kalitesi skorları ile ilişkisi bulunmaktadır. BB'nin süreğen bir şekilde yaşam kalitesinde bozulmaya neden olduğu, yaşam kalitesinde orta derecede bozulma olan hastalarda yönetici işlevlerden inhibisyon, mental esneklik ve dikkatin, yaşam kalitesinde ileri derecede bozulma olan hastalarda ise inhibisyon, mental esneklik ve çalışma belleğinin bu bozulma ile ilişkili olduğu bilinmektedir (22). BB'de duygudurum dönemlerinin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisinden bağımsız olarak yeterli kognitif fonksiyonların yaşam kalitesinde iyileşme ile ilişkisi olduğu, bu nedenle BB tanılı hastalarda yaşam

kalitesini artırmak için kognitif rehabilitasyonun önemli bir yeri olduğu da anlaşılmıştır (21).

Yaptığımız literatür araştırmasında BB tanılı hastalarda kişilik özelliklerinin yönetici işlevler ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırıldığı bilimsel bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmamızın amacı yönetici işlevlerde bozulmayı öngördüğü gösterilmiş olan ÇÇT ve belirli mizaç ve karakter özelliklerinin, BB tanılı hastalardaki yönetici işlevlerle ilişkisini ortaya koymak, yönetici işlevlerdeki bozulmanın BB hastalarının yaşam kalitesi ile ilişkisini bulmak ve sonuçlarla psikoterapötik ve kognitif rehabilitasyon hedeflerinin belirlenmesi konusunda literatüre katkı sunabilmektir.

Araştırma hipotezi:

1. **Hipotez 1-** Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı travmasının yönetici işlevler üzerinde negatif yönde olacak şekilde etkisi vardır.
2. **Hipotez 2-** Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı travmasının yaşam kalitesi üzerinde negatif yönde olacak şekilde etkisi vardır.
3. **Hipotez 3-** Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda ‘iş birliği yapma’ karakter boyutunun yönetici işlevler ve yaşam kalitesi üzerinde pozitif yönde olacak şekilde etkisi vardır.
4. **Hipotez 4-** Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda yaşam kalitesi, yönetici işlevlerden en çok inhibisyon, mental esneklik ve dikkat ile ilişkili olarak etkilenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

Bipolar Bozukluk; bir uçta depresif bir uçta manik epizodların olduğu, epizodlar arasında tam iyilik halinin sağlandığı, kronik seyirli bir hastalıktır (1).

2.1.1. Tarihsel Gelişim

Depresyon ve maninin tarihçesinin antik Yunan ve Roma dönemlerine kadar uzandığı bilinmektedir (23). Romalı Aurelianus, melankolide saldırganlığın önemli bir rolünün ve intihar ile ilişkisi olduğunu vurgulamıştır. Homeros İlyada destanında, öfke ve gazap anlamına gelen "mani" sözcüğünü kullanmıştır (24). Mani ve melankoli kavramları ilk kez sistematik olarak Hipokrat (M.Ö. 460-357) tarafından tanımlanmıştır. Hipokrat "kara safra" olarak ilişkilendirdiği melankoliyi "iştahsızlık, ümitsizlik, uykusuzluk, çabuk sinirlenme ve huzursuzluk" hali olarak tanımlamıştır (25). Beden sıvıları ile insanın duygudurumu arasında bağlantı kurmuş, hafif kanlı mizaç, ağır kanlı mizaç, kara sevdalı mizaç ve irritabl mizaç olarak birbirinden farklı mizaç türleri tanımlamıştır (26). Philippe Pinel 17. yüzyılda bazı psikotik hastaların diğer hastalardan farklı olarak kendiliğinden iyileştiği ya da hastalığın birbirine zıt şekiller içinde dalgalanan bir kliniğe sahip olduğunu saptamıştır. Klinik tarihçiler BB kavramının 19. yüzyılda geliştiğini ileri sürmektedir. İlk kez W. Griesinger tarafından dönemsel hastalık kavramı gündeme getirilmiştir (23). Falret 1854 yılında, bazı psikotik hastaların diğerlerinden farklı bir şekilde kendiliğinden iyileşmeler gösterdiğini, hastalığın periyodik olarak tekrarladığını gözlemlemiş ve bu hastalıklara "folie circulaire-sirküler delilik" adını vermiştir. Aynı yıllarda Baillarger aynı durumu tanımlamak için "folie a double forme-çift biçimli delilik" terimini kullanmıştır (27). "Folie circulaire-sirküler delilik" kavramı dünyada geniş oranda kabul görmüş ve bilimsel dergilerde yer almaya başlamıştır. 1896 yılında Emil Kraepelin, fonksiyonel psikozları "dementia prekoks" ve "manik-depresif psikoz" olarak ikiye ayırmış ve hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını ve tüm klinik varyasyonları “Psikoz Manik Depresif” adı altında tanımlamıştır (23, 28). Bu açıdan değerlendirildiğinde, manik depresif hastalığı tanımlayan ilk kişi Kraepelin’dir. Kraepelin manik-depresif hastalık için üç önemli tanı ölçütü olarak;

depresyon ya da öfori şeklinde yoğun emosyonel tonus, daha önceki sağlıklı işlevselliğe geri dönebilme, hastanın yaşamı boyunca tekrarlayan birçok atağının olması gibi özellikleri belirtmiş, bu rahatsızlığı nozolojik olarak ve bir hastalık olarak ortaya koymuş ve rol oynayan biyolojik etkenler üzerinde durmuştur (23, 24, 27). 1930'larda Bleuler depresif ve manik semptomlar ile seyreden bu hastalığı "Affektif Bozukluklar" başlığı altında toplamıştır (23). Leonard K. 1959 yılında unipolar ve bipolar hastalık ayrımını yaparak unipolar hastalığı sadece depresif ataklar ile seyreden tablo, bipolar hastalığı ise manik ve depresif ataklar ile ya da sadece manik ataklar ile seyreden tablo olarak tanımlamıştır (30). 1970'de psikopatolojilerin sınıflandırılması ile ilgili önemli çalışmalar yapılmış BB ve major depresyon ayrı olarak ele alınmaya başlanmıştır (29).

2.1.2. Tanım ve Sınıflandırma

Bipolar Bozukluk belirli bir düzen olmaksızın tekrar eden depresif ve manik ataklarla seyreden ve ataklar arasında hastanın tamamen sağlıklı duygudurum haline dönebildiği süreğen bir hastalıktır (23). BB, zaman zaman yükselmiş (mani, hipomani) ve çökkün (depresyon) duygudurum değişiklikleri, dürtüsellik ve riskli davranışlar (madde kötüye kullanımı, aşırı para harcama, cinsel istek artışı) ile karakterizedir. Sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma, intihar riski, sık tekrarlama gibi nedenlerle hasta ve çevresindekilerin yaşamını olumsuz etkiler (31, 32). Majör Depresif Bozukluğun (MDB) ve BB'nin iki ayrı hastalık olduğu ilk defa 1980 yılında DSM'de resmi sınıflandırma kapsamına alınmıştır (34, 35). "Affektif Bozukluklar" tanımlaması kabul edilmiş ve affektif bozukluklar kapsamında BB ile depresyon arasında ayrım yapılmıştır. Dunner ve arkadaşlarının önerisiyle BB kendi içinde BB-1 ve BB-2 olarak iki alt tipe ayrılmıştır (36). Sadece şimdiki durumla sınırlı kalmaması ve sürekli bir emosyonel durumu tanımlaması nedeniyle DSM-III-R ile birlikte affektif bozukluklar tanımı yerine "duygudurum bozuklukları" tanımı gündeme gelmiştir (23, 37, 38, 39). 1994 yılında DSM-IV sınıflandırmasında BB; BB-1, BB-2, siklotimi ve başka türlü adlandırılamayan BB şeklinde dörde ayrılmıştır. DSM-IV antidepresan tedavinin yol açtığı manik nöbetleri "Maddenin Neden Olduğu Manik Epizod" tanımı altında ayrıca ele alarak, bunları BB-1 bozukluğunun içine dahil etmemiş, karma ve hipomanik epizodlar için de ayrı

ölçütler getirilmiştir. 2000 yılında yapılan DSM-IV-TR sınıflandırmasında da DSM-IV'teki sınıflandırma esas alınmıştır (23). BB-1 tanısı için manik atağın görülmesi gereklidir. Çoğu zaman daha önce bir ya da birden çok depresif atak görülmüştür fakat tanı için depresif atağın görülmesi gerekli değildir. Manik ya da depresif ataklar, genel tıbbi durum, ilaç tedavisi, ilaç kötüye kullanımı ya da depresyon tedavisi için kullanılan ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkmamıştır ve belirtiler şizofreni ya da sanrısal bozukluk gibi bir psikotik bozuklukla bağlantılı değildir (23). BB-2 bazen hipomanik ataklarla giden yineleyici major depresif epizod olarak da isimlendirilir. Manik ya da depresif ataklar bir yıl içinde dörtten fazla izleniyorsa, bu duruma hızlı döngülü BB adı verilmektedir. DSM-5'te BB'nin tanımlamalarına bakıldığında bazı farklılıklar gözlenmektedir (33). DSM-IV-TR'de "Duygudurum Bozuklukları" isimli bölümün başında ataklar tanımlandıktan sonra bölüm "Depresif Bozukluklar" ve "İki Uçlu Bozukluklar" şeklinde iki alt gruba ayrılmıştı. DSM-5'te ise DSM-IV-TR'deki "Duygudurum Bozuklukları" bölümü kaldırılmış onun yerine "İki Uçlu ve İlişkili Bozukluklar" ve "Depresif Bozukluklar" şeklinde iki ayrı bölüm konulmuştur. Bu değişiklikle BB'yle depresif bozukluklar birbirlerinden bölüm olarak ayrılmıştır. Son yıllarda özellikle genetik alanında yapılan çalışmalarda BB'nin sadece depresyonla değil şizofreni ile de ortak yönlerinin olduğunun gösterilmesi onların farklı grup bozukluk olarak kabul edilmelerinin bir sonucudur (40). DSM-IV-TR'de manik ve hipomanik atakların A grubu tanı ölçütlerinde yalnızca kabarmış bir duygudurumdan bahsedilmekteyken, DSM-5'te yalnızca kabarmış bir duygudurumun değil aynı zamanda etkinlik ve enerjide de bir artışın bulunması gerekmektedir. DSM-IV-TR'de "Manik", "Hipomanik", "Majör Depresif", ve "Mikst" biçiminde dört atak tanımlanmıştı. DSM-5'te ise "Mikst Atak" kaldırılmış, bunun yerine Manik ya da Hipomanik ataklar için "Mikst özelliği" getirilmiştir. Bu değişiklikler göz önüne alındığında DSM-5'te BB sınıflaması aşağıdaki gibi olmuştur (33);

Mani dönemi:

A. Olağandışı ve süreğen yükselmiş (eleve), coşkulu ya da irritabl bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve enerjide olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu belirgin bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı

gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması

B. Duygudurum bozukluğunun ve enerji ya da etkinlikte artmanın olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum sadece irritabl ise dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

- Benlik saygısında abartılı bir artış ya da grandiyozite
- Uyku gereksiniminde azalma
- Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşabilmek için zorlama
- Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarıştığı gibi öznel bir yaşantı
- Dikkatin çelinebilirliği (kişinin dikkati önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyaranla kolaylıkla dağılır) olduğunun bildirilmesi ya da gözlenmesi
- Amaca yönelik etkinlikte artma (sosyal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel olarak) ya da psikomotor ajitasyon (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik)
- Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere çok ve aşırı katılma (örn; aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel etkinlikte bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma)

C. Duygudurum düzensizliği, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olacak kadar ya da kişinin kendisine ya da başkalarına zarar vermemesi için hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağırdır ya da psikotik özellikler vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin (örn; kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn; ilaç tedavisi, elektrokonvülsif tedavi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir manik dönem, bipolar I bozukluk için yeterli bir kanıttır.

Not: A' dan D' ye kadar olan tanı ölçütleri bir manik dönemi oluşturur. Bipolar I bozukluğu tanısı konulabilmesi için yaşam boyu en az bir kez manik dönem geçirilmiş olması gerekir.

Hipomani Dönemi:

A. Olağandışı ve süreğen yükselmiş (eleve), coşkulu ya da irritabl bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve enerjide olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu belirgin bir dönemin, en az birbirini izleyen 4 gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması

B. Duygudurum bozukluğunun ve enerji ya da etkinlikte artmanın olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum sadece irritabl ise dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da grandiyozite
2. Uyku gereksiniminde azalma
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşabilmek için zorlama
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarıştığı gibi öznel bir yaşantı
5. Dikkatin çelinebilirliği (kişinin dikkati önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyaranla kolaylıkla dağılır) olduğunun bildirilmesi ya da gözlenmesi
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (sosyal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel olarak) ya da psikomotor ajitasyon (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik)
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere çok ve aşırı katılma (örn; aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel etkinlikte bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma)

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

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olacak kadar ya da hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağır değildir. Psikotik özellikler varsa, söz konusu dönem, tanım olarak manik dönemdir.

F. Bu dönem, bir maddenin (örn; kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn; ilaç tedavisi, elektrokonvülsif tedavi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomanik dönem, bir hipomanik dönem tanısı için yeterli bir kanıttır. Ancak bir ya da iki belirti (özellikle antidepresan kullanımından sonra ortaya çıkan irritabilite, gerginlik ya da ajitasyon belirtileri) bir hipomani dönemi tanısı için ne yeterli sayılmalı ne de bipolar bozukluğa yatkınlığın bir göstergesi olarak görülmelidir.

Not: A' dan F' ye kadar olan tanı ölçütleri bir hipomanik dönemi oluşturur. Bipolar I bozukluğunda hipomanik dönemler sık görülür, ancak bipolar I bozukluk tanısı konulabilmesi için hipomanik dönemlerin olması gerekli değildir.

Yeğin (Major) Depresyon Dönemi:

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi mevcuttur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi- istek kaybı ya da zevk almamadır.

1. Kişinin öznel olarak bildirdiği veya başkalarınca gözlenen, günün çoğunda, neredeyse her gün olan depresif duygudurumun bulunması
2. Neredeyse her gün, günün çoğunda tüm veya neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da etkinliklerden zevk alamama olması
3. Çok kilo verme veya kilo alma ya da neredeyse her gün, iştahta azalma ya da artma
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk ya da fazla uyuma
5. Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
6. Neredeyse her gün, yorgunluk ya da enerji azalması
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da suçluluk duyguları
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da konsantre olmakta güçlülük çekme ya da kararsızlık yaşama
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama

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

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

Bipolar I Bozukluğu:

A. En az bir mani dönemi için tanı ölçütleri karşılanmıştır (yukarıda " Mani Dönemi " başlığının altında yer alan A- D tanı ölçütleri).

B. Mani ve yeğin depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer ikiuçlu ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Bipolar II Bozukluğu:

A. En az bir hipomani dönemi için (yukarıda " Hipomani Dönemi " başlığının altında yer alan A- F tanı ölçütleri) ve en az bir yeğin (major) depresyon dönemi için (yukarıda " Yeğin Depresyon Dönemi " başlığının altında yer alan A- C tanı ölçütleri) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

B. Hiçbir zaman bir mani dönemi geçirilmemiştir.

C. Hipomani ve yeğin depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer ikiuçlu ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

D. Depresyon belirtileri ya da depresyon ve hipomani dönemleri arasında sık gidip gelmelerin neden olduğu öngörülemezlik durumu, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

Belirleyiciler;

- Bunaltıcı
- Karma özellikler gösteren
- Hızlı döngülü
- Melankoli özellikleri gösteren
- Değişiktür (atipik) özellikler gösteren
- Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren
- Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren
- Katatoni ile giden
- Doğum zamanı (peripartum) başlayan

- Mevsimsel örüntü gösteren

Bir duygudurum döneminin tanı ölçütleri o sırada tam olarak karşılanamıyorsa gidişi belirtiniz:

- Tam olmayan yatışma gösteren
- Tam yatışma gösteren
- Bir duygudurum döneminin tanı ölçütleri o sırada tam olarak karşılanıyorsa ağırlığını belirtiniz:
- Ağır olmayan
- Orta derecede
- Ağır

Bipolar Bozukluk, ICD-10'da (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) F–31 kodu ile yer almaktadır. (41).

2.1.3. Epidemiyoloji

Bipolar Bozukluk yaşam boyu prevelansı %0,7-1,6 (ortalama %1,2) arasında değişmektedir. Bipolar spektrum olarak ele alındığında, bu oran %5'i geçmektedir (51-53). Yaşam boyu prevalans oranları erişkin popülasyonda BB-1 için %0,4-1,6 (ortalama %0,8), BB-2 için %0,5 olarak saptanmıştır (54-57). BB'de sıklık oranı erkekler için 9-15/100.000, kadınlar için 7,4-30/100.000 oranında saptanmıştır (53, 55, 58). BB'nin yaşam boyu yaygınlığı farklı ırk ve kültürlerde değişkenlik göstermez; bu da hastalığın çevresel faktörlerden bağımsız olduğunu göstermektedir (61, 62). BB'de ilk belirtilerin ortaya çıkması en sık 15-19 yaşları arasında ve ikinci olarak da 20-24 yaşları arasında olur (57, 63, 64). Hastaların %20-30'unda ilk dönem 21 yaşından önce ortaya çıkarken, %10'unda 50 yaşından sonra başladığı bildirilmektedir (63, 65). Erkek ve kadın arasında başlama yaşı açısından fark saptanmamıştır (55, 57, 66, 67). Yapılan araştırmalarda maninin ilk başlangıç yaşı erkeklerde ortalama 24,4 yıl, kadınlarda 24,8 yıl bulunmuştur (32, 68). İlk yakınmalarla psikiyatriste başvurdukları dönemde bu hastaların %69'una tanı konamamakta, ilk belirtilerin ortaya çıkması ile BB tanısı konulması arasında genellikle 5-10 yıllık bir süre bulunmaktadır (32, 69, 70). Son zamanlarda yapılan birçok araştırmada, BB-1 başlangıç yaşına göre üç alt grupta kümelenmiştir (63, 71-

75). Çalışmaların çoğunda erken başlangıçlı grup yaş ortalaması 17, orta yaş başlangıçlı grup yaş ortalaması 26, geç başlangıçlı grup yaş ortalaması 35-46 arası olarak saptanmıştır (63). Erken başlangıçlı hastalarda genetik faktörlerin daha büyük rol oynadığı gösterilmiştir. Psikotik özellikli ve karma dönemler, eş tanılı durumlar, yaşam boyu panik bozukluk sıklığı, alkol madde kullanımı ve intihar davranışı daha fazla görülür (76, 77). Erken başlangıç daha ağır hastalık ve daha kötü prognoz gösterir ve bu durum bozukluğun kronik yapısı, duygudurum dengeleyici tedavilere direnç, yüksek ek tanı ile ilişkilidir (78, 79). Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda daha sıktır (65). Kadınlarda, karma durumlar ve hızlı döngü daha sık görülmektedir (23, 58, 66, 67, 81). BB-1 kadınlarla erkeklerde eşit oranlarda görülmesine rağmen, BB-2 kadınlarda daha sık görülür ve toplumun %0,5'ini etkilemektedir (57, 59). Doğum sonrası dönemde BB depresif dönemin sıklığı göreceli olarak yüksektir ve postpartum depresyon hastalarının çoğu BB'ye sahiptir (57). BB olan hastaların %28'inde epizodlar mevsimsel özellikler gösterir. BB'nin genetik yönünün olduğu kabul edilir. Aile öyküsü olanlarda BB görülme oranı toplumdakinden daha yüksektir ve bu kişilerde hastalık daha erken başlangıçlı ve prognozu daha kötüdür. Normal popülasyonda ortalama %0,8 oranında görülürken BB hastalarının çocuklarında bu oran %13'e çıkmakta, diğer duygudurum bozuklukları görülme oranlarında da artış olduğu bilinmektedir (82, 83). Sosyoekonomik düzeyi düşük gruplarda daha sık görülen unipolar depresyonun aksine, BB sosyal sınıfla ilişkili gözükmemektedir. BB'de travma öyküsü ile ilgili yapılan çalışmalar travmanın BB ataklarını tetikleyebileceğini göstermektedir (87, 88). Ayrı yaşayan ya da boşanmış çiftlerde, BB-1 sıklığı ve hızlı döngülülük riski evli olanlara kıyasla daha fazla olduğu saptanmıştır (23, 84, 85). BB hastalarında genel topluma oranla boşanma oranının üç kat fazla olduğu bildirilmektedir. Kessler ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, BB'de evlenmemiş olma oranının topluma göre daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (58).

2.1.4. Semptomatoloji ve Klinik Seyir

Bipolar Bozukluk, ortalama 15-25 yaş arasında başlayan, önemli ölçüde ailesel geçiş gösteren, ataklarla seyreden bir hastalıktır. BB-1 ve BB-2'nin başlangıç yaşları birbirine yakındır ancak BB-2'nin biraz daha geç başladığı bildirilmektedir

(57). BB genellikle her iki cinste de (kadınların %75'i erkeklerin %67'sinde) depresyonla başlar. Sıklıkla ilk manik dönem öncesi hastalar birkaç depresif dönem geçirirler (35, 89). Hastaların %40-50'si ilk manik dönemden sonraki 2 yıl içinde ikinci manik dönemi yaşar. Major depresyon tanısı ile takip edilen hastaların %5-10 kadarı 6-10 yıl sonra manik bir dönem yaşarlar. Bu nedenle depresyon tanısı ile takip edilen hastalar bipolarite yönünden dikkatlice değerlendirilmelidir. BB-1 bir ya da birden çok manik dönemin ortaya çıkması ile belirli bir klinik seyir gösterir. BB-2'de ise en az bir majör depresif dönem ve en az bir hipomanik dönem olmalı fakat manik dönem bulunmamalıdır (43). Birçok hasta hem manik hem de depresif dönemler yaşarken, %10-20'si sadece manik dönemler yaşar (57). Klasik olarak manik dönemler ortalama iki ay olmak üzere en kısa, karma dönemler ise beş aydan bir yıla kadar uzayan süreleri ise en uzun süren dönemlerdir (90). Depresif dönemlerin uzunluğunun iki ile beş ay arasında olduğu söylenebilir (91). Hastalığın seyrinde görülen dönem sayısı, hastalığın süresine ve koruyucu sağaltıma verilen yanıta bağlıdır. Hastalığın seyrinde döngü uzunluğunu ve sıklığını değerlendirmek daha güvenilir bir yöntemdir. Döngü, bir dönemin sonundan bir diğer dönemin başlangıcına kadar geçen süre olarak tanımlanır. Döngü uzunlukları 68 haftadan birkaç yıla uzanan bir yelpazede büyük farklılıklar göstermektedir. Bazı yazarlar hastalığın seyri sırasında döngülerin giderek kısaldığını bildirmektedir. BB hastalarının %28'inde epizodlar mevsimsel özellikler gösterir (92). Manik dönem en az bir hafta veya hasta yatırılmak zorunda kalırsa daha kısa süren, olağan dışı ve uzun süreli yükselmiş ekspansif ve irritabl bir duygudurum dönemidir. Bu dönemde duygudurum, bilişsel, motor ve somatik alanlarda belirtiler gözlenir. Manik dönem klinik özellikleri içinde; psikomotor aktivitede hızlanma nedeniyle hızlı ve yüksek hacimli konuşma, araya girmenin zorlaştığı basınçlı konuşma, fikir uçuşması, fikir akışında hızlanma, hareketlerde hızlanma, cinsel istekte artış, uykusuzluk, benlik duygusu ve kendine güvende abartılı artış sayılabilir. Kendine güvende artış bazen psikotik düzeyde olabilir. Öfori, engellenme eşiğinde düşme, yeni ilgi alanları, riskli davranışlar belirgindir. Taşkınlık, öfke, saldırganlık hastaların %75'inde görülür. Hastanın duygudurumu, bozukluğun ilk dönemlerinde öforik iken ilerleyen dönemlerde irritabl olur. Dikkati yoğunlaştırma ve sürdürme bozulmuştur. Hastalar sıklıkla dini, politik, ekonomik konular, cinsellik ve başkalarından zarar görme ile

ilgili aşırı düşünce uğraşlarına sahiptir ve bu düşünceler sanrısal boyut da alabilir. Hastaların %75'inde duygudurumla uyumlu ya da uygunsuz sanrılar vardır. Ergenlik döneminde gözlenen mani, şizofreni ya da antisosyal kişilik bozukluğu olarak yanlış tanı alabilimekte, bu dönemde artan dürtüsellik ve risk alma davranışı nedeniyle alkol ve madde kötüye kullanımı, suça karışma gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (65, 93). Depresif dönem en az iki hafta sürer ve kilo değişiklikleri, uyku ve aktivite değişiklikleri, enerji azlığı, suçluluk duyguları, düşünme ve karar alma güçlükleri, yineleyen ölüm ve intihar düşüncelerini içeren tanı kriterlerinden en az dört belirtiye sahip olmalıdır. Bipolar depresyonla, unipolar depresyon arasında çeşitli klinik farklılıklar bulunmaktadır. Psikomotor retardasyon, melankolik belirtiler (değersizlik düşünceleri, değişmeyen duygudurum ve anhedoni gibi), atipik belirtiler (hipersomni ve kurşun paralizisi gibi) ve psikotik özellikler bipolar depresyonda daha sık görülmekte iken anksiyete, başlangıç uykusuzluğu ve başkalarını suçlama unipolar depresyona oranla daha az görülmektedir. Erken başlangıç yaşı, daha sık depresif dönemler, atağın akut başlaması ve hızlı sonlanım bipolar depresyonda daha sık görülür (94). Bir depresyon dönemi ne kadar erken başlamış ve psikotik özellikli olsun ya da olmasın ağır ise bu dönemin ilerde manik ya da hipomanik dönem yaşamanın habercisi olma olasılığı o kadar yüksektir. BB tanılı hastaların yaklaşık olarak yarısında, hastalık depresif dönemle başlar. Depresif dönemlerde intihar riskinde artış olduğu belirtilmiştir (94). Hızlı döngülülük, BB tanılı hastaların %5-15'ini kapsamakta ve %70-90'ı kadınlarda ortaya çıkmaktadır (42). Hızlı döngülü BB kadınlarda, ultra hızlı döngülü BB erkeklerde daha sık görülmektedir (57). Ultra hızlı döngü kavramı bir ay içerisinde dört ya da daha fazla dönem yaşanmasını, ultradian hızlı döngü ise bir hafta içerisinde dört ya da daha fazla dönem yaşanmasını veya gün içinde kaymaların olmasını tanımlar. Ultra hızlı döngülü grupta hipomanik, manik ve depresif dönemler birkaç günde bir hızla değişmektedir. Çoğunda dönemler belirli bir düzen içerisinde oluşur. Hızlı döngülü dönemler kendi içlerinde, %42'si hızlı döngülü, %26,8'sı ultra hızlı döngülü, %19,7'si ultradian döngülü olarak seyretmektedir (23). Hastaların yaklaşık %40'ı ondan fazla dönem geçirir. BB tanılı hastaların yaklaşık %40-50'si ilk dönemden sonra iki yıl içinde ikinci manik dönem geçirirken yaklaşık %70-80'i de ilk 5 yıl içinde en az bir yeni dönem geçirirler. Yaşam boyu hastalık sürelerinin %20'ye yakını hastanede geçirirler ve hastaneye

yatırılan hastaların yarısı beş yıl içinde yeniden hastaneye yatırılır (95). BB-1 hastalarının %7'si tam iyileşir, %45'i birden fazla dönem geçirir ve %40'ı süreğenleşir (57). BB'de yaşam boyu intihar oranı normal popülasyona göre 20-30 kat fazladır ve hastaların %25-50'si yaşamlarının bir döneminde intihar girişiminde bulunmuştur (32). Bipolar depresyondaki hastalarda intihar davranışı ise bipolar manik döneme göre 35 kat daha fazladır (23, 96). BB tanılı hastalar mesleki anlamda önemli oranda işlevsellik kaybına uğramaktadırlar. Özellikle eşik altı depresif belirtilerin varlığında işlevsellikte bozulmanın daha fazla olduğu belirtilmiştir (97). Manik hastaların uzun dönem takiplerinde hastaların %35'inin işlevselliğinde önemli bir azalma olmakta, %45'i hastalıkları sebebiyle eşlerinden ayrılmaktadır. BB olan hastalarda genel topluma oranla boşanma oranının üç kat, işsizlik oranının iki kat fazla olduğu bildirilmektedir. Tedavi harcamaları, sık hastane yatışları ve iş gücü kaybı gibi nedenler ekonomik kayıpların oluşmasına yol açmaktadır (99). Hastalığın geç yaşta başlaması, erkek cinsiyet, kötü mesleki işlevsellik ve hastalık öncesi düşük işlevsellik, düşük sosyoekonomik düzey, hızlı döngülülük, geçirilmiş dönem sayısının fazla olması, hastaneye yatış sayısının fazla olması, manik dönemde var olan depresyon belirtileri, kalıntı belirtiler, duygudurumla uyumsuz psikotik belirtiler, madde kötüye kullanımı ek tanısı ve şizoaffektif belirtilerin varlığının kötü prognostik faktörler olduğu belirtilmiştir (49, 100). Hastalığın yineleme sayısı ve şiddeti gidişi belirleyen en önemli etmenlerdendir. İlk hastalık döneminin erken ve başarılı sağaltımı gidişin olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir (101).

2.1.5. Etiyoloji

Bipolar Bozukluk etiyolojisini tek bir nedenle açıklamak mümkün görünmemektedir. Biyolojik ve psikososyal birçok faktörün etiyolojide yeri vardır (40).

2.1.5.1. Düzenleyici nörotransmitterler

Yapılan çalışmalarda duygudurum bozukluğu olan hastalarda biyolojik anormallikler olduğu bildirilmiştir. Norepineferin (NE), seratonin (5HT), dopamin ve histamin duygudurum bozukluklarının etiyolojisine yönelik yapılan araştırmaların temelini oluşturmaktadır. Manik dönemlerde Beyin Omurilik Sıvısında (BOS)

norepinefrin metaboliti olan MHPG (3-metoksi-4-hidroksi fenilglikol), dopamin metaboliti olan Homovalinik Asit (HVA), serotonin metaboliti 5-Hidroksi Indol Asetik Asit (5HIAA) ve sodyum düzeyleri yüksek bulunmuştur. Depresif epizodda ise bu metabolitler tersine azalmaktadır. NE ve 5HT duygudurum bozukluklarının patofizyolojisiyle en çok ilişkili bulunan nörotransmitterlerdir. Biyolojik aminler üzerine yapılan çalışmalarda nörotransmitter etkinliği, reseptörlerin yoğunluğu ve duyarlılığı üzerinde durulmaktadır. ß-adrenerjik reseptörlerdeki duyarlılık azalması ve down-regülasyonla klinik antidepresan yanıtları arasındaki bağıntı depresyonda noradrenerjik sistemin doğrudan rol oynadığını göstermektedir. Depresyonda presinaptik ß2 reseptörlerin aktivasyonu ile salınan norepinefrin miktarında azalma gösterilmiştir (60). Mani oluşumunda temel olarak noradrenerjik aktivasyondan ve noradrenerjik-kolinerjik sistemler arasındaki denge bozukluğundan, kolinerjik yetersizlikten söz edilmektedir (103). Sağaltım ve korumada lityum nörotransmitter salınımını azaltır ve geri alımını artırır. Sağlıklı kontrollere kıyasla manik hastaların BOS ve plazmada MHPG ve idrarda NE, VMA düzeylerinin daha yüksek bulunduğu ve lityum sağaltımıyla bu düzeylerinin anlamlı ölçüde azaldığı belirlenmiştir (104). Serotoninin azalması, depresyonu tetikleyebileceği ve özkıyıma ilişkin impulsları olan bazı hastalarda düşük BOS serotonin metabolitleri ve düşük trombosit serotonin geri alım bölgeleri konsantrasyonu saptandığı bildirilmiştir (57). L-triptofan, serotoninin öncüsüdür ve yüksek dozlarda verildiğinde mani benzeri tabloya neden olmaktadır (65, 103). Depresyon ve manide serotonin düzeyinde azalma olduğu gösterilmiştir (28). Depresyonda dopamin aktivitesinin azaldığını, manide ise arttığını gösteren araştırmalar mevcuttur. Dopamin ve depresyon hakkında iki kurama göre depresyonda mezolimbik dopamin yolağının disfonksiyonel olabileceği ve dopamin D1 reseptörünün depresyonda hipoaktif olabileceği bildirilmiştir (65). Dopaminerjik-noradrenerjik aktivasyonda artış ve noradrenerjik-kolinerjik sistemler arasındaki denge bozukluğu (kolinerjik yetersizlikten) manide görülen biyokimyasal süreçlerdir. Asetilkolinin sinaptik salınımının artması depresyon, azalması ise mani ile ilgili ilişkilidir (23). BB hastalarının postmortem çalışmalarında; hastaların oksipital, prefrontal ve temporal kortekslerinde G protein etkinliği ve konsantrasyonunda artış, prefrontal kortekste protein kinaz C etkinliğinde değişiklikler, oksipital kortekste fosfotidilinozitol hidrolizinde azalma saptanmıştır.

G proteini işlevlerindeki değişikliklerin patofizyolojik açıdan önemli olduğu, tedavi edilmeyen manik olgularda G proteini işlevlerinde artma bulunduğu saptanmıştır. Lityumun G proteini işlevlerini azalttığı gösterilmiştir (105).

2.1.5.2. İyon sistemleri

Duygudurum bozukluklarında elektrolit ve sıvı dengesizliği olduğu varsayımı ile bağlantılı olarak BB'de özellikle eritrositlerde Na-K-ATPaz etkinliğinde azalma olduğu saptanmıştır (106). Manik dönem sırasında hücre içi sodyum düzeyinin arttığı ve iyileşme döneminde ise normale döndüğü bildirilmektedir. Aynı zamanda antikonvülzan ilaçlar hızlı sodyum kanalları üzerinde inhibisyon yaparak etki göstermektedirler (23). Kalsiyum düzeyi ile ilgili olarak ise; fosfoinositol kalsiyum bağlantısındaki düzensizliğin BB'nin patofizyolojisinde rol oynayabileceği ve BB hastalarının trombositlerinde uyaranla birlikte serbest kalsiyum düzeyinin arttığı bildirilmektedir (25). Kalsiyum kanal blokörlerinin antimanik etkinliğinin olması da, kalsiyumun etiyolojideki rolünü desteklemektedir (23).

2.1.5.3. Nöroendokrin düzenleme

Duygudurum bozuklukları ile ilgili majör nöroendokrin akslar adrenal, tiroid ve büyüme hormonu akslarıdır (107). Büyüme hormonu yanıtının azalması, lüteinize hormon salgısında azalma, vazopressin ve kalsitonin salgısında bozukluklar depresyonda izlenmektedir. BB olgularında TSH'ye TRH cevabı artmaktadır. Depresyonda TRH'ye TSH yanıtı azalır ve serum T4 düzeyi yükselir. BB'de klinik belirti vermeyen hipotalamo-pitüiter-tiroid eksen bozukluklarının daha sık olup, hızlı döngülü olgularda subklinik hipotiroidinin daha çok görüldüğü saptanmıştır (23, 65). Nöroendokrin dizgenin bozukluklarında en iyi belirlenmiş olan, hipofizden Adreno Kortikotropik Hormon (ACTH) salgılanmasının artmasıyla birlikte ACTH'ye karşı sürrenal duyarlılığın da artması ve buna bağlı olarak plazma kortizol düzeylerinde yükselme görülmesidir (28). Bunun yanı sıra nokturnal melatonin salgılanmasının azaldığı, serotonin antagonistlerine prolaktin yanıtının azalması, folikül stimulan hormon ve erkeklerde testosteron düzeylerinde düşüş olduğu gösterilmiştir (60). Beyin omurilik sıvısında somatostatin düzeylerinin depresyonda düşerken manide arttığı rapor edilmiştir (60).

2.1.5.4. Nöroimmunolojik düzenleme

Interlökin-1, Interlökin-6, Tümör Nekrozis Faktör (TNF), interferon alfa, beta, gama gibi immun sistem tarafından üretilen bazı sitokinler bağışıklık sistemindeki rollerinin yanı sıra nörotransmitter benzeri roller üstlenir. Yüksek Interlökin-1 serum düzeyi ile oluşan "hastalık davranışı sendromu" belirtileri, depresyonun bazı vejetatif belirtilerine benzemektedir. BB'de depresif ve manik dönemlerde hücresel immünitede artış gözlenmektedir (23). Bulgular duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde immünmodülatörlerin önemli rol oynadığını göstermektedir (108). Antidepresan ilaç tedavisi sonrası sitokin düzeylerinin normal düzeylere döndüğü gözlenmektedir (109).

2.1.5.5. Nörogörüntüleme

Bipolar Bozukluğun nöropatolojisi ile ilgili olarak yapılan görüntüleme çalışmalarında amigdala, prefrontal korteks, talamik, hipokampal, pallidal ve striatal bölgelerde anormallikler saptanmıştır. BB tanılı hastalarda yapılan görüntüleme çalışmalarında; ventriküler genişleme, amigdala hacminde artış, singulat korteksin hacminde ve glial hücrelerinde azalma, bazal gangliada hiperintens lezyon artışı, hipokampal alandaki hücre gruplarında atrofi ve yoğunluk azalması izlenmektedir (110). BB tanılı hastalarda yapılan fonksiyonel manyetik rezonans inceleme (MRI) ve MR spektroskopi çalışmalarında, erken başlangıçlı BB'de striatal ve talamik bölgelerde anormallikler saptandığı sık olarak bildirilmiştir (111, 112).

2.1.5.6. Genetik

Çeşitli aile, evlat edinme ve ikiz çalışmaları duygudurum bozukluklarının kalıtsal özelliğini göstermiştir. Ebeveynden birinin BB-1 tanısı varsa çocuklarında bir duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %25'tir. Her iki ebeveynde BB-1 tanısı varsa çocuklarında bir duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %50-75 arasındadır (113). BB-1 oranı birinci derece akrabalarda kontrollere oranla 8-10 kat artmıştır (113). BB ve MDB birlikte ele alındığında, monozigot ikizlerdeki konkordansın (%79,5), dizigot ikizlerden (%23) 3,5 kat fazla olduğu saptanmıştır. Monozigotlarda konkordansın tam olmaması, penetransı tam olmayan gen ve çevresel nedenlerin rolünü düşündürmektedir (60, 105). BB olan hastaların birinci derece akrabalarında

duygudurum bozukluğu, psikiyatrik hastalığı olmayan kontrol gruplarının yakınlarına göre belirgin şekilde daha fazladır. Genetik geçişin biçimi henüz aydınlatılamamış olup, BB'nin klasik mendel genetik yasalarıyla kalıtımsal geçiş göstermediği, birden fazla geni ilgilendiren (polimorfik-poligenik) ve birçok işlevsel etkenin rol oynadığı (multifaktöryel) bir kalıtım ile genetik geçiş gösterdiği düşünülmektedir (23, 67, 114-116). Genetik çalışmalar, erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı BB arasında, apolipoprotein E4 alleli ve tirozin hidroksilaz gen polimorfizmi ve antisipasyon fenomeni açısından anlamlı farklar bulunduğunu bildirmektedir (23, 117-119). Genetik bağlantı çalışmalarında Baron ve arkadaşları, X'e bağlı BB'ın erken başlangıçla karakterize olduğunu ve artmış aile yükü ve yüksek depresif relaps oranı gibi özelliklerinin bulunduğunu bildirmiştir (120). Güncel çalışmalarda voltaj bağımlı kalsiyum kanallarının etkinliğiyle ilişkili olan CACNA1C, CACNA1D, CACNAB2 genlerinin hastalıkla ilişkili olabileceği gösterilmiştir (121).

2.1.5.7. Psikososyal faktörler

Yapılan gözlemler neticesinde ilk ataklarda stresör bir faktör bulunması diğer ataklara göre daha fazladır. Bu durumu ateşlenme modeli; ilk atak dönemindeki stresin çeşitli nörotransmiter ve intranöronal sinyalleşme sistemlerinin işlevsel durumunu değiştirebileceğini, nöronlarda kayıp ve sinaptik bağlantılarda ileri derecede bir azalma yapabileceğini, kişinin daha sonra bir stresör olmadan da yeni duygudurum dönemleri geçirme riskini artıracağı şeklinde açıklar (60). Geçirilen ataklar kişiyi hastalık açısından daha duyarlı bir hale getirmekte, bu da hastalığın ilerlemesiyle epizodlardaki sıklığın artmasını da açıklamaktadır. Hastalık başlangıcıyla ve daha şiddetli hastalık seyriyle ilişkili olduğu düşünülen çocuklukta kötü muamele görmek gibi stresli yaşam olaylarını inceleyen çalışmalar tutarlı sonuçlar vermemektedir (246).

2.1.5.8. Psikodinamik faktörler

Sigmund Freud tarafından tanımlanıp Abraham tarafından geliştirilen klasik depresyon görüşününe göre, oral dönemde anne-çocuk ilişkisindeki bozukluklar depresyona yatkınlık oluşturur. Depresyon gerçek veya imgesel obje kaybıyla

ilişkilendirilebilir. Kayıp nesnelerin içe atımı nesne kaybının oluşturduğu sıkıntıyla baş etmede kullanılan bir savunma mekanizmasıdır ve kaybedilen nesne nefret ve sevginin bir karışımı olarak algılandığından öfke içe yönlendirilir. Diğer kuramcılardan bazılarının görüşlerine bakacak olursak; Melanie Klein sevilen kişilere karşı saldırganlık ifadesi olarak, Edward Bibring yüksek idealler ve bunlara ulaşamama arasındaki çelişkinin farkındalığı sonucunda, Silvano Arieti insanların hayatlarını vakfettikleri kişi veya idealin beklentilerini karşılayacak şekilde yanıt vermeyeceğini fark etmeleri sonucu, John Bowlby çocuklukta hasar görmüş erken bağlanmalar ve travmatik ayrılıklar zemininde yetişkinlikteki kayıpların çocukluktaki travmatik kayıpları canlandırmasıyla depresyonun oluştuğunu bildirmişlerdir (60). Maniyi açıklamaya çalışan birçok teori, maniyi depresyona karşı bir savunma olarak tarifler. Örneğin; Melanie Klein maniyi başkalarını idealize etme, agresyon ve yıkıcılığını yadsıma, kayıp sevgi objesini restore etmek amaçlı bir savunma düzeneği olarak tanımlar (66). Karl Abraham manik epizodu, kişinin gelişimsel dönemdeki travmatik olayı tolere edemediğinin göstergesi olarak yorumlar (60).

