T.C SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK, TEDAVİ UYUMU VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Dr.Merve Sinem Cesur

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL, 2024

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

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ RUHSAL DAYANIKLILIK TEDAVİ UYUMU VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Merve Sinem Cesur

Tez danışmanı: Prof. Dr. Filiz İZCİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL,2024

TEŞEKKÜR

Tez sürecimin her aşamasında desteğini ve ilgisini esirgemeyen, uzmanlık eğitimim sürecinde kendisinden çok şey öğrendiğim, birlikte çalışırken her daim güler yüzlü tavrı ile bizlere örnek olan değerli tez danışmanım Prof.Dr. Filiz İZCİ hocama öncelikle saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim sürecinde bana bilgi ve deneyim kazandıran, yol gösteren, birlikte çalışma fırsatı bulduğum için çok şanslı hissettiğim, kendileri ile çalışmaktan gerek akademik anlamda gerek ise sosyal anlamda çok mutlu olduğum, çok sevgili hocalarım başta Prof. Dr. Medine Yazıcı olmak üzere, hocam ve ablam Doç. Dr. Esra Aydın Sünbül ve Doç. Dr. Hatice Kaya'ya, Prof. Dr. Hüseyin Güleç, Prof. Dr. Engin Emrem Beştepe, Doç. Dr. Onur Durmaz, Doç. Dr. Murat Yalçın, Prof. Dr. Yusuf Özay Özdemir, Doç. Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin, Doç. Dr. Başak Ünübol, Doç. Dr. Mihriban Dalkıran, Doç. Dr. Hikmet Ekin Sönmez, Prof. Dr. Rabia Bilici, Prof. Dr. Neslihan Akkişi, Prof. Dr. Rüstem Aşkın ve başhekimimiz Doç. Dr. Sema Baykara' ya;

Tez sürecimde bana ellerinden gelen desteği sağlayan, asistanlık sürecimde kendilerini tanımaktan, hem çömez hem kıdemli olarak birlikte çalışmaktan her daim keyif aldığım, çok sevgili uzmanlarım Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye Yasemin Kurtuluş Çallı ve Uzm. Dr. Yağmur Sever Fidan'a;

Rotasyon sürecinde tanıma fırsatı bulduğum, akademik bilgisi ve yardımseverliği ile bana örnek olan, uzakta olmasına rağmen tez sürecinde benden desteğini esirgemeyen, emeğine minnettar olduğum Uzm. Dr. Oğuz Bilal Karakuş'a;

Başasistan Uzm. Dr. Mine Ergelen başta olmak üzere uzmanlık eğitimim sürecinde bilgi ve yardımlarını paylaşmaktan çekinmeyen Dr. Öğr. Üyesi Diğdem Göverti, Uzm. Dr. Didem Beşikçi Keleş, Uzm. Dr. Haluk Usta, Uzm. Dr.Batuhan Ayık, Uzm. Dr. Sevilay Kunt, Uzm. Dr. Tuba Öcek Baş, Uzm. Dr. Alper Baş, Uzm.Dr.Özgül Özdilmen Güçlü, Uzm.Dr.Ferda Can Güngör, Dr. Öğr. Üyesi Gamze Usta Sağlam, Uzm. Dr. Beyza Arpacıoğlu, Uzm. Dr. Muhsin Koray Kılıç, Uzm. Dr. Özgür Süner, Uzm. Dr. Çiğdem Küçükali, Uzm. Dr. Ege Sipahi, Uzm. Dr. Özge Yükselay, Uzm.

Dr. Ali Baz, Başasistan Uzm. Dr. Fikret Ferzan Ergün, Başasistan Uzm. Dr.Salih Cihat Paltun ve hastanemizin değerli tüm uzman doktorlarına;

Rotasyonlarım sürecinde bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Prof. Dr. Füsun Mayda Domaç, Doç. Dr. Mustafa Ülker, Öğr. Gör. Dr. İbrahim Adak olmak üzere tüm Nöroloji ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ekibine;

Hastanemizde beraber çalıştığım tüm psikolog ve hemşire ekibine, sağlık memuru, personel ve güvenlik görevlilerine;

Erenköy'ün bana kattığı en güzel dostluklardan biri olan, her daim yanımda olan canım dostum Uzm. Dr.Davut Genç'e ve sevgili Uzm. Dr. Alper Bülbül'e;

Uzm. Dr. Neval Ateş'e ve sevgili arkadaşım Özgün Bostancı'ya;

Erenköyü evim yapan, varlıklarını şans nitelendirdiğim dostlarım Dr.Hilal Kolsuz, Dr.Dicle Dilay Demir, Dr.Nur Derya Aşkar, Dr.Selda Karakaş, Uzm. Dr. Aylin Evecen Karaytuğ ve Dr. Mustafa Tunç Karaytuğ'a,

Eşkıdemlerim ve yol arkadaşlarım Uzm. Dr. Çise Cemaller Akgök, Uzm. Dr. Görkem Emre Öz, Uzm. Dr. İlke Sertler, Uzm. Dr. Meryem Topal, Dr.Ulaş Karavelioğlu, Uzm. Dr. Cengiz Gökçe ve Uzm. Dr. Cemre Özdemir'e;

Dr.Barış Mekselina Özacar, Dr.Yiğitcan Aktan ve birlikte çalıştığım, hastanemizi 'Bizim Köy' yapan, isimlerini buraya sığdıramadığım tüm asistan doktor arkadaşlarıma;

Bilimin ailemizdeki ışığı, her daim destekçim, yol göstericim olan Dr.Öğr. Üyesi Engin Büyüköksüz'e;

Hayatımda var olduklarına minnet duyduğum annem, babam ve kardeşime;

Her zaman yanımda olan, varlığıyla bana güç veren eşim Berk Halilbeyoğlu'na ve güzel ailemizin iki üyesi, tez yazma sürecimde masada beni hiç yalnız bırakmayarak bu teşekkürde en büyük payı hak eden biricik yavrularımız Mila ve Gigi'ye tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr.Merve Sinem Cesur

İstanbul, 2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....**iii**

İÇİNDEKİLER.....**v**

KISALTMALAR.....**viii**

TABLOLAR.....**ix**

ÖZET.....**xi**

ABSTRACT.....**xiii**

1.GİRİŞ VE AMAÇ.....**1**

2. GENEL BİLGİLER.....**4**

2.1.BİPOLAR BOZUKLUK.....4

2.1.1 Tanım ve Tarihçe.....4

2.1.2 Epidemiyoloji.....5

2.1.3. Etiyoloji.....6

2.1.3.1 Genetik Etmenler.....6

2.1.3.2 Nöroendokrin Etmenler.....7

2.1.3.3 Biyokimyasal Etmenler ve Nörotransmitterler.....7

2.1.3.4 Psikososyal Etmenler.....8

2.1.4. Tanı ve Sınıflandırma.....8

2.1.5. Klinik Seyir.....14

2.2 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI.....15

2.2.1.Çocukluk Çağı İstismarları.....15

2.2.1.1.Fiziksel istismar.....15

2.2.1.2.Cinsel İstimar.....16

2.2.1.3.Duygusal İstismar.....17

2.2.2.Çocukluk Çağı İhmalleri.....18
2.2.2.1.Fiziksel İhmal..... 18
2.2.2.2.Duygusal İhmal.....18
2.2.3.Çocukluk Çağı Travmaları İle Psikopatoloji İlişkisi..... 18
2.3 PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK.....19
2.4. YAŞAM KALİTESİ VE TEDAVİ UYUMU.....21
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....22
3.1. ÖRNEKLEM..... 23
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI..... 24
3.2.1.Aydınlatılmış Onam Formu.....24
3.2.2.Sosyodemografik Veri Formu..... 24
3.2.3. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu –Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV).....24
3.2.4.Young Mani Derecelendirme Ölçeği(YMDÖ).....25
3.2.5.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği(HDDÖ).....25
3.2.6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28).....25
3.2.7.Yetişkinler İçin Ruhsal Dayanıklılık Ölçeği(YİPDÖ).....26
3.2.8.Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Uzun Form(BBYKÖ) 26
3.2.9.Morisky Tedavi Uyum Ölçeği(MTUÖ).....26
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....27
4.BULGULAR.....28
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerine İlişkin Bulgular..... 28
4.2. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travma Ölçeğine Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular.....30
4.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Verilerle Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Total ve Alt ölçeklerinin İlişkisinin Bakılması.....31

4.2.1.1.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı ile İlişkiler. 31

4.2.1.2.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Ölçekleri ile Sosyodemografik ve Klinik veriler Arasındaki İlişkiler.....33

4.3. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Tedavi Uyumuna İlişkin Bulgular..... 36

4.4.Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular..... 37

4.4.1.Çocukluk Çağı İhmalleri ve ÇÇT toplamı ile Yaşam Kalitesi İlişkisi..... 37

4.4.2.Çocukluk İstismarları ile Yaşam Kalitesi İlişkisi..... 39

4.5.Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Bulgular.....39

4.5.1. Çocukluk Çağı İhmalleri ve ÇÇT toplam puan ile Psikolojik Dayanıklılık İlişkisi..... 40

4.5.2. Çocukluk Çağı İstismarları ile Psikolojik Dayanıklılık İlişkisi....40

4.6. Psikolojik Dayanıklılık, Tedavi Uyumu, Yaşam Kalitesi İlişkisi ile İlgili Bulgular..... 42

5.TARTIŞMA.....44

6.KISITLILIKLAR..... 58

7.SONUÇLAR.....59

KAYNAKLAR..... 61

EKLER..... 81

KISALTMALAR

BB: Bipolar Bozukluk

BB-I: Bipolar Bozukluk 1

BBYKÖ: Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Uzun Form

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – V (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

ÇÇT: Çocukluk Çağı Travması

ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği

HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

MTUÖ: Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği

SCID-V- CV: DSM-V Tanıları İçin Geliştirilmiş Yapılandırılmış Klinik Görüşme – Klinisyen Versiyonu

YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

TABLOLAR

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 2: Katılımcıların klinik özellikleri

Tablo 3: Katılımcıların ÇÇT ölçeği puan ortalamaları

Tablo 4: Katılımcıların ÇÇT alt ölçek puanlarına göre değerlendirilmesi

Tablo 5: Katılımcıların sosyodemografik verileri ile ÇÇT toplam puanı ilişkisi

Tablo 6: Katılımcıların klinik verileri ile ile ÇÇT toplam puanı karşılaştırılması

Tablo 7: Katılımcıların demografik ve klinik verileri ile ÇÇT toplam puanı ilişkisi

Tablo 8: Sosyodemografik veriler ile ÇÇT cinsel istismar ilişkisi

Tablo 9: Katılımcıların klinik verileri ile ile ÇÇT cinsel istismar puanı karşılaştırılması

Tablo 10: Cinsel istismar ve ilk atak türü ilişkisi

Tablo 11: Cinsel istismarın ilk atak türü üzerindeki etkisi

Tablo 12: Katılımcıların demografik ve klinik verileri ile ÇÇT cinsel istismar puanı ilişkisi