2.1.5.9. Bilişsel kuram

Bilişsel teoriye göre depresyon, depresyona yatkın kişilerde var olan bilişsel çarpıtmalardan (keyfi çıkarsama, özgül soyutlama, aşırı genelleme, büyütme ve küçültme, kişiselleştirme, dikotom düşünce) kaynaklanır. Aaron Beck depresyonda; kişinin kendisi, dünya, gelecekle ilgili olumsuz algı ve beklentilerden oluşan bilişsel üçlüyü tanımlamıştır (60).

2.1.5.10. Davranışçı kuram

Öğrenilmiş çaresizlik teorisi depresif olguları kontrol edilemeyen olaylarla ilişkilendirir. Dış olumsuz olaylar nedeniyle içsel nedensel açıklamaların, benlik değerinin düşmesine yol açtığı savunulmaktadır. Depresyondaki düzelmenin hastanın kontrol algısı ve çevreye yönelik tasarrufunun artmasıyla bağlantılı olması bu teoriyi destekler niteliktedir (246).

2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Anlamlandırma, bağlantı kurma ve denetleme yetilerimizi bozan, olağan savunma mekanizmaları ve baş etme yolları ile üstesinden gelinemeyecek kadar ağır olan, sarsıcı ve yıpratıcı yaşantılar ruhsal travma olarak adlandırılır (46). Travmaya maruz kalmak her yaşta psikiyatrik problemlere neden olabilirken bu risk travma ile baş edebilecek gücün olmadığı çocukluk çağında daha yüksektir. ÇÇT'ler, istismar ve ihmal olmak üzere iki başlık altında incelenir. İstismar; çocuğa karşı kasıtlı yapılan, fiziksel, cinsel, ruhsal veya sosyal açıdan çocuğa zarar veren aktif bir eylemken, ihmal; çocuğun bakımından sorumlu kişi veya kişiler tarafından çocuğun bakım ve korunmasının yeterince sağlanamaması sonucu fiziksel ve ruhsal sağlık bakımından zarara uğradığı pasif bir durumdur (123).

2.2.1. Çocukluk Çağı İstismarları

İstismar, bir kişinin diğerini kasten, o kişinin aleyhine ve zararına olacak şekilde kullanmasıdır. Bir eylemin istismar olarak tanımlanabilmesi için bazı ortak özellikler vardır. Bunlar; kasıtlı olması, yineleme ihtimalinin yüksek olması, çocuğun fiziksel ve zihinsel sağlığını bozmasının yanı sıra çocuğun psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkilemesidir (124). Çocuk istismarı, fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar olarak üç ayrı kategoride incelenir (246).

2.2.1.1. Fiziksel istismar

Fiziksel istismar, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; kasten yapılan fiziksel güç kullanımı sonucunda çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru açısından zarar görmesi anlamına gelir (123). Kişinin kendisinden en az beş yaş büyük bir kişi ya da kendisinden iki yaş büyük aile bireyi tarafından, 18 yaşından önce, vücudunda 48 saatten uzun süre kalan fiziksel bir iz bırakacak şekilde şiddet görmesidir (125, 126). Şiddet davranışları; çocuğu hırpalama, tokat atma, yumruk atma, tekmeleme, sarsma, boğma, yakma, dövme, itip kakma, yaralama hatta bağlama ve kapalı bir yere kilitleme şeklinde olabilmektedir (127, 128). Fiziksel istismar sıklığı, yapılan farklı çalışmalarda %0,45-64 gibi çok geniş bir aralıkta gösterilmiştir (129). Çocuklara bebeklik döneminde daha çok anneleri tarafından şiddet uygulanırken ergenlik döneminde daha çok babaları tarafından fiziksel istismar uygulanmaktadır (132).

Fiziksel istismar çocukta, yüksek anksiyeteye, düşük dürtü kontrolüne, kendine zarar verici davranışlar sergilemesine, saldırganlığa, suçluluk duygusuna, gelişim geriliklerine, içe çekilmeye ve depresyona neden olabilir (133, 134).

2.2.1.2. Cinsel istismar

Cinsel istismar; henüz psikososyal gelişimini tamamlamamış çocuğun, kendisinden en az altı yaş büyük biri tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla tehdit etme, güç kullanma veya kandırma yoluyla kullanılmasıdır (126, 135). Eylemin cinsel istismar olarak nitelendirilmesi için penetrasyon şartı aranmaz. Doğrudan veya giysilerini üzerinden bedene veya cinsel organa dokunmak, dokundurmak, cinsel içerikli konuşma ve önerilerde bulunma, teşhircilik, röntgencilik, başkalarının cinsel aktivitesini seyretmeye maruz bırakmak cinsel istismar kapsamında değerlendirilmektedir (136). 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 (137). Cinsel istismar vakalarının ancak %15'inin bildirildiği tahmin edilmektedir (138). Bildirimin az olmasının nedenleri; mağdurun istismarın olası tehditlerinden korkması, istismarcıyı koruma isteği, olay nedeniyle utanç duyması, kendisine inanılmayacağı düşüncesi şeklinde sıralanabilir (138). Ergenlik, çocukluk çağı cinsel istismarın en sık görüldüğü dönemdir. Ergenlik döneminde kadınların cinsel istismara uğrama oranı erkeklere kıyasla üç kat daha fazladır (136). Ülkemizdeki verilere bakacak olursak; psikiyatri polikliniğine başvuran 125 kadın hastayla yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı cinsel istismar oranı %18,5 olarak bulunmuştur (139). Cinsel istismara bağlı anksiyete, dissosiyasyon, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozuklukları, öfke, madde kötüye kullanımı, düşük özsaygı, intihar eğilimi, obsesyonlar ve somatizasyon bozuklukları gibi birçok ruhsal sorun ortaya çıkabilir (140).

2.2.1.3. Duygusal istismar

Duygusal istismar, çocuğun ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyecek düzeyde alay edilme, aşağılanma, küçük düşürücü yorumlarda bulunma veya ağır sözel tehdit alma şeklinde tanımlanmıştır (133). Diğer istismar türlerinden daha fazla

olduğu görülmüştür (138). Duygusal istismar ruhsal gelişimde duraklamalara, kimlikte zedelenmeye ve davranışsal sorunlara neden olabilmekte, bu durum çocuklarda pasif kişilik özelliklerine, antisosyal davranışlara, değersizlik duygularına, uyum sorunlarına neden olabilmektedir (141). Çoğu fiziksel istismar olgusuna eşlik eden duygusal istismar, fiziksel belirtiler iyileştikten sonra da etkisini sürdürür ve çocuğun bağlanma sürecini ve duygusal gelişimini olumsuz etkiler (142).

2.2.2. Çocukluk Çağı İhmalleri

İhmal, ailenin çocuğun gelişimi sürecinde ihtiyaç duyduğu maddi, manevi bakımı sağlamaması ve çocuğu tehlikelere karşı korumamasıdır. Fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir (246).

2.2.2.1. Duygusal ihmal

Duygusal ihmal, çocuğun psikolojik ihtiyaçlarını ve duygusal gereksinimlerini karşılamama, sosyal kuralları öğretmeme ve çocuğun sosyal gelişimini sağlayacak destekleyici ilgiyi göstermeme ile tanımlanır (143). Psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada çocukluk çağında duygusal ihmal yaşamış olma oranı %81,6 olarak bulunmuştur (144).

2.2.2.2. Fiziksel ihmal

Fiziksel ihmal çocuğa gerekli sağlık hizmetini, ihtiyaç duyduğu besin veya giyeceği, tehlikelerden korumak maksadıyla gözetim ve kontrolü sağlamamayı kapsar. Çocuğun yalnız bırakılması, dışlanması, evden kovulması, uygun barınma ortamının sağlanmaması, yıkanmaması, temiz elbise giydirilmemesi, aşılarının yaptırılmaması, hastalık ve yaralanmalarının tedavi ettirilmemesi fiziksel ihmal kapasamında değerlendirilir (143).

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları ile Psikopatoloji İlişkisi

Erişkin yaşta psikiyatrik hastalık görülme oranının, çocukluk çağı ihmal veya istismarı ile arttığı bilinmektedir (48). Travmaya ikincil oluşan psikiyatrik hastalıkların tedaviye daha dirençli oldukları, travmanın prognozunu olumsuz yönde etkilediği ve intihar riskini artırdığı gösterilmiştir (49, 145). ÇÇT'lerin BB'nin

şiddeti ve duyarlılığını artırdığı gösterilmiştir (146, 148, 149). Çocukluk çağı kötü muamelesinin hipotalomo-pitüiter sistem disregülasyonu ve prefrontal-talamik-limbik yollarda olumsuz değişikliklere yol açtığı ortaya konmuştur (150). Çocukluk çağı cinsel istismarının olumsuz bilişsel şemaların geliştirilmesi yoluyla BB'ye yol açabileceği gösterilmiştir. (151, 152). BB olan hastaların çocukluk çağı travması yaşamış olma oranının farklı çalışmalarda %45-68 arasında değiştiği görülmektedir (153-155). BB-1 ve BB-2 hastaları arasında çocukluk çağı kötü muamelesini alt tipi ile ilişkili farklılıklar göz önüne alındığında, BB-1 hastalarının BB-2 hastalarına göre çocukluk dönemi cinsel istismarını bildirme ve çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kalma olasılığı daha yüksektir (156). Maniglio ve arkadaşları tarafından yapılan bir sistematik derlemede, 10 ülkeden 3407 katılımcının olduğu BB hastalarında çocuklukta kötü muamelenin ve BB tanılı hastalarda cinsel istismar öyküsünün daha yüksek görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (157). BB hastalarında ÇÇT varlığı erken başlangıç yaşı, psikotik belirti varlığı, tedaviye daha az yanıt, daha fazla intihar davranışı ve daha fazla eştanı ile ilişkili bulunmuştur (154, 158, 159).

2.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları ile Yönetici İşlev İlişkisi

Son yıllarda, artan çalışmalar ÇÇT'nin uzun vadeli sonuçlarına odaklanmıştır ve artan kanıtlar ÇÇT ile bilişsel bozukluklar, özellikle yönetici işlevler arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir (13, 14). Psikiyatrik hastalarda yapılan yakın zamanlı bir çalışmada depresyon hastalarının %55,5'i, BB olanların %61,8'i, şizofreni hastalarının %47,2'si ve sağlıklı bireylerin %20,5'i en az bir travma tipi bildirmiştir. Aynı çalışmada hasta gruplarında en çok bildirilen ÇÇT fiziksel ihmal ve duygusal ihmal iken, cinsel istismar ve fiziksel istismar ise en az bildirilmiştir (15). Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili araştırmalar son 20 yılda yapılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalarda ÇÇT'nin BB tanılı hastalarda, sağlıklı kontrollere kıyasla daha sık görüldüğü ve hastalığın klinik seyrinde kötü gidiş ile ilişkili olduğu, ÇÇT ile yönetici işlevlerdeki bozulma arasında doğrusal ilişki olduğu, bunun altında yatan nöral mekanizmanın precuneus-vmPFC ve precuneus-OFC arasındaki nöral bağlantılarda azalma olduğu gösterilmiştir (16-18). Özellikle fiziksel ihmale uğrayan hastalarda bilişsel bozulmanın daha fazla olduğu, bilişsel bozulmanın da en çok işlem hızı ve dikkat alanlarında olduğu gösterilmiştir. BB hastalarının

klinik seyrinde depresif ve psikotik bulguların varlığı ile bilişsel bozulma arasında doğrusal bir ilişki olduğu aynı çalışmada gösterilmiştir (19). ÇÇT yetişkinlikte zayıf bilişsel işlevlerle bağlantılıdır. Sağlıklı örneklemde duygusal kötüye kullanım ve fiziksel ihmal ile kötü bellek performansı arasında bir ilişki tespit edilmiş, ancak herhangi bir ÇÇT ile yönetici işlevler, psikomotor hız veya dikkat arasında bir ilişki gözlenmemiştir (13). Nikulina ve Widom yetişkinlikte, çocukluk çağı fiziksel istismarı, cinsel istismarı ve ihmalinin yönetici işlev üzerindeki etkisini değerlendirmek için prospektif bir kohort çalışması yapmışlar, ÇÇTÖ-28 total puanı ve çocukluk çağı ihmallerinin yönetici işlevlerde kötüleşmeyle ilişkili olduğunu bulmuşlardır (207). Literatür incelendiğinde aksine bulgular bildiren çalışmalara da rastlanmıştır. 50 yaş ve üstü erişkinlerde yapılan toplum temelli bir çalışma, çocuklukta cinsel istismar ile daha iyi bilişsel işlev, bellek, yönetici işlev ve işlem hızı olduğunu ortaya koymuştur (204).

2.3. KİŞİLİK, MİZAÇ VE KARAKTER KAVRAMLARI

2.3.1. Cloninger'in Geliştirdiği Psikobiyolojik Model

Mizaç (huy), karakter ve kişilik kavramları çoğu zaman yanlış olarak birbirinin yerine kullanılmakla birlikte farklı anlamlar taşımaktadır. Hipokrat'ın dört sıvı kuramından beri bazı huyların ve kişilik özelliklerinin psikiyatrik bozukluklara yatkınlık yarattığı düşünülmüştür (50). Kraepelin, Schneider ve Kretschmer belirgin psikiyatrik bozuklukların minör çeşitleri olarak tanımladıkları mizaç özelliklerinin bir yelpazede yer aldığını söyleyen ilk yazarlardır (86). Kişiliği tanımlamak için geliştirilen modeller arasında Cloninger'in modeli; altta yatan sosyal ve biyolojik belirleyicileri dikkate alması, belleğin tiplerini ayırt etmeyi de içerecek şekilde geniş kapsamlı olması ile diğer modellerden ayrılmıştır. Cloninger ve arkadaşları kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan psikobiyolojik kişilik modelini tanımlamıştır. Bu kişilik kuramı psikometrik kişilik çalışmaları ile birlikte, ikizler ve ailelerde yapılan uzunlamasına gelişimsel çalışmalar, nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmalarından elde edilen bilgiler üzerine temellendirilmiştir (98, 122). Psikobiyolojik modele göre "kişilik" kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen farklı kültürlerde

ve etnik gruplarda tutarlı yapısal özellikler olarak tanımlanan ‘’mizaç’’ ile çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş ve öğrenilmiş, dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri olan tutumlar olarak tanımlanan ‘’karakter’’ in bileşimi olarak tanımlanmaktadır (98). Bu modelin mizaç bileşeninde Yenilik Arayışı (YA), Zarardan Kaçınma (ZK), Ödül Bağımlılığı (ÖB) ve Sebat Etme (SE) boyutları vardır. Birbirinden genetik olarak farklı olan bu mizaç boyutlarının aynı zamanda özgül nörotransmitterler ve onların davranışsal etkileri ile ilişkili olduğu varsayımında bulunulmuştur. YA azalmış dopaminerjik aktivite ile, ZK artmış serotonerjik aktivite ile, ÖB azalmış noradrenerjik aktivite ile, SE ise glutamaterjik aktivite ile ilişkili bulunmuştur (122). Kişiliğin karakter bileşeninde ise, Kendi Kendini Yönetme (KY), İş birliği Yapma (İY) ve Kendini Aşma (KA) boyutları vardır (98). Bütün bu parametreleri değerlendirmek amacıyla Cloninger ve arkadaşları tarafından “Mizaç ve Karakter Envanteri” (MKE) ölçüm aracı olarak geliştirilmiştir (130). Psikobiyolojik bakış açısına göre, karakter kendi kendini yönetme davranışı, empati ile sosyal işbirliği kurma ve yaratıcı sembolik buluş gibi soyut sembolik işlemleri kapsar. Bu kavramsal ve sembolik deneyimlerin temsili de hipokampal formasyon ve serebral neokorteks tarafından düzenlenir. Bunun tersi olarak, mizaç ise serebral neokorteks farklılaşması bile olmayan tüm omurgalılarda dahi erken yaşlarda öğrenilen çağrışımsal öğrenmeyi kapsamaktadır. Kişilik ise mizaç ve karakterin etkileşimidir. Yani, kişilik gelişimi emosyon temelli alışkanlıklar ve beceriler ile kavramsal hedefler ve değerlerin birleşimi olarak düşünülebilir (131).

2.3.2. Mizaç Alt Boyutları

2.3.2.1. Yenilik Arayışı (YA)

Yenilik Arayışı, potansiyel ödül arayışına ve aynı zamanda tekdüzelikten ve cezadan kaçınmaya yönelik sürekli yeni şeyler keşfetme davranışına yol açacak şekilde yeni uyaranlara veya ödül veya cezadan kaçınma işaretlerine karşı yoğun neşeye veya heyecana kalıtsal yatkınlık olarak tanımlanabilir. YA davranışsal aktivasyon sistemi ile bağlantılıdır. YA yüksek olan kişiler çabuk sinirlenen, telaşlı, keşfetmeye açık, meraklı, ilgili, coşkulu, kolay sıkılan, dürtüsel ve düzensizlerdir. YA düşük olan kişiler sakin, kayıtsız, meraksız, ilgisiz, düşünceli, tutumlu, çekingen,

sistematik ve düzenlidirler ayrıca tekdüzeliğe tahammül ederler (122, 130, 131). YA 4 alt-gruptan oluşmaktadır; YA1 Keşfetmekten heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık, YA2 Dürtüsellik-İyice düşünme, YA3 Savurganlık-Tutumluluk, YA4 Düzensizlik-Düzenlilik.

2.3.2.2. Zarardan Kaçınma (ZK)

Zarardan Kaçınma, davranışsal inhibisyon sistemi ile ilişkili olup olumsuz uyaranlara aşırı yanıt vermekle ilişkili kalıtsal yatkınlıktır. Böylece cezadan, yenilikten ve ödül getirmeyen uyaranlardan kaçınmak için davranışın ketlenmesi öğrenilir. ZK yüksek olan kişiler temkinli, dikkatli, korkak, gergin, kaygılı, asabi, utangaç, kuşkulu, cesaretsiz, güvensiz, pasif ve diğer insanları kaygılandırmayan olaylarda bile karamsardırlar. ZK düşük olan kişiler kaygısız, rahat, cesur, cüretkar, sakin ve diğer insanları kaygılandıran olaylarda bile iyimserlerdir (122, 130, 131). ZK 4 alt-gruptan oluşmaktadır; ZK1 Beklenti endişesi ve karamsarlık-Sınırsız iyimserlik, ZK2 Belirsizlik korkusu, ZK3 Yabancılardan çekinme, ZK4 Çabuk yorulma ve dermansızlık.

2.3.2.3. Ödül Bağımlılığı (ÖB)

Ödül Bağımlılığı, ödül işaretlerine (özellikle toplumsal onaylanma, hassasiyet ve yardımlaşma) yoğun tepki vermeye ve daha önce ödül veya cezadan kaçınmayla ilişkili davranışın sürdürülmesini sağlamaya kalıtsal yatkınlık olarak tanımlanabilir. ÖB davranışsal sürdürme sistemi ile ilişkilidir. ÖB yüksek olan kişiler yumuşak kalpli, sevgi gösteren, sıcak, hassas, adanmış, bağlı ve sosyallerdir. ÖB düşük olan kişiler pratik, inatçı, soğuk ve sosyal olarak donuklardır (122, 130, 131). ÖB 3 alt-gruptan oluşmaktadır; ÖB1 Duygusallık, ÖB3 Bağlanma, ÖB4 Bağımlılık.

2.3.2.4. Sebat Etme (SE)

Sebat Etme, daha önce ödül bağımlılığı içindeyken, modelin geliştirilmesiyle ayrı bir alt grup olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. SE engellenme ve yorgunluğa karşın sebat etmeye olan kalıtsal eğilimdir ve davranışta ısrar etme ile ilişkilidir. SE, davranışın sürdürümünü açıklayan dört ayrı paradigma ile tasvir edilmektedir. Bunlar beklenen ödül işaretlerine yönelik çaba gösterme isteği-tembellik, aralıklı ceza

varlığında sıkı çalışma-tutarlı ödül varlığında ve ceza yokluğunda şımarıklık, aralıklı ödül yokluğunda beklenilenden daha başarılı olma-beklenilenden daha düşük başarı gösterme, aralıklı ödül varlığında mükemmeliyetçi sürdürme-tutarlı ödül yokluğunda faydacı vazgeçiştir. SE yüksek olan kişiler gayretli, sıkı çalışan, azimli ve yorgunluğa ve engellenmeye rağmen ısrarcı kişilerdir. SE düşük olan kişiler ödül beklentisi sabit olan durumlarda tembel, hareketsiz, güven vermeyen, bozguncu ve kararsız kişilerdir. SE'nin alt-grubu bulunmamaktadır (122, 130, 131).

2.3.3. Karakter Alt Boyutları

2.3.3.1. Kendi Kendini Yönetme (KY)

Kendi Kendini Yönetme, kişisel hedefleri gerçekleştirmeye yönelik adım atma ve plan yapma becerisi ve sorumluluğu gösterilmesinden ve sorunları çözmede beceri ve güvenin gelişimi ile kendini kabullenmeden oluşur. KY yüksek olan kişiler kişisel liderlik imkanına sahip olduklarında olgun, güçlü, kendine yetebilen, sorumlu, güvenilir, hedef yönelimli, yapıcı ve kendisiyle barışık kişilerdir. KY düşük olan kişiler olgun bir lidere doğru yönlendirilmediklerinde toy, zayıf, kırılgan, suçlayıcı, yıkıcı, etkisiz, sorumsuz, güvenilmezlerdir (130, 131). KY 5 alt-gruptan oluşmaktadır; KY1 Sorumluluk alma-Kınama, KY2 Amaçlılık-Amaçsızlık, KY3 Beceriklilik, KY4 Kendini kabullenme-Kendisiyle çekişme, KY5 Aydınlanmış ikinci mizaç.

2.3.3.2. İşbirliği Yapma (İY)

İşbirliği Yapma, sosyal kabul, empati, yardımseverlik, şefkat ve ahlak ilkelerini içerir. İY yüksek olan kişiler empati kurabilen, kabul eden, şefkatli, destekleyici, adil ve başkalarına yardım etmekten hoşlanan ve diğerleriyle olabildiğince iş birliği yapan ilkeli kişilerdir. İY düşük olan kişiler ise bencil, tahammülsüz, duyarsız, eleştirel, kinci ve fırsatçı kişilerdir (130, 131). İY 5 alt-gruptan oluşmaktadır; İY1 Sosyal kabullenme-Sosyal hoşgörüsüzlük, İY2 Empati duyma-Sosyal ilgisizlik, İY3 Yardımseverlik-Yardımsever olmama, İY4 Acıma-İntikamcılık, İY5 Vicdanlılık-Kendine yarar sağlama.

2.3.3.3. Kendini Aşma (KA)

Kendini Aşma, kişinin çevresinde olan her şeyle bütünleşerek, kendisini birleşik bir bütünün bir parçası olarak hissetmesi anlamında kullanılmaktadır. KA yüksek olan kişiler mütevazı, memnun, sezgisel, sabırlı, yaratıcı, özverili ve ruhanilerdir. KA düşük olan kişiler gururlu, sabırsız, hayal gücünden yoksun, sanatın değerini bilmeyen, materyalist, bencil ve tatminsizdirler (130, 131). KA 3 alt-gruptan oluşmaktadır; KA1 Kendini kaybetme-Kendilik bilincinde yaşantı, KA2 Kişiler arası özdeşim-Kendi kendine ayrışma, KA3 Manevi kabullenme-Akılcı maddecilik.

2.3.4. Bipolar Bozuklukta Mizaç ve Karakter Özellikleri

Bipolar Bozukluk tanılı olgularda mizaç ve karakter özellikleri uzun yıllardır pek çok araştırmaya konu olmuştur (160, 162). BB hastalarında affektif mizacın endofenotip olarak kabul edilebileceği bildirilmiştir. Cloninger ve arkadaşları tarafından geliştirilen MKE, BB hastalarıyla yapılan birçok çalışmada kullanılmıştır. Ötimik BB hastaları ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada BB hastalarında KY ve İY anlamlı olarak düşük bulunmuştur (161). Mizaç ve karakter özelliklerinin bozukluğun klinik gidişatı üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmaların sayısı gün geçtikçe artmaktadır (163, 164, 167). Sarısoy ve arkadaşları, intihar girişimi olan ve olmayan BB tanılı hastalar ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı çalışmalarında, BB tanılı hasta grubunun sağlıklı kontrollere göre daha yüksek ZK puanlarının olduğunu; düşük SE, yüksek KY ve düşük KA puanlarının BB hastalarında intihar girişimine karşı koruyucu mizaç ve karakter özellikleri olabileceğini bildirmişlerdir (163). Mizaç ve karakter özelliklerinin, BB'nin başlangıç yaşı (165), hızlı döngülülük (166), baskın epizodun tipi (167) gibi klinik özellikler üzerinde etkisinin olduğu gösterilmiştir. Bunların yanında bu özelliklerin BB ile komorbid hastalıklarda da etkili rol oynadığı bilinmektedir (168, 169).

2.3.5. Mizaç ve Karakter Özellikleri ile Yönetici İşlev İlişkisi

Son zamanlarda bireysel farklılıkların nörokognitif temeli üzerine bir ilgi vardır (193). Mizaçtaki bireysel farklılıklar beyin işleyişindeki nörofizyolojik farklılaşmalara bağlanmıştır (194). Yönetici işlev bozukluğu olan bireylerin, çalışma,

okula devam etme ve kişilerarası işlevlerini yerine getirme becerilerinde önemli ölçüde bozulma olduğu bildirilmiştir (195). Bergvall ve arkadaşlarına göre birçok yönetici işlev ve mizaç boyutu prefrontal korteks ile ilgilidir (196). Prefrontal korteks ve diğer ilişkili kortikal alanlar, yönetici işlev altında sınıflandırılabilen planlama, soyutlama, dikkat ve çalışma belleği görevleri ile ilgilidir (197). Bu nedenle, yönetici işlev günlük insan davranışı için hayati önem taşımaktadır, bu nedenle yönetici işlevlerdeki sorunlar çeşitli zihinsel bozukluklarda temel bir faktör olarak tespit edilmiştir (194). Mizaç ve karakter ile yönetici işlevler arasındaki ilişki yeterince araştırılmamıştır. Hem mizaç hem de karakter boyutlarının, çeşitli yönetici işlev görevleri ile altta yatan ortak bir nöral tabanı paylaştığı varsayılmıştır (196). Kişilik bozukluğu ile ilgili yapılan çalışmalardan kaynaklanan önemli bilimsel kanıtlar yönetici işlevlerle kişilik arasındaki bağlantıyı desteklemektedir. Bergvall ve arkadaşları, bilişsel işlev bozukluklarının ve kişilik bozukluklarının yaygın olduğu hapsedilmiş suçlular üzerinde, kişilik değişkenliği ile bilişsel işlevlerdeki farklılıklar arasındaki ilişkiyi araştırmışlar, karakter boyutları ile set değiştirme görevi (yönetici işlev testi) arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Bu, MKE'deki karakter boyutlarının, içgörü öğrenimi ve deneyimin yeniden düzenlenmesi de dahil olmak üzere karmaşık bilişsel süreçlere dayandığı temelinde açıklanabilir (196). Boeker ve arkadaşları araştırmalarında nöropsikolojik fonksiyonlar, kişilik boyutları ve farklı psikopatolojik semptomlar arasındaki ilişkiyi incelemişler, KA ve KY karakter boyutlarının sağlıklı bireylerde çalışma belleği ile, şizofreni hastalarında yönetici işlev görevleri ile anlamlı derecede ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada nörokognitif defisitler ve psikopatoloji, çeşitli mizaç ve karakter özellikleri ile ilişkili bulunmuştur (199). Hori ve arkadaşları şizofreni hastalarının kişiliklerini MKE kullanarak sağlıklı bir örneklem ile karşılaştırarak incelemişlerdir. Klinik örnekleri şizofreni tanısı almış 86 kronik hastadan, sağlıklı örneklemleri ise 115 kişiden oluşmaktayken, şizofreni hastalarının kontrollere kıyasla YA, ÖB, KY ve İY'de anlamlı olarak daha düşük, ZK ve KA boyutlarında daha yüksek puan aldığını bulmuşlardır. Kişiliğin sosyal işlevselliği etkilediği için şizofreninin önemli bir özelliği olduğu sonucuna varmışlar, bu nedenle şizofreni hastalarının yaygın olarak değişen kişiliklere sahip olduklarını düşünmüşlerdir (200). Bu klinik çalışmalar birlikte ele alındığında, klinik örneklemler ve sağlıklı örneklemler arasındaki

nöropsikolojik performanstaki farklılıkların mizaç ve karakter tarafından yordandığı söylenebilir. Sperandeo R. ve arkadaşlarının farklı tanılarla psikiyatri polikliniğinde ayaktan takip edilen 98 hastayla yaptığı yönetici işlevler ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi MKE ve FDB kullanarak araştırdığı bir çalışmaya göre YA ile mental esneklik arasında ters, çevresel otonomi arasında aynı yönlü, ZK ile mental esneklik arasında aynı yönlü, ÖB ile inhibitör kontrol arasında aynı yönlü, KY ile çevresel otonomi arasında ters yönlü, İY ile FDB toplam puanı, inhibitör kontrol ve konseptualizasyon arasında aynı yönlü, KA ile motor programlama arasında ters yönlü güçlü bir ilişki olduğu, SE ile arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur (20). Bununla birlikte, sınırlı örneklem büyüklüğü nedeniyle, bu çalışmaların genelleştirilebilirliği sınırlıdır.

2.4. YÖNETİCİ İŞLEVLER

Yönetici işlevler strateji oluşturma, onların uygunluğunu test etme, en iyi stratejiyi seçme, ilgisiz bilgilerin etkisinden kaçınma ve uygunluğunu kaybeden stratejileri ortadan kaldırmayı kapsayan problem çözme yeteneğini içermektedir. Yönetici işlevler aynı zamanda yarışan istekler arasında dönüşümü ve bunun için gerekli adaptif kayma çabasını da kapsamaktadır. Yönetici işlevler, problemi çözemeyecek kadar küçük ve diğer devam eden aktiviteleri engelleyecek kadar büyük olmayan çabayla, farklı bilişsel becerileri ve kaynakları yönetme becerisini de kapsamaktadır. Yönetici işlevler birçok bilişsel, emosyonel ve sosyal beceri ile yeni durumlara uyum için temeldir (83). Yönetici işlevler için Miyake ve arkadaşları, birbiriyle korele ama birbirinden kısmen ayrılabilen "kurulumu değiştirme", "ketleme" ve "yenileme" olmak üzere üç ana alt başlık tanımlamışlardır (94). Kurulumu değiştirme, farklı görev kurulumları arasında dikkatin daha önce odaklandığı yerden ayrılması ve odaklanma yeteneklerini kapsamaktadır. Ketleme, planlama yeteneklerinin önemli bir bileşeni olup, gerektiğinde yanıtları durdurabilme ya da geriye döndürebilmeyi içermektedir. Yenileme ise çalışma belleği ile ilişkilidir, izleme ve bilgi kodlamayı gerektirmektedir. Fisk ve Sharp tanımlanan bu modele, sözel akıcılık görevlerindeki uzun süreli bellek temsillerine ulaşmayı sağlayan işlevleri ifade eden erişim alt başlığı eklemişlerdir (95). Geçmişte bu tip işlevler "frontal lob işlevleri" olarak bilinirdi. Yönetici işlev görevlerinin frontal lobla ilişkili

olduğunu gösteren iki ana fizyolojik bulgu alanı vardır. Bunlardan ilki yönetici işlev testlerin uygulanması sırasında frontal lobun aktive olması ikincisi ise lokalize frontal lob lezyonlarıyla yönetici işlev testlerinde performansın düşmesidir (96, 97). Frontal lobun üç önemli bölgesi ve bu alanlarla ilişkili farklı görevleri bulunmaktadır; Birincisi dorsolateral prefrontal korteks, planlama, organize etme, değiştirme, kopyalama ve yeni bilgileri işleme koyma gibi işlevlerden sorumludur. İkincisi orbitofrontal korteks (OFC); bireyin inhibisyon kaybını önlemekte yani davranışı ketleyebilmektedir. Üçüncüsü ise mediyal frontal korteks, duygulanımda, zihinsel ve motor etkinliklerin harekete geçirilmesinde rol oynamaktadır (98, 99).

2.4.1. Bipolar Bozuklukta Yönetici İşlevler ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Bipolar bozuklukta yönetici işlev bozuklukları hastalığın her evresinde görülebilmekte (3-5), ancak akut hastalık dönemleri sırasında daha belirgin hale gelmektedir (4, 6-8). Son 20 yılda bilişsel kayıpların klinik düzelme (ötimi) dönemlerinde de görülebildiklerine ilişkin kanıtlar ortaya çıkmıştır (7, 8). Bu bağlamda bilişsel işlev bozukluklarının tek başına duygudurum değişiklikleri ile açıklanabilmesi mümkün olmaktan çıkmıştır. Nitekim ötimik evrede bilişsel işlevlerin değerlendirildiği araştırmaların bir meta-analizinde en belirgin bozuklukların yönetici işlevler ve sözel öğrenme alanlarında olduğu belirtilmiş, bununla birlikte sözel bellek, soyutlama, sürdürülebilir dikkat, cevap inhibisyonu ve psikomotor hız alanlarında da bozuklukların olduğu tespit edilmiştir (10). Prefrontal alanlar ile diğer beyin bölgeleri arasında uzanan yolaklarda bulunan sorunlar, hem yönetici işlev bozukluklarını, hem de disinhibisyon, dürtüsellik ve dikkat yetersizliği gibi affektif bulguları açıklayabilir. Hastalık dönem özelliklerinin bilişsel etkilenme tip ve derecesine etkileri, etkilenmenin duygudurumla ne kadar açıklanabildiği, hastalığın dönemleri ile sınırlı olup olmadığı, hastalığın gidişinin bilişsel işlevselliğe etkileri, komorbiditenin etkilenmeye katkısı daha dikkatli incelenmesi gereken ana başlıklar gibi görünmektedir. Bilişsel kayıpların işlevselliği eşik altı belirtilerden daha fazla etkilediğinin ortaya çıkması ile BB'de yeni bir belirti alanı ortaya çıkmış bulunmaktadır ve bu durumda bilişsel kayıplar terapötik hedefler arasına girmelidir (11). Yapılan bir çalışmada nörokognitif defisitlerin yaşam kalitesi için güçlü bir öngörücü olduğu, yönetici işlevlerde bozulmanın düşük yaşam kalitesi skorları ile

ilişkili olduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada ise BB'nin süreğen bir şekilde yaşam kalitesinde bozulmaya neden olduğu, yaşam kalitesinde orta derecede bozulma olan hastalarda yönetici işlevlerden inhibisyon, kognitif fleksibilite ve dikkatin, yaşam kalitesinde ileri derecede bozulma olan hastalarda ise inhibisyon, mental esneklik ve çalışma belleğinin bu bozulma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (22). BB'de duygudurum dönemlerinin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisinden bağımsız olarak yeterli kognitif fonksiyonların yaşam kalitesinde iyileşme ile ilişkisi olduğu aynı çalışmada saptanmıştır. Bu nedenle BB tanılı hastalarda yaşam kalitesini artırmak için kognitif rehabilitasyonun önemli bir yeri vardır (21).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. UYGULAMA

Araştırmamız kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya Ekim 2019 - Aralık 2019 ayları arasında, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde BB tanısı ile ayaktan tedavi görmekte olan amaca yönelik rastgele seçilmiş ve remisyon döneminde olan 108 hasta dahil edilmiştir.

Çalışmayla ilgili bilgilendirilmelerinin ardından; onam formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile görüşme yapılıp sosyodemografik ve klinik veri formu doldurulmuştur. Hastaların BB-1 tanıları DSM-5 ile kesinleştirilmiş, SCID-5 CV ile değerlendirilerek diğer komorbid tanıları konmuş olup klinik ölçekler doldurulmuştur. Hastaların Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nden 8 ve 8'in altında puan alması, Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nden 6 ve 6'nın altında puan alması ve en son epizodun en az üç ay önce olmuş olması ile remisyon döneminde oldukları belirlenmiştir. SCID-5 CV ile 2 hastanın tanısı şizoaffektif bozukluk olduğu için bu hastalar çalışma dışı bırakılmış ve 6 hasta ise görüşme sonrası ölçeklerini tamamlamaması nedeniyle yine çalışma dışı bırakılmış ve toplamda çalışmaya 100 hasta dahil edilmiştir.

Çalışmaya rastgele seçilen 108 hastanın tümü ile DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı psikiyatrik görüşme yapılmıştır. Tanıları SCID-5 CV ile kesinleştirilmiştir. Hastalara sosyodemografik bilgi ve hastalığa ait özellikler veri formu, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Frontal Değerlendirme Bataryası (FDB), Stroop Testi, İz Sürme Testi A (İST A) ve İz Sürme Testi B (İST B) uygulanmış olup, öz bildirim ölçekleri olan Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ-28), Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (BBYKÖ-KF)'nun hastalar tarafından doldurulması istenmiştir.

Araştırmaya Alınma Ölçütleri:

1-Katılımcının DSM-5'e göre BB tip 1 veya 2 tanısını alması

2-Katılımcının 18-65 yaş arasında olması

3-Katılımcının en az son 3 aydır ötimik dönemde olması (HDDÖ'den ≤ 8 puan ve YMDÖ'den ≤ 6 puan almış olması gerekmektedir.)

4-Katılımcının çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması ve gönüllü olur formunu imzalamış olması

Araştırmadan Dışlama Ölçütleri:

1-Katılımcının okur yazar olmaması

2-Katılımcıda zihinsel gelişim geriliği veya nörobilişsel bozukluk olması

3-Katılımcının beyin hasarı veya travma öyküsünün olması

4-Katılımcıda alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu olması

5-Katılımcının son 6 ay içinde EKT almış olması

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu:

Bu form araştırmacılar tarafından bu çalışma için hazırlanmıştır. Çalışmanın amacına yönelik araştırmacılar tarafından hazırlanmış, hastaların yaşam ve hastalık öykülerine ilişkin sorular içeren görüşme formudur. İlk başvuruda uygulanan bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, öğrenim düzeyi, yaşadığı yer, sosyoekonomik durum, özgeçmiş, soygeçmiş, alkol-madde kullanımı, hastaların kullandığı ilaç grupları gibi bilgilerin elde edilmesine yönelik maddeler yer almaktadır.

3.2.2. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen için (SCID-5-CV):

Görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir ve bir klinik tanı koyma aracı olarak geliştirilmiştir. DSM-5'te yer alan bozuklukları tanı ölçütleriyle araştırmaktadır. First ve arkadaşları (177) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (178). Çalışmaya katılacak hastaların tanılarını doğrulamak, ek psikiyatrik tanı varlığını araştırmak amacıyla kullanılmıştır.

3.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD):

Hamilton tarafından, depresyon tanısı almış hastalarda, depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (179). Hamilton tarafından 17 maddeli olarak geliştirilen ölçeğe sonraki yıllarda bazı maddeler eklenerek 21 ve 24 maddeli ölçekler geliştirilmiştir. Depresif mizaç, özkıyım, iş ve aktivitelerde yitim, retardasyon, ajitasyon, gastrointestinal belirtiler, genel somatik belirtiler, hipokondriak belirtiler, içgörü, iştah ve kilo kaybı, uykusuzluk ve anksiyete gibi alt gruplar bulunmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (180).

3.2.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ):

Young ve arkadaşları tarafından 1978'de manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (181). Ölçek toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Yükselmiş duygudurum, hareket ve enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, irritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, düşünce içeriği, yıkıcı ve saldırgan davranış, dış görünüm, içgörü gibi alt grupları bulunmaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (182).

3.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28):

Çocukluk ve ergenlikteki örselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir özbildirim ölçeğidir (183). Ölçeğin 28 ve 53 soruluk iki versiyonu bulunmaktadır. Bu çalışmada 28 soruluk form kullanılmıştır. ÇÇTÖ-28, 28 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. 5 alt boyut: Fiziksel istismar, Fiziksel İhmal, Duygusal istismar, Duygusal ihmal ve Cinsel istismar şeklindedir. Ayrıca 3 minimizasyon-inkar sorusu bulunmaktadır. Ölçme aracının Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği Şar ve Öztürk tarafından yapılmıştır (184).

3.2.6. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE):

Cloninger'in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği MKE, 240 maddeden oluşan "doğru" ya da "yanlış" şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme

ölçeğidir. Bu 7 faktörlü kişilik envanterinin geçerlik ve güvenirliği hem genel popülasyonda hem de psikiyatrik hastalarda sınanmış ve replike edilmiştir. 4 faktör mizaç, 3 faktör ise karakter ile ilgilidir. Mizaç boyutu; yenilik arayışı (YA), zarardan kaçınma (ZK), ödül bağımlılığı (ÖB) ve sebat etme (SE) ile; karakter boyutu ise kendi kendini yönetme (KY), iş birliği yapma (İY), kendini aşma (KA) alt ölçeklerinden oluşur (130). MKE'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Köse ve Sayar tarafından yapılmıştır (185).

3.2.7. İz Sürme Testi (İST):

Görsel arama, dikkat, zihinsel esneklik ve motor fonksiyon testidir. Testte zaman ve hata sayısı değerlendirilmektedir. İki formu A ve B olmak üzere sırasıyla uygulanmaktadır.