Tablo 13: Sosyodemografik veriler ve ÇÇT ihmalleri ilişkisi

Tablo 14: Klinik verilerle ÇÇT ihmalleri ilişkisi

Tablo 15: Katılımcıların Morisky tedavi uyum ölçeği cevapları

Tablo 16: ÇÇT istismarları ve Tedavi uyumu arasında ilişki

Tablo 17: ÇÇT ihmalleri ve ÇÇT toplam puan ile tedavi uyumu ilişkisi

Tablo 18: Katılımcıların BABQOL ölçek puan ortalamaları

Tablo 19: ÇÇT ihmalleri ve ÇÇT toplam ile BBYKÖ toplam ve alt ölçekleri ilişkisi

Tablo 20: ÇÇT duygusal istismarın yaşam kalitesi ile ilişkisi

Tablo 21: Katılımcıların YIPDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları

Tablo 22: ÇÇT İhmalleri ve YİPDÖ İlişkisi

Tablo 23: ÇÇT duygusal istismar ve YİPDÖ ilişkisi

Tablo 24: ÇÇT duygusal istismarın YİPDÖ gelecek algısına etkisi

Tablo 25: ÇÇT fiziksel istismar ve YİPDÖ ilişkisi

Tablo 26: ÇÇT fiziksel istismarın YİPDÖ gelecek algısına etkisi

Tablo 27: Tedavi uyumu ve psikolojik dayanıklılık puanlarının karşılaştırılması

Tablo 28: Psikolojik dayanıklılığın tedavi uyumuna etkisi

Tablo 29: Tedavi uyumu, yaşam kalitesi ilişkisi

Tablo 30: Tedavi uyumunun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi

Tablo 31: Yaşam kalitesinin tedavi uyumu üzerindeki etkisi

Tablo 32: Psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesine etkisi

Tablo 33: Yaşam kalitesinin psikolojik dayanıklılığa etkisi

ÖZET

Amaç: Bipolar Bozukluk'ta (BB) çocukluk çağı travmatik yaşantılarının (ÇÇT) hastalığın oluşmasında ve progresyonunda önemli bir etkiye sahip olduğu ve özellikle son yıllarda yapılan çalışmalarla birlikte bu etkinin pozitif yöne çevrilebileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada BB hastalarında ÇÇT'nin yaşam kalitesi, psikolojik dayanıklılık ve tedavi uyumu ile ilişkisini araştırdık.

Yöntem: Kesitsel bir tasarımı olan çalışmamıza SBÜ İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniği ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ne Şubat 2023-Haziran 2023 tarihleri arasında başvuran, dahil edilme ve hariç tutulma kriterlerini karşılayan, araştırma hakkında bigilendirilmiş ve katılmaya gönüllü olan remisyonda 110 Bipolar Bozukluk-I (BB-I) tanılı hasta dahil edilmiştir. Katılımcılara DSM-V Tanıları İçin Geliştirilmiş Yapılandırılmış Klinik Görüşme – Klinisyen Versiyonu (SCİD-5 CV), sosyodemografik ve klinik veri formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28, Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Uzun Form (BBYKÖ) ve Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği (MTUÖ) uygulanmıştır. ÇÇT ölçeğinde 35 puan ve üzeri pozitif kabul edilmiş olup alt ölçekler için ayrı kesme puanları kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan katılımcıların yaş ortalaması 43,44±10,68'dir. Tüm katılımcılarda duygusal ve fiziksel ihmal olduğu, en sık görülen istismarın ise çocukluk çağı fiziksel istismarı olduğu tespit edildi. Cinsel istismarın ilk atağın karma özellikli olmasını azalttığı bulundu. ÇÇT istismarları ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. ÇÇT ihmalleri ve toplam puana bakıldığında ise, tedavi uyumu 'orta' olanların fiziksel ihmal ve ÇÇT toplam puan ortalamalarının tedavi uyumu 'yüksek' olan katılımcılara göre daha düşük olduğu saptandı. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile yaşam kalitesinin bazı alt alanları pozitif korelasyon gösterdi. Katılımcıların %39,60'ının tedavi uyumu 'yüksek', %60,40'ının tedavi uyumu 'orta' saptanmışken düşük olan katılımcı yoktu. ÇÇT ihmal alt ölçekleri ile YİPDÖ bazı alt alanlar arasında pozitif korelasyon saptandı. Duygusal istismarın psikolojik

dayanıklılık (PD) gelecek algısını arttırdığı tespit edildi. Fiziksel istismarda ise YİPDÖ gelecek algısı ortalaması, istismar olmayanlara göre daha düşük saptandı, fiziksel istismarın gelecek algısı üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmadı. YK bazı alt alanları ÇÇT ile aynı yönde korelasyon gösterdi. Çalışmamızda TU (Tedavi Uyumu), PD ve YK (Yaşam Kalitesi) ilişkisinde, TU yüksek olanların PD ortalaması, TU orta olanlara göre daha yüksek saptandı. PD'nin TU üzerinde pozitif yönde bir etkisi olduğu bulundu. TU 'yüksek' olanların YK ortalamasının TU 'orta' olanlara göre daha yüksek saptandı, tedavi uyumu artışının YK'yi pozitif etkilediği bulundu. YK'nın TU üzerinde pozitif etkisi tespit edildi. PD ve YK ilişkisinde, iki parametrenin birbiri üzerinde pozitif etkisi olduğu görüldü. Psikolojik dayanıklılık, tedavi uyumu ve yaşam kalitesinin birbirleri ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğu tespit edildi.

Sonuç: Çalışmamızda ÇÇT öyküsü olan bireylerin psikolojik dayanıklılıkları yüksek olması sebebiyle tedavi uyumları ve yaşam kaliteleri nispeten yüksek çıkmıştır. Çalışmamız BB bozukluk tanılı kişilere yapılacak tedavi müdahallerinin çok yönlü olarak ele alınmasının, kişilerin ÇÇT'ye rağmen hastalıkla baş etmelerine ve topluma adaptasyonuna oldukça faydalı olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, Çocukluk çağı travması, Psikolojik dayanıklılık

ABSTRACT

Objective: It is widely believed that childhood traumatic experiences significantly affect the development and progression of diseases. Recent studies suggest that this effect can be redirected toward a positive direction. In this study, we investigated the correlation between childhood traumatic experiences (CT) and the quality of life, psychological resilience, and treatment adherence in patients diagnosed with Bipolar Diseases (BD).

Method: Our cross-sectional study involved the inclusion of 110 individuals diagnosed with Bipolar Disorder Type I (BD-I) in remission, meeting the specified inclusion and exclusion criteria, and who voluntarily consented to participate. These participants sought care at the Psychiatry Outpatient Clinic of SBU Istanbul Erenköy Training and Research Hospital and Community Mental Health Centers during the period between February 2023 and June 2023. The participants underwent comprehensive assessments, including the SCID-5 CV, a socio-demographic and clinical data questionnaire, Hamilton Depression Rating Scale, Young Mania Rating Scale, Psychological Resilience Scale for Adults, Childhood Trauma Questionnaire-28, Quality of Life Scale for Bipolar Disorder (Long Form), and Morisky Medication Adherence Scale.A score of 35 or higher on the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) was considered indicative, with distinct cutoff scores utilized for its subscales.

Findings: The average age of the participants in our study was 43.44±10.68. It was determined that emotional and physical neglect were prevalent among all participants, with childhood physical abuse being the most frequently reported form of maltreatment. The occurrence of sexual abuse was found to reduce the likelihood of the initial episode being of mixed nature. However, no statistically significant relationship was identified between childhood trauma-related abuses and treatment adherence. Notably, individuals exhibiting 'moderate' treatment adherence displayed lower mean scores for physical neglect and overall Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) scores compared to those with 'high' treatment adherence.Some dimensions of quality of life exhibited positive correlations with traumatic childhood experiences.

Among the participants, 39.60% demonstrated 'high' treatment adherence, 60.40% showed 'moderate' adherence, while none fell within the 'low' adherence category. Positive correlations were established between CTQ neglect subscales and specific domains within the Quality of Life in Bipolar Disorder (QoL-BD) scale. Analysis revealed that emotional abuse heightened the perception of future prospects within Bipolar Disorder, whereas individuals who experienced physical abuse displayed lower average scores in future prospects compared to non-exposed individuals, although a definitive impact of physical abuse on future prospects wasn't established. Certain facets of resilience exhibited correlations aligned with childhood trauma. In the correlation between treatment adherence (TA), perceived future outlook (PFO), and resilience (RES), it was evident that individuals with 'high' TA displayed higher mean scores in PFO in comparison to those with 'moderate' TA, suggesting a positive influence of increased treatment adherence on perceived future prospects. Moreover, a positive influence of perceived future outlook on treatment adherence was observed.Furthermore, a positive relationship was observed between perceived future outlook and resilience, indicating mutually beneficial effects between these parameters. It was concluded that psychological resilience, treatment adherence, and quality of life demonstrated positive interrelations.

Conclusion: In our study, individuals with a history of childhood traumatic experiences (CTE) demonstrated relatively higher levels of psychological resilience, resulting in comparatively higher treatment adherence and quality of life outcomes. Our findings suggest that comprehensive treatment interventions for individuals diagnosed with Bipolar Disorder (BD), considering their CTE, could significantly aid in their coping strategies against the illness and facilitate their adaptation to society despite experiencing childhood trauma.

Keywords: Bipolar disorder, Childhood trauma, Psychological resilience.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk (BB) belli bir düzen olmaksızın yineleyen mani, hipomani, depresyon ya da karma duygudurum dönemleri ile karakterize, kronik seyirli, mesleki, ailesel ve sosyal alanlarda işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açan bir duygudurum bozukluğudur(1). Son yıllarda bir spektrum olarak düşünüldüğünde %5 oranlarında görüldüğü tahmin edilen BB'nin sık görülmesi, semptomlarının kronikliği ve psikososyal yönde negatif etkileri nedeniyle etiyolojik nedenlerinin ve risk faktörlerinin aydınlatılmasına ihtiyaç vardır(2).

BB'nin kalıtsallık oranının yüksek olmasının yanı sıra psikososyal risk faktörlerinin de hastalığın gelişmesinde etkili olduğu bilinmektedir(3). Çocukluk çağı travmasının, psikiyatrik hastalıkların birçoğu için bir risk faktörü olduğu ve mevcut psikiyatrik hastalıklar için de kötü seyir ile ilişkisi gösterilmiştir(4). BB'de çocukluk çağı travmaları, erken başlangıç ve daha kötü klinik özelliklerle ilişkilidir(5). Çocukluk çağı travma(ÇÇT) öyküsünün, kötü prognozla, sık depresif epizotlarla, ağır manik ataklarla, erken hastalık başlangıcı, madde kullanımı ve nöropsikolojik test performansında düşme ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar yazında mevcuttur (6,7).

BB hastalarında sağlıklı kontrollere göre yaşam kalitesinin de hastalığın hem ötimik hem de semptomatik evrelerinde önemli ölçüde bozulduğu, aynı zamanda depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve madde ile ilgili bozukluklar da dahil olmak üzere diğer psikiyatrik hastalıkları olanlarla karşılaştırıldığında yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (8). Yaşam kalitesi bireyin yaşamının mesleki, çevresel, sosyal, fiziksel ve psikolojik yönlerinde işlevsellik ve memnuniyeti ile ilişkili bütüncül bir kavramdır ve psikolojik dayanıklılık(PD), yaşam kalitesinin birçok alt parametresi ile ilişkili bulunmuştur(9).

Bireyin travmatik yaşam olayları ile uygun şekilde başa çıkabilme yeteneğini psikolojik dayanıklılığın temel tanımlamalarından bir olarak ele alabiliriz. Travmatik olay deneyimleyen her bireyde ruhsal bozukluk ortaya çıkmaması ile PD yakından ilişkilidir ve yapılan çalışmalarda BB hastalarının, hastalığın ötimik dönemi de dahil olmak üzere yıkıcı davranış ve dürtüsellik nedeniyle, kontrollere göre travmatik

olaylara daha çok maruz kaldıkları tespit edilmiştir(10)(11). Stresli yaşam olaylarının yaşam kalitesini azaltan rolü düşünüldüğünde PD, bu ilişkide rol alabilir ve kronik hastalığı olan kişilerde yaşam kalitesindeki farklılıkları açıklamaya yardımcı olabilir (11,12). BB hastalarında PD'nin yaşam kalitesinin bazı parametreleri ile bağımsız ilişkisi olduğu ifade edilmiş, aynı zamanda çocukluk çağı travması ve bipolar bozukluk arasındaki ilişkiye dayanıklılığın aracılık ettiği ve sağlıklı kontrollere göre yaşam kalitesi ile daha güçlü ilişkili olduğu vurgulanmıştır(13,14).

Psikolojik dayanıklılığın yüksek olmasının daha iyi bir yaşam kalitesi ile birlikte tedaviye uyum ile de ilişkili olduğu saptanmıştır(15). Bu bireylerde tedavi arayış oranı daha yüksek olabilir ve bu da daha iyi bir yaşam kalitesi ile ilişkilendirilebilir.

BB hastalarında tedavi uyumsuzluğu, işlevselliğin bozulmasına, yaşam kalitesinin düşmesine, tekrarlayan hastane yatışlarına, bakım masrafları, mortalite ve intihar riskinin artmasına yol açar. Daha iyi bir yaşam kalitesi ise tedaviye yanıtı değerlendirmede, önleyici yaklaşımlarda, tedaviye uyumda ve semptom takibinde önemlidir(16).

Yapılan çalışmalardan edindiğimiz bilgilerle BB'de çocukluk çağı erken travmatik yaşantılarının hastalığın oluşmasında ve progresyonunda önemli bir etkiye sahip olduğunu biliyoruz(5). Bu çalışmada BB hastalarında ÇÇT'nin yaşam kalitesi, psikolojik dayanıklılık ve tedavi uyumu ile ilişkisini araştırarak aşağıdaki hipotezlere yanıt aradık.

Araştırmanın Hipotezleri:

1. Bipolar 1 bozukluk tanılı hastalarda, çocukluk çağı travmatik deneyim öyküsü tedavi uyumunu azaltır.

2. Bipolar 1 bozukluk tanılı hastalarda, çocukluk çağı travmatik deneyimleri yaşam kalitesini negatif yönde etkiler.

3. Bipolar 1 bozukluk tanılı hastalarda, çocukluk çağı travmatik deneyim öyküsü psikolojik dayanıklılığı azaltır.

4. Bipolar 1 bozukluk tanılı hastalarda, çocukluk çağı travmatik deneyimleri ve düşük psikolojik dayanıklılık tedavi uyumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.BİPOLAR BOZUKLUK

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

Bipolar bozukluk; mani, hipomani, depresyon ve karma özellikleri olan ataklar ile seyreden ve kişilerde atak süresince iş, toplumsal veya diğer alanlarda yeti yitimine neden olan, ataklar arası periyotta kişilerde tama yakın iyileşmenin görüldüğü, kronik seyreden bir psikiyatrik bozukluktur(17). Yaşam boyu bipolar bozukluğun görülme prevalansı 0,4-1,6 arasında değişmektedir(1).

Duygudurum bozuklukları yaklaşık 3000 yıldır tanınmaktadır. Antik yunan dönemine ait yapıtlarda ağır çökkünlük ve mani dönemleri geçiren kişilerden bahsedildiği görülmüş ve hastalık ilk kez Hipokrat (M.Ö 460-337) tarafından tanımlanmıştır. Hipokrat ruhsal durum ve vücut sıvıları arasında bağlantı olduğunu ileri sürmüş ve melankoliyi ‘Kara Safra’ olarak adlandırdığı huzursuzluk, uykusuzluk, iştahsızlık olarak tanımlamıştır(18).

Kapadokyalı Aretaeus kişilerin hastalık dönemlerinde farklı zamanlarda melankoli ve mani belirtileri yaşadığını gözlemlemiş ve bu gözlem sonrasında iki uçluluk – bipolarite kavramının temelleri atılmıştır(19,20). 1854’te Falret bazı psikotik semptomlar gösteren bazı kişilerin diğerlerinden farklı olarak kendiliğinden iyileşmeler gösterdiğini ve hastalık halinin periyodik olarak tekrarladığını gözlemlemiş ve bu hastalıklara "folie circulaire-sirküler delilik" adını vermiştir. Aynı dönemde Baillarger bu durumu tanımlamak için "folie a double forme - çift biçimli delilik" terimini kullanmıştır (27). Bu kavram tüm dünyada geniş çaplı benimsenmiş ve bilimsel dergilerde yer almaya başlamıştır. Emil Kraepelin 1896 yılında, fonksiyonel psikozları "dementia prekoks" ve "manik-depresif psikoz" olarak ayırmış ve hastalığın belirti, gidiş sonlanış tanımlanmasını ve bütün klinik çeşitlilikleri “Psikoz Manyak Depresif” ismi altında tanımlamıştır (17,21)

Bleuler 1930’lu yıllarda depresif ve manik belirtileri ‘Affektif Bozukluklar’ olarak adlandırmıştır(22). Hastalığı Leonhard 1959 yılında depresyon ve mani dönemleri ile karakterize ‘bipolar bozukluk’ veya yalnızca depresyon ile ve yalnızca mani dönemleri ile giden ‘monopolar bozukluk’ olarak ayıran bir sınıflama önerisinde bulunmuştur(23). Dunner

1976 yılında yalnızca depresif dönemler ve hastane yatışı gerektirmeyen hipomanik dönemlere sahip olan hastaları sınıflandırmak için Bipolar II tanımını önermiş ve hastalık Bipolar I ve Bipolar II olarak ikiye ayrılmıştır(24).

DSM III'te bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk 'affektif Bozukluklar' başlığı altında sınıflanmış olup, 'Affektif Bozukluklar' tanımı DSM III-R'de bu tanım 'Duygudurum Bozuklukları' olarak yeniden isimlendirilmiştir. DSM IV ve DSM IV-R'de bipolar bozukluk 'Duygudurum Bozuklukları' başlığı altındayken DSM V ile birlikte 'Bipolar ve İlişkili Bozukluklar' başlığı altında yayınlanmıştır(25).

2.1.2 Epidemiyoloji

Yaşam boyu prevalansı %0,7 ile %1,6 arasında değişen (ortalama %1,2) bipolar bozukluk, bipolar spektrum altında değerlendirildiğinde %5'in üzerine çıkmaktadır(25,26).

"Bipolar spektrum" son yıllarda daha çok kabul görmüş bir kavramdır ve bu kavram altında bipolar I bozukluk, depresyon ve iki üç gün süren hipomani dönemleri varlığı ile tanı koyulan bipolar II bozukluk, ilaç sağaltımının yol açtığı hipomani, yineleyen kısa hipomani, karma mani ve hızlı döngülü bipolar bozukluk bulunmaktadır(27).

ABD'de 2017 yılında DSM-5 kriterlerine dayalı olarak gerçekleştirilen bir çalışmada, Bipolar Bozukluk Tip 1 için yaşam boyu prevalansın %2.1 olduğu ve 12 aylık prevalansın ise %1.5 olduğu tespit edilmiştir(28). Kadın ve erkek cinsiyet arasında BB tip 1 açısından belirgin fark gözlenmezken BB tip 2'nin kadınlarda daha çok görüldüğü yapılan çalışmalarca saptanmıştır(29).

Major depresif bozukluk ile kıyaslandığında BB daha erken başlangıçlıyken alt gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde başlangıç zamanları açısından anlamlı fark yoktur ancak, BB tip 2'nin daha geç başladığını saptayan çalışmalar da mevcuttur(30). Ortalama başlangıç 20'li yaşların ortası olarak tespit edilmiş olup ilk başlangıç yaşı erkeklerde ortalama 24,4 yıl, kadınlarda 24,8 yıl bulunmuştur(31). Hastalığın ortaya çıkma sıklığında 15-24 ve 45-54 yaşları olmak üzere iki yaş aralığının zirve yaptığı saptanması üzerine BB için bimodal yaş modeli önerilmektedir(32).

BB tanısı alan kişilerin %69'una yakınmaların ilk başladığı dönemde tanı konulamamakta ve belirtilerin ilk ortaya çıkışı ile tanı alınması arasında geçen zaman ortalama 5 ile 10 yıl arasında değişmektedir(22,33,34). BB hastalarında başlangıç yaşının

erken olması prognozun daha kötü seyretmesi, hastalık sürecinin daha ağır geçmesi, duygu durum dengeleyici tedavilere direnç, yüksek ek tanı ve kronikleşme riski ile daha fazla ilişkilidir(35,36).

BB sahibi kadınlarda erkeklere kıyasla hastalığın depresif atakla başlaması, hastalık süresince depresif dönemlerin daha çok olması, psikotik özellikli depresyonun görülmesi, eşlik eden kişilik bozuklukları, ailede intihar öyküsü bulunması ve intihar girişimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Erkeklerde ise alkol ve madde kullanım bozukluklarının daha yaygın olduğu ve intihar girişimlerinin daha ciddi boyutta olduğu gözlemlenmiştir (29). 12 soruluk Sağlık Araştırma Kısa Formu kullanılarak yapılan bir çalışmada, BB tanılı kadınlar ile erkeklerin yaşam kalitesini karşılaştırmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre kadın hastaların tüm alt ölçek skorlarının, sağlıklı kadınlara göre anlamlı şekilde düşük olduğu, erkeklerde ise hasta ve sağlıklı gruplar arasında emosyonel işlevsellik dışındaki diğer alt ölçeklerde anlamlı bir fark bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır (28).