İz Sürme Testi A Formu (İST A): Öncelikle A formunun alıştırma bölümü uygulanır Bu bölümde kâğıt üstünde 1'den 8'e kadar kâğıdın farklı alanlarında bulunan yuvarlak içine alınmış sayılar vardır ve kişiden olabildiğince hızlı olarak kalemi hiç kaldırmadan aritmetik sırayla bu yuvarlakları birleştirmesi istenir, hata yaparsa gösterilir ve açıklanır. Alıştırma bittikten sonra asıl teste geçilir. Asıl testte 1'den 25'e kadar olan içinde sayıların olduğu yuvarlakları birleştirmesi istenir. Eğer hasta hata yaparsa dikkati hemen o noktaya çekilir ve hatanın olduğu noktadan devam etmesini sağlanır. Zaman durdurulmaz. Eğer A formunu hatasız tamamlarsa, sayfa kaldırılır. Zaman saniye cinsinden kaydedilir.Hatalar artan performans zamanı olarak sayılmaktadır ve yapılan hatalar da kaydedilir.

İz Sürme Testi B Formu (İST B): Öncelikle B formunun alıştırma bölümü uygulanır. Kâğıdın üstünde hem sayı hem harflerin olduğu yuvarlaklar vardır. Kişiden önce bir sayı sonrasında bir harf şeklinde aritmerik ve alfebetik sıraya uygun olarak kalemi hiç kaldırmadan yuvarlakları çizerek birleştirmesi istenir. Eğer hasta alıştırmayı doğru tamamlarsa sayfa çevirilir ve hastaya asıl B Formu verilir ve daha fazla sayının ve harfin olduğu bu bölümde aynı işlemleri tekrarlaması istenir. Eğer hasta bir hata yaparsa dikkati hemen o noktaya çekilir ve hatanın olduğu noktadan devam etmesini sağlanır. Zaman durdurulmaz. Eğer B formunu hatasız tamamlarsa sayfa kaldırılır. Süre ve hatalar kaydedilir. Zaman saniye cinsinden kaydedilir.

Hatalar sadece artan performans zamanı olarak sayılmaktadır. Uygulama için geçen süre yaklaşık 5-10 dakikadır (186).

3.2.8. Stroop Testi:

Pek çok versiyonu olan Stroop testi, renkli yazılarla yazılmış renk isimlerinin bulunduğu bir takım kartlardan oluşan, dikkatin değerlendirilmesinde kullanılan ve prefrontal korteks aktivitesini yansıtan bir nöropsikolojik testtir (187). İlk kez John Ridley Stroop tarafından geliştirilmiştir. Stroop etkisi, kartlardaki renk adlarını belirten kelimelerin yazıldığı rengin söylenmesi istenince ortaya çıkmaktadır. Kelimede belirtilen renk ile kelimenin yazıldığı renk farklı ise, katılımcının rengi söyleme zamanı uzamaktadır. Stroop testi, bilişsel katılık-esneklik yeteneğini yansıtır. Stroop testi Temel Bilimler Araştırma Grubu (TBAG) formunun, Karakaş ve arkadaşları tarafından bilişsel potansiyeller için nöropsikolojik test (BİLNOT) bataryası dahilinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Tübitak tarafından desteklenen bir proje olduğu için temel bilimler araştırma grubuna atıf yapmak amacı ile "TBAG" formu denilmiştir (188). 14.0 x 21.5 cm den oluşan dört beyaz kart, her kartın üzerinde bir satırda 4 kelime olacak şekilde 6 satır bulunmaktadır. 1. Kartta renk isimleri siyah renkle yazılmıştır ve katılımcıdan yazılan kelimeleri okuması istenilir. 2. Kartta farklı renklerle yazılmış renk isimleri vardır ve katılımcıdan kelimelerde yazılı olanın okunması istenir. Bu kart tüm Stroop testleri içinde en kritik öneme sahip olan testtir. 3. Kartta farklı renklerle basılmış daireler vardır ve katılımcılardan dairelerin renklerini okuması istenir. 4.kartta ise farklı renklerle basılmış "kadar, zayıf, ise ve orta" şeklinde renk ismi olmayan kelimelerin hangi renkle yazıldığının okunması istenmektedir. Testin son aşamasında katılımcıdan 2. kartta yazılı kelimelerin hangi renkle yazıldığının söylenmesi istenilir. Değerlendirmede her bir kart ile ilgili taskın tamamlanma süresi, katılımcının hata sayısı ve düzeltme sayısı kaydedilir.

3.2.9. Frontal Değerlendirme Bataryası (FDB):

Frontal Değerlendirme Bataryası (FDB) frontal lob fonksiyonlarının değerlendirilmesinde kullanılan kısa sürede uygulanabilen bir testtir. 0 - 18 arası total olası bir skor veren altı alt bölümden oluşur. Alt bölümler; benzerlikler

(konseptualizasyon), kelime akıcılığı (mental esneklik), motor seriler (programlama), çelişen yönergeler (interferansa duyarlılık), yap-yapma (inhibitör kontrol), yakalama davranışıdır (çevresel otonomi). Testte alınan yüksek puan daha iyi performans anlamını taşır (192). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Nilgün Tunçay tarafından 2009 senesinde yapılmıştır (189).

3.2.10. Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (BBYKÖ-KF):

Orijinal ölçek Kanada'da (Michalak ve Murray (2010)) geliştirilmiştir ve 12 madde içermektedir (bu 12 madde, toplamda 56 maddeden oluşan araçtaki 12 esas yaşam kalitesi alanına karşılık gelmektedir). Söz konusu 12 maddenin her biri, son yedi günde yaşam kalitesinden duyulan memnuniyetle ilgilidir. Likert yanıt ölçeğine göre puanlanan maddelerde "Kesinlikle Katılmıyorum" yanıtı 1, "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtı 5 ile puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 12–60 arasında değişmekte ve yüksek puanlar daha iyi bir yaşam kalitesine işaret etmektedir (190). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gümüş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (191).

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (SPSS) versiyon 20.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca değerler kullanılmıştır. Değişkenler iki grup arasında değerlendirilirken Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla grup arasında değerlendirilirken Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi'nden faydalanılmıştır. P-değerinin 0.05'in ve 0.01'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya; Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran 18-65 yaş aralığında, BB-1 tanısı ile takip edilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 57'si kadın, 51'i erkek olmak üzere toplam 108 hasta dahil edildi. SCID-5 CV ile yapılan değerlendirme sonrası 2 hasta tanısı Şizoaffektif Bozukluk olduğu için, 6 hasta ise çalışmada kullanılan ölçeklerin yönergeye uygun şekilde işaretlenmemesi ve/veya yönetici işlev testleri uygulanırken yönergeye uyulmaması nedeniyle değerlendirme dışı bırakılarak, 51'i kadın, 49'u erkek olmak üzere toplam 100 hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların yaşı 21 ile 62 arasında değişmekte olup, ortalaması 41,95±9,66 idi. Çalışmaya katılanların 25'i (%25,0) bekar, 63'ü (%63,0) evli ve 12'si (%12,0) boşanmış veya duldu. Eğitim durumları incelendiğinde ise çalışmaya katılanların öğrenim yılı ortalamasının 9,76±3,65 olduğu görüldü. Hastaların genellikle düşük-orta sosyoekonomik düzeye sahip olduğu (%64), yalnızca 2'sinin (%2,0) yüksek gelir düzeyine sahip olduğunu belirttiği gözlendi. Hastaların 62'si (%62,0) çalışmıyor, 36'sı (%36,0) düzenli çalışıyor, 2 kişinin (%2) öğrenci olduğu saptandı. Diğer sosyodemografik değişkenlere ait verilere Tablo 1 ve Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri-I

		n	%
Cinsiyet	Erkek	49	49,00
	Kadın	51	51,00
Eğitim durumu	İlkokul	27	27,00
	Ortaokul	17	17,00
	Lise	31	31,00
	Yüksekokul	25	25,00
Medeni durumu	Bekar	25	25,00
	Evli	63	63,00
	Dul	1	1,00
	Boşanmış/ayrı	11	11,00
İşi	İşsiz	16	16,00
	Ev hanımı	31	31,00
	Memur/işçi	29	29,00
	Ticaret	7	7,00
	Emekli	15	15,00
	Öğrenci	2	2,00
Gelir durumu	Düşük	9	9,00
	Orta düşük	64	64,00
	Orta yüksek	25	25,00
	Yüksek	2	2,00

Tablo 2. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri-II

	Ort	s.s.	Medyan	Min	Max
Yaş	41,95	±9,66	41,00	21,00	62,00
Eğitim süresi	9,76	±3,65	11,00	5,00	17,00

4.2. ÖRNEKLEMİN HASTALIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARI

Çalışmaya katılan hastaların hastalık başlangıç yaşlarının ortanca değeri 25 olup, hastalığın başlama yaşı 11 ve 50 arasında değişmekteydi. Epizod sayısı ortanca değeri 7,5, ortalama değeri 8,96±5,97 iken hastaların ilk hastalık epizodunun %54 ile en sık mani/hipomani olduğu, bunu %41 ile depresyonun izlediği, sadece 5 hastada (%5) hastalığın karma epizod ile başladığı gözlendi. Hastaların %31'inin mevsimsel, %2'sinin hızlı döngülülük özellikleri gösterdiği; %98'inde hastalıkları sürecinde psikotik özellikli mani, %41'inde psikotik özellikli depresyon, %25'inde atipik depresyon saptandığı belirlendi. Kadın hastaların %23'ünde hastalık postpartum başlangıç göstermekteydi. Hastaların %77'si en az bir kez hastaneye yatarak tedavi görenlerden oluşmaktaydı ve hastaneye yatış sayısı ortanca değeri 2,0, ortalama değeri ise 2,49±3,40 idi. Son hastane yatışından hastaların değerlendirildiği ana dek geçen sürenin ortanca değeri ise 3 sene, ortalama değeri 5,22±6,06 sene idi. 58 hastanın (%58) sigara kullanımı öyküsü bulunmaktaydı. 35 hastada (%35) intihar girişimi öyküsü bulunmaktaydı. Hastaların en sık kullandığı ilaç tedavisi %66 ile duygudurum düzenleyici ve antipsikotik kombinasyonu iken, bunu %21 ile sadece duygudurum düzenleyici kullanımı izlemekteydi. Hastaların %57'sinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü, %28'inin ailesinde alkol ya da madde kullanımı öyküsü, %18'inin ailesinde intihar öyküsü mevcuttu. Katılımcıların hastalık özelliklerine ait veriler Tablo 3 ve 4'te yer almaktadır.

Tablo 3. Örneklemin Hastalık Özellikleri-I

		n	%
Sigara	Hayır	42	42,00
	Evet	58	58,00
İlk epizod türü	Depresyon	41	41,00
	Mani	54	54,00
	Karma	5	5,00
Son epizod türü	Depresif	43	43,00

	Manik	36	36,00
	Karma	13	13,00
	Hipomanik	8	8,00
Mevsimsellik	Hayır	69	69,00
	Evet	31	31,00
Hızlı döngülülük	Hayır	98	98,00
	Evet	2	2,00
Atipik depresyon	Hayır	75	75,00
	Evet	25	25,00
Psikotik mani	Hayır	2	2,00
	Evet	98	98,00
Psikotik Depresyon	Hayır	59	59,00
	Evet	41	41,00
Postpartum Başlangıç	Hayır	88	88,00
	Evet	12	12,00
Kullandığı ilaçlar	Duygudurum düzenleyici	21	21,00
	Antipsikotik	4	4,00
	Duygudurum düzenleyici + antipsikotik	66	66,00
	Duygudurum düzenleyici + antidepresan	1	1,00
	Duygudurum düzenleyici + antidepresan + antipsikotik	8	8,00
İntihar girişimi	Hayır	65	65,00
	Evet	35	35,00
Ailede intihar girişimi öyküsü	Hayır	82	82,00
	Evet	18	18,00
Ailede alkol madde kullanımı öyküsü	Hayır	72	72,00
	Evet	28	28,00
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Hayır	43	43,00
	Evet	57	57,00

Tablo 4. Örneklemin Hastalık Özellikleri-II

	Ort	s.s.	Medyan	Min	Max
Hastalık süresi	14,49	±9,52	13,50	1,00	39,00
Hastalığın başlama yaşı	27,52	±8,92	25,00	11,00	50,00
Hastaneye yatış sayısı	2,49	±3,40	2,00	,00	25,00
Hastaneye son yatışından beri geçen süre	5,22	±6,06	3,00	,00	25,00
Epizod sayısı toplam	8,96	±5,97	7,50	1,00	31,00
İntihar girişimi sayısı	,73	±1,47	,00	,00	10,00

4.3. ÖRNEKLEMİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÇÇTÖ-28 duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olmak üzere 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Hastalarda en sık görülen ÇÇT %73 ile duygusal ihmal iken, bunu sırasıyla %55 ile fiziksel ihmal, %43 ile duygusal istismar izlemekteydi. Cinsel istismar %26 sıklıkta görülmekteyken, en az rastlanan %22 ile fiziksel istismardı. Hastaların ÇÇTÖ-28 alt ölçeklerinin şiddetlerine göre oranları Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. Örneklemin ÇÇT'ye Göre Dağılımı

	Yok		Düşük şiddet		Orta Şiddet		Şiddetli	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Duygusal istismar	57	57,00	27	27,00	9	9,00	7	7,00
Fiziksel İstismar	78	78,00	10	10,00	3	3,00	9	9,00
Duygusal İhmal	27	27,00	36	36,00	19	19,00	18	18,00
Fiziksel İhmal	45	45,00	27	27,00	16	16,00	12	12,00
Cinsel İstismar	74	74,00	9	9,00	10	10,00	7	7,00

4.3.1. Örneklemin ÇÇTÖ-28'e Göre Sosyodemografik Özellikleri

ÇÇTÖ-28 alt ölçek puanları ve toplam puanı cinsiyete göre karşılaştırıldığında duygusal istismar (p:0,045) ve cinsel istismar (p:0,002) alt ölçeği puanları kadınlarda erkeklere göre daha yüksekti ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu. (Tablo 6). Eğitim süresi ve gelir durumu ile ÇÇTÖ-28 alt ölçekleri puanları ve toplam puanı arasındaki korelasyona bakıldı. Eğitim süresi ile fiziksel istismar (p:0,035), duygusal ihmal (p:0,006), fiziksel ihmal (p:0,000) ve ÇÇTÖ-28 toplam puanı (p:0,028) arasında ters yönlü korelasyon vardı ve istatistiksel olarak anlamlıydı. Gelir durumu ile fiziksel istismar (p:0,039) ve fiziksel ihmal (p:0,007) arasında ters yönlü korelasyon vardı ve istatistiksel olarak anlamlıydı. (Tablo 6 ve 7).

Tablo 6. Örneklemin ÇÇT'ye Göre Sosyodemografik Özellikleri-I

	Cinsiyet						p
	Erkek			Kadın			
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
Duygusal istismar	7,90	±3,27	7,00	9,71	±4,59	9,00	**0,045**
Fiziksel İstismar	6,41	±2,40	5,00	7,18	±3,93	5,00	0,653
Duygusal İhmal	11,63	±4,42	12,00	13,53	±5,57	13,00	0,121
Fiziksel İhmal	8,02	±2,57	8,00	8,98	±3,64	9,00	0,360
Cinsel İstismar	5,43	±1,35	5,00	7,69	±5,01	5,00	**0,002**
Toplam Puan	39,39	±9,92	36,00	47,08	±18,11	41,00	0,072

Mann-Whitney U Test

Tablo 7. Örneklemin ÇÇT'ye Göre Sosyodemografik Özellikleri-II

	Eğitim süresi		Gelir durumu	
	r	p	r	p
Duygusal istismar	-0,086	0,394	-0,089	0,381
Fiziksel İstismar	**-,211***	**0,035**	**-,206***	**0,039**
Duygusal İhmal	**-,275****	**0,006**	-0,122	0,227
Fiziksel İhmal	**-,362****	**0,000**	**-,269****	**0,007**
Cinsel İstismar	0,187	0,063	0,056	0,579
Toplam Puan	**-,220***	**0,028**	-0,168	0,094

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

4.3.2. Örneklemin ÇÇTÖ-28'e Göre Hastalık Özellikleri

ÇÇTÖ-28 alt ölçek puanları ve toplam puanı ile toplam epizod sayısı, hastalığın başlama yaşı, hastaneye yatış sayısı ve intihar girişimi sayısı arasındaki korelasyona bakıldı. Hastalığa ait bu değişkenler ile ÇÇTÖ-28 alt ölçek puanları ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi (p>0,05). (Tablo 8).

Tablo 8. Örneklemin ÇÇT'ye Göre Hastalık Özellikleri

	Epizod sayısı toplam		Hastalığın başlama yaşı		Hastaneye yatış sayısı		İntihar girişimi sayısı	
	r	p	r	p	r	p	r	P
Duygusal istismar	0,101	0,318	-0,150	0,135	-0,032	0,755	0,135	0,180
Fiziksel İstismar	0,084	0,404	-0,026	0,799	0,090	0,371	0,169	0,093
Duygusal İhmal	-0,029	0,776	0,004	0,965	-0,070	0,490	0,133	0,187
Fiziksel İhmal	-0,041	0,688	-0,010	0,918	0,001	0,993	0,148	0,143
Cinsel İstismar	-0,133	0,188	0,091	0,365	-0,066	0,512	0,110	0,275
Toplam Puan	0,026	0,800	-0,075	0,460	-0,039	0,703	0,174	0,084

Spearman Korelasyon Testi

4.4. ÇÇT İLE MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ AÇISINDAN ÖRNEKLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Örneklemin ÇÇTÖ-28 alt ölçek puanları ve toplam puanı ile MKE alt ölçek puanları ve toplam puanları arasındaki ilişki incelendi. Duygusal istismar ile YA2 alt puanı (p:0,002), YA4 alt puanı (p:0,017), YA toplam puanı (p:0,004), ZK4 alt puanı (p:0,042), ÖB1 alt puanı (p:0,038), KA1 alt puanı (p:0,026), KA2 alt puanı (p:0,031), KA3 alt puanı (p:0,001) ve KA toplam puanı (p:0,002) arasında aynı yönlü, KY1 alt puanı (p:0,001), KY5 alt puanı (p:0,009) ve KY toplam puanı (p:0,004) ile arasında ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Fiziksel istismar ile ZK3 alt puanı (p:0,026) arasında aynı yönlü, KY1 alt puanı (p:0,018), KY2 alt puanı (p:0,011), KY5 alt puanı (p:0,012) ve KY toplam puanı (p:0,025) ile arasında ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Duygusal ihmal ile KY5 alt puanı (p:0,000) arasında ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Fiziksel ihmal ile ÖB4 alt puanı (p:0,046) ve KY1 alt puanı (p:0,011) arasında ters yönlü, KA2 alt puanı (p:0,027) ve KA toplam puanı (p:0,044) ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Cinsel istismar ile YA1 alt puanı (p:0,014), YA toplam puanı (p:0,007), KA1 alt puanı (p:0,042) arasında aynı yönlü, KY1 alt

puanı (p:0,001), KY2 alt puanı (p:0,006), KY4 alt puanı (p:0,047), KY5 alt puanı (p:0,014) ve KY toplam puanı (p:0,001) ile arasında ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. ÇÇTÖ-28 toplam puanı ile ZK4 alt puanı (p:0,050), KA3 alt puanı (p:0,033) ve KA toplam puanı (p:0,035) arasında aynı yönlü, KY1 alt puanı (p:0,002), KY2 alt puanı (p:0,049), KY5 alt puanı (p:0,001) ve KY toplam puanı (p:0,012) ile arasında ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. (Tablo 9).

Tablo 9. Örneklemde ÇÇT ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişki

	Duygusal istismar		Fiziksel istismar		Duygusal ihmal		Fiziksel ihmal		Cinsel istismar		Toplam puan	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
YA1	0,115	0,255	0,109	0,280	-0,050	0,620	0,189	0,060	**,244***	**0,014**	0,117	0,248
YA2	**,304****	**0,002**	0,114	0,257	0,083	0,412	0,128	0,206	0,179	0,074	0,190	0,058
YA3	0,127	0,209	-0,084	0,407	-0,020	0,845	-0,061	0,548	0,175	0,081	0,019	0,852
YA4	**,238***	**0,017**	0,003	0,973	0,070	0,490	-0,009	0,929	0,102	0,314	0,106	0,296
YAToplam	**,284****	**0,004**	0,056	0,582	-0,012	0,903	0,058	0,567	**,269****	**0,007**	0,129	0,200
ZK1	0,042	0,678	0,049	0,628	0,136	0,177	-0,003	0,977	0,068	0,498	0,092	0,362
ZK2	0,052	0,609	0,162	0,108	0,010	0,921	0,072	0,474	0,105	0,296	0,077	0,446
ZK3	0,155	0,124	**,223***	**0,026**	0,104	0,304	-0,048	0,634	0,074	0,464	0,114	0,259
ZK4	**,204***	**0,042**	0,179	0,076	0,192	0,056	0,098	0,330	0,124	0,219	**,197***	**0,050**
ZKToplam	0,146	0,147	0,190	0,059	0,145	0,149	0,040	0,690	0,105	0,297	0,152	0,131
ÖB1	**,208***	**0,038**	0,020	0,841	-0,134	0,184	0,033	0,747	0,191	0,057	0,045	0,656
ÖB3	0,006	0,950	0,065	0,521	-0,040	0,696	0,037	0,717	0,055	0,590	-0,006	0,953
ÖB4	-0,177	0,079	-0,089	0,377	-0,149	0,138	**-,200***	**0,046**	-0,151	0,134	-0,195	0,052
ÖBToplam	0,000	0,996	-0,020	0,844	-0,185	0,065	-0,021	0,832	0,074	0,464	-0,086	0,397
SE	0,002	0,982	0,074	0,463	-0,078	0,442	0,058	0,570	0,005	0,964	0,000	1,000
KY1	**-,329****	**0,001**	**-,236***	**0,018**	-0,190	0,059	**-,254***	**0,011**	**-,328****	**0,001**	**-,302****	**0,002**
KY2	-0,193	0,054	**-,252***	**0,011**	-0,143	0,156	-0,120	0,235	**-,273****	**0,006**	**-,197***	**0,049**
KY3	-0,166	0,098	-0,108	0,284	-0,087	0,389	-0,074	0,463	-0,185	0,065	-0,116	0,251
KY4	-0,124	0,217	-0,032	0,753	0,046	0,651	-0,087	0,391	**-,199***	**0,047**	-0,037	0,713
KY5	**-,261****	**0,009**	**-,250***	**0,012**	**-,363****	**0,000**	-0,171	0,089	**-,245***	**0,014**	**-,330****	**0,001**
KYToplam	**-,284****	**0,004**	**-,224***	**0,025**	-0,178	0,076	-0,184	0,067	**-,333****	**0,001**	**-,251***	**0,012**
İY1	-0,143	0,154	-0,015	0,879	-0,131	0,195	-0,053	0,598	-0,101	0,319	-0,116	0,249
İY2	-0,107	0,288	-0,084	0,406	-0,090	0,373	0,037	0,717	0,001	0,988	-0,073	0,473
İY3	0,097	0,336	0,066	0,517	-0,001	0,992	0,065	0,520	0,058	0,564	0,041	0,686
İY4	-0,025	0,802	0,157	0,118	-0,013	0,901	0,047	0,644	-0,033	0,745	0,021	0,833
İY5	-0,189	0,059	-0,156	0,121	-0,085	0,400	-0,168	0,095	-0,007	0,946	-0,147	0,145
İYToplam	-0,119	0,239	-0,001	0,990	-0,118	0,244	-0,033	0,742	-0,057	0,572	-0,100	0,322
KA1	**,222***	**0,026**	0,094	0,350	0,019	0,850	0,136	0,178	**,204***	**0,042**	0,147	0,145
KA2	**,216***	**0,031**	0,169	0,092	0,033	0,743	**,222***	**0,027**	0,176	0,080	0,194	0,053
KA3	**,320****	**0,001**	0,144	0,153	0,045	0,654	0,160	0,112	0,110	0,274	**,213***	**0,033**
KAToplam	**,299****	**0,002**	0,151	0,135	0,033	0,748	**,201***	**0,044**	0,194	0,053	**,212***	**0,035**

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

4.5. YÖNETİCİ İŞLEVLER İLE ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yönetici işlev testleri olan FDB, Stroop testi, İST A ve İST B testleri ile cinsiyetler arasındaki ilişkiye bakıldı. FDB interferansa duyarlılık alt testi puanı erkeklerde 2,82±0,44 puan iken kadınlarda 2,49±0,70 puan bulundu ve erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark gösterecek şekilde yüksek saptandı (p:0,006). FDB'nin diğer alt testleri, Stroop testi, İST A ve İST B testleri ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi (p>0,05). (Tablo 10).

Tablo 10. Örneklemde Yönetici İşlevler ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki-I

	Cinsiyet						p
	Erkek			Kadın			
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
FDB Konseptualizasyon	2,12	±,39	2,00	2,16	±,42	2,00	0,664
FDB Mental Esneklik	2,10	±,92	2,00	2,31	±,84	3,00	0,223
FDB Motor Programlama	2,69	±,55	3,00	2,61	±,53	3,00	0,303
FDB İnterferansa Duyarlılık	2,82	±,44	3,00	2,49	±,70	3,00	**0,006**
FDB İnhibitör Kontrol	2,33	±,75	2,00	2,33	±,74	2,00	0,973
FDB Çevresel Otonomi	2,96	±,29	3,00	3,00	±,00	3,00	0,308
FDB Total	15,02	±2,08	15,00	14,90	±2,35	15,00	0,878
Stroop Bölüm 5	31,98	±10,34	31,00	34,02	±11,25	33,00	0,406
Stroop süre farkı	21,73	±9,37	21,00	23,22	±9,92	22,00	0,464
İST A süre	45,00	±17,68	45,00	49,78	±24,69	42,00	0,542
İST B süre	113,61	±47,15	101,00	135,86	±77,97	108,00	0,306
İST B-A süre	68,61	±34,69	57,00	86,08	±58,63	72,00	0,314

Mann-Whitney U Testi

Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

Yönetici işlev testleri olan FDB, Stroop testi, İST A ve İST B testleri ile yaş, eğitim süresi ve gelir durumu arasındaki ilişkiye bakıldı. Yaş ile FDB mental esneklik alt testi puanı (p:0,040) arasında ters yönlü, Stroop testi Bölüm 5 süresi (p:0,002), Stroop testi süre farkı (p:0,016) ve İST A süresi (p:0,044) ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Eğitim süresi ile FDB konseptualizasyon puanı (p:0,031), mental esneklik puanı (p:0,000), motor programlama puanı (p:0,014), interferansa duyarlılık puanı (p:0,006), inhibitör kontrol puanı (0,000) ve toplam puan (p:0,000) arasında aynı yönlü, Stroop testi

Bölüm 5 süresi (p:0,000), Stroop testi süre farkı (p:0,000), İST A süresi (p:0,000), İST B süresi (p:0,000) ve İST B-A süresi (p:0,000) ile arasında ters yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki saptandı. Gelir durumu ile FDB konseptualizasyon puanı (p:0,018), mental esneklik puanı (p:0,001), motor programlama puanı (p:0,008), inhibitör kontrol puanı (p:0,000) ve toplam puan (p:0,000) arasında aynı yönlü, Stroop testi Bölüm 5 süresi (p:0,008), Stroop testi süre farkı (p:0,012), İST A süresi (p:0,003), İST B süresi (p:0,000) ve İST B-A süresi (p:0,002) ile arasında ters yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki saptandı. (Tablo 11).

Tablo 11. Örneklemde Yönetici İşlevler ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki-II

	Yaş		Eğitim süresi		Gelir durumu	
	r	p	r	p	r	p
FDB Konseptualizasyon	-0,048	0,632	**,216***	**0,031**	**,236***	**0,018**
FDB Mental Esneklik	**-,206***	**0,040**	**,450****	**0,000**	**,333****	**0,001**
FDB Motor Programlama	-0,037	0,712	**,244***	**0,014**	**,264****	**0,008**
FDB İnterferansa Duyarlılık	-0,140	0,164	**,272****	**0,006**	0,127	0,206
FDB İnhibitör Kontrol	-0,069	0,498	**,416****	**0,000**	**,431****	**0,000**
FDB Çevresel Otonomi	-0,096	0,343	-0,034	0,736	0,037	0,716
FDB Total	-0,169	0,092	**,497****	**0,000**	**,430****	**0,000**
Stroop Bölüm 5	**,312****	**0,002**	**-,402****	**0,000**	**-,264****	**0,008**
Stroop süre farkı	**,240***	**0,016**	**-,355****	**0,000**	**-,251***	**0,012**
İST A süre	**,202***	**0,044**	**-,356****	**0,000**	**-,292****	**0,003**
İST B süre	0,164	0,102	**-,457****	**0,000**	**-,360****	**0,000**
İST B-A süre	0,152	0,132	**-,428****	**0,000**	**-,308****	**0,002**

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

4.6. YÖNETİCİ İŞLEVLER İLE ÖRNEKLEMİN HASTALIK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yönetici işlev testleri olan FDB, Stroop testi, İST A ve İST B testleri ile intihar girişimi arasındaki ilişkiye bakıldı. İntihar girişimi olmayanlarda FDB konseptualizasyon alt testi 2,22±0,41, toplam puan 15,28±2,07 puan iken, intihar girişimi olanlarda FDB konseptualizasyon alt testi 2,00±0,34, toplam puan 14,37±2,38 puan bulundu ve intihar girişimi olmayanlarda, intihar girişimi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterecek şekilde yüksek saptandı (sırasıyla p:0,012, p:0,049). İntihar girişimi olmayanlarda Stroop testi bölüm 5 süresi 31,35±10,59 saniye, İST B süresi 114,85±56,59 saniye, İST B-A süresi 69,05±39,73

saniye iken, intihar girişimi olanlarda Stroop testi bölüm 5 süresi 36,11±10,66 saniye, İST B süresi 143,74±76,54 saniye, İST B-A süresi 93,26±60,12 saniyeydi ve intihar girişimi olmayanlarda, intihar girişimi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterecek şekilde düşük saptandı (sırasıyla p:0,028, p:0,034, p:0,028). (Tablo 12).

Tablo 12. Örneklemde Yönetici İşlevler ile İntihar Girişimi Arasındaki İlişki

	İntihar girişimi						p
	Hayır			Evet			
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
FDB Konseptualizasyon	2,22	±,41	2,00	2,00	±,34	2,00	**0,012**
FDB Mental Esneklik	2,22	±,89	2,00	2,20	±,87	2,00	0,861
FDB Motor Programlama	2,72	±,48	3,00	2,51	±,61	3,00	0,076
FDB İnterferansa Duyarlılık	2,74	±,51	3,00	2,49	±,74	3,00	0,066
FDB İnhibitör Kontrol	2,38	±,72	3,00	2,23	±,77	2,00	0,319
FDB Çevresel Otonomi	3,00	±,00	3,00	2,94	±,34	3,00	0,173
FDB Total	15,28	±2,07	16,00	14,37	±2,38	14,00	**0,049**
Stroop Bölüm 5	31,35	±10,59	30,00	36,11	±10,66	37,00	**0,028**
Stroop süre farkı	21,17	±9,34	20,00	24,94	±9,83	23,00	0,056
İST A süre	45,80	±20,74	42,00	50,49	±23,04	47,00	0,138
İST B süre	114,85	±56,59	98,00	143,74	±76,54	124,00	**0,034**
İST B-A süre	69,05	±39,73	55,00	93,26	±60,12	76,00	**0,028**

Mann-Whitney U Testi

Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

Yönetici işlev testleri olan FDB, Stroop testi, İST A ve İST B testleri ile hastalık süresi, hastalığın başlama yaşı, hastaneye yatış sayısı, hastaneye son yatışından beri geçen süre ve toplam epizod sayısı arasındaki ilişkiye bakıldı. Hastalık süresi ile FDB mental esneklik puanı (p:0,000) ve toplam puanı (p:0,013) arasında ters yönlü, İST B süresi (p:0,014) ve İST B-A süresi (p:0,017) ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Hastaneye son yatışından beri geçen süre ile FDB mental esneklik puanı (p:0,009) arasında ters yönlü, İST A süresi (p:0,038) ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Toplam epizod sayısı ile FDB mental esneklik puanı (p:0,015) arasında ters yönlü, İST B süresi (p:0,018) ve İST B-A süresi (p:0,014) ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Hastalığın başlama yaşı ve hastaneye yatış sayısı ile yönetici işlev testleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi (p>0,05). (Tablo 13 ve 14).

Tablo 13. Örneklemde Yönetici İşlevler ile Hastalık Özellikleri Arasındaki İlişki-I

	Hastalık süresi		Hastalığın başlama yaşı		Hastaneye yatış sayısı	
	r	p	r	p	r	p
FDB Konseptualizasyon	-0,071	0,480	0,017	0,869	-0,038	0,706
FDB Mental Esneklik	**-,353****	**0,000**	0,182	0,069	-0,092	0,362
FDB Motor Programlama	-0,144	0,153	0,104	0,304	-0,099	0,328
FDB İnterferansa Duyarlılık	-0,073	0,471	-0,071	0,481	0,035	0,730
FDB İnhibitör Kontrol	-0,095	0,346	0,004	0,972	-0,069	0,498
FDB Çevresel Otonomi	-0,066	0,513	-0,068	0,502	-0,158	0,117
FDB Total	**-,248***	**0,013**	0,078	0,438	-0,128	0,203
Stroop Bölüm 5	0,194	0,053	0,090	0,371	-0,025	0,804
Stroop süre farkı	0,122	0,227	0,082	0,419	-0,047	0,641
İST A süre	0,185	0,065	0,010	0,922	0,171	0,089
İST B süre	**,245***	**0,014**	-0,088	0,384	0,050	0,621
İST B-A süre	**,238***	**0,017**	-0,101	0,316	-0,004	0,966

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

Tablo 14. Örneklemde Yönetici İşlevler ile Hastalık Özellikleri Arasındaki İlişki-II

	Epizod sayısı toplam		Hastaneye son yatışından beri geçen süre	
	r	p	r	p
FDB Konseptualizasyon	-0,083	0,412	-0,084	0,407
FDB Mental Esneklik	**-,242***	**0,015**	**-,260****	**0,009**
FDB Motor Programlama	-0,099	0,326	-0,115	0,255
FDB İnterferansa Duyarlılık	0,014	0,888	0,037	0,715
FDB İnhibitör Kontrol	-0,074	0,462	-0,024	0,810
FDB Çevresel Otonomi	-0,140	0,166	0,055	0,589
FDB Total	-0,175	0,081	-0,170	0,092
Stroop Bölüm 5	0,142	0,159	0,007	0,945
Stroop süre farkı	0,071	0,483	-0,024	0,811
İST A süre	0,132	0,191	**,208***	**0,038**
İST B süre	**,236***	**0,018**	0,148	0,143
İST B-A süre	**,244***	**0,014**	0,095	0,346

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

4.7. ÇÇT İLE YÖNETİCİ İŞLEVLER ARASINDAKİ İLİŞKİ AÇISINDAN ÖRNEKLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Örneklemin ÇÇTÖ-28 alt ölçek puanları ve toplam puanı ile yönetici işlev testleri olan FDB, Stroop testi, İST A ve İST B testleri arasındaki ilişki incelendi. Duygusal istismar ile FDB motor programlama puanı (p:0,000), interferansa

duyarlılık puanı (p:0,003), inhibitör kontrol puanı (p:0,013) ve toplam puanı (p:0,003) arasında ters yönlü, İST B süresi (p:0,019) ve İST B-A süresi (p:0,006) ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Fiziksel istismar ile FDB mental esneklik puanı (p:0,035), motor programlama puanı (p:0,000), interferansa duyarlılık puanı (p:0,000), inhibitör kontrol puanı (p:0,005) ve toplam puanı (p:0,000) arasında ters yönlü, Stroop testi Bölüm 5 süresi (p:0,002), Stroop testi süre farkı (p:0,003), İST A süresi (p:0,004), İST B süresi (p:0,001), İST B-A süresi (p:0,002) ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki saptandı. Duygusal ihmal ile FDB motor programlama puanı (p:0,000), interferansa duyarlılık puanı (p:0,000), inhibitör kontrol puanı (p:0,001) ve toplam puanı (p:0,000) arasında ters yönlü, Stroop testi Bölüm 5 süresi (p:0,000), Stroop testi süre farkı (p:0,000), İST A süresi (p:0,002), İST B süresi (p:0,000), İST B-A süresi (p:0,000) ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki saptandı. Fiziksel ihmal ile FDB mental esneklik (p:0,000), motor programlama (p:0,000), interferansa duyarlılık (p:0,000), inhibitör kontrol (p:0,001) ve toplam puanı (p:0,000) arasında ters yönlü, Stroop testi Bölüm 5 süresi (p:0,000), Stroop testi süre farkı (p:0,000), İST A süresi (p:0,000), İST B süresi (p:0,000), İST B-A süresi (p:0,000) ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki saptandı. ÇÇTÖ-28 toplam puanı ile FDB mental esneklik puanı (p:0,029), motor programlama puanı (p:0,000), interferansa duyarlılık puanı (p:0,000), inhibitör kontrol puanı (p:0,001) ve toplam puanı (p:0,000) arasında ters yönlü, Stroop testi Bölüm 5 süresi (p:0,000), Stroop testi süre farkı (p:0,000), İST A süresi (p:0,002), İST B süresi (p:0,000), İST B-A süresi (p:0,000) ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki saptandı. Cinsel istismar ile yönetici işlev testleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi (p>0,05). (Tablo 15).

Tablo 15. ÇÇT ile Yönetici İşlev Testleri arasındaki ilişki

	Duygusal istismar		Fiziksel istismar		Duygusal ihmal		Fiziksel ihmal		Cinsel istismar		Toplam puan	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
FDB K	-0,022	0,826	-0,106	0,294	-0,018	0,860	-0,094	0,350	0,110	0,278	-0,037	0,717
FDB ME	-0,087	0,390	**-,211***	**0,035**	-0,195	0,051	**-,391****	**0,000**	0,074	0,465	**-,219***	**0,029**
FDB MP	**-,433****	**0,000**	**-,450****	**0,000**	**-,427****	**0,000**	**-,462****	**0,000**	-0,195	0,052	**-,529****	**0,000**
FDB İD	**-,298****	**0,003**	**-,374****	**0,000**	**-,428****	**0,000**	**-,437****	**0,000**	**-,227***	**0,023**	**-,456****	**0,000**

FDB İK	**-,247***	**0,013**	**-,281****	**0,005**	**-,337****	**0,001**	**-,316****	**0,001**	0,060	0,550	**-,329****	**0,001**
FDB ÇO	-0,074	0,464	-0,136	0,178	-0,162	0,106	0,081	0,423	0,059	0,562	-0,098	0,334
FDB T	**-,298****	**0,003**	**-,422****	**0,000**	**-,446****	**0,000**	**-,514****	**0,000**	-0,050	0,619	**-,473****	**0,000**
Stroop Bölüm 5	0,156	0,122	**,307****	**0,002**	**,435****	**0,000**	**,486****	**0,000**	0,097	0,336	**,419****	**0,000**
Stroop süre farkı	0,176	0,081	**,291****	**0,003**	**,441****	**0,000**	**,475****	**0,000**	0,100	0,321	**,427****	**0,000**
İST A süre	0,076	0,451	**,285****	**0,004**	**,307****	**0,002**	**,376****	**0,000**	0,000	0,997	**,305****	**0,002**
İST B süre	**,234***	**0,019**	**,324****	**0,001**	**,419****	**0,000**	**,520****	**0,000**	0,027	0,790	**,440****	**0,000**
İST B-A süre	**,275****	**0,006**	**,310****	**0,002**	**,411****	**0,000**	**,513****	**0,000**	0,027	0,787	**,439****	**0,000**

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

FDB K, FDB Konseptualizasyon; FDB ME, FDB Mental Esneklik; FDB MP, FDB Motor Programlama; FDB İD, FDB İnterferansa Duyarlılık; FDB İK, FDBİnhibitör Kontrol; FDB ÇO, FDB Çevresel Otonomi; FDB T, FDB Toplam Puan; Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

4.8. MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ İLE YÖNETİCİ İŞLEVLER ARASINDAKİ İLİŞKİ AÇISINDAN ÖRNEKLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Örneklemin MKE alt ölçek puanları ve toplam puanları ile yönetici işlev testleri arasındaki ilişki incelendi. FDB konseptualizasyon puanı ile ZK2 alt puanı (p:0,009) arasında ters yönlü, İY2 alt puanı (p:0,004) ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. FDB mental esneklik puanı ile KY5 alt puanı (p:0,010) ve İY5 alt puanı (p:0,003) arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olacak şekilde ilişki bulundu. FDB inhibitör kontrol puanı ile YA3 alt puanı (p:0,010) ve İY2 alt puanı (p:0,009) arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. FDB total puanı ile KY5 alt puanı (p:0,002), İY2 alt puanı (p:0,003) ve İY5 alt puanı (p:0,002) arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. FDB interferansa duyarlılık ve çevresel otonomi puanları ile mizaç ve karakter özellikleri arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki izlenmedi (p>0,01). (Tablo 16).