2.1.3. Etiyoloji

BB ile alakalı yapılan birçok çalışma neticesinde çevresel ve genetik etkenlerin, bipolar bozukluğun ortaya çıkışını tetiklediği, hastalığı açıklamak için en iyi çözümlemenin multifaktöryel model olduğu sonucuna varılmıştır(37). Geçtiğimiz son on yıllarda bipolar bozukluğun patofizyolojisi ve patogenezi ile ilgili bilgiler çok hızlı artmıştır(38).

2.1.3.1 Genetik Etmenler

Yapılan birçok çalışma ile duygu durum bozukluklarının kalıtsal özellik gösterdiği ortaya konulmuştur. Anne veya babadan birinde bipolar bozukluk 1 olan bir bireyde duygu durum bozukluğu gelişme ihtimali %25 iken her iki ebeveynde de BB 1 tanısı olan bireylerde bu oran %50 ile %75 arasında değişmektedir. BB tanılı bireyin birinci derece akrabalarında BB tip 1 görülme ihtimali sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında 8-19 kat daha fazladır(39).

Tek yumurta ikizleri ile yapılan çalışmalarda ikizler arasındaki uyum %57, çift yumurta ikizlerinde %14 olarak saptanmıştır(38).

BB ve MDB birlikte değerlendirildiğinde, tek yumurta ikizlerindeki konkordansın (%79,5), çift yumurta ikizlerinden (%23) 3,5 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Tek yumurta ikizlerinde konkordansın tam olmaması, çevresel nedenlerin ve tam olarak penetrans

göstermeyen genlerin rolünü düşündürmektedir(30,40). İkizlerle yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk geliştiren bir bireyin tek yumurta ikizinde de bipolar bozukluk gelişme ihtimali %36,4 olarak ifade edilmiştir(41).

Erken ve geç başlangıçlı BB arasında, apolipoprotein E4 alleli ve tirozin hidroksilaz gen polimorfizmi ve antisipasyon fenomeni açısından anlamlı farklılıklar olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır. Bir diğer çalışmada Baron ve arkadaşları, X'e bağlı BB'ın erken başlangıç ile prezente olduğunu ve yüksek ailesel yük ve daha çok depresif relaps oranı gibi özelliklerinin bulunduğunu bildirmiştir(42,43).

CACNA1C, CACNA1D, CACNAB2 genlerinin voltaj bağımlı kalsiyum kanallarının etkinliğiyle ilgili BB ile ilişkili olabileceğini gösteren çalışmalar vardır(44).

2.1.3.2 Nöroendokrin Etmenler

BB araştıran çalışmaların büyük bir kısmı hipotalamik-pituiter-adrenal (HPA) ve hipotalamik-pituiter-tiroid (HPT) aks ile ilgilidir(45).

Mani hastalarında HPA aks üzerine yapılan bir çalışmada dekzametazon/kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) testi sonrasında hasta grubunda kontrol grubuna göre kortizol salınımı daha yüksek bulunmuş ve semptomlar geriledikten sonra da bu yüksekliğin halen devam ettiği saptanmıştır(46).

Serumdaki inflamatuar belirteçlerin de BB hastası bireylerde daha yüksek olduğu ve bu yüksekliğin immün sistem disregülasyonu ile bağlantılı olabileceğini söyleyen hipotezler mevcuttur. BB hastası bireylerde kanda tümör nekroz faktör-alfa, Interlökin-4 ve diğer sitokin reseptörlerinin sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır(47,48).

BB hastalarında hastalığın tüm dönemlerinde oksitosin seviyeleri kontrol grubuna göre yüksek saptanmış ve bu yüksekliğin tedaviye cevaptan sonra da devam ettiği gösterilmiştir(49).

2.1.3.3 Biyokimyasal Etmenler ve Nörotransmitterler

Bipolar bozukluk etiyopatogenezi ile ilgili araştırmalarda önde gelen hipotez monoamin hipotezidir. Dopamin, norepinefrin (NE), seratonin (5HT) ve histamin gibi nörotransmitter moleküllerin reseptör yoğunlukları ve duyarlılığı ile birlikte etkinlik düzeyleri oldukça önemlidir. Hastalar mani dönemlerindeyken yapılan ölçümlerde beyin omurilik

sıvısında, norepinefrin-17 metaboliti olan MHPG (3-metoksi-4 hidroksi fenilglikol), serotonin metaboliti 5-Hidroksi Indol Asetik Asit (5HIAA), dopamin metaboliti olan Homovalinik Asit (HVA) ve sodyum düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır(30).

Mani döneminde noradranerjik aktivasyon ve beraberinde kolinerjik azalma ile noradrenerjik-kolinerjik sistemler arasındaki dengesizlik olduğundan söz edilmektedir(50)

Depresyon dönemlerinde de bu metabolitlerin seviyeleri düşmekte ve presinaptik ß2 reseptörlerinin aktivasyonu ile salınan norepinefrin miktarı da azalmaktadır(30).

Lityum molekülünün kullanımı hem tedavide hem de koruma sürecinde nörotransmitter salınımını azaltır ve geri alımı arttırır. Manik dönemindeki kişilerde idrarda NE, VMA, BOS ve plazmada MHPG seviyelerinin kontrollerle karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu ve lityum kullanımı ile birlikte anlamlı ölçüde düşüş olduğu saptanmıştır(51).

2.1.3.4 Psikososyal Etmenler

BB ile ilgili yapılan araştırmalarda ilk atak öncesi stresli yaşam olayı devam eden süreçteki ataklar ile kıyaslandığında daha fazladır(30).

Ateşleme modeli adı altında tanımlanan bu durum; ilk atak öncesi deneyimlenen stresörün intranöronal sinyalleşme sistemlerinin çalışmasını ve nörotransmitter salınımını değiştirebileceğini, nöronlarda kayıp ve sinaptik bağlantılarda ileri derecede bir azalma yapabileceğini, sonraki süreçte bu bireyin stresli yaşam olayı deneyimlemeden de yeni duygudurum atakları geçirme riskini artıracağı şeklinde açıklar(30).

Aynı zamanda çocukluk ve genç ergenlik döneminde yaşanan travmatik ve stresli, yıkıcı yaşam olaylarının olması hastalığın başlangıç yaşını öne çekmekte ve hastalığın travmatik yaşam olayı tariflemeyen BB hastalarına göre daha şiddetli seyretmesine de sebep olmaktadır(52).

2.1.4. Tanı ve Sınıflandırma

BB, dönemsel olarak çökkün (depresyon) ve yükselmiş (hipomani, mani) duygudurum, riskli davranışlar (aşırı para harcama, madde kötüye kullanımı, cinsel istek artışı), dürtüsellik ve ara dönemlerde ise iyilik hali ile karakterizedir. İntihar riskinde artış, kişinin mesleki ve sosyal işlevselliğinde bozulma, atakların sık tekrarlaması gibi sebeplerle kişi ve çevresindekilerin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenir(22).

2013'te Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-5 ile birlikte Bipolar bozukluğun tanı ve sınıflamasında önemli değişiklikler yapılmıştır. "Duygudurum Bozuklukları" başlığı kaldırılmış ve "Bipolar ve İlişkili Bozukluklar" ve "Depresif Bozukluklar" iki ana başlık olarak ele alınmıştır. "Bipolar ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında "BB-I", "BB-II", "siklotimik bozukluk", "madde veya ilacın yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluklar", "diğer tıbbi durumlara bağlı bipolar ve ilişkili bozukluklar", "diğer bipolar ve ilişkili bozukluklar" ve "tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluklar" yer alır.

DSM-5'te BB tanımı DSM-IV' ten bazı farklılıklar göstermektedir. DSM-5'te karma belirtiler hem depresif hem de manik epizot için belirleyici olarak tanımlanmaktadır. Hipomani ve mani dönemlerinin tanımlanmasında DSM-IV' ün çekirdek belirtileri korunarak, amaca yönelik etkinlikte ve enerjide olağandışı ve sürekli bir artışı kapsayacak şekilde duygudurum dönemleri ile ilgili temel ölçütler genişletilmiştir. DSM- IV' te antidepresan kullanımı sırasında bireyin mani yaşaması dışlama ölçütü iken DSM-5'te ise antidepresan tedavi sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir manik dönem BB tip 1 tanısı için yeterli bir kanıttır (25).

ICD 10'da ise BB tip 1 ve BB tip 2 şeklinde bir ayrım yapılmamaktadır. DSM-5'te BB tip 1 tanısı konulabilmesi için kişinin en az bir kez mani dönem geçirmesi gerekmekte iken ICD-10'da farklı olarak tanı konulabilmesi için kişinin en az iki duygudurum atağı (biri mani ya da hipomani olmak üzere) geçirmesi gerekmektedir(25).

DSM-5 tanı ölçütleri aşağıda sıralanmıştır:

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:

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. 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 bulunmasI

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 depresif duygudurum ya da 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 iki uçlu ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Belirleyiciler;

- Bunaltıcı
- Karma özellikler gösteren
- Hızlı döngülü
- Melankoli özellikleri gösteren
- Değişik tür (atipik) özellikler gösteren
- Duygudurum ile uyumlu psikoz özellikleri gösteren
- Duygudurum ile 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(53).

2.1.5. Klinik Seyir

BB genellikle her iki cinste de (kadınların %75'i erkeklerin %67'sinde) depresyonla başlar. İlk mani dönemi genellikle erken erişkinlikte başlar. Hastalar ilk mani atağı öncesi genellikle birkaç kez depresif atak geçirirler (54,55).

Hastaların yarısından çoğunda ilk belirtiler 20 yaştan öncedir(56). Bipolar bozukluk erkeklerde daha erken başlama eğilimindedir. Erken başlangıçlı manilerde genelde aile öyküsü vardır ve ilk epizot şiddeti daha fazladır. Mani dönemleri genel olarak ani başlayıp ortalama 3 ay kadar sürerken tedavisiz depresif dönemler 6 aydan 13 aya kadar sürebilir(30).

BB hastalarının %85'inde birden fazla duygudurum atağı görülür. Hastaların %37'sinin ilk ataktan sonra bir yıl, %60'ının iki yıl içinde manik veya depresif bir epizot geçirdiği gözlenmiştir(57,58). BB seyrinde görülen dönem sayısı, koruyucu sağaltıma verilen yanıta ve hastalığın süresine bağlıdır. BB hastalarının %28'inde epizotlar mevsimsel özellik gösterir(59).

Bipolar depresyonla, unipolar depresyon arasında klinik anlamda farklar bulunmaktadır. Melankolik belirtiler(değersizlik düşünceleri, anhedoni, değişmeyen duygudurum gibi), psikomotor retardasyon, atipik belirtiler (kurşun paralizisi, hipersomni gibi) ve psikotik özellikler bipolar depresyonda daha sık görülürken, anksiyete, başlangıç uykusuzluğu ve başkalarını suçlama unipolar depresyonda daha sık görülmektedir. Depresif dönemlerin daha sık olması, erken başlangıç, atağın akut başlaması ve hızlı sonlanması bipolar depresyonda daha sık görülür(60).