Tablo 16. Örneklemde Mizaç ve Karakter Özellikleri ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki-I

	FDB K		FDB ME		FDB MP		FDB İD		FDB İK		FDB ÇO		FDB T	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
YA1	0,138	0,172	0,103	0,307	0,074	0,462	0,027	0,793	0,175	0,082	0,000	1,000	0,159	0,114

YA2	-0,059	0,562	-0,112	0,269	**-,210***	**0,036**	-0,002	0,986	-0,074	0,466	-0,166	0,099	-0,135	0,180
YA3	0,135	0,180	0,087	0,387	0,123	0,223	0,173	0,086	**,258****	**0,010**	0,088	0,384	**,226***	**0,024**
YA4	-0,046	0,653	-0,168	0,095	0,015	0,885	0,021	0,838	0,003	0,975	-0,032	0,754	-0,053	0,600
YA T	0,079	0,437	-0,009	0,927	0,025	0,803	0,110	0,277	0,172	0,088	-0,091	0,369	0,111	0,273
ZK1	-0,084	0,408	-0,108	0,283	0,013	0,901	**,211***	**0,035**	-0,101	0,316	-0,119	0,236	-0,077	0,446
ZK2	**-,261****	**0,009**	-0,095	0,346	-0,118	0,243	-0,113	0,264	-0,074	0,465	-0,025	0,806	-0,174	0,083
ZK3	-0,175	0,082	-0,123	0,222	-0,121	0,232	0,071	0,483	-0,081	0,425	-0,086	0,394	-0,151	0,134
ZK4	**-,216***	**0,031**	**-,215***	**0,032**	-0,124	0,218	-0,030	0,770	-0,184	0,067	-0,004	0,972	**-,230***	**0,021**
ZK T	**-,234***	**0,019**	-0,187	0,063	-0,107	0,291	0,070	0,487	-0,159	0,115	-0,085	0,398	**-,207***	**0,039**
ÖB1	-0,060	0,555	-0,006	0,950	0,076	0,451	0,002	0,987	0,117	0,245	0,170	0,091	0,079	0,437
ÖB3	0,154	0,125	0,179	0,075	-0,062	0,542	-0,111	0,272	0,069	0,498	0,032	0,754	0,118	0,242
ÖB4	0,135	0,181	0,101	0,319	0,107	0,290	**,209***	**0,037**	**,216***	**0,031**	-0,150	0,137	0,194	0,054
ÖB T	0,164	0,103	0,168	0,095	0,086	0,394	0,025	0,807	**,223***	**0,026**	0,121	0,230	**,240***	**0,016**
SE	-0,094	0,351	0,074	0,463	0,166	0,099	0,009	0,928	0,184	0,068	0,095	0,345	0,135	0,181
KY1	0,107	0,291	0,167	0,098	0,173	0,086	0,160	0,112	0,184	0,067	-0,065	0,520	**,240***	**0,016**
KY2	0,131	0,194	**,218***	**0,030**	**,201***	**0,045**	0,051	0,617	0,182	0,071	0,103	0,308	**,245***	**0,014**
KY3	0,100	0,322	0,190	0,058	0,137	0,175	0,110	0,276	0,150	0,135	-0,025	0,806	**,214***	**0,032**
KY4	-0,078	0,440	0,035	0,728	0,014	0,889	-0,013	0,901	-0,117	0,245	-0,107	0,290	-0,035	0,728
KY5	0,174	0,084	**,258****	**0,010**	0,137	0,175	0,154	0,127	0,191	0,057	0,081	0,421	**,303****	**0,002**
KY T	0,100	0,320	**,222***	**0,027**	0,157	0,118	0,099	0,329	0,123	0,224	-0,026	0,796	**,225***	**0,024**
İY1	0,068	0,500	**,221***	**0,027**	0,174	0,084	-0,039	0,699	0,138	0,172	0,167	0,097	0,184	0,066
İY2	**,286****	**0,004**	**,204***	**0,041**	**,216***	**0,031**	0,052	0,608	**,261****	**0,009**	0,087	0,388	**,294****	**0,003**
İY3	0,190	0,059	-0,083	0,412	-0,017	0,869	0,033	0,745	0,111	0,272	0,132	0,191	0,076	0,455
İY4	0,008	0,941	0,002	0,985	-0,046	0,648	-0,068	0,501	0,047	0,643	0,088	0,382	0,009	0,930
İY5	0,141	0,163	**,293****	**0,003**	0,173	0,085	0,176	0,079	0,182	0,070	0,174	0,083	**,311****	**0,002**
İY T	0,183	0,068	0,170	0,091	0,138	0,170	0,043	0,668	**,223***	**0,026**	0,162	0,107	**,242***	**0,015**
KA1	-0,017	0,866	-0,124	0,218	0,042	0,675	0,018	0,857	-0,017	0,866	0,166	0,098	-0,027	0,789
KA2	-0,032	0,750	-0,147	0,143	-0,039	0,703	0,023	0,823	-0,006	0,950	0,107	0,288	-0,083	0,409
KA3	-0,086	0,397	-0,059	0,559	-0,066	0,516	-0,077	0,446	-0,036	0,723	0,089	0,377	-0,066	0,517
KA T	-0,061	0,543	-0,125	0,214	-0,025	0,805	-0,034	0,736	-0,022	0,827	0,148	0,141	-0,074	0,467

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

FDB K, FDB Konseptualizasyon; FDB ME, FDB Mental Esneklik; FDB MP, FDB Motor Programlama; FDB İD, FDB İnterferansa Duyarlılık; FDB İK, FDBİnhibitör Kontrol; FDB ÇO, FDB Çevresel Otonomi; FDB T, FDB Toplam Puan

İST A süresi ile YA1 alt puanı arasında ters yönlü, ZK2 alt puanı (p:0,010), ZK3 alt puanı (p:0,008), ZK4 alt puanı (p:0,004) ve ZK toplam puanı (p:0,002) ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. İST B süresi ile ZK4 alt puanı (p:0,004) arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. İST B-A süresi ile ZK4 alt puanı (p:0,008) arasında

aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. Stroop testi Bölüm 5 süresi ve Stroop testi süre farkı ile mizaç ve karakter özellikler arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki gözlenmedi (p>0,01). (Tablo 17).

Tablo 17. Örneklemde Mizaç ve Karakter Özellikleri ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki-II

	Stroop Bölüm 5		Stroop süre farkı		İST A süre		İST B süre		İST B-A süre	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
YA1	-0,114	0,258	-0,080	0,426	**-,291****	**0,003**	**-,226***	**0,023**	-0,176	0,079
YA2	-0,024	0,816	-0,023	0,817	0,095	0,349	0,070	0,487	0,074	0,466
YA3	**-,219***	**0,029**	**-,212***	**0,034**	-0,114	0,260	**-,219***	**0,028**	-0,196	0,051
YA4	0,022	0,830	0,030	0,769	-0,052	0,609	0,028	0,781	0,091	0,368
YA T	-0,159	0,115	-0,149	0,140	-0,127	0,208	-0,168	0,094	-0,126	0,211
ZK1	0,138	0,171	0,124	0,220	0,121	0,231	0,130	0,196	0,105	0,297
ZK2	0,057	0,570	0,018	0,861	**,258****	**0,010**	0,167	0,097	0,125	0,214
ZK3	0,040	0,692	0,034	0,741	**,262****	**0,008**	0,166	0,099	0,098	0,333
ZK4	0,148	0,142	0,143	0,154	**,284****	**0,004**	**,287****	**0,004**	**,265****	**0,008**
ZK T	0,143	0,156	0,123	0,221	**,305****	**0,002**	**,254***	**0,011**	**,202***	**0,043**
ÖB1	-0,096	0,344	-0,089	0,381	-0,095	0,350	-0,064	0,528	-0,034	0,735
ÖB3	0,047	0,643	0,048	0,638	-0,170	0,090	-0,157	0,119	-0,100	0,322
ÖB4	-0,154	0,126	-0,164	0,104	-0,042	0,680	-0,138	0,170	-0,168	0,094
ÖB T	-0,100	0,322	-0,100	0,320	**-,200***	**0,046**	-0,176	0,080	-0,124	0,219
SE	-0,107	0,288	-0,093	0,358	-0,119	0,237	-0,102	0,312	-0,101	0,318
KY1	**-,209***	**0,037**	**-,201***	**0,045**	-0,083	0,410	**-,214***	**0,033**	**-,237***	**0,018**
KY2	-0,030	0,765	-0,011	0,913	**-,213***	**0,033**	-0,157	0,119	-0,113	0,264
KY3	-0,089	0,379	-0,080	0,431	**-,208***	**0,038**	-0,184	0,067	-0,168	0,094
KY4	0,162	0,107	0,182	0,070	-0,075	0,456	-0,020	0,846	-0,008	0,934
KY5	-0,156	0,122	-0,145	0,150	-0,092	0,364	**-,208***	**0,038**	**-,225***	**0,025**
KY T	-0,068	0,500	-0,051	0,611	-0,162	0,108	-0,191	0,057	-0,183	0,068
İY1	-0,126	0,213	-0,094	0,350	-0,151	0,134	**-,233***	**0,020**	**-,236***	**0,018**
İY2	-0,122	0,227	-0,104	0,304	-0,187	0,063	**-,206***	**0,040**	**-,204***	**0,041**
İY3	-0,090	0,374	-0,064	0,529	-0,045	0,656	-0,052	0,610	-0,027	0,786
İY4	0,041	0,686	0,040	0,692	0,106	0,295	0,016	0,874	-0,006	0,949
İY5	**-,201***	**0,045**	**-,204***	**0,041**	-0,139	0,169	-0,178	0,077	-0,178	0,077
İY T	-0,135	0,182	-0,112	0,267	-0,081	0,423	-0,175	0,082	-0,183	0,068
KA1	-0,090	0,375	-0,095	0,346	0,023	0,823	0,043	0,669	0,055	0,584
KA2	-0,014	0,888	-0,034	0,740	0,058	0,569	0,068	0,501	0,029	0,772
KA3	-0,087	0,392	-0,095	0,345	0,130	0,198	0,039	0,703	-0,002	0,981
KA T	-0,074	0,463	-0,093	0,356	0,085	0,400	0,057	0,575	0,033	0,743

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

4.9. YAŞAM KALİTESİ İLE ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

BBYKÖ-KF toplam puanı ile cinsiyetler arasındaki ilişkiye bakıldı. BBYKÖ-KF toplam puanı erkeklerde 45,02±9,08 puan iken kadınlarda 44,98±9,10 puan bulundu ve BBYKÖ-KF toplam puanında cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi (p>0,05). (Tablo 18).

Tablo 18. Örneklemde Yaşam Kalitesinin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi-I

	Cinsiyet						p
	Erkek			Kadın			
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
BBYKÖ-KF	45,02	±9,08	46,00	44,98	±9,10	46,00	0,909

Mann-Whitney U Testi

BBYKÖ-KF toplam puanı ile yaş, eğitim süresi ve gelir durumu arasındaki ilişkiye bakıldı. BBYKÖ-KF toplam puanı ile yaş (p:0,020) ve gelir durumu (p:0,042) arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. BBYKÖ-KF toplam puanı ile eğitim süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmedi (p>0,05). (Tablo 19).

Tablo 19. Örneklemde Yaşam Kalitesinin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi-II

	Yaş		Eğitim süresi		Gelir durumu	
	r	p	r	p	r	p
BBYKÖ-KF	**,233***	**0,020**	0,080	0,427	**,204***	**0,042**

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05

4.10. YAŞAM KALİTESİ İLE ÖRNEKLEMİN HASTALIK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

BBYKÖ-KF toplam puanı ile intihar girişimi arasındaki ilişkiye bakıldı. İntihar girişimi olmayanlarda BBYKÖ-KF toplam puanı 45,28±8,38 puan iken, intihar girişimi olanlarda BBYKÖ-KF toplam puanı 44,49±10,29 puan bulundu ve BBYKÖ-KF toplam puanında intihar girişimine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi (p>0,05). (Tablo 20).

Tablo 20. Örneklemde Yaşam Kalitesinin İntihar Girişimi ile İlişkisi

	İntihar girişimi						p
	Hayır			Evet			
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
BBYKÖ-KF	45,28	±8,38	46,00	44,49	±10,29	45,00	0,803

Mann-Whitney U Testi

BBYKÖ-KF toplam puanı ile hastalık süresi, hastalığın başlama yaşı, hastaneye yatış sayısı ve toplam epizod sayısı arasındaki ilişki incelendi. Hastalığın başlama yaşı ile BBYKÖ-KF toplam puanı arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki saptandı (p:0,007). Hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı ve toplam epizod sayısı ile BBYKÖ-KF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmedi. (p>0,05). (Tablo 21).

Tablo 21. Örneklemde Yaşam Kalitesinin Hastalık Özellikleri ile İlişkisi

	Hastalık süresi		Hastalığın başlama yaşı		Hastaneye yatış sayısı		Epizod sayısı toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p
BBYKÖ-KF	-0,030	0,764	**,267****	**0,007**	0,033	0,745	-0,089	0,381

Spearman Korelasyon Testi **=p<0,01

4.11. ÇÇT İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ AÇISINDAN ÖRNEKLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Örneklemin ÇÇTÖ-28 alt ölçek puanları ve toplam puanı ile BBYKÖ-KF toplam puanı arasındaki ilişki incelendi. BBYKÖ-KF toplam puanı ile duygusal istismar (p:0,003), duygusal ihmal (p:0,005) ve ÇÇTÖ-28 toplam puanı (p:0,004) arasında ters yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. BBYKÖ-KF toplam puanı ile fiziksel istismar (p:0,029) ve fiziksel ihmal (p:0,032) arasında ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Cinsel istismar ile BBYKÖ-KF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmedi (p>0,05). (Tablo 22).

Tablo 22. Örneklemde Yaşam Kalitesinin ÇÇT ile İlişkisi

	Duygusal istismar		Fiziksel istismar		Duygusal ihmal		Fiziksel ihmal		Cinsel istismar		Toplam puan	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
BBYKÖ-KF	**-,295****	**0,003**	**-,218***	**0,029**	**-,278****	**0,005**	**-,214***	**0,032**	-0,113	0,262	**-,289****	**0,004**

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

4.12. MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ AÇISINDAN ÖRNEKLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Örneklemin MKE alt ölçek puanları ve toplam puanları ile BBYKÖ-KF toplam puanı arasındaki ilişki incelendi. BBYKÖ-KF toplam puanı ile YA2 alt puanı (p:0,006), ZK1 alt puanı (p:0,000), ZK3 alt puanı (p:0,001), ZK4 alt puanı (p:0,000) ve ZK toplam puanı (p:0,000) arasında ters yönlü, KY1 alt puanı (p:0,000), KY2 alt puanı (p:0,000), KY3 alt puanı (p:0,000), KY5 alt puanı (p:0,002), KY toplam puanı (p:0,000), İY1 alt puanı (p:0,000) ve İY toplam puanı (p:0,002) ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. (Tablo 23a. ve 23b.)

Tablo 23a. ve 23b. Örneklemde Yaşam Kalitesinin Mizaç ve Karakter Özellikleri ile İlişkisi

Tablo 23a.

	BBYKÖ-KF	
	r	p
YA1	**,210***	**0,036**
YA2	**-,274****	**0,006**
YA3	**-,237***	**0,018**
YA4	-0,123	0,223
YA T	-0,164	0,103
ZK1	**-,354****	**0,000**
ZK2	**-,202***	**0,043**
ZK3	**-,335****	**0,001**
ZK4	**-,519****	**0,000**
ZK T	**-,461****	**0,000**
ÖB1	-0,134	0,185
ÖB3	0,120	0,234
ÖB4	0,021	0,836
ÖB T	0,038	0,705
SE	0,067	0,507

Tablo 23b.

	BBYKÖ-KF	
	r	p
KY1	**,349****	**0,000**
KY2	**,423****	**0,000**
KY3	**,395****	**0,000**
KY4	**,219***	**0,029**
KY5	**,304****	**0,002**
KY T	**,443****	**0,000**
İY1	**,423****	**0,000**
İY2	0,188	0,061
İY3	-0,008	0,941
İY4	0,165	0,101
İY5	0,170	0,091
İY T	**,305****	**0,002**
KA1	**-,204***	**0,042**
KA2	0,037	0,717
KA3	-0,096	0,340
KA T	-0,101	0,315

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

4.13. YÖNETİCİ İŞLEVLER İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ AÇISINDAN ÖRNEKLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yönetici işlev testleri olan FDB, Stroop testi, İST A ve İST B testleri ile BBYKÖ-KF toplam puanı arasındaki ilişki incelendi. İST A süresi ile BBYKÖ-KF toplam puanı arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p:0,050). FDB, Stroop testi, İST B süresi ve İST B-A süresi ile BBYKÖ-KF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi (p>0,05). (Tablo 24 ve 25).

Tablo 24. Örneklemde Yaşam Kalitesinin Yönetici İşlevler ile İlişkisi-I

	FDB K		FDB ME		FDB MP		FDB İD		FDB İK		FDB ÇO		FDB T	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
BBYKÖ-KF	-0,036	0,723	0,164	0,103	0,102	0,312	-0,012	0,907	0,103	0,306	0,164	0,103	0,137	0,175

Spearman Korelasyon Testi

FDB K, FDB Konseptualizasyon; FDB ME, FDB Mental Esneklik; FDB MP, FDB Motor Programlama; FDB İD, FDB İnterferansa Duyarlılık; FDB İK, FDBİnhibitör Kontrol; FDB ÇO, FDB Çevresel Otonomi; FDB T, FDB Toplam Puan

Tablo 25. Örneklemde Yaşam Kalitesinin Yönetici İşlevler ile İlişkisi-II

	Stroop süre 5		Stroop süre farkı		İST A süre		İST B süre		İST B-A süre	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
BBYKÖ-KF	-0,068	0,501	-0,087	0,391	**-,197***	**0,050**	-0,195	0,051	-0,173	0,085

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05

Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

4.14. ÇÇTÖ-28 ALT ÖLÇEKLERİNE GÖRE TRAVMASI OLMAYAN HASTALARDA YÖNETİCİ İŞLEV TESTLERİNDE KÖTÜ PERFORMANS İLE İLİŞKİLİ MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

ÇÇTÖ-28 alt ölçeklerine göre travması olmayan hastaların MKE toplam puanları ile yönetici işlev testleri arasındaki ilişki incelendi. Duygusal istismar olmayan hastalarda ZK toplam puanı ile FDB konseptualizasyon puanı arasında ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p:0,05). Fiziksel istismar olmayan hastalarda ZK toplam puanı ile FDB konseptualizasyon puanı (p:0,008) arasında ters yönlü, İST A süresi (p:0,009) ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri

derecede anlamlı ilişki bulundu. Cinsel istismar olmayan hastalarda ZK toplam puanı ile FDB konseptualizasyon puanı (p:0,003), FDB mental esneklik puanı (p:0,049), FDB toplam puanı (p:0,031) arasında ters yönlü, İST A süresi (p:0,006) ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olmayan hastalarda yönetici işlev testlerinde kötü performans ile ilişkili herhangi bir mizaç ve karakter özelliği gözlenmedi (p>0,05). (Tablo 26, 27, 28, 29 ve 30)

Tablo 26. Örneklemde Duygusal İstismar Olmayan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki

Duygusal İstismar Yok		YA	ZK	ÖB	SE	KY	İY	KA
FDB K	r	0,101	**-,261***	**,303***	-0,066	0,021	0,031	-0,066
	p	0,454	**0,050**	**0,022**	0,627	0,876	0,819	0,625
FDB ME	r	-0,145	-0,238	0,206	0,167	**,335***	**,270***	-0,078
	p	0,283	0,075	0,123	0,214	**0,011**	**0,042**	0,566
FDB MP	r	0,205	0,018	0,080	0,051	0,101	0,073	-0,169
	p	0,126	0,897	0,555	0,704	0,454	0,591	0,209
FDB İD	r	**,329***	0,118	0,023	0,017	0,097	-0,069	-0,041
	p	**0,012**	0,382	0,867	0,899	0,473	0,611	0,763
FDB İK	r	**,371****	0,037	0,136	0,013	-0,031	0,071	-0,133
	p	**0,004**	0,786	0,313	0,923	0,818	0,598	0,325
FDB ÇO	r	.	.	.	.	.	.	.
	p	.	.	.	.	.	.	.
FDB Toplam	r	0,246	-0,169	**,299***	0,085	0,211	0,180	-0,168
	p	0,065	0,209	**0,024**	0,532	0,115	0,180	0,212
Stroop Bölüm 5	r	-0,249	0,031	-0,083	-0,074	-0,001	-0,132	-0,029
	p	0,062	0,817	0,542	0,584	0,997	0,326	0,830
Stroop süre farkı	r	-0,235	-0,003	-0,065	-0,056	0,029	-0,059	-0,090
	p	0,079	0,981	0,630	0,679	0,833	0,663	0,506
İST A süre	r	-0,165	0,176	-0,247	-0,076	-0,169	-0,030	0,228
	p	0,219	0,190	0,064	0,572	0,209	0,822	0,088
İST B süre	r	-0,151	0,170	-0,201	-0,133	-0,228	-0,159	0,181
	p	0,261	0,207	0,133	0,324	0,088	0,237	0,179
İST B-A süre	r	-0,101	0,135	-0,114	-0,134	-0,233	-0,193	0,140
	p	0,456	0,317	0,398	0,319	0,081	0,151	0,301

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

FDB K, FDB Konseptualizasyon; FDB ME, FDB Mental Esneklik; FDB MP, FDB Motor Programlama; FDB İD, FDB İnterferansa Duyarlılık; FDB İK, FDBİnhibitör Kontrol; FDB ÇO, FDB Çevresel Otonomi; FDB T, FDB Toplam Puan; Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

Tablo 27. Örneklemde Fiziksel İstismar Olmayan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki

Fiziksel İstismar Yok		YA	ZK	ÖB	SE	KY	İY	KA
FDB K	r	0,046	**-,299****	**,235***	-0,109	0,133	**,228***	-0,091

	p	0,686	**0,008**	**0,038**	0,344	0,244	**0,045**	0,428
FDB ME	r	-0,078	-0,180	**,286***	0,059	**,273***	**,307****	-0,134
	p	0,496	0,116	**0,011**	0,608	**0,015**	**0,006**	0,243
FDB MP	r	0,039	0,037	0,067	0,028	0,126	0,206	-0,139
	p	0,735	0,747	0,562	0,806	0,272	0,071	0,226
FDB İD	r	0,065	0,144	0,029	0,001	0,088	0,058	0,019
	p	0,575	0,208	0,798	0,991	0,443	0,613	0,868
FDB İK	r	0,219	-0,057	0,172	0,080	0,064	0,177	-0,125
	p	0,054	0,618	0,133	0,488	0,579	0,121	0,276
FDB ÇO	r	.	.	.	.	.	.	.
	p	.	.	.	.	.	.	.
FDB Toplam	r	0,114	-0,159	**,291****	0,051	**,231***	**,303****	-0,150
	p	0,321	0,164	**0,010**	0,655	**0,042**	**0,007**	0,189
Stroop Bölüm 5	r	-0,167	0,078	-0,140	-0,078	-0,014	-0,197	-0,101
	p	0,144	0,495	0,221	0,496	0,902	0,084	0,377
Stroop süre farkı	r	-0,121	0,046	-0,138	-0,067	0,001	-0,162	-0,118
	p	0,291	0,687	0,229	0,559	0,991	0,155	0,303
İST A süre	r	-0,167	**,294****	**-,239***	-0,102	-0,138	-0,088	0,101
	p	0,144	**0,009**	**0,035**	0,373	0,227	0,444	0,381
İST B süre	r	-0,159	0,168	**-,227***	-0,065	-0,145	**-,227***	0,082
	p	0,165	0,141	**0,046**	0,572	0,204	**0,046**	0,475
İST B-A süre	r	-0,095	0,098	-0,163	-0,062	-0,138	**-,256***	0,059
	p	0,409	0,393	0,155	0,591	0,228	**0,023**	0,610

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

FDB K, FDB Konseptualizasyon; FDB ME, FDB Mental Esneklik; FDB MP, FDB Motor Programlama; FDB İD, FDB İnterferansa Duyarlılık; FDB İK, FDBİnhibitör Kontrol; FDB ÇO, FDB Çevresel Otonomi; FDB T, FDB Toplam Puan; Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

Tablo 28. Örneklemde Cinsel İstismar Olmayan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki

Cinsel İstismar Yok		YA	ZK	ÖB	SE	KY	İY	KA
FDB K	r	-0,113	**-,343****	0,075	-0,193	**,266***	0,182	-0,166
	p	0,340	**0,003**	0,528	0,100	**0,022**	0,120	0,158
FDB ME	r	-0,139	**-,230***	0,126	0,072	**,373****	**,263***	-0,173
	p	0,237	**0,049**	0,285	0,542	**0,001**	**0,024**	0,140
FDB MP	r	0,035	-0,059	0,039	0,065	0,138	0,056	-0,062
	p	0,765	0,617	0,739	0,580	0,241	0,637	0,602
FDB İD	r	0,174	0,079	0,031	-0,005	0,097	0,019	0,019
	p	0,139	0,504	0,791	0,969	0,409	0,872	0,872
FDB İK	r	0,134	-0,140	0,148	0,114	0,168	0,220	-0,166
	p	0,255	0,235	0,209	0,335	0,153	0,059	0,157
FDB ÇO	r	-0,132	-0,102	0,135	0,120	0,003	0,187	0,167
	p	0,262	0,389	0,251	0,308	0,981	0,111	0,154
FDB Toplam	r	0,031	**-,252***	0,192	0,062	**,327****	**,257***	-0,169
	p	0,794	**0,031**	0,100	0,597	**0,004**	**0,027**	0,151
Stroop Bölüm 5	r	-0,172	0,110	-0,114	-0,097	-0,094	-0,128	-0,075
	p	0,142	0,351	0,334	0,413	0,426	0,276	0,527
Stroop süre farkı	r	-0,145	0,071	-0,125	-0,100	-0,047	-0,093	-0,112
	p	0,219	0,546	0,290	0,398	0,689	0,429	0,340
İST A süre	r	-0,095	**,319****	-0,131	-0,122	**-,242***	-0,017	0,118
	p	0,421	**0,006**	0,267	0,302	**0,038**	0,887	0,315

İST B süre	r	-0,084	0,195	-0,100	-0,047	**-,262***	-0,141	0,135
	p	0,475	0,096	0,398	0,692	**0,024**	0,231	0,252
İST B-A süre	r	-0,028	0,131	-0,052	-0,043	**-,257***	-0,174	0,131
	p	0,813	0,264	0,661	0,719	**0,027**	0,139	0,266

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

FDB K, FDB Konseptualizasyon; FDB ME, FDB Mental Esneklik; FDB MP, FDB Motor Programlama; FDB İD, FDB İnterferansa Duyarlılık; FDB İK, FDBİnhibitör Kontrol; FDB ÇO, FDB Çevresel Otonomi; FDB T, FDB Toplam Puan; Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

Tablo 29. Örneklemde Duygusal İhmal Olmayan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki

Duygusal İhmal Yok		YA	ZK	ÖB	SE	KY	İY	KA
FDB K	r	0,258	-0,196	0,334	0,019	0,011	0,013	0,087
	p	0,194	0,327	0,089	0,924	0,956	0,949	0,666
FDB ME	r	0,023	-0,318	0,177	0,044	**,468***	0,303	0,120
	p	0,908	0,106	0,377	0,827	**0,014**	0,124	0,553
FDB MP	r	0,038	0,008	0,076	-0,201	0,121	0,000	-0,296
	p	0,851	0,970	0,706	0,316	0,547	1,000	0,133
FDB İD	r	**,403***	0,205	0,175	0,054	-0,212	-0,068	0,053
	p	**0,037**	0,306	0,382	0,789	0,288	0,735	0,792
FDB İK	r	0,367	-0,115	0,078	0,050	-0,032	0,039	-0,124
	p	0,059	0,566	0,698	0,803	0,873	0,846	0,537
FDB ÇO	r	.	.	.	.	.	.	.
	p	.	.	.	.	.	.	.
FDB Toplam	r	0,329	-0,306	0,329	0,108	0,211	0,184	0,116
	p	0,093	0,120	0,094	0,593	0,292	0,357	0,564
Stroop Bölüm 5	r	-0,072	0,200	-0,056	-0,053	-0,031	-0,177	-0,276
	p	0,723	0,318	0,781	0,795	0,879	0,376	0,163
Stroop süre farkı	r	-0,021	0,154	-0,125	-0,099	0,064	-0,171	-0,364
	p	0,918	0,443	0,536	0,624	0,752	0,395	0,062
İST A süre	r	-0,249	0,052	-0,161	-0,038	0,124	0,039	-0,017
	p	0,210	0,798	0,421	0,849	0,538	0,845	0,934
İST B süre	r	-0,144	0,259	-0,249	-0,146	-0,081	-0,288	-0,086
	p	0,472	0,192	0,210	0,468	0,690	0,145	0,671
İST B-A süre	r	-0,042	0,350	-0,213	-0,181	-0,207	**-,391***	-0,077
	p	0,835	0,073	0,285	0,365	0,301	**0,043**	0,703

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05

FDB K, FDB Konseptualizasyon; FDB ME, FDB Mental Esneklik; FDB MP, FDB Motor Programlama; FDB İD, FDB İnterferansa Duyarlılık; FDB İK, FDBİnhibitör Kontrol; FDB ÇO, FDB Çevresel Otonomi; FDB T, FDB Toplam Puan; Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

Tablo 30. Örneklemde Fiziksel İhmal Olmayan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki

Fiziksel İhmal Yok		YA	ZK	ÖB	SE	KY	İY	KA
FDB K	r	0,274	-0,125	**,314***	-0,005	-0,121	-0,080	0,002
	p	0,069	0,412	**0,035**	0,975	0,430	0,599	0,988
FDB ME	r	0,026	-0,153	0,193	0,014	**,337***	**,392****	-0,104

	p	0,863	0,316	0,203	0,926	**0,024**	**0,008**	0,498
FDB MP	r	0,098	-0,221	**,309***	0,174	0,102	0,235	0,148
	p	0,523	0,144	**0,039**	0,252	0,503	0,120	0,331
FDB İD	r	0,239	0,090	0,049	0,108	0,166	-0,014	0,093
	p	0,114	0,557	0,747	0,481	0,275	0,929	0,544
FDB İK	r	0,243	-0,206	0,255	0,105	0,143	0,278	-0,110
	p	0,108	0,175	0,091	0,491	0,348	0,064	0,471
FDB ÇO	r	-0,199	-0,128	0,193	0,124	-0,017	0,238	0,221
	p	0,190	0,403	0,203	0,418	0,909	0,115	0,144
FDB Toplam	r	0,287	-0,228	**,393****	0,134	0,205	**,325***	0,013
	p	0,056	0,133	**0,008**	0,380	0,178	**0,029**	0,934
Stroop Bölüm 5	r	-0,111	0,067	-0,273	-0,150	-0,023	**-,313***	-0,230
	p	0,466	0,660	0,070	0,325	0,883	**0,036**	0,129
Stroop süre farkı	r	-0,081	0,039	-0,260	-0,121	-0,002	-0,231	-0,264
	p	0,596	0,801	0,084	0,430	0,988	0,126	0,080
İST A süre	r	-0,121	0,112	-0,262	-0,167	0,012	-0,115	0,038
	p	0,430	0,463	0,082	0,272	0,940	0,450	0,803
İST B süre	r	-0,237	0,223	-,346*	-0,112	-0,169	**-,310***	-0,056
	p	0,117	0,141	0,020	0,465	0,268	**0,038**	0,713
İST B-A süre	r	-0,205	0,272	-,295*	-0,124	-0,193	**-,373***	-0,113
	p	0,176	0,071	0,049	0,415	0,204	**0,012**	0,458

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

FDB K, FDB Konseptualizasyon; FDB ME, FDB Mental Esneklik; FDB MP, FDB Motor Programlama; FDB İD, FDB İnterferansa Duyarlılık; FDB İK, FDBİnhibitör Kontrol; FDB ÇO, FDB Çevresel Otonomi; FDB T, FDB Toplam Puan; Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

4.15. ÇÇTÖ-28 ALT ÖLÇEKLERİNE GÖRE TRAVMASI OLAN HASTALARDA YÖNETİCİ İŞLEV TESTLERİNDE İYİ PERFORMANS İLE İLİŞKİLİ MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

ÇÇTÖ-28 alt ölçeklerine göre travması olan hastaların MKE toplam puanları ile yönetici işlev testleri arasındaki ilişki incelendi. Duygusal istismar olan hastalarda YA toplam puanı ile İST B süresi (p:0,007) ve İST B-A süresi (p:0,009) arasında ters yönlü, SE toplam puanı ile FDB motor programlama puanı (p:0,027) ve FDB inhibitör kontrol puanı (0,005) arasında aynı yönlü, İY toplam puanı ile FDB konseptualizasyon puanı (p:0,029) ve FDB inhibitör kontrol puanı (p:0,024) arasında aynı yönlü, KA toplam puanı ile FDB motor programlama puanı (p:0,013) arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (Tablo 31).

Tablo 31. Örneklemde Duygusal İstismar Olan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki

Duygusal İstismar Var		YA	ZK	ÖB	SE	KY	İY	KA
FDB K	r	0,146	-0,199	-0,008	-0,120	0,164	**,334***	-0,004
	p	0,352	0,201	0,958	0,444	0,292	**0,029**	0,978
FDB ME	r	0,213	-0,125	0,122	-0,029	0,026	-0,023	-0,103
	p	0,170	0,424	0,434	0,851	0,871	0,884	0,513
FDB MP	r	0,171	-0,207	0,100	**,338***	0,037	0,159	**,376***
	p	0,272	0,183	0,522	**0,027**	0,811	0,308	**0,013**
FDB İD	r	0,159	0,082	0,003	0,036	-0,071	0,079	0,137
	p	0,309	0,601	0,987	0,820	0,650	0,615	0,381
FDB İK	r	0,136	**-,420****	0,299	**,422****	0,224	**,345***	0,240
	p	0,384	**0,005**	0,051	**0,005**	0,149	**0,024**	0,122
FDB ÇO	r	-0,056	-0,125	0,175	0,139	-0,094	0,243	0,249
	p	0,721	0,426	0,260	0,373	0,551	0,116	0,107
FDB Toplam	r	0,218	-0,261	0,191	0,246	0,058	0,207	0,234
	p	0,161	0,090	0,221	0,111	0,711	0,183	0,131
Stroop Bölüm 5	r	-0,152	0,268	-0,141	-0,172	-0,089	-0,111	-0,235
	p	0,331	0,082	0,366	0,270	0,570	0,477	0,129
Stroop süre farkı	r	-0,157	0,253	-0,142	-0,152	-0,074	-0,127	-0,226
	p	0,313	0,102	0,365	0,332	0,638	0,417	0,145
İST A süre	r	-0,218	**,423****	-0,152	-0,196	-0,137	-0,094	-0,189
	p	0,161	**0,005**	0,331	0,209	0,380	0,551	0,224
İST B süre	r	**-,408****	**,326***	-0,177	-0,099	-0,046	-0,107	-0,274
	p	**0,007**	**0,033**	0,256	0,530	0,771	0,495	0,075
İST B-A süre	r	**-,393****	0,264	-0,182	-0,106	-0,012	-0,102	-0,289
	p	**0,009**	0,087	0,242	0,497	0,941	0,514	0,060

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

FDB K, FDB Konseptualizasyon; FDB ME, FDB Mental Esneklik; FDB MP, FDB Motor Programlama; FDB İD, FDB İnterferansa Duyarlılık; FDB İK, FDBİnhibitör Kontrol; FDB ÇO, FDB Çevresel Otonomi; FDB T, FDB Toplam Puan; Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

Fiziksel istismar olan hastalarda SE toplam puanı ile FDB motor programlama puanı (p:0,018) ve FDB inhibitör kontrol puanı (p:0,021) arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı, İY toplam puanı ile FDB inhibitör kontrol puanı (p:0,008) arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu (Tablo 32).

Tablo 32. Örneklemde Fiziksel İstismar Olan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki

Fiziksel İstismar Var		YA	ZK	ÖB	SE	KY	İY	KA
FDB K	r	0,216	0,178	-0,151	-0,067	-0,221	0,006	0,094
	p	0,333	0,428	0,502	0,768	0,323	0,980	0,679
FDB ME	r	0,193	-0,030	-0,141	-0,034	-0,157	-0,117	-0,063
	p	0,391	0,895	0,533	0,880	0,486	0,605	0,780

FDB MP	r	-0,027	-0,246	0,050	**,500***	-0,147	0,179	0,415
	p	0,906	0,269	0,827	**0,018**	0,515	0,426	0,055
FDB İD	r	0,184	0,129	-0,013	0,037	-0,212	0,085	-0,162
	p	0,413	0,566	0,956	0,869	0,343	0,705	0,471
FDB İK	r	0,033	-0,331	0,352	**,488***	-0,001	**,548****	0,356
	p	0,883	0,132	0,108	**0,021**	0,998	**0,008**	0,104
FDB ÇO	r	-0,173	-0,121	0,243	0,124	-0,190	0,362	0,328
	p	0,442	0,593	0,277	0,583	0,397	0,097	0,136
FDB Toplam	r	0,064	-0,167	0,047	0,276	-0,267	0,219	0,187
	p	0,776	0,459	0,835	0,213	0,229	0,329	0,405
Stroop Bölüm 5	r	-0,122	0,134	0,117	-0,074	0,198	0,001	0,032
	p	0,589	0,554	0,605	0,743	0,376	0,996	0,888
Stroop süre farkı	r	-0,277	0,172	0,134	-0,068	0,203	-0,033	-0,032
	p	0,213	0,445	0,553	0,764	0,366	0,882	0,886
İST A süre	r	0,003	0,153	0,003	-0,088	0,053	-0,058	0,000
	p	0,988	0,497	0,990	0,696	0,815	0,799	1,000
İST B süre	r	-0,273	0,374	-0,001	-0,091	-0,076	-0,065	-0,007
	p	0,219	0,086	0,998	0,688	0,737	0,773	0,977
İST B-A süre	r	-0,291	0,388	-0,067	-0,143	-0,120	-0,054	-0,008
	p	0,189	0,074	0,767	0,524	0,596	0,812	0,972

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

FDB K, FDB Konseptualizasyon; FDB ME, FDB Mental Esneklik; FDB MP, FDB Motor Programlama; FDB İD, FDB İnterferansa Duyarlılık; FDB İK, FDBİnhibitör Kontrol; FDB ÇO, FDB Çevresel Otonomi; FDB T, FDB Toplam Puan; Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

Duygusal ihmal olan hastalarda SE toplam puanı ile FDB motor programlama puanı (p:0,016) ve FDB inhibitör kontrol puanı (p:0,032) arasında aynı yönlü, KY toplam puanı ile FDB toplam puanı (p:0,042) arasında aynı yönlü, İST A süresi (p:0,048) ile arasında ters yönlü, İY toplam puanı ile FDB konseptualizasyon puanı (p:0,028) ve FDB inhibitör kontrol puanı (p:0,033) arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (Tablo 33).

Tablo 33. Örneklemde Duygusal İhmal Olan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki

Duygusal İhmal Var		YA	ZK	ÖB	SE	KY	İY	KA
FDB K	r	0,012	**-,243***	0,069	-0,133	0,162	**,258***	-0,109
	p	0,919	**0,038**	0,560	0,261	0,171	**0,028**	0,357
FDB ME	r	-0,011	-0,146	0,152	0,094	0,138	0,112	-0,176
	p	0,924	0,216	0,200	0,430	0,243	0,347	0,136
FDB MP	r	0,012	-0,119	0,054	**,281***	0,176	0,134	0,073
	p	0,919	0,317	0,651	**0,016**	0,136	0,258	0,539
FDB İD	r	0,026	0,065	-0,049	0,019	0,168	0,033	-0,018
	p	0,826	0,583	0,682	0,874	0,155	0,781	0,878
FDB İK	r	0,126	-0,173	0,222	**,251***	0,172	**,250***	0,033
	p	0,287	0,144	0,059	**0,032**	0,147	**0,033**	0,781
FDB ÇO	r	-0,104	-0,092	0,138	0,114	-0,031	0,193	0,174

	p	0,382	0,437	0,243	0,339	0,796	0,101	0,142
FDB Toplam	r	0,052	-0,195	0,185	0,212	**,238***	0,224	-0,047
	p	0,662	0,099	0,117	0,072	**0,042**	0,057	0,692
Stroop Bölüm 5	r	-0,180	0,113	-0,058	-0,165	-0,069	-0,069	-0,086
	p	0,127	0,339	0,626	0,164	0,562	0,564	0,469
Stroop süre farkı	r	-0,193	0,095	-0,032	-0,119	-0,061	-0,044	-0,090
	p	0,101	0,422	0,785	0,316	0,609	0,709	0,451
İST A süre	r	-0,130	**,364****	-0,173	-0,184	**-,232***	-0,064	0,068
	p	0,273	**0,002**	0,142	0,119	**0,048**	0,588	0,570
İST B süre	r	-0,187	0,228	-0,103	-0,135	-0,229	-0,116	0,055
	p	0,114	0,053	0,387	0,255	0,051	0,330	0,645
İST B-A süre	r	-0,134	0,153	-0,045	-0,119	-0,213	-0,114	0,041
	p	0,258	0,196	0,707	0,316	0,071	0,338	0,730

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

FDB K, FDB Konseptualizasyon; FDB ME, FDB Mental Esneklik; FDB MP, FDB Motor Programlama; FDB İD, FDB İnterferansa Duyarlılık; FDB İK, FDBİnhibitör Kontrol; FDB ÇO, FDB Çevresel Otonomi; FDB T, FDB Toplam Puan; Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

Fiziksel ihmal olan hastalarda İY toplam puanı ile FDB konseptualizasyon puanı arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu (p:0,003). (Tablo 34).

Tablo 34. Örneklemde Fiziksel İhmal Olan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki

Fiziksel İhmal Var		YA	ZK	ÖB	SE	KY	İY	KA
FDB K	r	-0,028	**-,314***	0,062	-0,133	0,252	**,396****	-0,083
	p	0,841	**0,020**	0,651	0,334	0,064	**0,003**	0,547
FDB ME	r	0,023	-0,212	0,163	0,146	0,128	0,021	-0,064
	p	0,865	0,120	0,234	0,288	0,351	0,877	0,643
FDB MP	r	0,031	-0,044	-0,034	0,226	0,136	0,093	-0,004
	p	0,821	0,750	0,806	0,098	0,321	0,499	0,974
FDB İD	r	0,085	0,110	0,009	0,020	-0,014	0,087	0,018
	p	0,536	0,425	0,946	0,884	0,918	0,528	0,896
FDB İK	r	0,158	-0,098	0,209	0,263	0,044	0,196	0,084
	p	0,248	0,476	0,126	0,052	0,748	0,152	0,544
FDB ÇO	r	.	.	.	.	.	.	.
	p	.	.	.	.	.	.	.
FDB Toplam	r	0,066	-0,147	0,146	0,200	0,158	0,142	-0,023
	p	0,635	0,283	0,286	0,144	0,250	0,302	0,869
Stroop Bölüm 5	r	-0,236	0,158	-0,017	-0,217	-0,006	0,025	-0,145
	p	0,082	0,248	0,904	0,111	0,964	0,857	0,292
Stroop süre farkı	r	-0,255	0,144	-0,009	-0,211	0,032	0,024	-0,173
	p	0,060	0,293	0,949	0,121	0,818	0,862	0,206
İST A süre	r	-0,151	**,419****	-0,167	-0,112	-0,252	-0,032	0,094
	p	0,270	**0,001**	0,223	0,418	0,063	0,817	0,494
İST B süre	r	-0,174	**,285***	-0,081	-0,157	-0,150	-0,069	0,041
	p	0,205	**0,035**	0,558	0,253	0,274	0,617	0,764
İST B-A süre	r	-0,150	0,176	-0,016	-0,164	-0,098	-0,043	-0,015
	p	0,274	0,200	0,906	0,230	0,477	0,757	0,915

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05 **=p<0,01

FDB K, FDB Konseptualizasyon; FDB ME, FDB Mental Esneklik; FDB MP, FDB Motor Programlama; FDB İD, FDB İnterferansa Duyarlılık; FDB İK, FDBİnhibitör Kontrol; FDB ÇO, FDB Çevresel Otonomi; FDB T, FDB Toplam Puan; Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

Cinsel istismar olan hastalarda YA toplam puanı ile FDB konseptualizasyon puanı (p:0,019) arasında aynı yönlü, İST B süresi (p: 0,049) ve İST B-A süresi (p:0,041) arasında ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. ÖB toplam puanı ile FDB inhibitör kontrol puanı (p:0,019) ve FDB toplam puanı (p:0,045) arasında aynı yönlü, İST A süresi (p:0,036) ve İST B süresi (p:0,033) arasında ters yönlü, SE toplam puanı ile FDB motor programlama puanı (p:0,049) ve FDB inhibitör kontrol puanı (p:0,048) arasında aynı yönlü, KA toplam puanı ile FDB inhibitör kontrol puanı (p:0,041) arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (Tablo 35).

Tablo 35. Örneklemde Cinsel İstismar Olan Hastalarda MKE ile Yönetici İşlevler Arasındaki İlişki

Cinsel İstismar Var		YA	ZK	ÖB	SE	KY	İY	KA
FDB K	r	**,458***	0,049	0,388	0,106	-0,061	0,189	0,110
	p	**0,019**	0,813	0,050	0,607	0,767	0,355	0,593
FDB ME	r	0,284	-0,101	0,269	0,042	-0,150	-0,100	-0,031
	p	0,160	0,623	0,183	0,838	0,465	0,627	0,879
FDB MP	r	0,195	-0,167	0,278	**,390***	0,102	0,355	0,216
	p	0,340	0,414	0,169	**0,049**	0,621	0,075	0,290
FDB İD	r	0,167	0,153	0,078	0,032	-0,082	0,052	-0,007
	p	0,414	0,456	0,706	0,875	0,689	0,802	0,972
FDB İK	r	0,190	-0,264	**,456***	**,392***	0,197	0,259	**,404***
	p	0,352	0,193	**0,019**	**0,048**	0,335	0,201	**0,041**
FDB ÇO	r	.	.	.	.	.	.	.
	p	.	.	.	.	.	.	.
FDB Toplam	r	0,336	-0,072	**,396***	0,260	-0,031	0,163	0,200
	p	0,093	0,727	**0,045**	0,199	0,879	0,426	0,327
Stroop Bölüm 5	r	-0,145	0,211	-0,117	-0,123	0,015	-0,169	-0,166
	p	0,479	0,300	0,569	0,551	0,941	0,409	0,419
Stroop süre farkı	r	-0,170	0,215	-0,056	-0,055	-0,004	-0,175	-0,106
	p	0,408	0,292	0,786	0,789	0,986	0,394	0,606
İST A süre	r	-0,241	0,281	**-,414***	-0,085	-0,055	-0,297	0,039
	p	0,235	0,165	**0,036**	0,680	0,790	0,141	0,851
İST B süre	r	**-,391***	**,414***	**-,418***	-0,253	-0,062	-0,269	-0,199
	p	**0,049**	**0,035**	**0,033**	0,213	0,763	0,184	0,329
İST B-A süre	r	**-,403***	**,401***	-0,343	-0,235	-0,019	-0,173	-0,290
	p	**0,041**	**0,042**	0,087	0,247	0,926	0,397	0,150

Spearman Korelasyon Testi *=p<0,05

FDB K, FDB Konseptualizasyon; FDB ME, FDB Mental Esneklik; FDB MP, FDB Motor Programlama; FDB İD, FDB İnterferansa Duyarlılık; FDB İK, FDBİnhibitör Kontrol; FDB ÇO, FDB Çevresel Otonomi; FDB T, FDB Toplam Puan; Stroop süre farkı, Stroop Bölüm 5-Bölüm 1 süresi

5. TARTIŞMA

Çalışmaya; Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran 18-65 yaş aralığında, BB-1 tanısı ile takip edilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 57'si kadın, 51'i erkek olmak üzere toplam 108 hasta dahil edildi. SCID-5 CV ile yapılan değerlendirme sonrası 2 hasta tanısı Şizoaffektif Bozukluk olduğu için, 6 hasta ise çalışmada kullanılan ölçeklerin yönergeye uygun şekilde işaretlenmemesi ve/veya yönetici işlev testleri uygulanırken yönergeye uyulmaması nedeniyle değerlendirme dışı bırakılarak, 51'i kadın, 49'u erkek olmak üzere toplam 100 hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların yaşı 21 ile 62 arasında değişmekte olup, ortalaması 41,95±9,66 idi. Çalışmaya katılanların 25'i (%25,0) bekar, 63'ü (%63,0) evli ve 12'si (%12,0) boşanmış veya duldu. Eğitim durumları incelendiğinde ise çalışmaya katılanların öğrenim yılının ortalama değerinin 9,76±3,65 olduğu görüldü. Hastaların genellikle düşük-orta sosyoekonomik düzeye sahip olduğu, yalnızca 2'sinin (%2,0) yüksek gelir düzeyine sahip olduğunu belirttiği gözlendi. Hastaların 62'sinin (%62,0) çalışmıyor, 36'sının (%36,0) düzenli çalışıyor olduğu saptandı. Türkiye'de BB ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında Akkaya ve arkadaşlarının 584 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalaması 33.9±11.2, %51,3'ü erkek, %48,7'si kadın, %68,4'ü işsiz veya çalışamıyor ve %46,3'ünün evli olduğu bildirilmiştir (209). Ülkemizde BB hastaları dahil edilerek yapılan çalışmaları derleyen bir gözden geçirme çalışmasında hastaların eğitim yılı ortalamasının, çalışmaların genelde büyük şehirlerde yapılmış olması nedeni ile yüksek olduğu (10'un üzeri) bildirilmiştir (210). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada BB-1 tanılı hastaların %66'sı kadın %34'ü erkek, %66'sı lise ve yüksekokul mezunu, sadece %12'sinin yüksek gelir düzeyine sahip olduğu ve %60'ının ise evli olduğu bildirilmiştir (211). Çalışmamızda örneklemin sosyodemografik özelliklerine bakıldığında ülkemizde BB hastaları ile yapılan epidemiyolojik çalışmaların bulguları ile uyumlu olduğu görülmektedir. Çalışmamızda hastaların BB için hastalık başlangıç yaş ortalaması 27,52±8,92 olarak saptandı. Ülkemizde BB hastaları dahil edilerek yapılan çalışmaları derleyen bir gözden geçirme çalışmasında hastalığın başlangıç yaşı ortalamasının da 23,8 ile 27,7 yıl arasında değiştiği bildirilmiştir (210). BB'de ilk epizod tipinin klinik gidişata

etkilerini araştıran Fransa'da 1090 hasta ile yapılmış bir kohort çalışmasında, hastaların %52,4'ünün ilk epizodunun mani, %34,6'sının depresyon ve %12,9'unun karma dönem olduğu bildirilmiştir. (212). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların %48'inin ilk atağının depresyon, %42'sinin ise mani olduğu bildirilmiştir (213). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise hastaların %52'sinin ilk epizodu mani, %42'sinin depresyon olduğu bildirilmiştir (214). Çalışmamızda ilk atağı mani olan hasta sayısı 54 (%54,0), ilk atağı depresyon olan hasta sayısı 41 (%41,0) olarak bulundu. Çalışmamızdaki hem hastalığın başlama yaşı, hem de ilk atağın depresyon ya da mani olma oranları ile ilgili bulguların literatürle uyumlu olduğu söylenebilir. Örneklemin %31'inde DSM-5 kriterlerine göre belirlenmiş mevsimsel özellik belirleyicisi olduğu saptandı. BB hastalarında mevsimselliğin araştırıldığı ve 302 hastanın 10 yıl süre ile izlendiği bir çalışmada hastaların %25,5'inde mevsimsel özellik olduğu belirtilmiştir (215). Çalışmamızda bu oranın (%31,0) literatürle uyumlu olduğu söylenebilir. Çalışmamızda örneklemin %35'inde geçmişinde en az bir kez intihar girişimi öyküsü olduğu görüldü. BB olan kişilerin %25-50'si yaşam boyu en az bir kez özkıyım girişiminde bulunduğu, %8-19'u ise intihar girişimine bağlı öldüğü bilinmektedir (216). Türkiye'de yapılan bir çalışmada BB hastalarının yaklaşık %40'ının yaşamlarında en az bir kez intihar girişimi olduğu, geçirilen atak sayısının fazlalığının ve atak dönemleri dışındaki rezidüel belirtilerin yüksek intihar riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (217). Çalışmamızda bulunan oranın (%35) literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hastalarda ÇÇT, ÇÇTÖ-28 ile değerlendirildi. ÇÇTÖ-28 duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olmak üzere 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Her alt ölçek için travma 'yok ya da minimal, düşük şiddette, orta şiddette, şiddetli' şeklinde değerlendirilirken, ilgili travma için 'yok ya da minimal' puan aralığındaki hastalar travması olmayanlar, bu puanın üstünde alarak ilgili travmaya herhangi bir şiddet düzeyinde maruz kalan hastalar ise travması olanlar olarak değerlendirildi. Hastalarda en sık görülen ÇÇT %73 ile duygusal ihmal iken, bunu sırasıyla %55 ile fiziksel ihmal, %43 ile duygusal istismar izlemekteydi. Cinsel istismar %26 sıklıkta görülmekteyken, en az rastlanan %22 ile fiziksel istismardı. Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda belirtilen çocukluk çağı travması oranları arasında farklılıklar bulunmaktadır. BB hastalarında, fiziksel

istismar oranları %14 ile %24 arasında belirtilirken, cinsel istismar oranları %12 ile %21 arasında yer almaktadır (218). Bununla birlikte iki çalışmada fiziksel istismar ve cinsel istismar oranları benzer olarak sırasıyla %21 ve %28 olarak verilmektedir (219, 220). Garno ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada duygusal istismar sıklığı %37, fiziksel istismar %37, duygusal ihmal %24, fiziksel ihmal %12 oranında olduğu bulunmuştur (153). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, BB olan hastalarda fiziksel istismar %25,9, duygusal istismar %26,7 olarak verilirken, cinsel istismar (bir yabancı tarafından %11,2, aile içi %9,5) %20,7 olarak bulunmuş, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal birlikte değerlendirilmiş ve %39,7 olarak saptanmıştır (153). Genel olarak BB hastalarında çocukluk çağı travması oranının %45-%68 arasında değiştiği (218), çocukluk çağında ortaya çıkan stres faktörleri daha genel olarak değerlendirildiğinde BB-1'de bu oranın %80'lere ulaştığı görülmektedir (221). Çalışmamızda bulunan fiziksel istismar (%22), duygusal istismar (%43) ve cinsel istismar (%26) oranlarının literatür ile uyumlu olduğu söylenebilirken, fiziksel ve duygusal ihmal oranları yukarıda belirtilen çalışmalarda saptanan oranlardan daha yüksek bulundu. Bu yüksek oran ÇÇTÖ-28 alt ölçekleri için kesme değerlerinin yapılan çalışmalarda farklılık göstermesi, bazı çalışmalarda orta şiddet ve şiddetli maruziyet sonrası travmanın varlığından bahsedilmesi nedeniyle olabileceği düşünülmüştür. Psikiyatrik hastalık tanısı olan bir örneklemde yapılan yakın zamanlı bir çalışmada en çok bildirilen ÇÇT fiziksel ihmal ve duygusal ihmal iken, cinsel istismar ve fiziksel istismar ise en az bildirilmiştir (15). Çalışmamızda bulunan çocukluk çağı travma sıklığı sıralaması da ilgili literatür ile benzer şekilde bulundu. Çelik ve arkadaşlarının yaptığı bir gözden geçirme çalışmasında kadınların cinsel istismara erkeklerden daha çok maruz kaldığı, diğer ÇÇT'ler ile cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığı, düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitim düzeyinin çocuğa yönelik ihmal ve istismarın ortaya çıkmasında zemin hazırlıyacı etkenler olduğu bildirilmiştir (223). Çalışmamızda da literatür ile benzer şekilde kadınların erkeklere göre cinsel istismara istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olacak şekilde daha fazla maruz kaldığı, eğitim süresi ve gelir durumu ile çocukluk çağı ihmal ve istismarı arasında ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görüldü. Literatürde ÇÇT'nin BB'de erken başlangıç yaşı ve yaşam boyu epizod sayısında artış ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (223). Çakır ve

arkadaşları, 135 BB tanılı hasta ile yaptıkları çalışmalarında ÇÇT toplam puanları ile toplam epizod sayısı ve hastalık başlangıç yaşı arasında anlamlı ilişki olmadığını bildirirken (159), Leverich ve arkadaşları, 631 BB hastasının katıldığı çalışmalarında fiziksel ve cinsel istismarın, erken başlangıç yaşıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (225). Çalışmamızda ise ÇÇT ile hastalık başlangıç yaşı, toplam epizod sayısı ve hastaneye yatış sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Çalışmamızda ÇÇT'ler ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkiye bakıldığında duygusal istismar ile YA ve KA toplam puanı arasında aynı yönlü, KY toplam puanı arasında ters yönlü güçlü bir ilişki bulundu. Duygusal istismar ile ZK4 ve ÖB1 alt puanları arasında da aynı yönlü zayıf bir ilişki vardı. Fiziksel istismar ile KY toplam puanı arasında ters yönlü, ZK3 alt puanı ile arasında aynı yönlü bir ilişki bulundu. Duygusal ihmal ile KY5 alt puanı arasında da ters yönlü güçlü bir ilişki gözlendi. Fiziksel ihmal ile KY1 alt puanı arasında ters yönlü güçlü bir ilişki bulunmuşken, ÖB4 alt puanı ile ters, KA toplam puanı ile aynı yönlü zayıf bir ilişki içindeydi. Cinsel istismar ile YA toplam puanı arasında aynı yönlü, KY toplam puanı ile arasında ise ters yönlü güçlü bir ilişki bulundu. ÇÇTÖ-28 toplam puanı ile KY toplam puanı arasında ters yönlü güçlü bir ilişki varken, KA toplam puanı ile arasındaki ilişki aynı yönde ve zayıf bir ilişkiydi. Perna ve arkadaşlarının BB ve majör depresyon tanılı hastalarda ÇÇT ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkiyi araştırdıkları bir çalışmada duygusal istismar ve fiziksel ihmal ile KY toplam puanı arasında ters yönlü güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir (226). De Carvalho ve arkadaşları tarafından 8114 kişi ile yapılan toplum temelli bir çalışmada KY ile başta duygusal ihmal ve istismar olmak üzere tüm ÇÇT'ler arasında aynı yönlü güçlü bir ilişki bulunmuşken, KA ile herhangi bir ÇÇT arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aynı çalışmada YA, çocukluk çağı istismarları ile çocukluk çağı ihmallerine göre daha güçlü bir ilişki içinde bulunmuştur (227). Çalışmamızda da literatüre benzer şekilde tüm ÇÇT'ler ile KY arasında ters yönlü güçlü bir ilişki bulundu. Yine literatüre uygun şekilde, çalışmamızda YA ile istismarlar arasındaki ilişki ihmaller ile olan ilişkiden daha güçlüydü. Çalışmamızda literatürden farklı olarak ÇÇTÖ-28 toplam puanı ile KA arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişki bulundu. Çocukluğunda psikolojik ihtiyaçlarına yanıt verilmeyen, duygusal olarak

ilgilenilmeyen ve yeterli sevgi ve şefkat gösterilmeyen bu bireylerin belki de tepkisel bir reaksiyon ile kendini aşma eğiliminde oldukları düşünülebilir.

Bipolar Bozuklukta bilişsel işlevleri etkileyen birçok etken bulunmaktadır. Bunlar duygudurum belirtileri, hastaneye yatış sayısı, epizod dönemlerinin sayısı, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, psikotik belirtilerin ve intihar girişiminin olup olmaması ve kullanılan ilaçlardır (228). Robinson ve arkadaşlarının yaptığı bir gözden geçirme çalışmasında duygudurum epizodlarının sayısı, hastaneye yatış sayısı ve hastalık süresi ile bilişsel işlevler arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur (230). Cankorur'un BB'de bilişsel işlevler ile ilgili bir derleme yazısında hastalık süresinin uzunluğu ile sözel bellek, yürütücü işlevler, psikomotor hız ve işlem belleği alanlarındaki performans düşüklüğü ile ilişkisinden bahsedilmiştir (228). Mann-Wrobel ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analiz çalışmasının bulgularına göre bilişsel işlevler eğitim ile doğru orantılı olarak değişirken yaş ve hastalık süresi ile ters orantılı olarak değişmektedir. Cinsiyetin ise bilişsel işlevlerle ilişkili olmadığı bu çalışmada bildirilmiştir (229). Çalışmamızda yönetici işlevlerde cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmazken, hastanın yaşı ile ters yönlü, eğitim düzeyi ve gelir durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile de aynı yönlü anlamlı ilişki bulundu. Hastalık özellikleri ile yönetici işlev arasındaki ilişkiye bakıldığında çalışmamızda hastalık süresi ve toplam epizod sayılı ile yönetici işlevler arasında ters yönde anlamlı bir ilişki gözlenirken, hastalığın başlama yaşı ve hastaneye yatış sayısı arasında bir ilişki bulunmadı. Çalışmamızın bulgularının bu bilgiler dahilinde literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Yönetici işlevler ile intihar arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalardan elde edilen sonuçlar farklılık göstermektedir. Swann ve arkadaşlarının BB'de intihar girişimi öyküsünün bellek üzerine etkisini incelediği bir çalışmada, intihar girişimi olanlarda bellek fonksiyonlarının daha kötü olduğu bildirilmiştir (231). Harkavy-Friedman ve arkadaşlarının BB tanılı hastalarda yaptığı başka bir çalışmada da intihar girişimi öyküsü olanlarda yönetici işlev testlerinde daha kötü performans gösterdikleri bulunmuştur (232). Malloy-Diniz ve arkadaşlarının, Gilbert ve arkadaşlarının, Martino ve arkadaşlarının BB tanısı olan hastalarda intihar girişimi öyküsü ile yönetici işlevler arasındaki ilişkiyi incelediği 3 ayrı çalışmada da intihar girişimi öyküsü ile yönetici işlevler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (233-

235). Çalışmamızda ise çalışmaya katılan hastalardan 35'inde intihar girişimi öyküsü bulunmaktaydı ve intihar girişimi öyküsü olan hastaların olmayanlara göre yönetici işlev testlerinde anlamlı derecede daha kötü performans gösterdiği bulundu. İntihar girişimi öyküsü olan hastaların yönetici işlev testlerinde daha kötü performans göstermesi bu hastalarda depresif semptomların yönetici işlevlerde kötüleşmeyi yordamasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda yönetici işlevleri değerlendirmek için kullandığımız testlerden FDB, frontal işlevler olan konseptualizasyon, mental esneklik, motor programlama, interferansa duyarlılık ve inhibitör kontrolü değerlendirirken, Stroop testi seçici dikkat ve bozucu etkiye karşı koyabilmeyi, İST A testi dikkat ve işleme hızını, İST B testi uyarıcı setleri arasında kurulumu değiştirebilme ve ardışıklığı takip işlevlerini değerlendirmektedir. İST B süresinden İST A süresi çıkarılarak testteki hız bileşeni ortadan kaldırılarak dikkat, esneklik ve set değiştirme işlevleri daha hassas şekilde değerlendirilir. Çalışmamıza katılan hastalarda ÇÇTÖ-28 toplam puanı ve cinsel istismar haricindeki diğer tüm ÇÇT'ler ile kullanılan tüm yönetici işlev testlerindeki performanslar arasında ters yönde güçlü bir ilişki bulundu. Dauvermann ve Donohoe'nin BB ve şizofreni tanılı hastalarda ÇÇT'nin bilişsel işlevler üzerine etkisi üzerine 2019'da yaptığı bir gözden geçirme çalışmasında 1993-2017 seneleri arasında yayınlanmış 21 makale incelenmiş, bunun sonucunda BB tanılı hastalarda ÇÇT ile bilişsel işlevler arasında ters yönlü anlamlı ilişki olduğu, BB'de ÇÇT ile işlem hızı arasında ters yönde anlamlı bir ilişki varken bu ilişkinin travmaya maruz kalan sağlıklı kontrollerde aynı yönde olduğu, BB'de ÇÇT'si olanlarda olmayanlara göre bellek fonksiyonlarının daha kötü ve ÇÇTÖ-28 puanı ile bellek ve yönetici işlevler arasında ters yönde anlamlı bir ilişki olduğu, ÇÇT'nin yönetici işlevler üzerinde önemli bir yordayıcı olduğu bulunmuştur (236). Jimenez ve arkadaşlarının BB'de çocukluk çağının kognisyon üzerine etkisini araştırdığı bir çalışmada ÇÇTÖ-28 toplam puanı ile duygusal ihmal, duygusal istismar ve fiziksel ihmal alt ölçek puanlarının bilişsel işlevler ile ters yönlü anlamlı bir ilişkisinin olduğu, en güçlü ilişkinin de sırasıyla fiziksel ihmal ve duygusal ihmal ile bilişsel işlevler arasında olduğu bulunmuştur (19). Bizim çalışmamızda da Jimenez ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile uyumlu şekilde yönetici işlev ile en güçlü ters yönlü ilişkinin sırasıyla fiziksel ihmal ve duygusal ihmal arasında olduğu, cinsel istismar ile yönetici işlev

arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görüldü. Çalışmamızda bu çalışmanın aksine fiziksel istismar ile yönetici işlevler arasında ters yönlü güçlü bir ilişki vardı. Bu bulgu fiziksel ihmal öyküsü olanlarda diğer ÇÇT'lerin de sıklıkla eşlik etmesi ve travmaya daha fazla maruziyetin, yönetici işlevlerde bozulmayı arttırması ile açıklanabilir.

Örneklemin MKE alt ölçek puanları ve toplam puanları ile yönetici işlev testleri arasındaki ilişki incelendiğinde, FDB konseptualizasyon puanı ile ZK2 alt puanı arasında ters yönlü, İY2 alt puanı ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. FDB mental esneklik puanı ile KY5 alt puanı ve İY5 alt puanı arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olacak şekilde ilişki bulundu. FDB inhibitör kontrol puanı ile YA3 alt puanı ve İY2 alt puanı arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. FDB total puanı ile KY5 alt puanı, İY2 alt puanı ve İY5 alt puanı arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. FDB interferansa duyarlılık ve çevresel otonomi puanları ile mizaç ve karakter özellikleri arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki izlenmedi ($p>0,01$). İST A süresi ile YA1 alt puanı arasında ters yönlü, ZK2, ZK3, ZK4 alt puanları ve ZK toplam puanı ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. İST B süresi ile ZK4 alt puanı arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. İST B-A süresi ile ZK4 alt puanı arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. Stroop testi Bölüm 5 süresi ve Stroop testi süre farkı ile mizaç ve karakter özellikler arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki gözlenmedi. Yapılan literatür araştırmasında BB hastalarında mizaç ve karakter özellikleri ile yönetici işlevler arasındaki ilişkinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmadı. Çalışmamız bu ilişkinin incelenmesi yönü ile ilk olma özelliğini taşımaktadır ve literatüre katkı sağlayacaktır. Bulgularımızı bu bilgiler ışığında özetlersek hastaların yönetici işlev performansları FDB ile değerlendirildiğinde, FDB ile ZK alt puanları ve toplam puanı arasında ters yönlü, KY ve İY alt puanları ve toplam puanları ile arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişkili bulundu. Stroop testi, İST A ve İST B ile yönetici işlevlerin değerlendirilmesi sonucunda hastaların performansı ile ZK toplam puanı arasında ters yönlü, KY, İY ve YA'nın bazı alt puanları ile aynı yönlü anlamlı bir ilişki vardı. Yapılan literatür

araştırmasında mizaç ve karakter özellikleri ile yönetici işlevler arasındaki ilişkiyi farklı psikiyatrik hastalıklarda araştıran çalışmalara rastlanmıştır. Sperandeo R. ve arkadaşlarının farklı tanılarla psikiyatri polikliniğinde ayaktan takip edilen 98 hastayla yaptığı yönetici işlevler ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi MKE ve FDB kullanarak araştırdığı bir çalışmaya göre YA ile mental esneklik arasında ters, çevresel otonomi arasında aynı yönlü, ZK ile mental esneklik arasında aynı yönlü, ÖB ile inhibitör kontrol arasında aynı yönlü, KY ile çevresel otonomi arasında ters yönlü, İY ile FDB toplam puanı, inhibitör kontrol ve konseptualizasyon arasında aynı yönlü, KA ile motor programlama arasında ters yönlü güçlü bir ilişki olduğu, SE ile arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur (20). Çalışmamızda da bu çalışmayla uyumlu şekilde ÖB ile inhibitör kontrol arasında aynı yönlü, İY ile FDB toplam puanı ve inhibitör kontrol arasında aynı yönlü anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu, SE ile FDB arasında anlamlı ilişki olmadığı bulundu. Obsessif kompulsif bozukluk hastalarında mizaç ve karakter özelliklerinin kognisyon ile ilişkisini araştıran bir çalışmada, ÖB puanı ile bilişsel işlevler arasında aynı yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (237). Guillem ve arkadaşlarının şizofreni hastalarında mizaç ve karakter özelliklerinin kognisyon üzerine etkisini incelediği bir araştırmada ÖB ile yönetici işlevler arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, ÖB puanındaki düşmenin mental esneklikte bozulma ile ilişkili olduğu, hastaların aksine sağlıklı kontrollerde bu ilişkinin ters yönde olduğu bulunmuştur (238). Boeker ve arkadaşları çalışmalarında nöropsikolojik fonksiyonlar, kişilik üzerine çeşitli boyutlar ve farklı psikopatolojik semptomlar arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. KA ve KY karakter boyutlarının sağlıklı bireylerde çalışma belleği görevleri ile anlamlı derecede ilişkili olduğunu ve şizofreni tanılı bireylerde yönetici işlev görevleri ile anlamlı derecede ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada nörokognitif defisitler ve psikopatolojinin MKE ile ilişkili olduğu, Şizofreni hastalarının ve kardeşlerinin psikotik olmayan kardeşlerine ve kontrol grubuna göre KY ve İY karakter boyutlarında daha düşük, KA karakter boyutunda daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur (199).

Çalışmamızda hastaların yaşam kalitesini belirlemek için BBYKÖ-KF kullanıldı ve hastalar yaşam kalitesini 12 alt başlıkta değerlendiren bu ölçekten aldıkları toplam puan ile değerlendirmeye alındı. Hastaların BBYKÖ-KF toplam

puanı ile cinsiyet, yaş, eğitim süresi ve gelir durumu gibi sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında cinsiyet ve eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, yaş ve gelir durumu ile yaşam kalitesi arasında aynı yönlü ilişki bulundu. Abajobir ve arkadaşlarının 2017'de Avustralya'da 3730 kişi ile yaptığı bir kohort çalışmasında da bizim bulgumuzu destekleyecek şekilde düşük gelir düzeyinin yaşam kalitesinde düşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur (243). Çalışmamızda hastaların BBYKÖ-KF toplam puanı ile hastalık süresi, toplam epizod sayısı, hastalığın başlama yaşı, hastaneye yatış sayısı ve intihar girişimi öyküsü gibi hastalık ile ilgili özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde hastalık süresi, toplam epizod sayısı, hastaneye yatış sayısı ve intihar girişimi öyküsü ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, hastalığın başlama yaşı ile arasında aynı yönlü güçlü bir ilişki bulundu. Özer ve arkadaşlarının Türkiye'de ötimik dönemdeki BB hastalarında sonuç değişkeni ile ilgili yaptığı bir çalışmada yaşam kalitesi değerlendirilmiş, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim süresi gibi sosyodemografik özellikleri ve hastalık süresi, hastalığın başlama yaşı, toplam epizod sayısı, hastaneye yatış sayısı gibi hastalık özellikleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (242). Sierra ve arkadaşlarının BB'de hastalık özellikleri ve demografik değişkenlerin yaşam kalitesinine etkisini araştırdığı başka bir çalışmada da depresif semptomlar haricinde hiçbir değişken ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (241). Perlis ve arkadaşları ile Biffin ve arkadaşlarının yaptığı iki farklı çalışmada BB'de hastalığın başlama yaşı ile yaşam kalitesi arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (239, 240). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hastalığın başlama yaşı küçüldükçe, hastaların BBYKÖ-KF toplam puanında da düşme olduğu görüldü.

Çalışmamızda ÇÇT ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, duygusal istismar ve duygusal ihmal ile yaşam kalitesi arasında ters yönlü güçlü bir ilişki olduğu görülürken, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal ile yaşam kalitesi arasında ters yönlü orta düzeyde bir ilişki bulundu. Cinsel istismar ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi. Abajobir ve arkadaşlarının 2017'de Avustralya'da 3730 kişi ile yaptığı bir kohort çalışmasında da bizim bulgumuzu destekleyecek şekilde cinsel istismar haricindeki diğer ÇÇT'ler ile yaşam kalitesi arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (243). Bu çalışma, çocukluk çağı cinsel

istismarı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulgumuz ile uyumludur. Maguire ve arkadaşlarının travmanın BB üzerine etkilerini araştırdığı bir çalışmada da çocukluk çağı travmatik yaşantılarının yaşam kalitesinde düşme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (244). Literatürde BB'de ÇÇT'nin yaşam kalitesinde özellikle, SF-36 ölçeğinde ruhsal sağlık ve ağrı ile ilişkili bozulmaya neden olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (47, 245).

Çalışmamızda mizaç ve karakter özellikleri ile yaşam kalitesi arasında ilişki incelendi. Sonuçlar incelendiğinde BBYKÖ-KF toplam puanları ile KY ve İY toplam puanları arasında aynı yönlü güçlü bir ilişki olduğu görülürken, ZK toplam paunı ile arasında ters yönlü güçlü bir ilişki vardı. YA, ÖB, SE ve KA toplam puanları ile BBYKÖ-KF toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Literatür incelendiğinde BB'de mizaç ve karakter özelliklerinin yaşam kalitesi ile ilişkisi ile ilgili yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yazıcı ve arkadaşlarının 70 sağlıklı birey ile mizaç ve karakter özelliklerinin yaşam kalitesi ile ilişkisini incelediği bir çalışmada yaşam kalitesinin ZK ve ÖB ile ters yönlü, KY ile aynı yönlü anlamlı bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur (80). Margetic ve arkadaşlarının şizofreni hastaları ve birinci derece yakınlarında mizaç ve karakter özellikleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada da yaşam kalitesi ile ZK arasında ters yönlü, KY ve KA ile arasında aynı yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur (102). Evren ve arkadaşlarının alkol bağımlılığı olan erkeklerde aleksitimi ile mizaç ve karakter özelliklerinin yaşam kalitesiyle olan ilişkisini araştırdığı bir çalışmada ise yaşam kalitesi ile YA ve ZK arasında ters yönlü, KA, İY ve ÖB ile arasında aynı yönlü ilişki olduğu bulunmuştur (44). Çalışmamızda BB'de ZK, KY ve İY ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye dair bulgumuz bu literatür ile uyumludur.

Yaptığımız çalışmada hastaların yönetici işlev testlerindeki performansları ile BBYKÖ-KF toplam puanı arasındaki ilişkiye bakılarak yönetici işlevler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendi. FDB toplam puanı, konseptualizasyon, mental esneklik, motor programlama, interferansa duyarlılık, inhibitör kontrol ve çevresel otonomi alt puanları ile BBYKÖ-KF toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı. BBYKÖ-KF toplam puanı ile Stroop testi, İST A ve B arasındaki ilişkiye bakıldığında hastaların dikkat ve işleme hızını değerlendiren İST A testi performansları ile yaşam kalitesi arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, Stroop

testi, İST B ve İST B-A ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu. Brissos ve arkadaşlarının BB'de bilişsel işlevler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği bir çalışmada bilişsel işlevlerden özellikle yönetici işlevler ile yaşam kalitesi arasında aynı yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (21). Pattanayak ve arkadaşlarının Hindistan'da BB-1 hastaları ile yaptığı başka bir çalışmada da yönetici işlevlerden özellikle mental esneklik ve set değiştirme işlevleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (45). Mackala ve arkadaşlarının yeni tanı almış BB hatalarında ilk manik ataklarından 3 ay sonra bilişsel işlevlerin, 6 ay sonrasında da yaşam kalitelerinin değerlendirildiği, bilişsel işlevler ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği bir çalışmada sürekli dikkat, sözel bellek, çalışma belleği ve yönetici işlevler ile yaşam kalitesi arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur (147). Çalışmamızın sonuçları ile literatür karşılaştırıldığında sadece İST A test performansı ile yaşam kalitesi arasında bulunan zayıf ilişki literatür ile uyumluydu. Çalışmamızdaki sonuçların literatür ile uyumlu olmaması, hastaların yaşamlarındaki sorunları minimize ederek BBYKÖ-KF'yi yanıtlamaları ya da bilişsel etkilenmeleri nedeniyle mevcut yaşam koşullarını değerlendirmekte zorluk yaşamaları nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda ÇÇT türüne göre travması olmayan hastalar ilgili travma için ayrı ayrı gruplandırılarak her grupta mizaç ve karakter özellikleri ile yönetici işlevler arasındaki ilişki incelendi ve travması olmadığı halde yönetici işlevlerde kötü performansı yordayan mizaç ve karakter özellikleri araştırıldı. Duygusal istismar olmayan hastalarda ZK toplam puanı ile FDB konseptualizasyon puanı arasında ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Fiziksel istismar olmayan hastalarda ZK toplam puanı ile FDB konseptualizasyon puanı arasında ters yönlü, İST A süresi ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. Cinsel istismar olmayan hastalarda ZK toplam puanı ile FDB konseptualizasyon puanı, FDB mental esneklik puanı, FDB toplam puanı arasında ters yönlü, İST A süresi ile arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olmayan hastalarda yönetici işlev testlerinde kötü performans ile ilişkili herhangi bir mizaç ve karakter özelliği gözlenmedi. Mevcut verilerimiz ışığında, daha önce bahsettiğimiz ve çalışmamızdan elde edilen BB'de ZK mizaç boyutu ile yönetici işlevler arasında ters yönlü bir ilişki olduğu sonucuna ek olarak,

BB'de ÇÇT olmasa bile ZK'nın yönetici işlevlerde kötü performansı yordayıcı bir mizaç özelliği olduğu söylenebilir. ÇÇT'si olmayan BB hastalarında mizaç ve karakter özellikleri ile yönetici işlevler arasındaki ilişkinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız, bu ilişkinin incelenmesi yönü ile ilk olma özelliğini taşımaktadır ve literatüre katkı sağlayacaktır. ZK aşırı endişe, karamsarlık, utangaçlık ve korku, şüphe ve kolayca yorulma ile karakterize edilen bir mizaç özelliğidir ve düşük serotonerjik aktivite ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Manyetik rezonans çalışmalarında ZK ile yönetici işlevler ile ilişkili olan orbitofrontal bölgede gri madde hacmi arasında ters yönde ilişki olduğu gösterilmiştir (222). ZK, BB hastalarında depresyon ve anksiyete semptomları ile ilişkilidir, BB'de bilişsel işlevlerde kötüleşmeyi en güçlü yordayan hastalık özelliği de depresif semptomlardır. Beyinde yönetici işlevler ile ilişkili olan orbitofrontal bölgede azalmış gri cevher hacmi, azalmış serotonerjik aktivite ve depresif semptomatoloji ile ilişkili olarak ZK'nın, ÇÇT'si olmayan BB hastalarında yönetici işlevlerde kötü performansı yordayıcı bir mizaç özelliği olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda ÇÇT türüne göre travması olan hastalar ilgili travma için ayrı ayrı gruplandırılarak her grupta mizaç ve karakter özellikleri ile yönetici işlevler arasındaki ilişki incelendi ve travması olduğu halde yönetici işlevlerde iyi performansı yordayan mizaç ve karakter özellikleri araştırıldı. Duygusal istismar olan hastalarda YA toplam puanı ile İST B süresi ve İST B-A süresi arasında ters yönlü, SE toplam puanı ile FDB motor programlama puanı ve FDB inhibitör kontrol puanı arasında aynı yönlü, İY toplam puanı ile FDB konseptualizasyon puanı ve FDB inhibitör kontrol puanı arasında aynı yönlü, KA toplam puanı ile FDB motor programlama puanı arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Fiziksel istismar olan hastalarda SE toplam puanı ile FDB motor programlama puanı ve FDB inhibitör kontrol puanı arasında aynı yönlü anlamlı, İY toplam puanı ile FDB inhibitör kontrol puanı arasında aynı yönlü ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. Duygusal ihmal olan hastalarda SE toplam puanı ile FDB motor programlama puanı ve FDB inhibitör kontrol puanı arasında aynı yönlü, KY toplam puanı ile FDB toplam puanı arasında aynı yönlü, İST A süresi arasında ters yönlü, İY toplam puanı ile FDB konseptualizasyon puanı ve FDB inhibitör kontrol puanı arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Fiziksel ihmal olan

hastalarda İY toplam puanı ile FDB konseptualizasyon puanı arasında aynı yönlü ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. Cinsel istismar olan hastalarda YA toplam puanı ile FDB konseptualizasyon puanı arasında aynı yönlü, İST B süresi ve İST B-A süresi ile arasında ters yönlü anlamlı ilişki bulundu. ÖB toplam puanı ile FDB inhibitör kontrol puanı ve FDB toplam puanı arasında aynı yönlü, İST A süresi ve İST B süresi ile arasında ters yönlü, SE toplam puanı ile FDB motor programlama puanı ve FDB inhibitör kontrol puanı arasında aynı yönlü, KA toplam puanı ile FDB inhibitör kontrol puanı arasında aynı yönlü anlamlı ilişki bulundu. Elde ettiğimiz verilere bakarak, daha önce bahsettiğimiz ve çalışmamızdan elde edilen BB'de, KY ve İY karakter boyutları ile yönetici işlevler arasında aynı yönlü bir ilişki olduğu sonucundan farklı olarak, BB'de ÇÇT varlığında, SE'nin yönetici işlevlerde iyi performansı yordayıcı bir mizaç özelliği olarak öne çıktığı söylenebilir. ÇÇT öyküsü olan BB hastalarında mizaç ve karakter özellikleri ile yönetici işlevler arasındaki ilişkinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu ilişkinin incelenmesi yönü ile ilk olma özelliğini taşımaktadır ve literatüre katkı sağlayacaktır. SE, sözsüz problemleri çözme ve görsel bilgilerle hızlı ve verimli çalışma, dikkat, konsantrasyon ve zihinsel akıl yönetici becerileri ile ilişkilidir. Ek olarak SE çalışma belleğini de destekleyen ve prefrontal korteks ve parietal korteksteki aktiviteyle ilgilidir. Ayrıca, daha yüksek SE puanına sahip hastalar yönetici işlev testlerini yapmak için daha çok çalışmış olabilirler. SE, beynin noradrenerjik sistemine bağlıdır ve davranışın sürdürülmesini açıklar. Başka bir deyişle, hayal kırıklığı ve yorgunluk kişisel bir meydan okuma olarak algılanabilir, kolayca vazgeçmezler ve muhtemelen başarılı olmak için büyük fedakarlıklar yapmaya isteklidirler (202). ÇÇT öyküsü olan BB hastalarında SE'nin, yönetici işlevlerde iyi performansı yordayıcı bir mizaç özelliği olması bu bağlamda değerlendirilerek açıklanabilir.

Daha önce yapılmış sınırlı sayıdaki çalışmalarda ve bizim çalışmamızda da görüldüğü üzere ÇÇT, BB'ye sıklıkla eşlik etmekte ve BB tanılı hastalarda yönetici işlevleri ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun yanında, çalışmamızda incelediğimiz ve literatürde daha önce bu konuda yapılan bir çalışmaya rastlamadığımız, BB tanılı hastalarda mizaç ve karakter özellikleri ile yönetici işlevler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye baktığımızda, belirli mizaç ve karakter özelliklerinin yönetici işlevler ve yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz

yönde etkilediği görülmektedir. Çalışmamızda yönetici işlevlerden işlem hızı performansında kötüleşmenin de, BB tanılı hastalarda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmaktadır. Bu nedenle, çalışmamızın sonuçları ile BB tanılı hastalara eşlik eden ÇÇT ve belirli mizaç ve karakter özelliklerinin varlığında yönetici işlevleri düzeltmek ve yaşam kalitesini arttırmak için psikoterapötik ve kognitif rehabilitasyonun, bu hastalarda önemli bir yeri olduğu anlaşılmaktadır.