Bipolar bozukluk, dönemler arası iyilik süreleri kısa ve yılda en az 4 atak varsa hızlı döngülü olarak adlandırılır. Hızlı döngülü BB'nin kadın cinsiyette daha sık olduğu gözlenmiştir(60).

Hastalığın geç yaşta başlaması, erkek cinsiyet, hastalık öncesi düşük işlevsellik ve kötü mesleki işlevsellik, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, hızlı döngülülük, geçirilmiş epizot sayısının fazlalığı, çoklu hastane yatış öyküsü, mani döneminde görülen depresif belirtiler, kalıntı belirtiler, madde kötüye kullanımı ek tanısı, duygudurumla uyumsuz psikotik belirtiler ve şizoaffektif belirtilerin varlığının kötü prognostik faktörler olduğu belirtilmiştir

(61,62).

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(63). Travmaya maruz kalmak her yaşta psikiyatrik problemlere neden olabilirken travma ile baş edebilecek gücün olmadığı çocukluk çağında bu risk daha yüksektir. Çocukluk çağı travması (ÇÇT), çocukluk dönemine ait bir dizi olumsuz deneyimi kapsar. Dünya sağlık örgütü (DSÖ), çocuğun gelişimine, ruhsal sağlığına, sağ kalımına, onuruna zarar veren veya verebilecek olan her türden ihmal, fiziksel veya duygusal kötü muamele ve sömürüyü çocuk ihmali ve istismarı ÇÇT olarak tanımlar. ÇÇT her kültürde, etnik grupta ve sosyoekonomik düzeyde karşımıza çıkabilir. 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(64,65).

2.2.1.Çocukluk Çağı İstismarları

Bir eylemin istismar olarak sınıflandırılması için gerekli bazı özellikler vardır. Bunlar: Eylemin kasıtlı olması, yineleme ihtimalinin yüksek olması, çocuğun zihinsel ve fiziksel sağlığını bozmasının yanı sıra çocuğun psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkilemesidir (66). Çocuk istismarı, fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar olarak üçe ayrılır (67).

2.2.1.1.Fiziksel istismar

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; kasten yapılan fiziksel güç kullanımının sonucunda kişinin sağlığı, gelişimi ve onuru açısından zarar görmesi fiziksel istismardır(69). Çocuğun kendisinden en az beş yaş büyük bir kişi ya da kendisinden iki yaş büyük bir aile bireyi tarafından, 18 yaşından önce, vücudunda 48 saatten uzun süre kalan fiziksel bir iz bırakacak

şekilde şiddet görmesi çocukluk çağı fiziksel istismarıdır (72,73). İstismara sebebiyet veren şiddet içerikli davranışlar çocuğa tokat atma, hırpalama, yumruk atma, tekmeleme, sarsma, vurma, boğma, yakma, yaralama, dövme, itip kakma, hatta bağlama ve kapalı bir yere kilitleme şeklinde olabilmektedir(68,69). Yüzde veya vücudun diğer bölgelerinde meydana gelen deri yaralanmaları, saç kayıpları yanıklar, karın ve göğüs yaralanmaları, kırıklar, geometrik biçimli veya farklı iyileşme evrelerindeki çürükler, kasti oluşan kafa yaralanmaları, şişlik ve ısırıklar, göz-kulak içi kanama gibi bulgular fiziksel istismarı tespit etmek için delil oluşturabilmektedir(70,71). Bu delillerle diğer istismar ve ihmal türlerine göre fiziksel istismarın tespiti daha kolay olsa da istismar kavramının bölgesel-kültürel farklılıklar sebebiyle farklı tanımlanması, sosyal stigmatizasyon nedeniyle tespit edilen oranlarda belirgin farklılıklar meydana gelebilmektedir(72). Fiziksel istismar sıklığını araştıran bazı çalışmalarda %0,45-64 gibi çok geniş bir aralık tespit edilmiştir(73).

Fiziksel istismar çocuklarda, suçluluk duygusuna, yüksek anksiyeteye, düşük dürtü kontrolüne, saldırganlığa, kendine zarar verici davranışlar sergilemesine, depresyon ve içe çekilmeye, gelişim geriliklerine neden olabilir(74,75).

Çocuğa bebeklik dönemindeyken daha çok anne şiddet uygulamaktayken ergenlik döneminde daha çok baba tarafından fiziksel istismar uygulandığı tespit edilmiştir(71).

2.2.1.2.Cinsel İstimar

Cinsel istismar; psikososyal gelişimini henüz tamamlamamış olan çocuğun, kendisinden en az altı yaş büyük biri tarafından, cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla tehdit etme, güç kullanma veya kandırma yoluyla kullanılması olarak tanımlanır (74,76). Eylemin cinsel istismar olarak nitelendirilmesi için penetrasyon şartı aranmaz(77). Cinsel istismarların %20-25'i oral-genital temas veya penetrasyon içerir(78). Doğrudan veya giysilerini üzerinden bedene veya cinsel organa dokunmak, dokundurmak, teşhircilik, röntgencilik, cinsel içerikli konuşma ve önerilerde bulunma, başkalarının cinsel aktivitesini seyretmeye maruz bırakmak cinsel istismar kapsamında değerlendirilmektedir(76,79).

Ergenlik, çocukluk çağı cinsel istismarın en sık görüldüğü dönemdir. Ergenlik döneminde kadınların cinsel istismara uğrama oranı erkeklere kıyasla üç kat daha fazladır (77).

Çocuğun ebeveyni tarafından cinsel istismara uğrama oranının %1-2 olduğu düşünülmektedir(80). Çocuğun güvenme ve yakınlık ihtiyacı hissettiği bu kişiler tarafından oluşturulan cinsel istismar, çocukta daha çok psikososyal hasara neden olmaktadır(81).

Birçok etken nedeniyle cinsel istismar vakalarının yaygınlığı hakkında güvenilir bilgi elde etmek zordur(82). İstismar gizli bir şekilde meydana gelir ve aynı zamanda kişide güçlü bir duygusal yıkım yarattığı için ortaya çıkması da gecikmektedir. Çocukluk çağı istismarları arasında saptanması en zor olan ve çoğunlukla gizli kalanı cinsel istismardır(83).

Cinsel istismar vakalarının ancak %15'inin bildirildiği tahmin edilmektedir. 38 bağımsız makale ve 39 epidemiyolojik çalışmayı kapsayan bir meta analiz çalışmasında; çocukluk çağı cinsel istismar oranı kadınlar için %0-50 arasında değişirken, erkekler için bu oranın %0-60 arasında olduğu tespit edilmiştir(82).

Bildirimin az olmasının nedenleri; mağdurun istismarın olası tehditlerinden korkması, olay nedeniyle utanç duyması, istismarcıyı koruma isteği, kendisine inanılmayacağı düşüncesi şeklinde sıralanabilir(84).

2.2.1.3.Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuğun ruhsal sağlığını negatif etkileyecek seviyede alay edilme, küçük düşürücü yorumlarda bulunma, ağır sözel tehditte bulunma veya aşağılanma şeklinde tanımlanır(75).

Duygusal istismar çocukların ruhsal gelişiminde duraklamalara, davranışsal sorunlara ve kimlik zedelenmesine neden olabilirken aynı zamanda istismara uğrayan çocukta pasif kişilik özellikleri, antisosyal davranışlar, değersizlik duyguları ve uyum güçlüklerinin de öncüsü olabilmektedir(85).

Diğer türlere kıyasla daha çok görülen duygusal istismarın genellikle fiziksel istismara da eşlik ettiği tespit edilmiştir. Ancak duygusal istismar, fiziksel belirtilerin iyileşmesinden sonra da etkindir ve bağlanma süreçleri ve duygusal gelişim üzerinde büyük bir etkiye sahiptir(70,84).

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(67).

2.2.2.1.Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal çocuğa gerekli sağlık hizmetini, çocuğu tehlikelerden korumak maksadıyla gözetim ve kontrolü, ihtiyaç duyduğu besin veya giyeceği sağlamamayı kapsar. Çocuğun yalnız bırakılması, evden kovulması, dışlanması, yıkanmaması, temiz elbise giydirilmemesi, aşılarının yaptırılmaması, hastalık ve yaralanmalarının tedavi ettirilmemesi, çocuğa uygun barınma ortamının sağlanmaması fiziksel ihmal olarak değerlendirilir(86).

2.2.2.2.Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, çocuğun psikolojik ihtiyaçlarını ve duygusal gereksinimlerini karşılamama, sosyal kuralları öğretmeme ve çocuğun sosyal gelişimini sağlayacak destekleyici ilgiyi göstermeme ile tanımlanır(86). Psikiyatrik hastalığı olan kişilerle yapılan bir çalışmada çocukluk çağında duygusal ihmal yaşamış olma oranı %81,6 olarak tespit edilmiştir(87).

2.2.3.Çocukluk Çağı Travmaları İle Psikopatoloji İlişkisi

Erişkin yaşta psikiyatrik hastalık görülme oranının, çocukluk çağı ihmal veya istismarı ile arttığı bilinmektedir(88).

Çocukluk dönemi travmatik deneyimlerinin hipotalomo-pitüiter sistem disregülasyonuna ve prefrontal-talamik limbik yollarda olumsuz değişikliklere yol açtığı tespit edilmiştir(89).

Yapılan bir çalışmada çocukluk çağında fiziksel ve duygusal ihmal ve istismar deneyimleri ile psikopatolojiler arasında özgül ilişkiler olduğuna dikkat çekilmiş, birden fazla istismar tipinin beraberliğinde, çocuklarda psikopatoloji riskinin daha da arttığını savunulmuştur(90).

Çocuklarda cinsel istismara bağlı olarak anksiyete bozuklukları, depresyon, disosiyasyon, somatizasyon bozukluğu, öfke, düşük öz saygı, intihar eğilimi, post travmatik

stres bozukluğu, uyku bozuklukları, madde kötüye kullanımı, cinsel işlev bozuklukları, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gözlenebilir(91,92).

Fiziksel istismara uğramış çocuklarda ise düşük dürtü kontrolü, yüksek anksiyete, içe çekilme, depresyon, kendine zarar verici davranışlar, saldırganlık, suçluluk duygusu, ve gelişim gerilikleri daha sık görülür(75,93,94).

Yapılan bir metaanalizde bipolar bozukluk ve çevresel faktörlerin ilişkisi araştırılmış, çocukluk çağı olumsuz yaşam olaylarının risk faktörü olarak yüksek kanıtlar gösterdiği tespit edilmiştir(95). BB tanılı kişilerden çocukluk çağı travması deneyimlenme oranı farklı çalışmalarda %45-68 arasında değişmektedir(6,96). 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 yüksek saptanmıştır(97). BB hastalarında çocukluk çağı olumsuz yaşantı deneyimi erken yaşta hastalık başlangıcı, psikotik belirtilerin olması, düşük tedavi yanıtı, daha yüksek oranlarda intihar davranışı ve daha fazla eş hastalık tanısı ile ilişkili bulunmuştur(5,97,98).