6. KISITLILIKLAR

Hastanemiz üçüncü basamak bir merkez olduğu için bazı hastalar, bilişsel işlevleri uzun hastalık süreleri ve çoklu ilaç kullanımına bağlı olarak etkilenmiş, tedaviye dirençli hastalar olarak değerlendirilebilir, bu nedenle sonuçlarımızın BB hastaları için genellenmesi sınırlıdır. Çalışmanın kesitsel tasarımı, analiz edilen değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü belirlememize izin vermemektedir, bulgularımızı doğrulamak için ileriye yönelik, uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır. Başka bir potansiyel kısıtlılık ÇÇTÖ-28'in öznel ve retrospektif doğasından dolayı hatırlama yanlılığıdır. Kullanılan diğer ölçekler olan MKE ve BBYKÖ-KF'nin öz bildirime dayalı ölçekler olması ve kontrol grubunun yokluğu da çalışmamızın diğer kısıtlılıkları arasındadır. Ayrıca hastaların yaş, hastalık süresi, toplam epizod sayısı, eğitim düzeyi, premorbid zeka düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri ve hastalık özellikleri ile kullanmakta oldukları antipsikotiklerin ve duygudurum düzenleyicilerin bilişsel işlevler üzerine olumsuz etkisi göz ardı edilememektedir. Çalışmamızda önemli bilişsel işlevler olan yönetici işlevlere odaklanılmış olup, ileride yapılacak çalışmalarda bellek işlevleri de incelenerek bilişsel işlevler daha kapsamlı değerlendirilebilir.

7. SONUÇLAR

1. Çalışmaya katılan BB-1 tanılı 100 hastada en sık görülen ÇÇT %73 ile duygusal ihmal iken, bunu sırasıyla %55 ile fiziksel ihmal, %43 ile duygusal istismar izlemektedir. Cinsel istismar %26 sıklıkta görülmekteyken, en az rastlanan %22 ile fiziksel istismardır.

2. Çalışmamızda kadınların erkeklere göre cinsel istismara daha fazla maruz kaldığı, eğitim süresi ve gelir durumu ile çocukluk çağı ihmal ve istismarı arasında ters yönlü ilişki olduğu bulunmuştur.

3. ÇÇT ile MKE arasındaki ilişkiye bakıldığında duygusal istismar ile YA ve KA toplam puanları arasında aynı yönlü, KY toplam puanı ile arasında ters yönlü güçlü, fiziksel istismar ile KY toplam puanı arasında ters yönlü, ZK3 alt puanı ile arasında aynı yönlü, duygusal ihmal ile KY5 alt puanı arasında da ters yönlü güçlü, fiziksel ihmal ile KY1 alt puanı arasında ters yönlü güçlü, cinsel istismar ile YA toplam puanı arasında aynı yönlü, KY toplam puanı ile arasında ise ters yönlü güçlü, ÇÇTÖ-28 toplam puanı ile KY toplam puanı arasında ters yönlü güçlü bir ilişki bulunmuştur.

4. Çalışmamızda yönetici işlevler ile hastanın yaşı, hastalık süresi ve toplam epizod sayısı arasında ters yönlü, eğitim düzeyi ve gelir durumu ile aynı yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Hastalığın başlama yaşı ve hastaneye yatış sayısı ile yönetici işlevler arasında bir ilişki bulunmamıştır.

5. Çalışmaya katılan hastalardan %35'inde intihar girişimi öyküsü bulunmaktadır ve intihar girişimi öyküsü olan hastaların olmayanlara göre yönetici işlev testlerinde anlamlı derecede daha kötü performans gösterdiği bulunmuştur.

6. Çalışmamıza katılan hastalarda ÇÇTÖ-28 toplam puanı ve cinsel istismar haricindeki diğer tüm ÇÇT'ler ile kullanılan tüm yönetici işlev testlerindeki performanslar arasında ters yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur.

7. MKE ile yönetici işlev testleri arasındaki ilişki incelendiğinde, FDB konseptualizasyon puanı ile ZK2 alt puanı arasında ters yönlü, İY2 alt puanı ile arasında aynı yönlü, FDB mental esneklik puanı ile KY5 ve İY5 alt puanları arasında aynı yönlü, FDB inhibitör kontrol puanı ile YA3 ve İY2 alt puanları arasında aynı yönlü, FDB total puanı ile KY5, İY2 ve İY5 alt puanları arasında aynı yönlü güçlü

ilişki bulunmuştur. İST A süresi ile YA1 alt puanı arasında ters yönlü, ZK toplam puanı ile arasında aynı yönlü, İST B süresi ile ZK4 alt puanı arasında aynı yönlü, İST B-A süresi ile ZK4 alt puanı arasında aynı yönlü güçlü ilişki bulunmuştur.

8. Hastaların BBYKÖ-KF toplam puanı ile hastalık süresi, toplam epizod sayısı, hastaneye yatış sayısı ve intihar girişimi öyküsü arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, hastalığın başlama yaşı ile arasında aynı yönlü güçlü bir ilişki bulunmuştur.

9. ÇÇT ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, duygusal istismar ve duygusal ihmal ile yaşama kalitesi arasında ters yönlü güçlü bir ilişki olduğu görülürken, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal ile yaşam kalitesi arasında ters yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Cinsel istismar ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

10. Çalışmamızda MKE ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde BBYKÖ-KF toplam puanları ile KY ve İY toplam puanları arasında aynı yönlü, ZK toplam puanı ile arasında ters yönlü güçlü bir ilişki görülmüştür. YA, ÖB, SE ve KA toplam puanları ile BBYKÖ-KF toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

11. Hastaların yönetici işlev testlerindeki performansları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında, FDB performansları ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Dikkat ve işleme hızını değerlendiren İST A testi performansları ile yaşam kalitesi arasında aynı yönlü ilişki olduğu, Stroop testi, İST B ve İST B-A süreleri ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı bulunmuştur.

12. Çalışmamızdan elde edilen BB hastalarında ZK toplam puanı ile yönetici işlev testlerindeki performanslar arasında ters yönlü bir ilişki olduğu sonucuna ek olarak, BB'de ÇÇT olmasa bile ZK'nın yönetici işlevlerde kötü performansı yordayıcı bir mizaç özelliği olduğu bulunmuştur.

13. KY ve İY toplam puanları ile yönetici işlev testlerindeki performanslar arasında aynı yönlü bir ilişki olduğu sonucundan farklı olarak, BB'de ÇÇT varlığında SE'nin yönetici işlevlerde iyi performansı yordayıcı bir mizaç özelliği olarak öne çıktığı bulunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N. Bipolar Disorders. West Sussex, UK, Wiley, 2002.
2. Eroğlu Zengin M, Özpoyraz N. Bipola Bozuklukta koruyucu tedavi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry 2010; 2(2): 206-236.
3. Bearden CE, Hoffman KM, Cannon TD. The neuropsychology and neuroanatomy of bipolar affective disorder: a critical review. Bipolar Disord 2001; 3: 106-150.
4. Quraishi S, Frangou S. Neuropsychology of bipolar disorder: a review. J Affect Disord 2002; 72: 209-226.
5. Savitz J, Solms M, Ramesar R. Neuropsycholgical dysfunction in bipolar affective disorder: a critical opinion. Bipolar Disord 2005; 7: 216-235.
6. Basso MR, Lowery N, Neel J, Purdie R, Bornstein RA. Neuropsychological impairment among manic, depressed, and mixed-episode inpatients with bipolar disorder. Neuropsychology 2002; 16: 84-91.
7. Martinez-Arán A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J, Benabarre A, Goikolea JM, Comes M, Salamero M. Cognitive function across manic or hypomanic,depressed, and euthymic states in bipolar disorder. Am J Psychiatry. 2004; 161: 262-270.
8. Murphy FC, Sahakian BJ. Neuropsychology of bipolar disorder. Br J Psychiatry. 2001; 178(41): 120-127.
9. Clark L, Iversen SD, Goodwin GM. Sustained attention deficit in bipolar disorder. Br J Psychiatry. 2002; 180: 313-319.
10. Robinson LJ, Thompson JM, Gallagher P, Goswami U, Young AH, Ferrier IN, Moore PB. A metaanalysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. J Affect Disord. 2006; 93: 105-115.
11. M. İ. Atagün, Ö. D. Balaban, K. Altınbaş, S. Yeşilyurt, D. Tan Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 2010; 23: 265-274.
12. Traub F, Boynton-Jarrett R. Modifiable Resilience Factors to Childhood Adversity for Clinical Pediatric Practice. Pediatrics. 2017; 139(5): e20162569.
13. Majer M, Nater UM, Lin JM, Capuron L, Reeves WC. Association of childhood trauma with cognitive function in healthy adults: a pilot study. BMC Neurol. 2010; 10: art61.
14. Zou Z, Meng H, Ma Z, Deng W, Du L, Wang H, Chen P, Hu H. Executive functioning deficits and childhood trauma in juvenile violent offenders in China. Psychiatry Res. 2013; 207: 218-224.
15. Xie P, Wu K, Zheng Y, Guo Y, Yang Y, He J, et al. Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. J Affect Disord. 2018; 228: 41-48.

16. Etain, B., Mathieu, F., Henry, C., Raust, A., Roy, I., Germain, A., Leboyer, M., Bellivier, F. Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. Journal of Traumatic Stress. 2010; 23(3): 376-383.

17. Daruy-Filho, L., Brietzke, E., Lafer, B., Grassi-Oliveira, R. Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. ACTA Psychiatrica Scandinavica. 2011; 124(6): 427-434.

18. Shaojia Lu, Fen Pan, Weijia Gao, Zhaoguo Wei, Dandan Wang, Shaohua Hui, et. al. Oncotarget, 2017; 8 (45): 79843-79853.

19. Jiménez E, Solé B, Arias B, Mitjans M, Varo C, Reinares M, et. al. Impact of childhood trauma on cognitive profile in bipolar disorder Bipolar Disord. 2017; 19(5): 363-374.

20. Sperandeo R, Maldonato M, Baldo G, Dell'Orco S. A quantitative analysis of the relationship between personality and prefrontal functions 7th IEEE International Conference on Cognitive Infocommunications October, 2016.

21. Sofia Brissos, Vasco Videira Dias, Flávio Kapczinski, 2008. Cognitive Performance and Quality of Life in Bipolar Disorder Can J Psychiatry. 2008; 53(8): 517-524.

22. Cotrena C, Branco LD, Kochhann R, Shansis FM, Fonseca RP. Quality of life, functioning and cognition in bipolar disorder and major depression: A latent profile analysis. Psychiatry Res. 2016; 241: 289-296.

23. Işık E. Duygudurum Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaası, 2003; 467-540.

24. Kırlı S. Psikiyatri ve Yaratıcılık. Psikiyatri ve Sanat Yayınevi, 1999: 165-171.

25. Ceylan E, Oral T. Duygudurum Bozuklukları. İstanbul. 2001: 1-11.

26. Köknel Ö. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. Duygudurum Dizisi, 2000; 1: 5-1.

27. Akiskal H. Duygudurum Bozuklukları. In: Sadock B, Sadock V (Çeviri editörleri; H. Aydın A. Bozkurt). Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Kitabevi, 2007: 1559-1565.

28. Öztürk M. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 10.Basım. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2004.

29. Ciğerli G. Travma sonrası stres bozukluğunun Bipolar Bozukluk üzerine etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2007.

30. Leonard K. Aufteilung der endogen Psychosen. Berlin: Akademieverlag, 1957.

31. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. Biological psychiatry 2000; 48(6): 445-457.

32. Oral T. İki uçlu bozukluk. WPA Serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002: 441-503.

33. Köroğlu E. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition (DSM–V), Washington DC: American Psychiatric Association, 2013. Ankara: Hekimler Yayın Biliği, 2014.

34. APA. DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders III. Washington DC: American Psychiatric Association, 1980.

35. Goodwin F, Jamison K. Manic-Depressive Illness. New York: Oxford Univ Press, 1990.

36. Dunner D, Fleiss J, Fieve R. The course of development of mania in patients with recurrent depression. The American journal of psychiatry, 1976.

37. APA. DSM-III-R: Diagnostic and statistical manual of mental disorders III-R. Washington DC: American Psychiatric Association, 1987.

38. Gelder M, Mayou R, Cowen P. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press, 2001: 269-325.

39. Schou M. The new bipolar era and beyond. J. Affect Disord. 2001; 67: 1-2.

40. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (Onüçüncü baskı), Ankara: Tuna Matbaacılık, 2015: 261-333.

41. ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th Revision-(ICD-10) World Health Organization, 2015.

42. Yazıcı O. İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları ve Diğer Duygudurum Bozuklukları. Temel Psikiyatri, Güleç C, Köroğlu E (ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, 1997: 429-448.

43. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001.

44. Evren, C., Dalbudak, E., Durkaya, M., Cetin, R., & Evren, B. Interaction of life quality with alexithymia, temperament and character in male alcohol-dependent inpatients. Drug and Alcohol Review. 2009; 29(2): 177-183.

45. Pattanayak, R. D., Sagar, R., & Mehta, M. Neuropsychological performance in euthymic Indian patients with bipolar disorder type I: Correlation between quality of life and global functioning. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2012; 66(7): 553-563.

46. Türksoy N. Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçları. İstanbul: Us Yayıncılık, 2003; 9-21.

47. Erten, E., Funda Uney, A., Saatçioğlu, Ö., Özdemir, A., Fıstıkçı, N., & Çakmak, D. Effects of childhood trauma and clinical features on determining quality of life in patients with bipolar I disorder. Journal of Affective Disorders. 2014; 162: 107-113.

48. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. Am J Psychiatry 1991; 148: 55-61.

49. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status: longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 470-474.

50. Sayın A, Aslan S. Duygudurum Bozuklukları İle Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi. Türk Psikiyatr Derg. 2005; 16(4): 276-283.

51. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. Journal of affective disorders 1998; 50(2): 143-151.

52. Akiskal H. The bipolar spectrum: research and clinical perspectives. L'Encephale 1995; 21(6): 3-11.

53. Akiskal H. Mood disorders, introduction and overview 7th ed. In: Sadock B, Sadock V, eds. Comprehensive Textbook Psychiatry. Philadelphia: Lippincott, Williams and wilkins, 2000: 1285-1340.

54. Abood Z, Sharkey A, Webb M, Kelly A, Gill M. Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group. Bipolar Disorders 2002; 4(4): 243-248.
55. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorder. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 1995; 30(6): 279-292.
56. Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Psychological medicine 2000; 30(3): 657-668.
57. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock Comprehensive textbook of psychiatry, 8. baskı. Türkçe çeviri, Ankara: Öncü Basımevi, 2007.
58. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson J, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. Psychological medicine 1997; 27(05): 1079-89.
59. Leibenluft E. Women with bipolar illness: clinical and research issues. American Journal of Psychiatry 1996; 153(2): 163-73.
60. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11. Baskıdan alınmış Türkçe baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2016.
61. Ball WA, Whybrow PC. Biology of depression and mania. Current Opinion in Psychiatry 1993; 6(1): 27-34.
62. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. Jama 1996; 276(4): 293-9.
63. Bellivier F, Golmard J-L, Rietschel M, Schulze TG, Malafosse A, Preisig M, et al. Age at onset in bipolar I affective disorder: further evidence for three subgroups. American Journal of Psychiatry 2003.
64. Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Arvilommi P, Leppämäki S, Paunio T, et al. Early age at onset of bipolar disorder is associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking. Bipolar disorders 2007; 9(7): 698-705.
65. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. 9. Baskıdan alınmış Türkçe baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 2005.
66. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabi Cilt 1. Ankara: Hekimler yayin birligi, 1997: 429-448.
67. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Synopsis of psychiatry: behavior sciences clinical psychiatry 7. Baskı. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994: 524-580.
68. Akiskal H. İki uçlu bozuklukların sınıflandırılması, tanısı ve sınırları: Gözden geçirme. İki Uçlu Bozukluk WPA Yayınları 1 baskı. İstanbul: CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002: 12-28.
69. Begley CE, Annegers JF, Swann AC, Lewis C, Coan S, Schnapp WB, et al. The lifetime cost of bipolar disorder in the US. Pharmacoeconomics 2001; 19(5): 483-495.
70. Luborsky L. Clinicians' judgments of mental health: A proposed scale. Archives of General Psychiatry 1962; 7(6): 407-417.
71. Bellivier F, Golmard J-L, Henry C, Leboyer M, Schürhoff F. Admixture analysis of age at onset in bipolar I affective disorder. Archives of General Psychiatry 2001; 58(5): 510-512.

72. Carter TDC, Mundo E, Parikh SV, Kennedy JL. Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. Journal of psychiatric research 2003; 37(4): 297-303.

73. Lin PI, McInnis MG, Potash JB, Willour V, MacKinnon DF, DePaulo JR, et al. Clinical correlates and familial aggregation of age at onset in bipolar disorder. American Journal of Psychiatry 2006; 163(2): 240-246.

74. Manchia M, Lampus S, Chillotti C, Sardu C, Ardau R, Severino G, et al. Age at onset in Sardinian bipolar I patients: evidence for three subgroups. Bipolar disorders 2008; 10(3): 443-446.

75. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP, et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). Biological psychiatry 2004; 55(9): 875-881.

76. Schürhoff F, Bellivier F, Jouvent R, Mouren-Siméoni M-C, Bouvard M, Allilaire JF, et al. Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manicdepressive illness? Journal of affective disorders 2000; 58(3): 215-221.

77. Yildiz A, Sachs GS. Age onset of psychotic versus non-psychotic bipolar illness in men and in women. Journal of affective disorders 2003; 74(2): 197-201.

78. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T, Wilens TE, Wozniak J. Pediatric mania: a developmental subtype of bipolar disorder? Biological psychiatry 2000; 48(6): 458-466.

79. Craney JL, Geller B. A prepubertal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype: review of phenomenology and longitudinal course. Bipolar Disorders 2003; 5(4): 243-256.

80. Yazici, E., Yazici, A. B., Aydin, N., & Kirpinar, I. Are character and temperament traits determinants of quality of life in healty subjects? European Psychiatry. 2010; 25: 898.

81. Angst J, Gamma A, Sellaro R, Lavori P. Recurrence of BPD and major depression. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2003; 253: 236-240.

82. Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ, Dibble E, et al. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands.Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 1157-1167.

83. Werder SF. An update on the diagnosis and the treatment of mania in bipolar disorder. Am Fam Physician 1995; 51(5): 1126-1136.

84. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği. Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007.

85. Köroğlu E. Duygudurum Bozuklukları: Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1996: 429-448.

86. Harnic D, Pompili M, Mazza M, Innamorati M, Di Nicola M, Catalano V, et al. Affective temperaments and psychopathological dimensions of personality in bipolar and cyclothymic patients. Behav Med. 2013; 39(1): 17-23.

87. Perugi G, Toni C. Bipolarity presenting as anxiety disorder. Primary Psychiatry 2004; 11: 31-35.

88. Shear K. Anxiety and bipolar disorder. Stanley Center Innovations for Participants 1997; 20.

89. Suppes T, Leverich GS, Keck PE, Nolen WA, Denicoff KD, Altshuler LL, et al. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: II. demographics and illness characteristics of the first 261 patients. Journal of affective disorders 2001; 67(1): 45-59.

90. McElroy SL, Freeman MP, Akiskal HS. The mixed bipolar disorders. Bipolar disorders: Springer, 2000: 63-87.

91. Marneros A, Brieger P. Prognosis of Bipolar Disorder: A. Bipolar disorders WPA series. 2002; 5: 97-148.

92. Turvey C, Coryell W, Solomon D, Leon A, Endicott J, Kelle M, et al. Long-term prognosis of bipolar I disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica 1999; 99(2): 110-119.

93. Winokur G, Turvey C, Akiskal H, Coryell W, Solomon D, Leon A, et al. Alcoholism and drug abuse in three groups bipolar I, unipolars and their acquaintances. Journal of Affective Disorders 1998; 50(2): 81-89.

94. Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. Psychiatric Services 2001.

95. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. The American journal of psychiatry 1995; 152(11): 1635-1640.

96. Dilsaver SC, Chen Y-W, Swann AC, Shoaib AM, Tsai-Dilsaver Y, Krajewski KJ. Suicidality, panic disorder and psychosis in bipolar depression, depressive-mania and pure-mania. Psychiatry research 1997; 73(1): 47-56.

97. Fagiolini A, Kupfer DJ, Masalehdan A, Scott JA, Houck PR, Frank E. Functional impairment in the remission phase of bipolar disorder. Bipolar Disorders 2005; 7(3): 281-285.

98. Cloninger R, M Svrakic D, R Przybeck T. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry. 1994; 50: 975-990.

99. Sachs GS, Rush AJ. Response, remission, and recovery in bipolar disorders: what are the realistic treatment goals? The Journal of clinical psychiatry 2003; 64(6): 18-22.

100. Keck Jr PE, McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Sax KW, Hawkins JM, et al. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. American Journal of Psychiatry 1998; 155(5): 646-652.

101. Solomon DA, Leon AC, Endicott J, Coryell WH, Mueller TI, Posternak MA, et al. Unipolar mania over the course of a 20-year follow-up study. American Journal of Psychiatry 2003; 160(11): 2049-2051.

102. Margetić, B. A., Jakovljević, M., Ivanec, D., & Margetić, B. (2011). Temperament, character, and quality of life in patients with schizophrenia and their first-degree relatives. Comprehensive Psychiatry, 52(4), 425–430.

103. Sobczak S, Honig A, Riedel W. Acute tryptophan depletion in bipolar disorders; literature review and directives for further research. Acta neuropsychiatrica 2000; 12(03): 69-72.

104. Ceylan M, Oral E. Duygudurum bozuklukları, Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri Kitabı, 4 Cilt, Birinci Baskı, İstanbul, 2001: 72-135.

105. Yazıcı O, Kora K, Üçok A, Tunalı D, Turan N. Predictors of lithium prophylaxis in bipolar patients. Journal of affective disorders 1999; 55(2): 133-142.

106. Vawter MP, Freed WJ, Kleinman JE. Neuropathology of bipolar disorder. Biological psychiatry, 2000; 48(6): 486-504.

107. Kim Y-K, Myint A-M, Lee B-H, Han C-S, Lee S-W, Leonard BE, et al. Thelper types 1, 2, and 3 cytokine interactions in symptomatic manic patients. Psychiatry research 2004; 129(3): 267-272.

108. Singh J, Quiroz J, Gould T, Manji H. Şiddetli duygudurum bozukluklarının moleküler ve hücresel nörobiyolojisi (In: Stein D, Kupfer D, Schatzberg A , Oral T. eds.) Duygudurum Bozuklukları 1. baskı İstanbul: Sigma Publishing, 2007: 192-218.

109. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. Lancet 2012. 379: 1045-1055.

110. Harrison P. Neuropathological studies of bipolar disorder. Acta Neuropsychiatrica 2000; 12 (3): 96-98.

111. Strakowski SM, DelBello MP, Adler C, Cecil KM, Sax KW. Neuroimaging in bipolar disorder. Bipolar disorders 2000; 2(3): 148-164.

112. Terry J, Lopez-Larson M, Frazier JA. Magnetic resonance imaging studies in early onset bipolar disorder: an updated review. Child and adolescent psychiatric clinics of North America 2009; 18(2): 421-439.

113. Köroğlu E. PsikoNozoloji: Tanımlayıcı klinik psikiyatri: Hekimler yayın birliği, 2004.

114. Taner E, Yüksel N. Affektif Bozuklukların Genetiği 1998.

115. Blackwood DH, Vısscher PM, Muır WJ. Genetic studies of bipolar affective disorder in large families. The British Journal of Psychiatry. 2001; 178(41): 134-136.

116. Sourney D, Mussat I, Mendlewicz J. Genetics of BPD. J Affect Disord. 2000; 18: 278-286.

117. Bellivier F, Laplanche J-L, Schürhoff F, Feingold J, Féline A, Jouvent R, et al. Apolipoprotein E gene polymorphism in early and late onset bipolar patients. Neuroscience letters 1997; 233(1): 45-48.

118. Holmes D, Brynjolfsson J, Brett P, Curtis D, Petursson H, Sherrington R, et al. No evidence for a susceptibility locus predisposing to manic depression in the region of the dopamine (D2) receptor gene. The British Journal of Psychiatry 1991; 158(5): 635-641.

119. Bellivier F, NostenBertrand M, Leboyer M, Schurhoff F, Feingold J, Meloni R, et al., editors. Association between late-onset bipolar affective disorder and tyrosine hydroxylase gene polymorphism. American Journal of Meddical Genetics; 1997.

120. Baron M, Hamburger R, Sandkuyl L, Risch N, Mandel B, Endicott J, et al. The impact of phenotypic variation on genetic analysis: application to X-linkage in manic-depressive illness. Acta Psychiatrica Scandinavica 1990; 82(3): 196-203.

121. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. Lancet 2013; 381: 1654-1662.

122. Cloninger CR. A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants: A Proposal. Arch Gen Psychiatry. 1987; 44(6): 573-588.

123. Yurdakök K. Çocuk istismar ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. Katkı Pediatri Dergisi 2010; 32(5): 537-546.

124. Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. Abant İzzetBaysal Üniversitesi Dergisi 2009; 9(1): 50-62.

125. Cappelleri JC, Eckenrode J, Powers JL. The epidemiology of child abuse: Findings from the second national incidence and prevalence study of child abuse and neglect. American Journal of Public Health 1993; 83(11): 1622-1624.

126. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, Miral S, Hanci H, Ersahin Y, Tepeli N, Bulguc AG, Tiras B. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. Child Abuse & Neglect 2001; 25: 279-290.

127. Veltkamp J. Lane; Miller W. Thomas. Clinical Handbook of Child Abuse and Neglect. USA: International Universities Press, 1994.

128. Ekinci S. Fiziksel çocuk istismarı. Katkı Pediatri Dergisi 2010; 32(5): 625-631.

129. Runyan D, Corrine W, Ġkeda R. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In world report on violence and health, World Health Organization, Geneva. 2002; 57-86.

130. Cloninger, C. Robert, Pryzbeck TR, Svrakic DM WR. The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality Department of Psychiatry, Washington School of Medicine; 1994.

131. Cloninger CR. Temperament and personality. Curr Opin Neurobiol. 1994; 4(2): 266-273.

132. Derman O. Adolesanlarda fiziksel ve duygusal istismar. Katkı Pediatri Dergisi 2010; 32(5): 633-636.

133. Walker DE, Bonner LB, KaufmanLK. The Physically and Sexually Abused Child. Evaluation and Treatment.UK: Pergamon Books Inc, 1988.

134. Knutson FJ. Psychological characteristics of maltreated children: putative risk factors and consequences. Annu Rev Psychol 1995; 46: 401-431.

135. İşeri E. Cinsel İstismar. In: Çetin F, Pehlivantürk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (eds), Çocuk ve ergen psikiyatrisi temelkitabı, Ankara: HYB Yayıncılık, 2008; 470-477.

136. Kanbur N, Akgül S. Adölesanlarda cinsel istismar ve pediatristin rolü. Çocuk İhmal ve İstismarı-I, 2010; 32(4): 491-502.

137. Glaser D, Treatment issues in child sexual abuse. Br J Psychiatry 1991; 159: 769-782.

138. Özdemir DF. Cinsel istismar ve çocuk ruh sağlığı. Katkı Pediatri Dergisi 2010; 32(5): 569-582.

139. Özçelik B. Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarının erişkin psikopatolojisi ile ilişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2002.

140. 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.

141. Topbaş M. Ġnsanlığın Büyük Ayıbı: Çocuk istismarı, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004; 3(4): 76 80.

142. Kara B, Biçer B, Gökalp A, Çocuk istismarı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47: 140-151.

143. Yurdakök K, İnce O. Duygusal istismar ve ihmal. Katkı Pediatri Dergisi 2010; 32(4): 423-433.

144. Örsel S, Karadağ H, Karaoğlan Kahiloğulları A, Akgün Aktaş E. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011; 12: 130-136.

145. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. Br J Psychiatry 2010; 197(1): 20-27.

146. Aas, M., Henry, C., Andreassen, O.A., Bellivier, F., Melle, I., Etain, B. The role of childhood trauma in bipolar disorders. Int. J. Bipolar Disord. 2016; 4(1): art2

147. Mackala, S. A., Torres, I. J., Kozicky, J., Michalak, E. E., & Yatham, L. N. Cognitive performance and quality of life early in the course of bipolar disorder. Journal of Affective Disorders 2014; 168: 119-124.

148. Fisher, H.L., Hosang, G.M. Childhood maltreatment and bipolar disorder: a critical review of the evidence. Mind Brain 2010; 1: 75-85.

149. Etain, B., Henry, C., Bellivier, F., Mathieu, F., Leboyer, M. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. Bipolar Disord. 2010; 8: 867-876.

150. Schreuder, M.M., Vinkers, C.H., Mesman, E., Claes, S., Nolen, W.A., Hillegers, M.H.J. Childhood trauma and HPA axis functionality in offspring of bipolar parents. Psychoneuroendocrinology 2016; 74: 316-323.

151. Heim, C., Nemeroff, C.B. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. Biol. Psychiatry 49 2001; 12: 1023-1039.

152. Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M., Navalta, C.P. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. Psychiatr. Clin. N. Am. 2002; 25(2): 397-426.

153. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. Br J Psychiatry 2005; 186: 121-125.

154. Etain B, Aas M, Andreassen OA, et al. Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. J Clin Psychiatry 2013; 74: 991-998.

155. Erten E, Uney Kalkay AF, Saatçioğlu O, Ozdemir A, Fıstıkçı N, Çakmak D. Effects of childhood trauma and clinical features on determining quality of life in patients with bipolar I disorder. J Affect Disord 2014; 162: 107-113.

156. Janiri, D., Sani, G., Danese, E., Simonetti, A., Ambrosi, E., Angeletti, G., Erbuto, D., Caltagirone, C., Girardi, P., Spalletta, G. Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II. J. Affect. Disord. 2015; 175: 92-97.

157. Maniglio, R. Prevalence of child sexual abuse among adults and youths with bipolar disorder: a systematic review. Clin. Psychol. Rev. 2013; 3(4): 561-573.

158. Agnew-Blais, J., Danese, A. Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry 2016; 3(4): 342-349.

159. Cakir, S., Tasdelen-Durak, R., Ozyildirim, I., Ince, E., Sar, V. Childhood trauma and treatment outcome in bipolar disorder. J. Trauma Dissociation. 2015; 17(4): 397-409.

160. Ali Saffet Gönül, Simavi Vahip, Sermin Kesebir FA. Duygudurum Bozuklukları ile Mizaç Arasında İlişki Var mı? Türk Psikiyatr Derg. 2004; 15(3): 183-190.

161. Sayin A, Kuruoğlu AÇ, Yazici Güleç M, Aslan S. Relation of temperament and character properties with clinical presentation of bipolar disorder. Compr Psychiatry. 2007; 48(5): 446-451.

162. Loftus ST, Garno JL, Jaeger J, Malhotra AK. Temperament and character dimensions in bipolar I disorder: A comparison to healthy controls. J Psychiatr Res. 2008; 42(13): 1131-1136.

163. Sarisoy G, Kaçar ÖF, Pazvantoğlu O, Öztürk A, Korkmaz IZ, Kocamanoğlu B, et al. Temperament and character traits in patients with bipolar disorder and associations with attempted suicide. Compr Psychiatry. 2012; 53(8): 1096-1102.

164. Jiménez E, Arias B, Mitjans M, Goikolea JM, Ruíz V, Brat M, et al. Clinical features, impulsivity, temperament and functioning and their role in suicidality in patients with bipolar disorder. Acta Psychiatr Scand. 2016; 133(4): 266-276.

165. Oedegaard KJ, Syrstad VEG, Morken G, Akiskal HS, Fasmer OB. A study of age at onset and affective temperaments in a Norwegian sample of patients with mood disorders. J Affect Disord. 2009; 118(1–3): 229-233.

166. Coşkun K. Hızlı Döngülü Bipolar I Hastalarının Afektif Mizaç Özellikleri. Kocatepe Tıp Derg. 2011; 12: 86-94.

167. Azorin JM, Adida M, Belzeaux R. Predominant polarity in bipolar disorders: Further evidence for the role of affective temperaments. J Affect Disord. 2015; 182: 57-63.

168. Nery FG, Hatch JP, Glahn DC, Nicoletti MA, Serap Monkul E, Najt P, et al. Temperament and character traits in patients with bipolar disorder and associations with comorbid alcoholism or anxiety disorders. J Psychiatr Res. 2008; 42(7): 569-577.

169. Haro G, Calabrese JR, Larsson C, Shirley ER, Martín E, Leal C, et al. The relationship of personality traits to substance abuse in patients with bipolar disorder. Eur Psychiatry. 2007; 22(5): 305-308.

170. Lezak MD. Neuropsychological assessment. 3nd ed. New York: Oxford Universty press,1995: 123-132

171. Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, Witzki AH, Howerter A, Wager TD. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex ‘‘Frontal Lobe’’ tasks: a latent variable analysis. Cogn Psychol. 2000; 41(1): 49-100

172. Fisk JE, Sharp CA. Age-related impairment in executive functioning: updating, inhibition, shifting, and access, J Clin Exp Neuropsychol 2004; 26(7): 874-90.

173. Callicott JH, Bertolino A, Egan MF, Mattay VS, Langheim FJP, Weinberger DR. Selective relationship between prefrontal n- acetylaspartate measures and negative symptoms in schizophrenia. Am J Psychiatry 2000; 157: 1646-1651.

174. Stuss, D. T., & Benson, D. F. The frontal lobes. New York: Raven Press. 1986: 23-34

175. Ünal S. Şizofrenide bilişsel işlev bozuklukları ve belirti oluşumu ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4: 46-53.

176. Karakaş S, Karakaş HM. Yönetici işlevlerin araştırılmasında multidisipliner yaklaşım: bilişsel psikolojiden nöroradyolojiye. Klinik psikiyatri 2000; 3: 215-227.

177. First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. User's guide to structured clinical interview for DSM-5 disorders (SCID-5-CV) clinical version. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2015.

178. DSM-5 Bozuklukları (SCID-5-CV) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen için. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2018.

179. Hamilton M., "A ratingscalefordepression," J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 1960; 23: 56-62.

180. Akdemir, A., et al. "Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı." Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996; 4(4): 251-259.

181. Young, R. C., et al. "A ratingscalefor mania: reliability, validityandsensitivity." The British Journal of Psychiatry 1978; 133(5): 429-435.

182. Karadağ, Figen, et al. "Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği." Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 13(2): 107-114.

183. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Neglect 2003; 27(2): 169-190.

184. Şar V, Ozturk E, Ikikardes E. Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. Turk Klin Tip Bilim. 2012; 32(4): 1054-1063.

185. Köse S, Sayar K, Ak İ, Aydın N, Kalelioğlu Ü, Kırpınar İ, Reeves R, Przybeck T CR. Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenirliği ve faktör yapısı. Klin Psikofarmakol Bülteni. 2004; 14: 107-131.

186. Cangöz B, Karakoç E, Selekler K. Trail Making Test: Normative data for Turkish Elderlys by Age, Sex and Education. J Neurol Sci. 2009; 283: 73-78.

187. Bench C, Frith C, Grasby P, Friston K, Paulesu E, Frackowiak R, Dolan RJ. Investigations of the functional anatomy of attention using the Stroop test. Neuropsychologia. 1993; 31: 907-922.

188. Karakaş S, Erdoğan E, Sak L, Soysal AŞ, Ulusoy T, Ulusoy İY, Alkan S. Stroop Testi TBAG Formu: Türk kültürüne standardizasyon çalışmaları, güvenirlik ve geçerlik. Klinik Psikiyatri. 1999; 2: 75-88.

189. Tunçay, N. FAB (Frontal Assessment Battery) Testinin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliği. (Yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2009.

190. Michalak EE, Murray G; Collaborative RESearch Team to Study Psychosocial Issues in Bipolar Disorder (CREST.BD). Development of the QoL.BD: a disorder-specific scale to assess quality of life in bipolar disorder. Bipolar Disord 2010; 12: 727-740.

191. Funda Gümüş, Sibel Çakır, Sermin Kesebir, Erin E. Michalak, Greg Murray. Psychometric properties of the Turkish Version of the Brief Quality of Life in Bipolar Disorder (Brief QoL.BD) Scale. 2018; 9(3): 170-174.

192. Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B: The FAB: a frontal assessment battery at bedside. Neurology. 2000; 55: 1621-1626.

193. Williams, P.G., Suchy, Y., & Rau, H.K. Individual differences in executive functioning: Implications for stress regulation. Annals of Behavioral Medicine. 2009; 3: 126-140.

194. Henderson, H.A., & Wachs, T.D. Temperament theory and the study of cognition-emotion interactions across development. Development Review. 2007; 27: 396-427.

195. Alverez, J.A., & Emory, E. Executive functioning and the frontal lobes: A meta-analytic review. Neuropsychology Review. 2006; 16: 17-42.

196. Bergvall, A.H., Nilsson, T., & Hansen, S. Exploring the link between character, personality disorder and neuropsychological function. European Psychiatry 2003; 18: 334-344.

197. Cassimjee, N., & Murphy, R. Temperament and character correlates of neuropsychological performance. South African Journal of Psychology. 2010; 40(20): 125-138.

198. Faraone, S.V., Kunwar, A., Adamson, J., & Biederman, J. Personality traits among ADHD adults: Implications of late-onset and subthreshold diagnoses. Psychological Medications. 2009; 39(4): 685-693.

199. Boeker, H., Klieser, M., Lehman, D., Jaenke, L., Bogerts, B., & Northoff, G. Executive dysfunction, self and ego pathology in schizophrenia: An exploratory study of neuropsychology and personality. Comprehensive Psychiatry. 2006; 47: 7-19.

200. Hori, H., Hashimoto, R., Nakabayashi, T., Saitoh, O., Murray, R.M., Okabe,S., & Kunugi, H. Personality in schizophrenia assessed with the Temperament and Character Inventory (TCI). Psychiatry Research. 2008; 160(2): 175-183.

201. McNamara, P., Durso, R., & Harris, E. Alterations of the sense of self and personality in Parkinson‟s disease. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2008; 23: 79-84.

202. Mousavi, F., Rozsa, S., Nilsson, T., Archer, T., Anckarsäter, H., and Garcia, D. Personality and intelligence: persistence, not self-directedness, cooperativeness or self-transcendence, is related to twins' cognitive abilities. PeerJ 2015; 83: art1195.

203. Spann, M. N., Mayes, L. C., Kalmar, J. H., Guiney, J., Womer, F. Y., Pittman, B., et al. Childhood abuse and neglect and cognitive flexibility in adolescents. Child Neuropsychology. 2012; 18(2): 182-189.

204. Feeney, J., Kamiya, Y., Robertson, I. H., & Kenny, R. A. Cognitive Function Is Preserved in Older Adults With a Reported History of Childhood Sexual Abuse. Journal of Traumatic Stress. 2013; 26(6): 735-743.

205. Berthelot, N., Paccalet, T., Gilbert, E., Moreau, I., Mérette, C., Gingras, N., Rouleau, N., Maziade, M. Childhood abuse and neglect may induce deficits in cognitive precursors of psychosis in high risk children. J. Psychiatry Neurosci. 2015; 40: 336-343.

206. Danese, A., Moffitt, T.E., Arseneault, L., Bleiberg, B.A., Dinardo, P.B., Gandelman, S.B., Houts, R., Ambler, A., Fisher, H.L., Poulton, R., Caspi, A. The origins of cog- nitive deficits in victimized children: implications for neuroscientists and clinicians. Am. J. Psychiatry 2017; 174: 349-361.

207. Nikulina, V., Widom, C.S. Child maltreatment and executive functioning in middle adulthood: a prospective examination. Neuropsychology 2013; 27: 417-427.

208. Ritchie, K., Jaussent, I., Stewart, R., Dupuy, A.M., Courtet, P., Malafosse, A., Ancelin, M.L. Adverse childhood environment and late-life cognitive functioning. Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2011; 26: 503-510.

209. Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, vd. Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. Klin Psikofarmakol Bül-Bull Clin Psychopharmacol. 2012; 22(1): 31-42.

210. Gültekin BK, Kesebir S, Tamam L. Türkiye'de Bipolar Bozukluk. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014; 6(2): 199-209.

211. İbıloğlu AO, Çayköylü A. Bipolar-I, Bipolar-II ve Majör Depresif Bozuklukta Ayrışan Sosyodemografik, Klinik ve Mizaç Özellikleri. Turk Psikiyatri Derg. 2011; 22(3): 159-165.

212. Azorin J-M, Kaladjian A, Adida M, Fakra E, Hantouche E, Lancrenon S. Correlates of first-episode polarity in a French cohort of 1089 bipolar I disorder patients: Role of temperaments and triggering events. J Affect Disord. 2011; 129(1): 39-46.

213. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z. Bipolar Bozuklukta mizaç ile klinik özelliklerin ilişkisi. Türk Psikiyatri Derg. 2005; 16(3): 164-169.

214. Tunç S, Yenilmez Y, Altinbas K. Özkiyim girisimi öyküsü olan ve olmayan Bipolar Bozukluk olgularının mizaç ve klinik özelliklerinin karsilastirilmasi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2014; 15(3): 214-220.

215. Goikolea JM, Colom F, Martínez-Arán A, Sánchez-Moreno J, Giordano A, Bulbena A, vd. Clinical and prognostic implications of seasonal pattern in bipolar disorder: a 10-year follow-up of 302 patients. Psychol Med. Kasım 2007; 37(11): 1595-1599.

216. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Suicide in bipolar disorder: a review. Psychiatr Danub. 2014; 26(2): 108-114.