2.3 PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Psikolojik dayanıklılık (resilience) kavramı genel olarak; Latince "resiliens'' kelime kökünden ortaya çıkarılmıştır ve esnek olabilme ve asıl haline kolay bir şekilde geri dönebilme becerisini ifade eder(99). Türkçe'de ruh sağlığı alanında; psikolojik dayanıklılık, psikolojik sağlamlık, psikolojik esneklik, kendini toparlama gücü, yılmazlık gibi farklı isimlerle kullanılmaktadır(100).

Psikolojik dayanıklılığın evrensel olarak kabul edilmiş ortak bir tanımı halen bulunmamaktadır(101). Psikolojik dayanıklılık ile ilgili yapılan ilk araştırmalar, çoğunlukla 1970'lerdeki yoksulluk ve birçok negatif koşulda yetişmesine rağmen, bazı çocukların şaşırtıcı derecede normal gelişim göstermelerinin ortaya çıkması ile yoğunlaşmıştır. Bu kavram psikiyatri, psikoloji, sosyoloji, genetik, epigenetik, nörobilim, endokrinoloji gibi farklı disiplinlerce incelenmektedir.

Dayanıklılığı araştıran çalışmalar son dönemde yoğunlaşmış ve dayanıklılığın anlaşılması ile ilgili farklı modelleri öne sürülmüştür. PD ile ilgili yapılan ilk çalışmalarda

travma ve zorluklarla karşılaşan bireylerde psikopatoloji gelişimi de dahil olmak üzere zorluğa karşı oluşturulan tepkiler anlaşılmaya çalışılmış ve İkinci Dünya Savaşı gazilerinin yaşantıladıkları travmatik deneyimlere rağmen hepsinin psikopatoloji geliştirmediği gözlemlenmiştir. Bu gözlemler özellik odaklı yaklaşım görüşünü güçlendirmiştir. Bu yaklaşımda dayanıklılığın, kişinin bireysel bir özelliği olduğu düşüncesi hakimdir(102,103). Devam eden farklı çalışmalarda, psikolojik dayanıklılığın çevreden bağımsız bir şekilde doğuştan bir yetenek veya kişilik özelliği gibi değerlendirilmeyen, süreç içerisinde çeşitli faktörlerin etkileşimi ile gelişebilen bir sürecin ürünü olduğu görüşü ön plana çıkmış ve 'süreç odaklı yaklaşım' hakim olmaya başlamıştır. Bu yaklaşımda, tüm insanlarda dayanıklılığın temellerinin olduğu ve bunun risk faktörleri, yaşamsal deneyim ve bireysel özellikler ile şekillendiği ifade edilir. PD ile ilişkili olarak; bir yaşam amacı veya anlamının varlığı, olumlu duygular, dirençlilik, özgüven, aktif başa çıkabilme, iyimserlik, sosyal destek, bilişsel esneklik gibi birçok faktör tanımlanmıştır ve bunların değiştirilebilir olduğu üzerinde durulmuştur(104).

Psikolojik dayanıklılık bireyin karşılaştığı zorlu yaşam deneyimleri ve stresörlerin, psikopatoloji oluşumu açısından tehlike yaratan, riskli durumlar olmasına rağmen aynı zamanda kişinin kişiler arası ilişkileri, kendilik algısı, yaşam felsefesinde değişim ve dünya görüşü gibi alanlar üzerinde olumlu sonuçlar yaratabileceğine dair bir açıklama getirir(105).

Psikolojik dayanıklılığın sonuçları ile ilgili de farklı model yaklaşımları öne sürülmüştür. Koruyucu modelde deneyimlenen risk faktörünün, ortaya çıkacak sonuç üzerindeki etkisini nötralize etmesi üzerinde durulur ve PD yüksek kişilerin bu risk faktörünün meydana getirdiği stres yolaklarını yıkabildiği varsayılır. Dengeleyici modelde ise dayanıklılığın asıl etkisinin risk faktörlerinin değil sonucun üzerinde olduğu, bireyin stres etmeninin sonuçlarını total olarak yok edemese bile, farklı kaynaklar kullanarak veya yerine koyma metodları ile bu olumsuz sonuçlarla başa çıkabileceği düşünülür(106).

Yüksek psikolojik dayanıklılık bireyin etkileşimlerde yeni dengeler kurması ve yaptığı değişikliklerle yaşamını yeniden şekillendirebilmesi anlamına gelir(103,107–109). Dayanıklılık Bonanno'nun makalesinde belirttiği üzere mevcut verilerle, kişinin bireysel mizaç ve karakter özellikleri ve becerileri (aktif problem çözme gibi) ile de ilişkili olmakla birlikte, Masten'e göre ise kişide bulunan olağanüstü bir özellik değil, zaman içerisinde şekillenen bir durumdur(110,111)

PD yüksek olan kişilerde hastalığa dair bulgularının daha hafif olduğu veya kişide hastalığın oluşumu açısından koruyucu olabileceği, dayanıklılığı düşük kişilerde ise hastalık gelişimi açısından bunun risk olabileceği ifade edilir. Bu açıdan psikolojik dayanıklılık hastalığın başlangıcını önleyici, geciktirici ve hastalık oluştuğunda ise semptomlarını minimize edici özelliktedir(112).

BB tanılı hastalarda psikolojik dayanıklılığın kontrol grubuna göre düşük olduğunu tespit eden çalışmalar vardır(11,113). BB hastalarında, yaşam kalitesinin özellikle psikolojik dayanıklılığın sosyal ve çevresel alt boyutları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(14). 2015 yılında Choi ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada, BB hasta grubunda, psikolojik dayanıklılığın sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı olarak düşük saptandığı ifade edilmiş ve aynı çalışmada, psikolojik dayanıklılığın düşük olmasının kişide görülen depresyon dönemlerinin sayısının fazlalığı ve dürtüsellik artışı ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir.(11). Diğer yandan ise, zaman içerisinde yaşanan ve çok yıkıcı olmayan travmatik deneyimlerin, kişide başetme becerisini geliştirerek dayanıklılığı arttırabileceği de farklı çalışmalarda ifade edilmiştir(110,111). Masten çalışmasında, kişilerin aşırı zorluklara tepki olarak olumlu adaptasyon gösterebileceğinden bahsetmiştir. Yine aynı çalışmada, daha yeni araştırmaların, dezavantajlara, travmaya ve sıkıntılara maruz kalan çocuklar ve ergenler arasında psikolojik dayanıklılığın nispeten yaygın olduğu sonucunu ortaya koymakta oldukları ifade edilmektedir (111). BB hastaları ile 2020 yılında yapılan bir çalışmada PD, travma sonrası büyüme ile pozitif ilişkili bulunmuş ve kişinin kendilik algısındaki pozitif etkilenmenin kişide bireysel gücün daha fazla hissedilmesine yardımcı olduğu, böylece yaşayabileceği zorluklarla daha kolay baş edebileceğine yönelik yeteneğini arttırdığı, kişinin kendinde daha fazla potansiyel gördüğü ifade edilmektedir(114). PD'nin çok yönlü ve dinamik bir süreç olması sebebiyle literatürde farklı değerlendirme ve sonuçları içeren çalışmalar mevcuttur, halen devam etmekte olan pek çok çalışma bu konudaki bilgilerimizi arttıracaktır.

2.4. YAŞAM KALİTESİ VE TEDAVİ UYUMU

Yaşam kalitesi; bireyin yaşamının mesleki, çevresel, sosyal, fiziksel ve psikolojik yönlerinde işlevsellik ve memnuniyeti ile ilişkili bir kavramdır. Dolayısıyla, hastaneye yatış gerektiren kronik hastalığa sahip bireylerde yatış sayısının az olması ve bireyin gündelik hayatın gerekliliklerine, işine, sosyal hayatına kolay bir şekilde devam edebilmesi yaşam

kalitesinin iyi olduğunun bir göstergesidir. Yaşam kalitesinin, BB hastalarında sağlıklı bireylere kıyasla hastalığın ötimik dönemlerinde dahi daha düşük olduğu saptanmıştır(8). BB hastalarının tanı sonrası tedavi süreci değerlendirildiğinde, tedavinin bu kişilerde tamamen kür sağlayamamakla birlikte hastalık tekrarların önlenmesi, bulguların kontrolü, bilişsel işlevlerin korunması, ek hastalıkların ortaya çıkmasını azaltma ve en önemlisi de, işlevselliğin ve yaşam kalitesinin yükselmesinde oldukça önemli bir araç olduğu tespit edilmiştir(16).

Tedaviye uyum, kısaca kişinin sağlıklı olma sürecinde hekiminin verdiği medikal ve diğer önerilere uygun davranması anlamına gelir. Bu tanım hem hastaya hem de hasta ile işbirliği kuran tedavi ekibine sorumluluklar yükleyen kompleks bir süreçtir.

Tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili faktörler psikiyatrik hastalarda temel olarak 4 başlıkta toplanabilir. Bunlar: Hasta ile ilgili etmenler, ilaç ile ilgili etmenler, çevresel etmenler ve tedavi ekibi ile ilgili etmenlerdir(16,115). BB hastalarında tedaviye uyumsuzluk ile ilgili yapılan çalışmalarda birçok farklı sonuç elde edilmiştir. Temel olarak genç, bekar, yalnız yaşayan ve sık manik atak geçiren erkek bireylerde uyumsuzluğun daha sık olduğu saptanmışken yapılan bir diğer çalışmada ise atak aralıklarının uzun olmasının tedaviye uyumu güçleştirdiği ifade edilmiştir(23,116,117). Aynı zamanda ilaç dozlarını kendi değiştiren ve düzensiz kullanan, takip görüşmelerine gelmeyenlerde, çok sayıda ve sık aralıklı ilaç kullananlarda, kilo alımı ve sedasyon başta olmak üzere yan etki geliştiren ve geçmişte de tedaviyi sık bırakma öyküsü olan kişilerde tedaviye uyumsuzluk daha sıktır. Uzun dönem ilaç kullanımına yönelik kaygılar ve kişinin ve çevrenin hastalık etiketi ile ilgili negatif yorumları da tedaviye uyumu güçleştirir(117,118).

Bireyin tedavi uyumunun artması yaşam kalitesi artışını beraberinde getirecek ve bu ikili birbirinin pozitif yönde yordayıcısı olacaktır. BB'nin kronik bir hastalık olduğu göz önüne alındığında kişilerin hekim-hasta-aile iletişim üçgeninde, ilaçların etki ve yan etkileri ile ilgili yeterince bilgilendirilerek ve gerektiğinde iletişim kurularak tedavi sürecinin yönetilmesi uyumu arttıran en önemli stratejilerdendir(118).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Bu araştırmaya SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniği ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ne Şubat 2023-Haziran 2023 tarihleri arasında başvuran 110 hasta dahil edilmiştir. Çalışma hakkında hastalara bilgi verilmiş ve araştırma ile ilgili detaylı bilgi içeren aydınlatılmış onam formu okutulup, anlaşıldıktan sonra araştırmaya katılmak için gönüllü olan hastalarla çalışılmıştır. Bu araştırma kesitsel bir çalışmadır. Bu çalışma ile ilgili bilgilendirilmiş, onam formunu imzalamayı kabul eden hastaların, klinik ve sosyodemografik verileri araştırmacı tarafından toplanmıştır. DSM 5 tanı ölçütleri kullanılarak hastaların BB tanıları kesinleştirilmiş olup, SCID-5 CV (DSM 5 Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu) diğer psikiyatrik tanıların dışlanması için uygulanmış, dışlama kriterlerindeki tanı varlığında bu kişiler çalışmaya alınmamıştır. 9 hasta çalışma ölçeklerini tamamlayamadığı için çalışmaya dahil edilememiştir. Nihayetinde 101 hasta çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya araştırmacı tarafından hazırlanan SCİD-5 CV, sosyodemografik ve klinik veri formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) uygulanmıştır. Araştırmaya katılan kişilerden Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği(YİPDÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28, Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Uzun Form ve Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği'ni doldurmaları istenmiştir**.** Bu tez çalışmasının herhangi bir aşamasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Araştırmanın izni Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.01.2023 tarihli 09 Karar No'lu kararı ile alınmıştır.

Araştırmaya Alınma Ölçütleri:

1-Katılımcının DSM-5'e göre BB tip 1 bozukluk 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 okuryazar olmaması

2-Mental retardasyon, nörolojik hastalık, alkol ya da madde etkisi altında olması gibi nedenlerle kooperasyon ve bilişsel fonksiyonları bozulmuş olması

3-Organisiteye bağlı affektif bozukluk tanısının olması

4-Ruhsal belirtilere yol açabilecek genel tıbbi durum bozukluğu varlığı

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1.Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmaya alınan tüm katılımcılara hastanemiz Etik Kurulu tarafından onaylanmış ve çalışma hakkında bilgi içeren onam formu verilmiş ve tüm katılımcılar formu imzalayıp çalışmaya katılmaya gönüllü olduktan sonra diğer ölçeklere devam edilmiştir.

3.2.2.Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların isim soyisim, adres, yaş, medeni durum, yaşam koşulları, hastalık ve iyileşme süreçleri, alışkanlıkları gibi bilgileri sorgulayan toplamda 65 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu uygulanmıştır.

3.2.3. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu –Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV)

DSM-5 tanılarını koymak amacıyla kullanılan Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV), yarı yapılandırılmış bir değerlendirme formudur. DSM-5 ölçütlerinin geliştirilmesi sürecinde, First ve ekibi tarafından geliştirilmiştir(119). Bu yapılandırılmış görüşme, 32 tanısal kategoriyi ayrıntılı tanı ölçütleriyle ele almaktadır ve 16 tanısal kategori ise sadece araştırmacılar tarafından yöneltilen sorularla değerlendirilmektedir. Bu görüşme toplamda 10 modülden oluşmaktadır: Duygudurum Dönemleri, Psikotik Belirtiler, Psikotik Bozukluklar, Duygudurum Bozuklukları, Madde Kullanım Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Diğer Bozukluklar için Araştırıcı Sorular ve Uyum Bozuklukları. Bu görüşme formu, DSM-5 sınıflandırmasını ve tanı

ölçütlerini bilen deneyimli klinisyenler veya eğitimli ruh sağlığı uzmanları tarafından uygulanabilir. Bu görüşmenin geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2018 yılında Bayad ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir(120).

Bu görüşme formu, hastaların araştırmanın dışlama kriterlerinde yer alan ek psikiyatrik tanıları belirlemek için kullanılmıştır.

3.2.4.Young Mani Derecelendirme Ölçeği(YMDÖ)

Manik epizodun şiddetini ölçmek amacıyla Young ve ekibi tarafından geliştirilen bir ölçektir(121). Bu ölçek, toplamda 11 madde içermektedir ve bunlardan yedi tanesi beşli Likert tipinde, diğer dört madde ise dokuzlu Likert tipindedir. Bu ölçekle elde edilebilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 44'tür. Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Karadağ ve ekibi tarafından 2001 yılında gerçekleştirilmiştir. Ancak Türkçe sürümünün kesme puanı hesaplanmamıştır(122).

3.2.5.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği(HDDÖ)

1986 yılında Hamilton tarafından geliştirilen bu ölçek, depresyon tanısı almış hastalardaki depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (123). Hamilton tarafından ilk olarak 17 maddeli olarak geliştirilen bu ölçeğe sonraki yıllarda bazı maddeler eklenerek 21 ve 24 maddeli versiyonları da oluşturulmuştur. Bu ölçek, depresif mizaç, intihar, iş ve aktivitelerde kayıp, retardasyon, ajitasyon, gastrointestinal belirtiler, genel somatik belirtiler, hipokondriak belirtiler, içgörü, iştah ve kilo kaybı, uykusuzluk ve anksiyete gibi alt başlıklardan oluşmaktadır. Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir(124).

3.2.6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (ÇÇTÖ-28)

Çocukluk ve ergenlik dönemindeki örselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak incelemek amacıyla Bernstein ve ekibi tarafından geliştirilen bir özbildirim ölçeğidir (125). Bu ölçek, biri 28 sorudan oluşan diğeri ise 53 soruluk iki versiyona sahiptir. ÇÇTÖ-28, 28 maddeden oluşan bir 5'li Likert tipi bir ölçektir. Bu ölçeğin 5 alt boyutu bulunmaktadır: Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İstismar, Duygusal İhmal ve Cinsel İstismar. Ayrıca, 3 minimizasyon-inkar sorusu da içermektedir. Ölçme aracının Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve Öztürk tarafından gerçekleştirilmiştir(126).

3.2.7.Yetişkinler İçin Ruhsal Dayanıklılık Ölçeği(YİPDÖ)

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, 2003 yılında Friborg ve ekibi tarafından geliştirilmiş bir ölçektir(127). Toplamda 33 maddeden oluşan bu ölçek, 6 alt boyut içermektedir. Alt boyutlar ve madde sayıları şu şekildedir: Yapısal Stil (4 madde: 3, 9, 15, 21), Gelecek Algısı (4 madde: 2, 8, 14, 20), Aile Uyumu (6 madde: 5, 11, 17, 23, 26, 32), Kendilik Algısı (6 madde: 1, 7, 13, 19, 28, 31), Sosyal Yeterlilik (6 madde: 4, 10, 16, 22, 25, 29), Sosyal Kaynaklar (7 madde: 6, 12, 18, 24, 27, 30, 33)

Ölçekte, maddelerin tercih edilmesinde önyargılı değerlendirmeleri önlemek için olumlu ve olumsuz özelliklerin farklı taraflarda olduğu, yanıtlar için ise beş ayrı kutucuğun yer aldığı bir format kullanılmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 33 ile 165 arasında değişebilir. Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan yüksek puan, bireyin ilgili alt boyutun değerlendirdiği özelliklere sahip olduğunu göstermektedir. Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Basım ve Çetin tarafından 2011 yılında yapılmıştır(105).

3.2.8.Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Uzun Form(BABQOL)

Kanada'da Michalak ve Murray (2010) tarafından geliştirilen bir ölçek, toplamda 56 maddeden oluşmaktadır(128). Bu ölçeğin her bir maddesi, son yedi günde yaşam kalitesinden duyulan memnuniyetle ilgilidir. Maddeler, Likert yanıt ölçeğine göre puanlanmaktadır, "Kesinlikle Katılmıyorum" yanıtı 1 puan, "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtı ise 5 puan alır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 56 ile 280 arasında değişebilir ve yüksek puanlar daha iyi bir yaşam kalitesini göstermektedir. Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2019 yılında Derya Tanrıverdi ve Havva Ağcabay tarafından gerçekleştirilmiştir(129).

3.2.9.Morisky Tedavi Uyum Ölçeği(MTUÖ)

Donald E. Morisky tarafından geliştirilen bu ölçeğin geçerlilik çalışması Morisky ve ekibi tarafından yapılmıştır (130). Bu ölçek, iki seçenekli (evet/hayır) ve dört kapalı uçlu sorulardan oluşan bir özbildirim ölçeğidir. Sorular, hastalar tarafından "evet" veya "hayır" şeklinde yanıtlanır. Soruların tamamına "hayır" denilmişse, tedavi uyumu yüksek olarak değerlendirilir. Bir veya iki soruya "evet" denilmişse, tedavi uyumu orta olarak kabul edilir. Üç veya dört soruya "evet" denilmişse, tedavi uyumu düşük olarak değerlendirilir. Bu ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda tedaviye uyumu ölçmek için Bahar ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir(131). Ölçeğin

kategorik bir yapıya sahip olması nedeniyle toplam puan hesaplaması yapılamamış ve Cronbach alfa değeri belirlenmemiştir.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin analizinde SPSS versiyon 25.0 programından yararlanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca ve minimum-maximum değerler kullanılmıştır. 2x2 gözlerde Pearson Ki Kare ve Fisher's Exact Testleri ile karşılaştırılmıştır. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) değişkenler gruplar arasında değerlendirilirken Mann Whitney U Testi, ikiden fazla gruplar arasında değerlendirilirken Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi'nden faydalanılmıştır. ÇÇT alt ölçeklere etki eden faktörler Logistic Regresyon Analiziyle, BAQOL ve YIPDO alt ölçeklerine etki eden faktörler ise Lineer Regresyon Analizi ile incelenmiştir. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirilmiştir.

İstatistiksel anlamlılık için toplam tip-1 hata düzeyi %5 olarak kullanılacaktır.

Çocukluk çağı travmalarınının duygu durum bozukluklarına etkisini araştıran referans çalışmadaki etki gücünün esas alındığı %80 güç değeri ve 0.05 alfa değeri ile yapılan güç analizinde çalışmaya alınması gereken en düşük örneklem sayısı 80 olarak belirlenmiştir.

4.BULGULAR

Çalışmaya SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniği ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ne Şubat 2023-Haziran 2023 tarihleri arasında başvuran ve dahil edilme ve hariç tutulma kriterlerini karşılayan 101 hasta dahil edilmiştir.