217. Uğur, K., & Tamam, L. (2019). Bipolar Bozuklukta özk. Cukurova Medical Journal, 44(2), 1.

218. Erten E, Uney Kalkan AF, Fıstıkcı N. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2015; 7(2): 157-165.

219. Neria Y, Bromet EJ, Carlson GA, Naz B. Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: findings from the Suffolk county mental health project. Acta Psychiatr Scand. 2005; 111: 380-383.

220. Romero S, Birmaher B, Axelson D, Goldstein T, Goldstein BI, Gill MK et al. Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. J Affect Disord. 2009; 112: 144-150.

221. Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, Berk M, Daglas R, McGorry PD et al. Pretreatment and outcome correlates of past sexual and physical trauma in 118 bipolar I disorder patients with a first episode of psychotic mania. Bipolar Disord. 2010; 12: 244- 252.

222. Gardini, S; Cloninger, CR; Venneri, A. "Individual differences in personality traits reflect structural variance in specific brain regions". Brain Res. Bull. 2009; 79(5): 265–270.

223. Helvacı Çelik F, Hocaoğlu Ç. Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. Sakarya Tıp Dergisi. 2018; 8(4): 711-695.

224. Şirin Pelin Su. Bipolar I bozukluk tanısı olan hastalar ve birinci derece yakınlarında zarardan kaçınma, çocuklukm çağı travması ve psikolojik dayanıklılığın değerlendirilmesi kontrollü bir çalışma. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018.

225. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck PE, Denicoff KD, Nolen WA, Altshuler LL, Rush AJ, Kupka R, Frye MA, Autio KA, Post RM. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. Biol Psychiatry 2002; 51: 288–297.

226. Perna G, Vanni G, Di Chiaro NV, Cavedini P, Caldirola D. Childhood Trauma, Temperament, and Character in Subjects With Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder. J Nerv Ment Dis 2014; 202(9): 695-698.

227. de Carvalho HW, Pereira R, Frozi J, Bisol LW, Ottoni GL, Lara DR. Childhood trauma is associated with maladaptive personality traits. Child Abus Negl. 2015; 44: 18-25.

228. Canokur V. Ş, İki uçlu bozukluk ve Bilişsel İşlevler. Journal of Mood Disorders. 2013; 3(1): 56-58.

229. Mann-Wrpbel M.C, Carreno J.T, Dickinson D. Meta-Analysis Of Neuropsychological Functioning In Euthymic Bipolar Disorder: An Update And Investigation Of Moderator Variabiles. Bipolar Disord. 2011; 13: 334-343.

230. Robinson L.J, Ferrier I.N, Evolution Of Cognitive Impairment In Bipolar Disorder: A Systemic Review Of Cross-Sectional Evidence. Bipolar Disord. 2006; 8: 103-116.

231. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL, Moeller FG. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry. 2005; 162(9): 1680-1687.

232. Harkavy-Friedman JM, Keilp JG, Grunebaum MF, Sher L, Printz D, Burke AK, Mann JJ, Oquendo M. Are BPI and BPII suicide attempters distinct neuropsychologically? J Affect Disord. 2006; 94(1-3): 255-259.

233. Malloy-Diniz LF, Neves FS, Abrantes SS, Fuentes D, Corrêa H. Suicide behavior and neuropsychological assessment of type I bipolar patients. J Affect Disord. 2009; 112(1-3): 231-236.

234. Gilbert AM, Garno JL, Braga RJ, et al. Clinical and cognitive correlates of suicide attempts in bipolar disorder: Is suicide predictable? The Journal of Clinical Psychiatry. 2011; 72: 1027-1033.

235. Martino DJ, Strejilevich SA, Torralva T, Manes F. Decision making in euthymic bipolar I and bipolar II disorders. Psychological Medicine. 2011; 41: 1319-1327.

236. Dauvermann, M. R., & Donohoe, G. The role of childhood trauma in cognitive performance in schizophrenia and bipolar disorder-A systematic review. Schizophrenia Research: Cognition. 2019; 16: 1-11.

237. Lee, Yoonjoo. The Effect of Temperament on Neurocognitive Function in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. PhD Thesis. Brain and Cognitive Science The Graduate School Seoul National University, 2012.

238. Guillem, F., Pampoulova, T., Rinaldi, M., & Stip, E. Temperament and executive dysfunctions in schizophrenia. Schizophrenia Research. 2008; 104(1-3): 175-184.

239. Biffin F, Tahtalian S, Filia K, Fitzgerald PB, de Castella AR, Filia S et al. The impact of age at onset of bipolar I disorder on functioning and clinical presentation. Acta Neuropsychiatr. 2009; 21: 191-196.

240. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, et al. Long-Term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) Biol Psychiatry. 2004; 55: 875-881.

241. Sierra P, Livianos L, Rojo L. Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. Bipolar Disord. 2005; 7(2): 159-165.

242. Ozer S, Ulusahin A, Batur S, Kabakci E, Saka MC. Outcome measures of interepisode bipolar patients in a Turkish sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002; 37: 31-37.

243. Abajobir, A. A., Kisely, S., Williams, G., Strathearn, L., Clavarino, A., & Najman, J. M. Does substantiated childhood maltreatment lead to poor quality of life in young adulthood? Evidence from an Australian birth cohort study. Quality of Life Research. 2017; 26(7): 1697-1702.

244. Maguire, C., McCusker, C. G., Meenagh, C., Mulholland, C., & Shannon, C. Effects of trauma on bipolar disorder: the mediational role of interpersonal difficulties and alcohol dependence. Bipolar Disorders. 2008; 10(2): 293-302.

245. Brown, G. R., McBride, L., Bauer, M. S., & Williford, W. O. Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: A replication study in U.S. veterans. Journal of Affective Disorders. 2005; 89(1-3): 57-67.

246. Kurt M. Bipolar Affektif Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travması, Disosiyasyon, Bağlanma ve Aleksitimi İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir: Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2019.

EKLER

EK-1: BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARI İÇİN SOSYODEMOGRAFİK VE HASTALIK VERİ FORMU

Tarih:
Prot. No:
Adı – soyadı
Adres:
Telefon:

1. Cinsiyeti: (1) erkek (2) kadın

2. Yaşı:

3. Doğum tarihi: ……../……../19….

4. Eğitim durumu: (1) okuryazar değil (2) okuryazar (3) ilkokul (4) ortaokul (5) lise (6) yüksekokul

5. Eğitim süresi (yıl):

6. Medeni durumu: (1) bekar (2) evli (3) dul (4) boşanmış/ayrı

7. İşi: (1) İşsiz (2) Ev hanımı (3) memur/işçi (4) Ticaret (5) Emekli (6) Öğrenci

8. Tanı: (1) Bipolar I bozukluk (2) Bipolar II Bozukluk

9. Alkol/madde sorunu var mı?:□ hayır□ evet
   Evet ise:.....

10. Sigara kullanıyor mu?: □ hayır □ evet
    Evet İse: süre/miktar ….....

11. Eksen II tanısı var mı? □ hayır □ evet Evet ise:.....

12. Eksen II tanısı şüphesi var mı? □ hayır □ evet Evet ise:.....

13. Diğer psikiyatrik ektanılar: □ hayır □ evet Evet ise:.....

14. Bilinenen başka bir tıbbi hastalık var mı?: □ hayır □ evet
Evet İse tanısı / tedavisi / süre:……

15. Geçirilmiş ameliyat öyküsü var mı? □ hayır □ evet

16. Doğum komplikasyonu var mı?: □ hayır □ evet

17. Hastalık süresi (yıl):

18. Hastalığın başlama yaşı:

19. Tedavisiz geçen süre:

20. Hastaneye yatış sayısı:

21. Hastaneye son yatış tarihi:

22. İlk epizod türü:: (1) depresif (2) manik (3) karma (4) hipomanik

23. Epizod sayısı: Mani:….. Depresyon: …… Karma: … Hipomani:…Toplam….

24. Son geçirdiği epizod: (1) depresif (2) manik (3) karma (4) hipomanik

25. Mevsimsellik var mı?: □ hayır □ evet

26. Hızlı döngülülük var mı?: □ hayır □ evet

27. Öyküde Hızlı döngülülük var mı?: □ hayır □ evet

28. Atipik Depresyon özellikleri var mı?: □ hayır □ evet

29. Psikotik mani var mı?: □ hayır □ evet

30. Psikotik depresyon var mı?: □ hayır □ evet

31. Postpartum başlangıç var mı?: □ hayır □ evet

32. Kulandığı ilaçlar (son 3 aydır):

33. İntihar girişimi öyküsü var mı? □ hayır □ evet
Evet ise sayısı ve yöntemi:.....
.....

34. Ailede İntihar girişimi öyküsü var mı? □ hayır □ evet
Evet İse kim olduğu, sayısı ve yöntemi:.....
.....

35. Ailede alkol/ madde bağımlılık veya kötüye kullanımı öyküsü var mı?
□ hayır □ evet
Evet İse kim olduğu,madde cinsi ve kullanım miktarı.....
.....

36. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı? □ hayır □ evet
Evet İse kim olduğu, biliniyorsa muhtemel teşhis ve ilaçları:.....

EK-2: YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

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

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

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

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

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

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

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

6) Konuşma hızı ve miktarı
0. Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı

6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma

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

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

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

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

11) İçgörü

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

EK-3: HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ İÇİN YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME KILAVUZU[1]

(Çeviren: Dr. T. Oral)

Bu görüşme kılavuzu Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği için yapılmıştır.

GÖRÜŞMECİ: Her madde için hazırlanmış ilk soru aynen yazıldığı gibi sorulmalıdır. Sıklıkla bu ilk soruyla her maddedeki semptomun sıklık ve ciddiyetinin derecelendirilmesi için güvenilir ve yeterli bilgi edinilebilir. Takip eden sorular semptomların daha fazla açığa çıkarılması ya da netleştirilmesi gerektiğinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Özgül sorular her maddeyi emin bir şekilde derecelendirmeye yetecek bilgi edinilene kadar sorulmalıdır. Bazı durumlarda gerekli bilgiyi elde edebilmek için kendi takıp sorularınızı da ekleyebilirsiniz.

NOTLAR: Zaman dilimi. Görüşme soruları hastanın son bir hafta içindeki durumunu derecelendirmek gerektiğine işaret ediyorsa da, bazı araştırmacılar derecelendirmelerini son iki üç güne dayandırmak isteyebilirler. Böyle ise, sorulara "son bir kaç gün içinde" şeklinde başlanabilir.

Kilo kaybı maddesi. Bu maddenin hastanın şimdiki depresyona girmeden önceki bazal ağırlığına göre kilo kaybı olduğunda pozitif olarak değerlendirilmesi önerilir. Hasta kaybettiği kilolarını geri almaya başlamış olursa, madde pozitif olarak değerlendirilmemelidir. Bu, tekrar aldığı kilo ile birlikte hala bazal değerinin altında olsa bile, madde pozitif olarak derecelendirilmez.

***"Genel" ya da "normal" şartların değerlendirilmesi*.** Görüşme sorularının birçoğu hastanın her zamanki ya da normal işlevlerine ilişkindir. Bazı vakalarda, örneğin; hastanın distimi veya mevsimsel duygulanım bozukluğu olduğunda, kendilerini en az bir kaç hafta boyunca iyi hissettikleri (depresif ya da yükselmiş değil) son zaman referans noktası olmalıdır.

Bu metin aşağıda belirtilen ölçeğin Dr. T. Oral tarafından yapılmış çevirisidir
Williams-JB ***A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale*** *Arch-Gen-Psychiatry. 1988 Aug; 45(8): 742-7*

GENEL GÖRÜNÜM: Size geçen hafta hakkında bazı sorular sormak istiyorum. Geçen (gün/hafta)'dan beri kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

EĞER HASTA HASTANEDE YATMIYOR İSE: Çalışıyor musunuz?
YANIT HAYIR İSE: Neden hayır?

Geçen hafta boyunca duygusal açıdan durumunuz nasıldı?	***1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ*** *(Üzüntü, ümitsizlik, çaresizlik, kendini değersiz hissetme):*
□ Kendinizi sıkıntılı ve depresyonda hissettiniz mi? □ Üzgün? Ümitsiz? □ Geçen hafta içinde kendinizi ne kadar sıklıkta her zamanki gibi hissettiniz? Her gün? Bütün gün? □ Hiç ağladığınız oluyor mu?	*1. Yok.* *2. Sadece sorulduğunda belirtiliyor.* *3. Kendiliğinden sözel olarak ifade ediliyor.* *4. Davranışlarla ifade ediliyor. Örneğin; yüz ifadesi, duruş, ses, ağlama eğilimi.* *5. HER HALİYLE; kendiliğinden, söz ve davranışlardan anlaşılıyor.*

1 - 4 ARASINDA PUANLANMIŞ İSE, SORUN: Ne zamandan beri duygularınız böyle?

Geçen hafta süresince zamanınızı nasıl Geçirdiniz (İşte olmadığınız zamanlar)?	***2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER***
□ Hayatınızda normal olarak yaptığınız şeyleri yapmaya ilgi duyuyor musunuz, yoksa bunları yapmak için kendinizi zorladığınızı hissediyor musunuz? □ Daha önce yapmakta olduğunuz herhangi bir şeyi yapmayı bıraktınız mı? EVET İSE: Neden? □ Yapmayı istediğiniz ya da beklediğiniz bir şey var mi? □ **TAKİP SIRASINDA**: İlginiz normale döndü mü?	*1. Zorluk yok.* *2. Yetersizlik duygu ve düşünceleri, yorgunluk ya da iş ve zevklere bağlı olarak etkinliklerde güçsüzlük.* *3. Etkinlik, zevkler ya da işe karşı ilgi kaybı - hastanın doğrudan söylemesi ya da dolaylı olarak düzensizlik, kararsızlık ve kendini iş veya etkinliklere zorlama duygusu ile ifade edilmesi.* *4. Etkinliklere harcanan zamanda belirgin azalma ve üreticiliğin düşmesi. Hastanın hastanede bölümde yapılması gereken günlük işler dışında hastane görevi ya da zevkler için günde üç saatten az zaman ayırması.* *5. Şimdiki hastalığı nedeniyle çalışmayı durdurması. Hastanede bölümde yapılması gereken işler dışında hiçbir etkinlikte bulunmaması ya da yardım edilmeksizin bölüm işlerini yapmakta başarısız olması.*

Sekse karşı olan ilginiz geçen hafta içinde nasıldı?	***3. GENİTAL SEMPTOMLAR*** *(libido kaybı, menstrual bozukluklar gibi)*
□ (Başarınızı sormuyorum, sekse karşı olan ilginizi soruyorum. Seksi ne kadar düşünürsünüz?) □ Depresyona girmeden önceki durumunuzdan beri sekse karşı olan ilginizde herhangi bir değişim oldu mu? □ Seks üzerinde fazla düşündüğünüz bir şey mi? **HAYIR İSE**: Bu sizin alışmadığınız bir durum mu?	*1. Yok* *2. Hafif* *3. Şiddetli*

İştahınız Geçen hafta içinde nasıldı? □ (Her zamanki iştahınız ile karşılaştırıldığında nasıl?) □ Yemek yemek için kendinizi zorlamak durumunda kaldınız mı? □ Başka kimseler sizi yemeye zorlamak durumunda kaldılar mı?	***4. SOMATİK SEMPTOMLAR – GASTROİNTESTİNAL*** *1. Hiç biri yok.* *2. İştah kaybıyla birlikte başkalarının ısrarı olmaksızın yeme.* *3. Zorlanmadan yemek yemede güçlük.*

Bu depresyon başladığından beri hiç kilo kaybettiniz mi? □ **EVET İSE**: Ne kadar? □ **EMİN DEĞİLSE** : Elbiselerinizin üzerinizde daha bol durduğunu hiç düşündünüz mü? □ **TAKİP SIRASINDA** : Kaybettiğiniz kilolardan hiç geri aldığınız oldu mu?	***5. KİLO KAYBI*** *(A ya da B'yi derecelendirin)* ***A - Özgeçmişini değerlendirirken:*** *1. Kilo kaybı yok* *2. Şimdiki rahatsızlık ile ilgili olası kilo kaybı* *3. Kesin kilo kaybı (hastaya göre)* *4. Ölçülmedi* ***B - Gerçek kilo değişimi bölüm çalışanları tarafından haftalık olarak değerlendirildiğinde**:* *1. Haftada 500 gramdan az kilo kaybı* *2. Haftada 500 gramdan çok kilo kaybı* *3. Haftada 1 kg.'dan çok kilo kaybı* *4. Ölçülmedi*

Geçen haftadan beri uykunuz nasıl? □ Geçenin başlangıcında uykuya dalmakta güçlük çektiğiniz oldu mu? (Yatağa girdikten hemen sonra uykuya dalmanız ne kadar zamanınızı alıyor?) □ Bu hafta içinde kaç gece uykuya dalmakta güçlük çektiniz?	***6. UYKUSUZLUK (Başlangıç)*** *1. Uykuya dalmakta güçlük çekmez* *2. Sıklıkla uykuya dalma güçlüğü yakınmaları - yani ½ saatten fazla* *3. Her gece uykuya dalma güçlüğü yakınmaları*

Geçen hafta süresince, Geçenin ortasında uyandığınız oldu mu? EVET İSE : □ Yataktan kalkar mısınız? Kalkarsanız ne yaparsınız? (Sadece tuvalete mi gidersiniz?) □ Yatağa geri döndüğünüzde hemen uykuya dalabiliyor musunuz? □ Bazı geceler uykunuzun huzursuz ve rahatsız olduğunu hissediyor musunuz?	***7. UYKUSUZLUK (Orta)*** *1. Zorluk yok* *2. Gece suresince huzursuz ve rahatsız olmaktan yakınmalar* *3. Gece boyunca uyanma (tuvalet haricinde yataktan kalkma)*

Geçtiğimiz hafta içinde sabah uyandığınız son saat nedir? □ **EĞER ERKEN İSE:** Bu bir çalar saat ile mi oldu yoksa kendiniz mi uyandınız? Depresyondan önce genellikle uyanış saatiniz neydi?	***8. UYKUSUZLUK (Geç)*** *1. Zorluk yok* *2. Sabahın erken saatlerinde uyanır fakat uykuya tekrar dönebilir* *3. Yataktan kalkarsa tekrar uykuya dalmakta başarılı olamaz*

Geçtiğimiz hafta içinde enerjiniz nasıldı? □ Kendinizi sürekli yorgun hissettiğiniz oldu mu? □ Bu hafta içinde hiç sırt ağrısı, baş ağrısı ya da kas ağrısı çektiniz mi? □ Bu hafta kaslarınızda, başınızda ya da sırtınızda bir ağırlık hissettiniz mi?	***9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)*** *1. Hiç biri yok* *2. Kaslarda,basta ya da sırtta ağırlık. Baş, sırt ve kas ağrıları. Enerji kaybı* *3. Herhangi kesin bir belirti*

Geçen hafta içinde kendinizi özellikle eleştirdiğiniz oldu mu, bazı şeyleri yanlış yaptığınızı veya başkalarını üzdüğünüzü hissettiniz mi? EVET İSE: □ Düşünceleriniz nelerdi? □ Yaptığınız ya da yapamadığınız herhangi bir şey hakkında suçluluk duygusuna kapıldığınız oldu mu? □ Bu depresyona herhangi bir şekilde kendi kendinize sebep olduğunuzu düşündünüz mü? □ Hasta olmakla cezalandırıldığınızı hissediyor musunuz?	***10. SUÇLULUK DUYGULARI*** *1. Yok.* *2. Kendini suçlama, başka insanları üzdüğü düşüncesi.* *3. Geçmişteki hatalar ya da günahlar üzerinde sürekli düşünme veya suçluluk duyguları.* *4. Hastalığın bir ceza olduğu düşüncesi. Suçluluk hezeyanları.* *5. Suçlayıcı veya yerici sesler işitme ve/veya görsel varsanılar.*

Geçen hafta "hayat yaşamaya değmez" ya da "ölsem de kurtulsam" diye düşündüğünüz oldu mu? □ Kendinize zarar vermeyi ya da yaşamınızı sonlandırmayı düşündünüz mü? **EVET İSE:** Ne hakkında duşundunuz?Kendinize gerçekten zarar verecek bir şey yaptınız mı?	***11. İNTİHAR*** *1. Yok.* *2. Hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünmesi.* *3. Olmuş olmayı istemesi ya da kendisi için olası bir olumu düşünmesi.* *4. Suisidal düşünce ve davranışlar.* *5. İntihar girişimi*

Geçen hafta içinde kendinizi özellikle gergin ve huzursuz hissettiniz mi? □ Küçük,önemsiz şeyler; sıradan bir zamanda üzülmeyeceğiniz şeyler hakkında çok üzüldüğünüz oldu mu? **EVET İSE**: Örneğin nasıl?	***12. PSİŞİK KAYGI*** *1. Güçlük çekmez* *2. Nedensiz gerginlik ve aşırı sinirlilik* *3. Çok küçük şeylere üzülme* *4. Konuşmada veya yüzde belirgin endişeli tutum* *5. Sorulmadan korkularını açıklama*

Geçen hafta içinde sizde az sonra söyleyeceğim fiziksel şikayetlerden biri oldu mu? □ LİSTEYİ OKUYUN: CEVAP İÇİN HER BİRİNDEN SONRA 6 SANİYE ARA VERİNİZ. □ Bu belirtilerden sizi geçen hafta rahatsız etmiş olanın şiddeti neydi? (Ne kadar sürdüler ve hangi sıklıkta duydunuz?) □ NOT: BU BELİRTİLER AÇIKÇA BİR İLACIN YAN ETKİSİ İSE MADDEYİ DERECELENDİRMEYİN. (ÖRNEĞİN; AĞIZ KURULUĞU VE IMIPRAMIN)	***13. SOMATİK KAYGI*** ***(Kaygının fizyolojik belirtileri)*** ***GI** - Ağız kuruluğu, gaz, hazımsızlık, ishal, kramplar, geğirme,* ***CV** - Kalp çarpıntısı, baş ağrısı,* ***Solunum** - Hipervantilasyon, iç çekme,* *Sık sık tuvalete gitme, Terleme):* *1. Yok* *2. Hafif* *3. Orta* *4. Şiddetli* *5. Hareketleri engelleyici derecede*

Geçen hafta içinde düşüncelerinizi vücudunuzun çalışması ve fiziksel sağlığınız üzerine ne kadar yoğunlaştırdınız? □ (Normal düşünüşünüzle karşılaştırıldığında) □ Çok fazla fiziksel şikayetiniz olur mu? □ Aslında kendi kendinize yapabileceğiniz bir şey için yardım istediğinizi fark ettiniz mi? **EVET İSE**: Ne gibi örneğin? Bu ne kadar sıklıkta oldu?	***14. HİPOKONDRİ*** *1. Mevcut değil* *2. Bedenine yönelme* *3. Sağlıkla ilgili olarak çok düşünme* *4. Sık şikayetler,yardım isteme vs.* *5. Hipokondrik sanrılar*

GÖZLEME DAYANAN DEĞERLENDİRME	***15. İÇGÖRÜ*** *1. Depresyonda ve hasta olduğunu ya da şu anda depresyonda olmadığını kabul ediyor.* *2. Hastalığı kabullenmekle birlikte nedenlerini kötü yemeklere, iklime, çok çalışmaya, virüse, dinlenmeye olan gereksinime vs.ye atfediyor.* *3. Hasta olduğunu kesinlikle inkar ediyor.*

GÖRÜŞME SIRASINDAKİ GÖZLEME DAYANAN DEĞERLENDİRME	***16. YAVAŞLAMA*** *(Düşünce ve konuşmanın yavaşlaması; konsantre olma yeteneğinde bozulma; motor aktivitenin azalması):* *1. Normal düşünme ve konuşma* *2. Görüşmede hafif yavaşlama* *3. Görüşmede açıkça yavaşlama* *4. Görüşmenin zorlukla yapılması* *5. Tam stupor*

GÖRÜŞME SIRASINDAKİ GÖZLEME DAYANAN DEĞERLENDİRME	***17. AJİTASYON*** *1. Yok* *2. Yerinde duramama* *3. El, saç vb. şeylerle oynama* *4. Yerinde duramayacak kadar hareketlilik* *5. Elleri ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak ısırma.*

TOPLAM 17 MADDE HAMİLTON DEPRESYON SKORU:	.....

Geçen hafta,günün belirli herhangi bir zamanında -sabah ya da akşam- kendinizi daha iyi ya da daha kötü hissettiğiniz oldu mu? □ **EĞER DEĞİŞİKLİK VARSA**: Kendinizi ne kadar "daha kötü" hissediyorsunuz? □ **(SABAH YA DA AKŞAM)?** □ **EĞER EMİN DEĞİLSE**: Bir parça mı kötü, yoksa çok daha mı kötü?	***18. GÜN İÇİ DEĞİŞİM*** ***A. Belirtiler sabah ya da akşam daha kötü olduğunda not edin. Gün içi değişim yoksa hiç birini işaretlemeyin.*** *1. Değişim yok ya da şu anda depresyonda değil* *2. Sabahları daha kötü* *3. Akşamları daha kötü* ***B. Mevcut bulunduğunda, değişimin şiddetini işaretleyiniz.*** *1. Yok* *2. Hafif* *3. Şiddetli*

Geçen hafta içinde birden her şeyin gerçek olmadığı, bir rüya içinde olduğunuz ve diğer insanlardan tuhaf bir şekilde farklı olduğunuz duygusuna kapıldınız mı? Boşlukta olma duygunuz oldu mu? **EVET İSE:** Ne kadar kötüydü? Bu hafta ne sıklıkta oldu?	***19. DEPERSONALİZASYON VE DEREALİZASYON*** *(Gerçek olmayan duygular ve nihilistik düşünceler):* *1. Yok* *2. Hafif* *3. Orta* *4. Şiddetli* *5. Engelleyici biçimde*

Geçen hafta birinin size zor anlar yaşatmaya ya da zarar vermeye çalıştığını hissettiniz mi? □ HAYIR İSE: Hiç arkanızdan konuşulduğu izlenimine kapıldınız mı? □ EVET İSE: Bana bundan söz eder misiniz?	***20. PARANOİD BELİRTİLER*** *1. Hiç biri* *2. Şüpheli* *3. Referans fikirler* *4. Kötülük görme ya da referans hezeyanları*

Geçen hafta tekrar tekrar yapmak zorunda kaldığınız bazı şeyler oldu mu, kapının kilidini defalarca kontrol etmek gibi? **EVET İSE**: Bir örnek verebilir misiniz? □ Size hiç anlam ifade etmeyen ama zihninizden atamadığınız düşünceleriniz var mı? **EVET İSE:** Bir örnek verebilir misiniz?	***21. OBSESSİF KOMPULSİF BELİRTİLER*** *1. Yok* *2. Hafif* *3. Şiddetli*

TOPLAM 21 MADDE HAMİLTON DEPRESYON SKORU	.....

EK-4: MİZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ

Mizaç ve Karakter Envanteri

(Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını görüşlerini ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.
Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece su anda nasıl hissettiğiniz değil ÇOĞU ZAMAN ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.
Bu anket formunu kendi basınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR
Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca "D" ya da "Y" seçeneğini daire içine almanız
yeterlidir. Bir örnek:

ÖRNEK
DOGRU YANLIŞ
Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum. D Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için "D"yi daire içine alınız.)
****
Tüm ifadeleri dikkatlice okuyunuz ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.
Yanıttan emin olmasanız bile her ifadeyi yanıtlamaya çalışınız.
Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.
Copyright © 1987 1992 C. R. Cloninger
Türkçe TCI © 2001 Samet Köse Kemal Sayar

Türkçe TCI'nin eser sahipliği hakları Samet Köse ve Kemal Sayar'a aittir. Yazarların izni olmaksızın her türlü kullanımı eser sahipliğinden doğan hakların ihlalini oluşturur ve etik değildir.

1. Çoğu kimseye zaman kaybı gibi gelse de sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu zaman yeni şeyler denerim. D Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim. D Y
3. Çoğu zaman güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim. D Y
4. Çoğu zaman koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm. D Y
5. Benden çok farklı olsalar bile genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim. D Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım. D Y
7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider. D Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda çoğu zaman vaktin nasıl geçtiğinin farkına varmam. D Y
9. Çoğu zaman yaşamımın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm. D Y

10. Herkesin karsısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta yardımcı olmak isterim. D Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum. D Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim. D Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin çoğu zaman o anda nasıl hissettiğime bakarak yaparım. D Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa genellikle kendi tarzıma göre yaparım. D Y
15. Çoğu zaman çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir. D Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden genellikle hoşlanmam. D Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır. D Y
18. Birçok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile zengin ve ünlü olmak için yasal olan hemen her şeyi yapardım. D Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir. D Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için çoğu zaman yapmakta olduğum isi bırakmak zorunda kalırım. D Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım. D Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum. D Y
23. Yapmakta olduğum ise kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan çoğu zaman "dalgın" olarak adlandırılırım. D Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim. D Y
25. Bir başkasının duygularını çoğu zaman kendiminkiler kadar dikkate alırım. D Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için çoğu zaman yabancılarla tanışmaktan kaçınırım. D Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım. D Y
29. Bir is yaparken "yeni ve geliştirilmiş" yollardan çok eski "denenmiş ve doğru" yolları tercih ederim. D Y
30. Zaman yokluğu nedeniyle genellikle isleri önemlilik sırasına göre yapamam. D Y
31. Çoğu zaman hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak isler yaparım. D Y
32. Çoğu zaman başka herkesten daha zeki olmayı dilerim. D Y
33. Düşmanlarımın acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir. D Y
34. Her ne zaman olursa olsun çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım. D Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür. D Y
36. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak çoğu zaman bana anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü alışkanlıklar kazandırdı. D Y
37. Genellikle o kadar kararlıyımdır ki başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim. D Y
38. Yaşamda bilimsel olarak açıklanamayan birçok şeye hayran olurum. D Y

39. Bırakabilmeyi dilediğim birçok kötü alışkanlığım var. D Y
40. Sorunlarıma çoğu zaman bir başkasının çözüm D Y sağlamasını beklerim.
41. Çoğu zaman nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım. D Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm. D Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum. D Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez. D Y
45. Kendimi rahatlamış hissederken çoğu zaman beklenmedik iç görü ya da anlayış parıltıları yasarım. D Y
46. Başkalarının benden ya da isleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam. D Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım. D Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karsı sabırlı değilimdir. D Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez. D Y
50. Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz. D Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür. D Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok iyi bir dinleyiciyimdir. D Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim. D Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda çoğu kimseden daha sıkılganımdır. D Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır. D Y
56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren bir “altıncı his”e sahipmişim gibi gelir. D Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi genellikle acısını çıkartmaya çalışırım. D Y
58. Tutumlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım. D Y
60. Çoğu zaman başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
61. Karar vermeden önce isler konuşunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim. D Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım. D Y
63. Çok kolay yorulduğumdan çoğu zaman kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım. D Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım. D Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm. D Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim. D Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda genellikle sakin ve güvenli kalırım. D Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım. D Y
69. Kişisel sorunlarımı çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem. D Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa evde oturmaktan hoşlanırım. D Y
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum. D Y

72. Bana haksız davranmış olsalar bile başkalarına haksızca davranırsam zihinsel huzurum kalmaz. D Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar. D Y
74. Çoğu zaman sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim. D Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım. D Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım. D Y
77. Bazen başkalarına karsı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim. D Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım. D Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider. D Y
80. Bir grup yabancıyla bulusunca bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm. D Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konuşunda genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir. D Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraşıca düşünürüm. D Y
83. Başkalarına karsı sempatik ve anlayışlı olmanın pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm. D Y
84. Çoğu zaman etrafımdaki tüm nesnelere karsı güçlü bir bütünlük duyusu hissederim. D Y
85. Çoğu zaman “Süperman” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim. D Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor. D Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım. D Y
88. Dinsel yaşantılar yaşamımın gerçek amacını anlamama yardımcı olmuştur. D Y
89. Çoğu zaman başkalarından çok şey öğrenirim. D Y
90. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak pek çok şeyde iyi ve başarılı olmama olanak vermiştir. D Y
91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim. D Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme destek ya da güvenceye gereksinim duyarım. D Y
93. Yaşamın kurallarının olduğunu ve hiç kimsenin sonunda bedelini ödemeksizin bu kuralları çiğneyemeyeceğini bilirim. D Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem. D Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için kendi yaşamımı severek riske ederdim. D Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim. D Y
97. Bazen yaşamımın herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm. D Y
98. Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım. D Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım. D Y
100. Birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek benim için kolaydır. D Y

101. Beklenmedik haberlere çoğu zaman öylesine güçlü tepki veririm ki pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım. D Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim. D Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım. D Y
104. Öyle çok kusurluyum ki bu yüzden kendimi pek de sevmem. D Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var. D Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için çoğu zaman sorunların gereğine bakamam. D Y
107. Çoğu zaman zamanın akısını durdurabilmeyi dilerim. D Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim. D Y
109. Biriktirmektense para harcamayı yeğlerim. D Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine saka yapmak için doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm. D Y
111. Sorunlar olsa bile bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesi için çalışırım. D Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım. D Y
113. Çok gergin yorgun ya da endişeli olacağım için işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür. D Y
114. İşleri eskiden olduğu gibi yapmayı bırakmadan önce genellikle çok gerçekçi gerekçeler talep ederim. D Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım. D Y
116. Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi) gerçekten de mümkün olduğuna inanırım. D Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımın çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim. D Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile çoğu zaman aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm. D Y
119. Hemen herkes korksa bile ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım. D Y
120. Hüzünlü şarkıları ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum. D Y
121. Koşullar çoğu zaman beni irademin dışında bir şeyler yapmaya zorlar. D Y
122. Benim için benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür. D Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin sadece şans eseri olduğunu düşünürüm. D Y
124. Birisi beni incitirse intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim. D Y
125. Çoğu zaman yaptığım isin o kadar etkisinde kalırım ki zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum. D Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum. D Y
127. Başkalarıyla olabildiğince is birliği yapmaya çalışırım. D Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir. D Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim. D Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin çoğu zaman içgüdülerimi önsezi ve sezgilerimi izlerim. D Y
131. İnsanlar benden beklediklerini yapmadığımda çoğu zaman benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler. D Y

132. Çoğu zaman etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim. D Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek benim için genellikle kolaydır. D Y
134. Başkaları benden daha çok is beklese bile olabildiğince az iş yapmaya çalışırım. D Y
135. İyi alışkanlıklar benim için "ikincil huy" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır. D Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden çoğu zaman rahatsızlık duymam. D Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır böylece onları gerçekten anlayabilirim. D Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar. D Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir. D Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder isler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım. D Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile çoğu zaman islerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim. D Y
142. Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim. D Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler. D Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol var olduğunu söylese bile isleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim. D Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın akıllıca olmadığını düşünürüm. D Y
146. Düşmanlarımın acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım. D Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum. D Y
148. Yaptığım her iste ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım. D Y
149. Endişeye kapıldığımda arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum isi bırakırım. D Y
150. Çoğu zaman başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir. D Y
152. Çoğu zaman kendimi yapmakta olduğum ise o kadar kaptırırım ki bir an nerede olduğumu unuturum. D Y
153. Bir ekibin üyeleri kendilerine düsen payı nadiren eşit biçimde alırlar. D Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir. D Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam. D Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir. D Y
158. Çoğu zaman arkadaşlarımın arzularına boyun eğerim. D Y
159. Zamanımın çoğunu gerekli gibi görünen ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım. D Y
160. Ticari kararlarda neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dini ya da ahlaki ilkelerin etkin olması gerektiğini düşünmem. D Y

161. Başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için çoğu zaman kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım. D Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır. D Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için savaş yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım. D Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem. D Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar hemen hiç heyecanlanmam. D Y
166. Düşündüğümden daha uzun sürerse çoğu zaman o isi bırakırım. D Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim. D Y
168. Bana yanlış davranan birisini çoğu zaman çabucak bağışlarım. D Y
169. Davranışlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle çoğu zaman kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım. D Y
171. İşlerin yapılması için bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim. D Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım. D Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan kendimi daha coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur. D Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir. D Y
175. Duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım. D Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım. D Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar güçlü şekilde yol gösterir. D Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır. D Y
179. Çoğu zaman sonsuza değin yaşamak isterim. D Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım. D Y
181. Hüzünlü bir film seyrederken ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır. D Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum. D Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda çoğu zaman kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim. D Y
184. Çoğu ayartıcı durumda kendime güven duyabilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir. D Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar. D Y
186. Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir. D Y
187. Yapılması gerekli olan isleri sürdürebilmek için çabuk kararlar vermekten hoşlanırım. D Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle sansım yaver gider. D Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi) genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim. D Y
190. Başarılı olma sansı olmadıkça bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum. D Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım. D Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa biriktirmekten zevk alırım. D Y

193. Bireysel haklar herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir. D Y
194. Kendimi ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu. D Y
195. Ansızın var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu yasadığım epeyce coşkulu anlarım oldu. D Y
196. İyi alışkanlıklar isleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır. D Y
197. Çoğu kimse benden daha çok becerikli görünür. D Y
198. Sorunlarım için çoğu zaman başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım. D Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım. D Y
200. Çoğu zaman tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım. D Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile çok fazla "açılmamayı" tercih ederim. D Y
202. Kendimi zorlamaksızın genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle "meşgul" kalabilirim. D Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm. D Y
204. Bir şeyi yanlış yaparken yakalandığımda, sorundan kurtulmayı beceremem. D Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir. D Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu sadece bir görüş meselesidir. D Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm. D Y
208. Tüm yaşamın bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım. D Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm. D Y
210. İnsanlar yardım sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler. D Y
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada çoğu kimseye göre daha geriyimdir. D Y
212. Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile yalan söylemekte sıkıntı yasarım. D Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar vardır. D Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem. D Y
215. Sıradan bir şeye bakarken çoğu zaman olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım. D Y
216. Tanıdığım çoğu kimse başkalarının incinebileceğine aldırmaksızın yalnızca kendisini düşünür. D Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle gergin ve endişeli hissederim. D Y
218. Çoğu zaman kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım. D Y
219. Kimileri para konuşunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür. D Y
220. Mistik yaşantı söylentileri muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir. D Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır. D Y
222. Herhangi bir kişinin acı çektiğini görmekten nefret ederim. D Y

223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum. D Y
224. Yaptığım isin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için düzenli olarak zaman ayırırım. D Y
225. Çok dikkatli olmazsam benim için isler çoğu zaman ters gider. D Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda genellikle daha iyi hissederim. D Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın mümkün olmadığını düşünürüm. D Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için başkalarına çoğu zaman sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir. D Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam. D Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim. D Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum. D Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim. D Y
233. Zor durumları genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm. D Y
234. Benimle ilgili kimseler isleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar. D Y
235. Sahtekar olmak yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır. D Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim. D Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde her şeyi okumaktan hoşlanırım. D Y
238. Yeni bir şey olmadığında genellikle heyecan ya da coşku verici bir şeyler aramaya başlarım. D Y
239. Bazen keyifsiz olurum. D Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum. D Y

TCI Derecelendirme Anahtarı

Tüm ölçekler için pozitif olarak puanlandırılan (D= 1, Y= 0) maddelerin altı çizilmemiş, negatif olarak puanlandırılan maddelerin altı çizilmiştir (D= 0, Y= 1). Aşağıdaki maddeler ise TCI'ın bir bölümü olarak puanlanmamıştır: 69, 75, 101, 111, 118, 134, 140, 170, 176, 190, 213, 230, 239, 240.

Yenilik Arayışı (Novelty Seeking)

NS1 Keşfetmekten heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık (11 madde)
1, 29, 52, 70, 99, 114, 144, 167, 191, 211, 238

NS2 Dürtüsellik-İyice düşünme (10 madde)
13, 35, 61, 82, 108, 130, 148, 187, 203, 237

NS3Savurganlık-Tutumluluk (9 madde)
19, 41, 66, 109, 139, 155, 174, 192, 219

NS4 Düzensizlik-Düzenlilik (10 madde)
34, 53, 79, 91, 110, 141, 165, 183, 204, 212

NS Toplam Yenilik Arayışı Puanı (40 madde): NS1 + NS2 + NS3 + NS4

Zarardan Kaçınma (Harm Avoidance)

HA1 Beklenti endişesi ve karamsarlık-Sınırsız iyimserlik (11 madde)
2, 20, 42, 65, 81, 112, 119, 149, 164, 188, 225

HA2 Belirsizlik korkusu (7 madde)
12, 26, 67, 129, 154, 189, 217

HA3Yabancılardan çekinme (8 madde)
27, 54, 80, 100, 142, 157, 209, 231

HA4 Çabuk yorulma ve dermansızlık (9 madde)
22, 43, 63, 92, 113, 147, 182, 202, 236

HA Toplam Zarardan Kaçınma Puanı (35 madde): HA1 + HA2 + HA3 + HA4

Ödül Bağımlılığı (Reward Dependence)

RD1 Duygusallık (10 madde)
3, 28, 55, 83, 102, 120, 158, 181, 210, 224

RD3Bağlanma (8 madde)
21, 44, 68, 117, 143, 180, 201, 226

RD4 Bağımlılık (6 madde)
14, 46, 71, 131, 156, 193

RD Toplam Ödül Bağımlılığı Puanı (24 madde): RD1 + RD3 + RD4

Sebat Etme (Persistence)

P Sebat etme (8 madde)
11, 37, 62, 103, 128, 166, 205, 218

Kendi Kendini Yönetme (Self-Directedness)

S1 Sorumluluk alma-Kınama (8 madde)
4, 24, 58, 86, 121, 151, 169, 198

S2 Amaçlılık-Amaçsızlık (8 madde)
9, 30, 59, 105, 126, 159, 177, 223

S3 Beceriklilik (5 madde)
40, 106, 171, 197, 233

S4 Kendini kabullenme- Kendisiyle Çekişme (11 madde)
32, 60, 74, 85, 94, 107, 136, 150, 179, 214, 229

S5 Aydınlanmış ikinci mizaç (12 madde)
17, 36, 39, 90, 104, 115, 135, 162, 184, 196, 207, 221

S Toplam Kendi Kendini İdare Etme Puanı (44 madde): S1 + S2 + S3 + S4 + S5

İş Birliği Yapma (Cooperativeness)

C1 Sosyal kabullenme-Sosyal hoşgörüsüzlük (8 madde)
5, 16, 48, 89, 122, 133, 172, 234

C2 Empati duyma-Sosyal ilgisizlik (7 madde)
25, 49, 73, 137, 161, 185, 227

C3Yardımseverlik-yardım sevmemezlik (8 madde)
10, 47, 64, 87, 127, 153, 178, 216

C4 Acıma-intikamcılık (10 madde)
7, 33, 57, 78, 98, 124, 146, 168, 199, 222

C5 Temiz kalplilik vicdanlılık-Kendi kendine yarar sağlama (9 madde)
18, 50, 72, 93, 138, 160, 186, 206, 235

C Toplam İş Birliği Puanı (42 madde): C1 + C2 + C3 + C4 + C5

Kendi Kendini Aşma (Self-Transcendence)

ST1 Kendini kaybetme-Kendilik bilincinde yaşantı (11 madde)
8, 23, 45, 76, 96, 125, 152, 173, 195, 215, 228

ST2 Kişiler arası Özdeşim-Kendi kendine ayrışma (9 madde)
15, 31, 51, 84, 95, 132, 163, 200, 232

ST2 Manevi kabullenme-Akılcı maddecilik (13 madde)
6, 38, 56, 77, 88, 97, 116, 123, 145, 175, 194, 208, 220

ST Toplam Kendi Kendini Aşma Puanı (33 madde): ST1 + ST2 + ST3

EK-5: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ-28

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

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

	Hiç bir zaman	**Nadiren**	**Zaman zaman**	**Sıklıkla**	**Çok sık olarak**
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailemdekiler bana "salak", "beceriksiz" yada "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailemdekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailemdekiler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Ailemdekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

EK-6: BİPOLAR BOZUKLUKTA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU

Bipolar Bozuklukta yaşam kalitesi Anketi (Kısa Formu) (Brief QoL.BD)
Aşağıdaki maddeler yaşam kalitesiyle ilgili deneyimleri, davranışları ve duyguları sorgulamaktadır. Yaşam kalitenizle ilgili her bir maddeye ne kadar katıldığınızı lütfen belirtiniz. Son 7 günde deneyimlerinizi en iyi tanımlayan puanı seçiniz. Maddeler için çok zaman harcamayın aklınıza ilk geleni işaretleyiniz.