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmaya alınan 101 katılımcıdan 60 kişi (%59,41) kadın, 41 kişi (%40,59) ise erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 43,44±10,68 olarak saptanmıştır. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, medeni durumu bekar olan 31 kişi (%30,69), evli olan 45 kişi (%44,55), boşanmış olan 21 kişi (%20,79) ve dul olan olan 4 kişi (%3,96) vardır. Katılımcılardan çocuğu olmayan 40 kişi (%39,60), çocuğu olan ise 61 kişi (%60,40) olarak saptanmıştır. Katılımcıların kardeş sayısı ortalaması 3,8±2,11 (n min=1, n max=11) şeklindedir. Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde 24'ü (%23,76) ilkokul, 17'si (%16,83) ortaokul, 33'ü (%32,67) lise, 6'sı (%5,94) yüksekokul, 18'i (%17,82) üniversite, 3'ü (%2,97) ise yüksek lisans mezunudur. Katılımcılardan 56'sı (%55,45) çalışmıyorken, 45 kişi (%44,55) çalışmaktadır. Gelir düzeyi <5500 olan 31 kişi (%30,69), >15000 olan 13 kişi (%12,87) vardır. 64 kişinin (%66,34) düzenli fiziksel aktivitesi yokken,37 kişi (%36,63) düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır. Katılımcılardan 50 kişi (%49,50) sigara, 15 kişi (%14,85) alkol kullanmaktadır ve 1 kişi (%0,99) madde kullanmaktadır. Ailesinde BB öyküsü olmayan 77 kişi (%76,24) vardır. Ailesinde alkol madde kullanım bozukluğu öyküsü olmayan 96 (%95,05) kişi varken 5 (%4,95) kişinin ailesinde ise birinci derece akrabasında alkol madde kullanım bozukluğu öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Ailesinde intihar öyküsü olmayan olmayan 91 kişi (%90,10) varken 10(%9,90) kişinin ailesinde intihar öyküsü olduğu tespit edilmiştir.(Tablo 1)

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		N /Ort±s.s	%/Medyan (Min-Max)
Cinsiyet	Kadın	60	59,41
	Erkek	41	40,59
Yaş		43,44±10,68	44 (20-65)
Medeni durum	Bekar	31	30,69
	Evli	45	44,55
	Boşanmış	21	20,79

	Dul	4	3,96
Çocuk	Yok	40	39,60
	Var	61	60,40
Kardeş		3,8±2,11	3 (1-11)
Eğitim	İlkokul	24	23,76
	Ortaokul	17	16,83
	Lise	33	32,67
	Yüksekokul	6	5,94
	Üniversite	18	17,82
	Yüksek lisans	3	2,97
	Doktora	0	0,00
Meslek	Çalışmıyor	56	55,45
	Çalışıyor	45	44,55
Gelir düzey	Gelirim yok	2	1,98
	<5500	31	30,69
	5500-8500 arası	20	19,80
	8500-15000 arası	35	34,65
	>15000	13	12,87
Sosyo ekonomik düzey	Düşük	32	31,68
	Orta	67	66,34
	Yüksek	2	1,98
Düzenli aktivite	Yok	64	63,37
	Var	37	36,63
Sigara	Hayır	51	50,50
	Evet	50	49,50
Alkol	Hayır	86	85,15
	Evet	15	14,85
Madde	Hayır	100	99,01
	Evet	1	0,99
Aile BB öyküsü	Yok	77	76,24
	1.Derece	24	23,76
	2.Derece	0	0,00
	3.Derece ve üzeri	0	0,00
Aile AMKB	Yok	96	95,05
	1.Derece	5	4,95
	2.Derece	0	0,00
	3.Derece ve üzeri	0	0,00
Aile intihar	Yok	91	90,10
	1.Derece	10	9,90
	2.Derece	0	0,00
	3.Derece ve üzeri	0	0,00

Katılımcıların klinik özellikleri incelendiğinde, toplam hastalık yılı ortalaması 15,13±9,51 olarak saptanmıştır. İlk atağı Mani olan 55 kişi (%54,46), depresyon olan 36 kişi (%35,64), karma olan 10 kişi (%9,90)'dir. İlk atağı hipomani olan ise yoktur. Katılımcıların depresyon atağı ortalaması 4,02±4,24 iken mani atağı ortalaması ise 3,24±2,74'tür. Katılımcılardan intihar girişimi olan 32 kişi (%31,68) varken 69 kişinin (68,32) intihar girişimi yoktur. Daha önce EKT almış olan 24 kişi (%23,76) varken, katılımcılardan 77'si(%76,24) daha önce EKT almamıştır. Katılımcıların yatış sayısı ortalaması 2,08±2,53 şeklinde olup en az 0, en fazla 14 yatışı olan katılımcı bulunmaktadır.(Tablo 2)

Tablo 2: Katılımcıların klinik özellikleri

Klinik özellikleri		N /Ort±s.s	%/Medyan (Min-Max)
Toplam hastalık yılı		15,13±9,51	13 (0-44)
İlk atak nedir?	Mani	55	54,46
	Hipomani	0	,00
	Depresyon	36	35,64
	Karma	10	9,90
Kaç depresyon?		4,02±4,24	3 (0-25)
Kaç mani?		3,24±2,74	3 (1-15)
İntihar girişimi	Yok	69	68,32
	Var	32	31,68
Yatış sayısı		2,08±2,53	1 (0-14)
EKT aldınız mı?	Hayır	77	76,24
	Evet	24	23,76

4.2. KATILIMCILARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİNE VERDİKLERİ YANITLARA İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların, çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt ölçekleri ortalaması ve toplam puan ortalaması hesaplanmıştır. ÇÇT toplama bakıldığında katılımcıların her biri en az bir tür çocukluk çağı travmasına maruz kalmıştır.

En yüksek puan ortalamasını duygusal ihmal almıştır. ÇÇT ölçeği puan dağılımları aşağıda özetlenmiştir.(Tablo 3)

Tablo 3: Katılımcıların ÇÇT ölçeği puan ortalamaları

	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)
ÇÇT Toplam	78,91±8,55	80 (57-94)
Duygusal istismar	11,27±2,59	11 (5-19)
Fiziksel istismar	12,48±2,88	13 (5-17)
Cinsel istismar	11,16±2,37	11 (5-17)
Duygusal ihmal	22,5±2,75	23 (14-25)
Fiziksel ihmal	17,91±3,38	18 (8-25)

Katılımcıları ÇÇT alt ölçek puanlarına göre değerlendirildiğinde duygusal istismara uğradığını beyan eden 92, uğramadığını beyan eden 9 kişi; Fiziksel istasmara uğradığını beyan eden 99, uğramadığını beyan eden 2 kişi; Cinsel istismara uğradığını beyan eden 98, uğramadığını beyan eden 3 kişi vardır.

En çok beyan edilen ise duygusal ve fiziksel ihmal olup uğramayan katılımcı sayısı sıfırdır.(Tablo 4)

Tablo 4: Katılımcıların ÇÇT alt ölçek puanlarına göre değerlendirilmesi

	Yok		Var	
	n	%	n	%
Duygusal istismar	9	8,91	92	91,09
Fiziksel istismar	2	1,98	99	98,02
Cinsel istismar	3	2,97	98	97,03
Duygusal ihmal	0	0,00	101	100,00
Fiziksel ihmal	0	0,00	101	100,00

4.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Verilerle Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Total ve Alt ölçeklerinin İlişkisinin Bakılması

4.2.1.1.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı ile İlişkiler

Sosyodemografik veriler arasında ÇÇT toplam ortalaması karşılaştırılmıştır. Sigara içen katılımcıların ÇÇT toplam puan ortalaması, sigara içmeyen katılımcılara göre daha yüksektir (p:0,041). Diğer sosyodemografik özellikler ile ÇÇT toplam puan arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. ÇÇT toplam puan ve sosyodemografik özelliklerin ilişkisini özetleyen tablo aşağıda verilmiştir.(Tablo 5)

Tablo 5: Katılımcıların sosyodemografik verileri ile ÇÇT toplam puanının karşılaştırılması

		ÇÇTToplam		p
		Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	
Cinsiyet	Kadın	78,78±8,75	81 (57-94)	0,956
	Erkek	79,1±8,35	80 (63-93)	
Medeni durum*	Bekar	80,19±7,29	81 (64-93)	0,834
	Evli	78,31±9,33	79 (57-94)	
	Boşanmış	77,81±9,28	80 (57-92)	
	Dul	81,5±4,04	80,5 (78-87)	
Çocuk	Yok	79,7±7,14	81 (64-93)	0,636
	Var	78,39±9,38	80 (57-94)	
Eğitim*	İlkokul	76,87±9,6	76 (57-94)	0,178
	Ortaokul	77,18±7,89	78 (62-92)	
	Lise	79,3±8,45	81 (57-92)	
	Yüksekokul	82,83±9,5	85 (65-93)	
	Üniversite	79,72±7,19	81,5 (65-89)	
	Yüksek lisans	88±6,08	91 (81-92)	
Meslek	Çalışmıyor	76,63±8,43	78,5 (57-90)	0,008
	Çalışıyor	81,76±7,9	82 (65-94)	
Gelir düzey*	Gelirim yok	81±7,07	81 (76-86)	0,126
	<5500	77,42±8,26	78 (57-90)	
	5500-8500 arası	77,85±9,14	79,5 (62-94)	
	8500-15000 arası	81,83±8,22	82 (57-93)	
	>15000	75,92±8,25	74 (65-90)	
Sosyo ekonomik düzey*	Düşük	80,53±6,11	81 (67-92)	0,665
	Orta	78,18±9,49	80 (57-94)	
	Yüksek	77,5±9,19	77,5 (71-84)	
Düzenli aktivite	Yok	78,8±8,23	80 (57-93)	0,740

	Var	79,11±9,2	81 (62-94)	
Sigara	Hayır	76,92±8,82	79 (57-92)	**0,041**
	Evet	80,94±7,85	81 (62-94)	
Alkol	Hayır	78,7±8,7	80,5 (57-94)	0,692
	Evet	80,13±7,84	80 (65-92)	
Madde	Hayır	78,8±8,52	80 (57-94)	0,198
	Evet	90±.	90 (90-90)	
Aile BB öyküsü	Yok	79,56±8,15	81 (57-94)	0,290
	1.Derece	76,83±9,61	79,5 (57-92)	
Aile AMKB	Yok	78,79±8,52	80 (57-94)	0,447
	1.Derece	81,2±9,83	82 (65-90)	
Aile intihar	Yok	79,22±8,46	81 (57-94)	0,345
	1.Derece	76,1±9,3	79 (57-87)	

Mann Whitney-U Testi *Kruskal-Wallis Testi

Katılımcıların klinik verileri arasında ÇÇT toplam ortalaması karşılaştırılmıştır. Anlamlı bir bulgu saptanmamıştır. (Tablo 6)

Tablo 6: Katılımcıların klinik verileri ile ile ÇÇT toplam puanı karşılaştırılması

		ÇÇT Toplam		p
		Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	
İlk atak nedir?*	Mani	79,35±8,14	80 (57-93)	0,340
	Depresyon	79,33±9,03	81 (57-94)	
	Karma	75±8,93	73 (64-88)	
İntihar girişimi	Yok	78,74±8,81	80 (57-94)	0,898
	Var	79,28±8,09	