Son 7 günde, Ben	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Kendimi fiziksel olarak iyi hissettim	1	2	3	4	5
2. Sabahları dinlenmiş olarak uyandım.	1	2	3	4	5
3. Yaptığım şeylerden her zamanki kadar keyif aldım.	1	2	3	4	5
4. Konsantrasyonum (odaklanabilmem) iyiydi.	1	2	3	4	5
5. Boş zamanlarımda uğraşılarımla ilgilendim.	1	2	3	4	5
6. Sosyal ilişkilerimle ilgilendim.	1	2	3	4	5
7. İnançlarımın gereğini dilediğim gibi yaptım.	1	2	3	4	5
8. Temel ihtiyaçlarımı karşıladıktan sonra da geriye param kaldı.	1	2	3	4	5
9. Evimi düzenli tuttum.	1	2	3	4	5
10. Diğerleri tarafından kabul edildiğimi hissettim.	1	2	3	4	5
11. İstediğim yere özgürce gidebildim (Araba / Toplu taşıma, araç kullanarak, vb.).	1	2	3	4	5
12. Ne isteyip, ne istemediğim konusunda düşüncelerim netti.	1	2	3	4	5

EK-7: FRONTAL DEĞERLENDİRME BATARYASI

FRONTAL DEĞERLENDİRME BATARYASI (FDB)

1.Benzerlikler (Konseptualizasyon)

Birazdan söyleyeceğim 2 kelime arasındaki en temel benzerlik (ya da ortak yön) nedir?
Muz- Portakal
"benzemezler" tam başarısızlık, "her ikisininde kabuğu vardır. "kısmi başarısızlık." O zaman hastaya muz, portakal her ikisi de ..... diyerek yardımcı olun, fakat bu madde için puan vermeyin. Aşağıdaki kelime grupları için yardımcı olmayın.

Masa ve sandalye
Lale, gül ve papatya
Skorlayın (sadece meyve, mobilya, çicek cevaplarını kabul edin.)

□□3doğru:3puan □□2doğru:2puan □□1doğru:1puan

2.Kelime Akıcılığı (Mental Esneklik)

S harfi ile başlayan, özel isim olmamak kaydıyla sayabildiğiniz kadar çok kelime sayın. Eğer hasta ilk 5 saniye hiç cevap vermezse, şöyle söyleyin "örneğin sinek" Eğer 10 saniye duraklarsa, hastayı "S harfiyle başlayan herhangi bir kelime" diyerek stimüle edin. Toplam süre 60 saniyedir.

Skorlayın (kelime tekrarları ya da çeşitlemeleri (sandalye, sandalyeci), adlar, soyadlar ve özel isimler doğru cevap olarak sayılmaz.

- 9 kelimeden fazla : 3 puan
- 6ile9kelime:2puan
- 3ile5kelime:1puan
- 3 kelimeden az : 0 puan

3.Motor Seriler (Proglamlama)

" Ne yaptığıma dikkatlice bakın"
Hekim hastayla karşı karşıya oturur iken, sol eliyle üç defa Luria'nın söyleyerek el serilerini hastaya gösterir "yumruk,kenar,avuçiçi" 'Şimdi siz aynı hareketleri önce benimle, sonra yalnız olarak yapın'. Hekim serileri üç defa hastayla birlikte yapar, sonra hastaya "şimdi siz bu hareketleri kendiniz yapın" der.
Skorlayın:

- Hasta 6 motor seriyi tek başına doğru olarak gerçekleştirirse : 3 puan,
- Hasta en az 3 ardışık motor seriyi doğru olarak gerçekleştirirse : 2 puan
- Hasta tek başına hiçbir motor seriyi doğru olarak gerçekleştirememiş ancak hekimle beraber 3 motor seriyi yapmayı başarmışsa : 1 puan
- Hasta ardışık 3 motor seriyi hekimle beraber yapmayı başaramamışsa : 0 puan

4.Çelişen Yönergeler (İnterferansa duyarlılık)

"Ben elimi masaya bir defa vurduğumda siz iki defa vurun"
Hastanın yönergeyi anladığından emin olmak için üçlü seri yapılır. 1-1-1. "Ben elimi masaya 2 kez vurduğumda siz bir defa vurun". Hastanın yönergeyi anladığından emin olmak için üçlü seri yapılır 2-2-2.
Hekim aşağıdaki seriyi uygular : 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2
Skorlayın:

- Hata yok : 3 puan
- Bir veya iki hata : 2 puan
- İki hatadan fazla : 1 puan
- Hasta hekimin elini masaya vurduğu sayıda en az 4 kez masaya vurur : 0 puan

5.Yap-yapma (İnhibitör kontrol)

" Ben elimi masaya bir kez vurduğumda siz bir defa vurun"

Hastanın yönergeyi anladığından emin olmak için üçlü seri yapılar.1-1-1. " Ben elimi masaya iki kez vurduğumda siz elinizi masaya vurmayın" : Hastanın yönergeyi anladığındandan emin olmak için üçlü seri yapılır 2-2-2.
Hekim aşağıdaki seriyi uygular.1-1-2-1-2-2-2-1-1-2

Skorlayın:

- Hata yok : 3 puan
- Bir veya iki hata : 2 puan
- İki hatadan fazla : 1 puan
- Hasta hekimin elini masaya vurduğu sayıda en az 4 kez masaya vurur : 0 puan

6.Yakalama Davranışı (çevresel otonomi)

Hekim hastanın karşısından otururken, hastanın elleri dizlerinin üstüne, avuç içleri yukarı gelecek şekilde yerleştirilir. Hekim hiçbir şey söylemeden ve hastaya bakmadan ellerini hastanın elinin yakınına getirir ve hastanın her iki avuç içine dokunur, hastanın spontan olarak elini yakalayıp yakalamadığına bakar. Eğer hasta hekimin elini yakalarsa (tutarsa), hekim şöyle söyler ve tekrar dener: "şimdi ellerimi tutmayın"

Skorlayın:

- Hasta hekimin elini yakalamaz (veya tutmaz) : 3 puan
- Hasta tereddüt eder ve ne yapması gerektiğini sorar : 2 puan
- Hasta tereddütsüz hekimin elini yakalar : 1 puan
- Hasta hekimin elini uyarılmasına rağmen yakalarsa : 0 puan

EK-8: STROOP TESTİ

STROOP TESTİ
KAYIT FORMU

Adı Soyadı : .....
Doğum Tarihi : ..... / ..... / 1 ....
Yaşı : .....
Cinsiyeti : .....
Eğitim Durumu : .....

Uygulayıcının Adı Soyadı : .....
Uygulama Yeri : .....
Uygulama Tarihi : ..... / ..... / .

Bölüm I : Siyah Basılmış Renk İsmi Okuma

M	S	K	Y
Y	M	S	K
Y	K	M	S
K	Y	S	M
S	K	Y	M
K	M	S	Y

Bölüm II : Renkli Basılmış Renk İsmi Okuma

M	S	K	Y
Y	M	S	K
Y	K	M	S
K	Y	S	M
S	K	Y	M
K	M	S	Y

Bölüm III : Şekil Rengi Söyleme

Y	M	S	K
S	K	Y	M
M	Y	S	K
M	S	K	Y
K	Y	M	S
S	Y	M	K

Bölüm IV : Renk İsmi Olmayan Kelime Rengi Söyleme

Y	M	S	K
S	K	Y	M
M	Y	S	K
M	S	K	Y
K	Y	M	S
S	Y	M	K

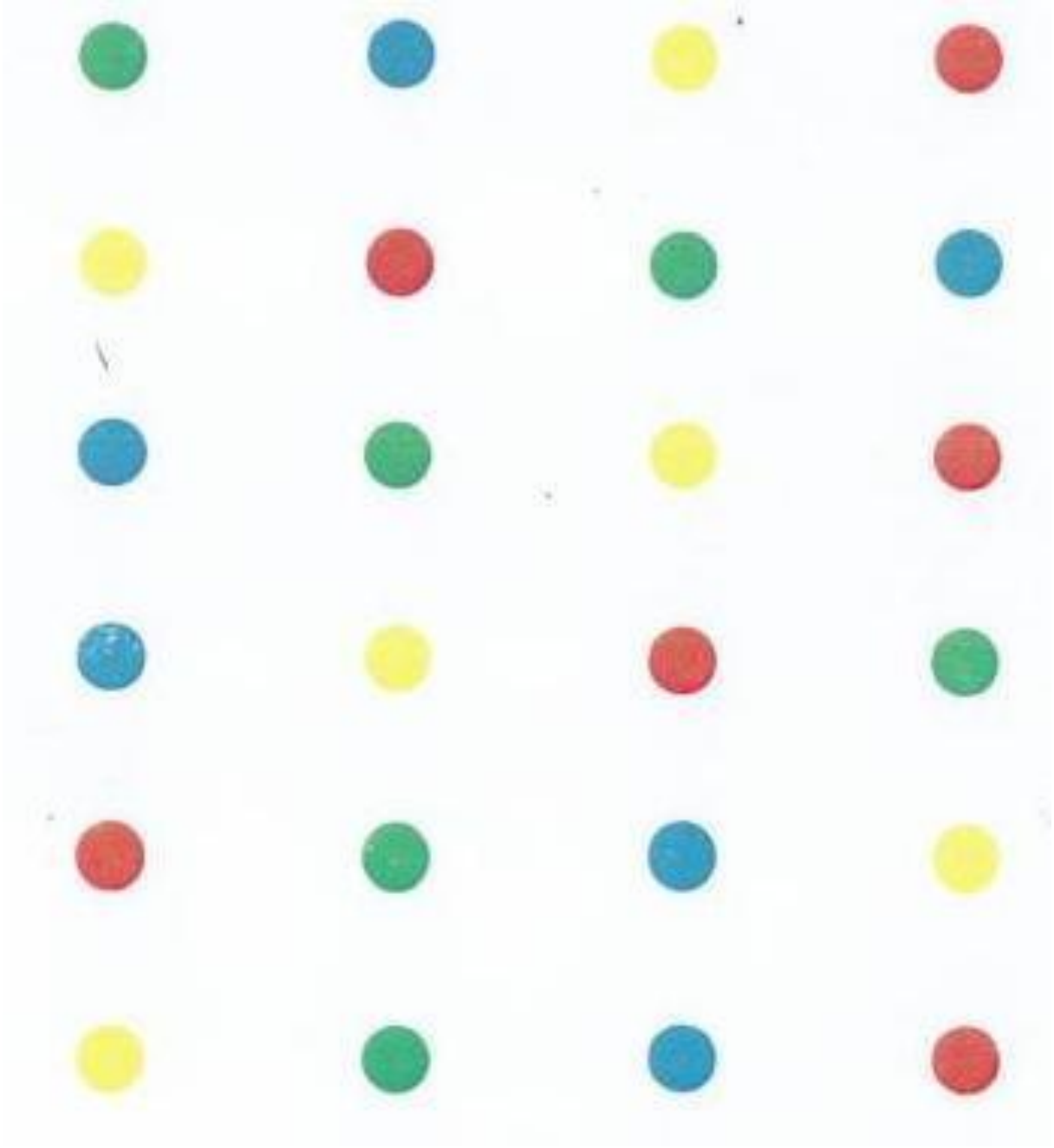
Bölüm V : Renk İsmi Olan Kelime Rengi Söyleme

Y	M	S	K
S	K	Y	M
M	Y	S	K
M	S	K	Y
K	Y	M	S
S	Y	M	K

	SÜRE	HATA SAYISI	DÜZELTME SAYISI
BÖLÜM I			
BÖLÜM II			
BÖLÜM III			
BÖLÜM IV			
BÖLÜM V			

mavi	sarı	kırmızı	yeşil
yeşil	mavi	sarı	kırmızı
yeşil	kırmızı	mavi	sarı
kırmızı	yeşil	sarı	mavi
sarı	kırmızı	yeşil	mavi
kırmızı	mavi	sarı	yeşil


mavi sarı kırmızı yeşil
yeşil mavi sarı kırmızı
yeşil kırmızı mavi sarı
kırmızı yeşil sarı mavi
sarı kırmızı yeşil mavi
kırmızı mavi sarı yeşil



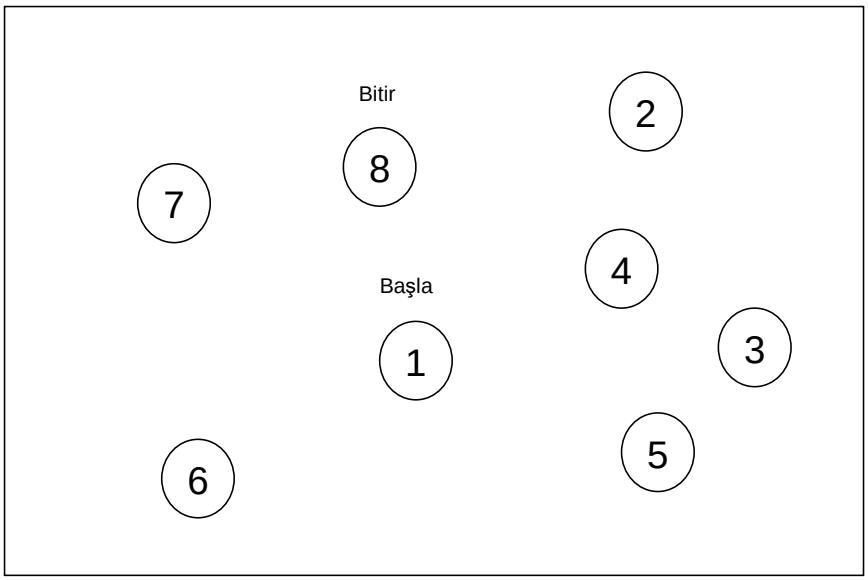

kadar zayıf ise orta
orta kadar zayıf ise
orta ise kadar zayıf
ise orta zayıf kadar
zayıf ise orta kadar
ise kadar zayıf orta

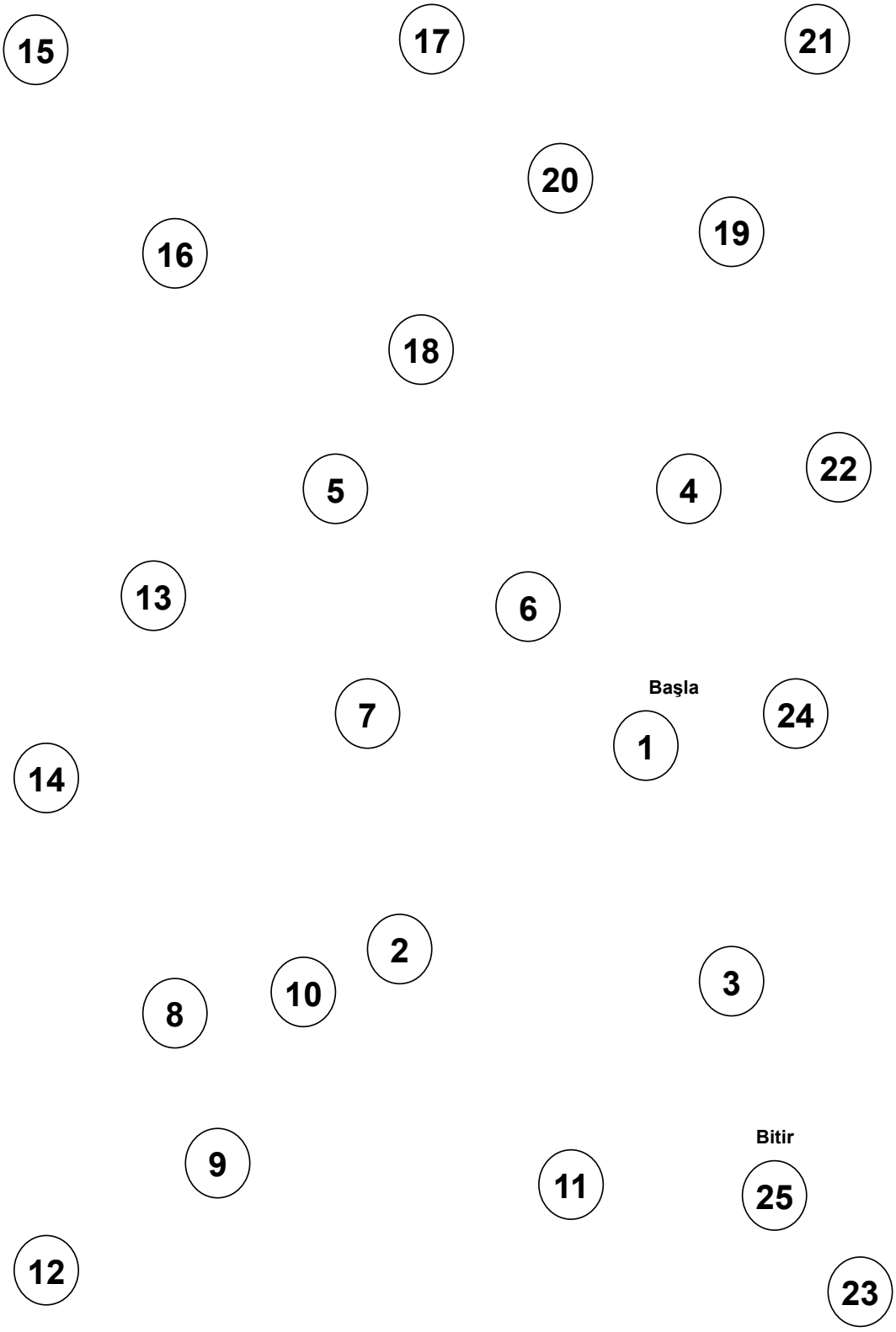
EK-9: İZ SÜRME TESTİ A VE B

Hacettepe-Nöroloji ABD Ad-Soyad:
Yaş Cinsiyet Tarih

İz Sürme Testi- Bölüm A

ÖRNEK

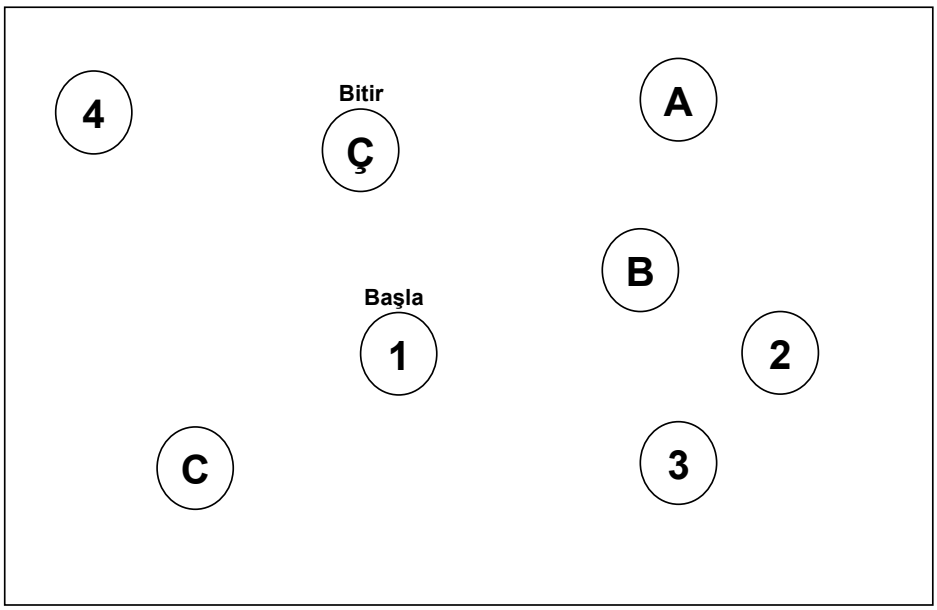


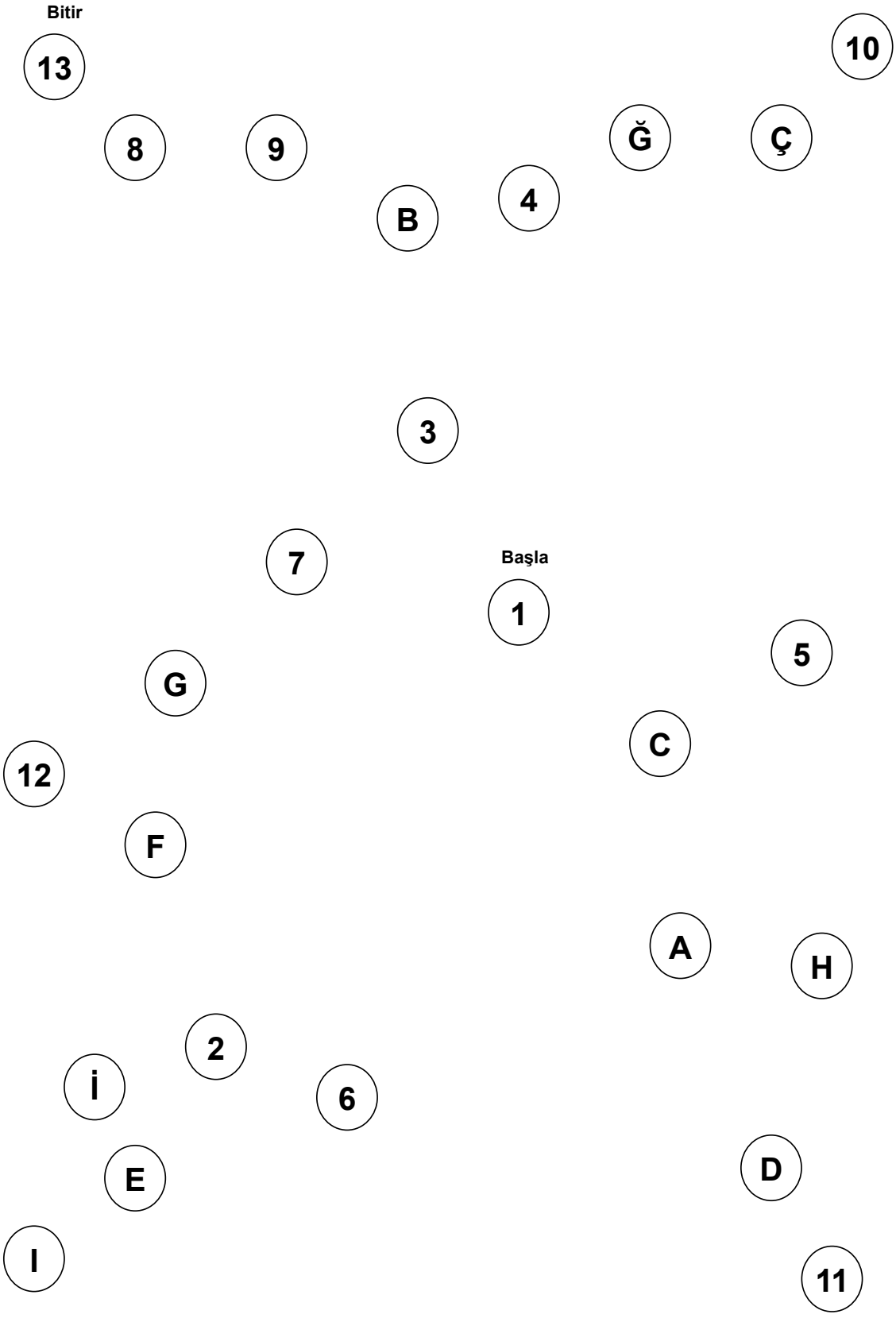

15
17
21
20
19
16
18
22
5
4
13
6
Başla
7
24
1
14
2
10
3
8
Bitir
9
11
25
12
23

Hacettepe-Nöroloji ABD Ad-Soyad
Yaş Cinsiyet Tarih

İZ SÜRME TESTİ- Bölüm B

ÖRNEK




Bitir
13
10
8
9
Ğ
Ç
4
B
3
7
Başla
1
5
G
C
12
F
A
H
2
İ
6
E
D
I
11

EK-10: ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

‘Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı travması ve kişilik özelliklerinin, yönetici işlevler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi’ isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlıklarını bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve çalışmacıyla tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bipolar Bozukluk belli bir düzen olmaksızın yineleyen mani, hipomani, depresyon ya da karma görünümlü duygudurum dönemleri ile karakterize, kronik seyirli, mesleki, ailesel ve sosyal alanlarda işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açan bir duygudurum bozukluğudur. BB’de yönetici işlev bozuklukları hastalığın her döneminde görülebilmekte, ancak akut hastalık dönemleri sırasında daha belirgin hale gelmektedirler. Son 20 yılda bilişsel kayıpların klinik düzelme (ötimi) dönemlerinde de görülebildiklerine ilişkin kanıtlar ortaya çıkmıştır. Son yıllarda, artan çalışmalar ÇÇT’nin uzun vadeli sonuçlarına odaklanmıştır ve artan kanıtlar ÇÇT ile bilişsel bozukluklar, özellikle yönetici işlevler arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda ÇÇT’nin BB tanılı hastalarda,

sağlıklı kontrollere kıyasla daha sık görüldüğü ve hastalığın klinik seyrinde kötü gidiş ile ilişkili olduğu, ÇÇT ile yönetici işlevlerdeki bozulma arasında doğrusal ilişki olduğu bulunmuştur. Yönetici işlev bozukluğu olan bireylerin, çalışma, okula devam etme ve kişilerarası işlevlerini yerine getirme becerilerinde önemli ölçüde bozulma olduğu bildirilmiştir. Mizaç ve karakter ile yönetici işlevler arasındaki ilişki yeterince araştırılmamıştır. Hem mizaç hem de karakter boyutlarının, çeşitli yönetici işlev görevleri ile altta yatan ortak bir nöral tabanı paylaştığı varsayılmıştır. Nörokognitif defisitlerin yaşam kalitesi için güçlü bir öngörücüdür ve yönetici işlevlerde bozulmanın düşük yaşam kalitesi skorları ile ilişkisi bulunmaktadır. BB'nin süreğen bir şekilde yaşam kalitesinde bozulmaya neden olduğunu, yaşam kalitesinde orta derecede bozulma olan hastalarda yönetici işlevlerden inhibisyon, kognitif fleksibilite ve dikkatin, yaşam kalitesinde ileri derecede bozulma olan hastalarda ise inhibisyon, mental esneklik ve çalışma belleğinin bu bozulma ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Araştırmamızın amacı yönetici işlevlerde bozulmayı öngördüğü gösterilmiş olan ÇÇT ve belirli mizaç ve karakter özelliklerinin, BB tanılı hastalardaki yönetici işlevlerle ilişkisini ortaya koymak, yönetici işlevlerdeki bozulmanın BB hastalarının yaşam kalitesi ile ilişkisini bulmak ve sonuçlarla psikoterapötik ve kognitif rehabilitasyon hedeflerinin belirlenmesi konusunda literatüre katkı sunabilmektir.

Araştırmada, araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formu, araştırma ile ilgili anket ve ölçekler kullanılacaktır, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde bu ölçek ve formları doldurmanız beklenmektedir. Çalışmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde Mayıs 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında Bipolar Bozukluk tanısıyla takip edilen 100 hasta dahil edilecektir. Araştırmaya dahil edilecek hasta sayısı güç analizi yapılarak belirlenmiştir. Araştırma Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden

göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bana önerilen araştırma yöntemi dışında başka alternatif yöntemler var mı?

Çalışmamızda özkıyım riski nedeniyle yatarak tedavi gören kişilerin çeşitli ölçekler aracılığıyla değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Sözel değerlendirme dışında herhangi bir girişimsel uygulama yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?

Değerlendirme Görüşmesi: Çalışmaya katılmanız durumunda, bir psikiyatrist tarafından yapılacak bir değerlendirme görüşmesine katılmanız gerekmektedir. Bu görüşmede çalışmanın size uygun olup olmadığını belirlemek üzere tıbbi ve psikiyatrik öyküsünün alınacağı bir değerlendirme yapılacaktır. Değerlendirme sonrası uygun şartların sağlanması halinde çalışmanın ölçekleri uygulanacaktır. Görüşmeler sessiz sakin bir odada yapılacaktır ve yaklaşık olarak 45-60 dakika kadar sürebilecektir. Bu görüşme ve görüşme dahilinde uygulanacak olan testler için herhangi bir ücret talep edilmemektedir.

Uygulanacak Ölçekler:

Sosyodemografik veri formu: Kişisel bilgilerinizin kaydedildiği formdur.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):

Hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçer. Max Hamilton'un geliştirdiği ölçek 17 maddeden oluşur. 0 ile 4 arasında puanlar almak söz konusudur. En yüksek 51 puan alınır. Araştırmacı tarafından uygulanan yapılandırılmış bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ):

Manik durumun şiddetini ölçmeye yarar. Young ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek toplam 11 maddeden oluşur. 0 ile 4 arasında puanlar almak söz konusudur. En yüksek 60 puan alınır. Araştırmacı tarafından uygulanan yapılandırılmış bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28):

Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu değerlendirme aracı üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Beşli Likert tipi yanıtlanmaktadır. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, emosyonel (duygusal) istismarı ve emosyonel ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI):

Cloninger ve arkadaşları tarafından, Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramına dayalı olarak geliştirilen, kişiliğin yedi boyutunu ölçen Mizaç ve Karakter Envanteri dört mizaç ve üç karakter özelliğini değerlendirmektedir. 12'si mizaç ve 13'ü karakter olmak üzere 25 altölçekten ve 7 ölçekten oluşmaktadır. Doğru/yanlış olarak doldurulan 240 maddeden oluşan kendi bildirim tarzı bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Arkar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Stroop Testi: 1935 yılında John Ridley Stroop tarafından İngiltere'de yayınlanan makalesinde Stroop etkisi olarak literatüre geçen fenomen, sonrasında odaklanmış dikkat, seçici dikkat, bilgi işleme hızını ölçecek şekilde klinik araştırmalarda kullanılmaya başlanmıştır. Stroop testinin aynı zamanda davranış inhibisyonunu da gösterdiği düşünülmektedir. Güvenilirlik ve geçerlik çalışması Karakaş S. ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

İz Sürme Testi (İST): İz Sürme Testi (İST) ilk kez 1944'de görsel-motor ve görsel kavramsal iz sürme testi olarak, Birleşik Devletler Ordusu psikologları tarafından 'Army Individual Test Battery'nin bir parçası olarak geliştirilmiştir.

İST'nin bu ilk hali A ve B olmak üzere iki bölümden (formdan) oluşmaktadır. Bölüm A'da katılımcıların test formu üzerinde içinde rakamlar (1-2-3-4-.....) bulunan daireleri ardışık ve doğru sırada olacak şekilde çizgi çizerek birleştirmeleri istenmektedir. Bölüm B'de ise, katılımcıların test formu üzerinde içinde rakam ve harfler (1-A,2-B,3-C- .....) bulunan daireleri bir rakam bir harf sırasına uygun, ardışık ve doğru sırada olacak şekilde çizgi çizerek birleştirmeleri istenmektedir. İST'nin özellikle B Bölümü yönetici işlevlerden karmaşık dikkat, planlama, set değiştirme ve tepki ketlemesinin ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan nöropsikolojik bir ölçü aracıdır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Cangöz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Frontal Değerlendirme Bataryası (FDB): Frontal Değerlendirme Bataryası (FDB) frontal lob fonksiyonlarının değerlendirilmesinde kullanılan kısa sürede uygulanabilen bir testtir. 0 - 18 arası total olası bir skor veren altı alt bölümden oluşur. Alt bölümler; benzerlikler (konseptualizasyon), kelime akıcılığı (mental esneklik), motor seriler (programlama), çelişen yönergeler (interferansa duyarlılık), yap-yapma (inhibitör kontrol), yakalama davranışıdır (çevresel otonomi). Testte alınan yüksek puan daha iyi performans anlamını taşır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Nilgün Tunçay tarafından 2009 senesinde yapılmıştır.

Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (BBYKÖ-KF): Orijinal ölçek Kanada'da (Michalak ve Murray (2010)) geliştirilmiştir ve 12 madde içermektedir (bu 12 madde, toplamda 56 maddeden oluşan araçtaki 12 esas yaşam kalitesi alanına karşılık gelmektedir). Söz konusu 12 maddenin her biri, son yedi günde yaşam kalitesinden duyulan memnuniyetle ilgilidir. Likert yanıt ölçeğine göre puanlanan maddelerde "Kesinlikle Katılmıyorum" yanıtı 1, "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtı 5 ile puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 12–60 arasında değişmekte ve yüksek puanlar daha iyi bir yaşam kalitesine işaret etmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gümüş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları nelerdir, göreceğim olası bir zarar durumunda ne yapılacak ?

Araştırmada hastalığınız açısından güvenli olmayan bir müdahale ya da girişim olmayacaktır. Dolayısı ile bu araştırma uygulanan tedavi etkinliğini değiştirmeyecektir. Bu inceleme sırasında herhangi bir komplikasyon veya yan etki beklenmemektedir. Bilinmeyen etkilerden dolayı değerlendirme sırasında ortaya çıkabilecek olası bir zararın giderilmesi için gerekli her türlü tıbbi müdahale yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar tarafımızca üstlenilecektir.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir ?

Araştırmamızın amacı yönetici işlevlerde bozulmayı öngördüğü gösterilmiş olan ÇÇT ve belirli mizaç ve karakter özelliklerinin, BB tanılı hastalardaki yönetici işlevlerle ilişkisini ortaya koymak, yönetici işlevlerdeki bozulmanın BB hastalarının yaşam kalitesi ile ilişkisini bulmak ve sonuçlarla psikoterapötik ve kognitif rehabilitasyon hedeflerinin belirlenmesidir. Bu sayede hastalar için uygun tedavi ile kognitif sağaltım sağlanabilecektir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir ?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. (ulaşım ve yemek paraları da dahil olmak üzere gönüllülere herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.)

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak ?

Araştırma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz araştırma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır. Bununla beraber izleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişim imkanları bulunmaktadır, ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Elinizde bulunan bu gönüllü olur formunu imzalayarak söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. Araştırmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma sonuçları araştırma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Gönüllüler nasıl korunur ?

Gönüllünün serbest iradesi ile araştırmaya dahil edileceğine dair oluru alınır ve bu durum (c) bendinde yer alan bilgilendirmeye yönelik hususları kapsayan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile belgelenir. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllüye verilir, diğeri ise araştırmacıda kalır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim ?

Araştırma ile ilgili bir sorununuz olduğunda ya da araştırma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Ege SİPAHİ

GÖREVİ : PSİKİYATRİ HEKİMİ

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Ayaktan tedavi görmekte olduğunuz S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tarafımca yapılacak 'Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı travması ve kişilik özelliklerinin, yönetici işlevler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi' adlı araştırmaya davet edilmektesiniz. Araştırmamızın amacı yönetici işlevlerde bozulmayı öngördüğü gösterilmiş olan ÇÇT ve belirli mizaç ve karakter özelliklerinin, BB tanılı hastalardaki yönetici işlevlerle ilişkisini ortaya koymak, yönetici işlevlerdeki bozulmanın BB hastalarının yaşam kalitesi ile ilişkisini bulmak ve sonuçlarla psikoterapötik ve kognitif rehabilitasyon hedeflerinin belirlenmesi konusunda literatüre katkı sunabilmektir.

Bu araştırmada tarafımca size verilip, nasıl uygulanacağını anlatacağım öz bildirime dayanan testleri doldurmanız, soru sorarak yaptığım testlere cevap vermeniz beklenmektedir. Sorular size has olan özellikleri sorguladığından, standart doğru ya da yanlış cevapları yoktur ve tedavi sürecinize bir etkisi olmayacaktır. Araştırma S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılacaktır. Araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formu ile ilgili anket ve ölçekler kullanılacaktır.

Bu araştırmaya gönüllü olarak katılıyorsunuz. Katılmayı tercih ederseniz, fikrinizi değiştirdiğinizde araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda hastalığınızın gerektirdiği tıbbi bakım size hiçbir aksama olmadan verilecektir. Bu araştırmada

kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırma bulguları yayınlansa da kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Ancak yasal gereklerin yerine getirilebilmesi için, kimliğinizi içeren kayıtlara etik kurul üyeleri tarafından bakılabilir. Bu belgeyi imzalayarak buna izin vermektesiniz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almanız mümkündür. Bunun için Dr. Ege SİPAHİ ile doğrudan görüşebilir ya da (0553) 638 73 05 no'lu telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıdaki araştırma ile ilgili olarak, bilgilendirme formunu okudum ve aklıma takılan soruları sorabildim.

Bu araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına göre olduğunu anladım. İstediğim takdirde, herhangi bir neden göstermeksizin ve sonraki tıbbi bakımımın aksamayacağını bilerek bu çalışmadan çekilme kararı verebilirim.

Bana ait kayıtların sağlık otoritelerince incelenebileceğini anladım ve bu kişilere izin veriyorum.

Yukarıda belirtilen araştırmaya kendi isteğim ve arzumla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcı

Adı soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih

EK-11: ETİK KURUL ONAYI

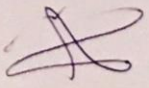
Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travması ve Kişilik Özelliklerinin, Yönetici İşlevler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	19 Mayıs mah. Sinan Ercan Cad. No:29 Kazasker/Kadıköy/İstanbul
	TELEFON	02163025959/232
	FAKS	02164118060
	E-POSTA	erenkoy.etikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Filiz İZCİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erenköy Ruh ve Sinir HEAH			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	X		
		Diğer ise belirtiniz			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ X	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN
İmza:



Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travması ve Kişilik Özelliklerinin, Yönetici İşlevler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe X İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe X İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	X	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 29**	**Tarih:06.05.2019**	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN	Halk Sağlığı/ Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E (X)	K ( )	E( )	H(X)	E(X)	H ( )	
Doç. Dr. Hüseyin GÜLEÇ	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E (X)	K ( )	E( )	H(X)	E(X)	H ( )	
Doç. Dr. E. Emrem BEŞTEPE	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E ( )	K(X)	E( )	H(X)	E(X)	H ( )	
Doç. Dr. S. Füsun DOMAÇ	Nöroloji	Erenköy RSHEAH	E ( )	K(X)	E ( )	H(X)	E(X)	H ( )	
Doç. Dr. Yusuf Özay ÖZDEMİR	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E (X)	K ( )	E ( )	H(X)	E(X)	H ( )	
Doç. Dr. Filiz İZCİ	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E ( )	K(X)	E(X)	H( )	E(X)	H ( )	
Doç. Dr. Özalp EKİNCİ	Çocuk Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E (X)	K ( )	E ( )	H(X)	E(X)	H ( )	
Doç. Dr. Alper YILDIRIM	Fizyoloji	Marmara Üniversitesi	E (X)	K ( )	E ( )	H(X)	E(X)	H ( )	
Doç. Dr. Neslihan AKKIŞİ KUMSAR	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E ( )	K(X)	E ( )	H(X)	E(X)	H( )	
Doç. Dr. Merih ALTINTAŞ	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E ( )	K(X)	E ( )	H(X)	E(X)	H ( )	
Dr. Öğr. Üyesi Ömer DEMİR	Farmakoloji	İstinye Üniversitesi	E (X)	K ( )	E( )	H(X)	E( )	H(X)	.....
Uzm. Dr. Mustafa ÜLKER	Nöroloji	Erenköy RSHEAH	E (X)	K ( )	E ( )	H(X)	E(X)	H( )	
Prof. Dr .Rezzan GÜLHAN(AKER)	Farmakoloji	Marmara Üniversitesi	E ( )	K(X)	E ( )	H(X)	E(X)	H ( )	
Taşkın AZİZAĞAOĞLU	Hukuk	Serbest Avukat	E (X)	K ( )	E ( )	H(X)	E(X)	H ( )	
Zeynep Bakiye ERGİN	Sivil Üye	----------	E ( )	K(X)	E ( )	H(X)	E(X)	H ( )	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN
İmza: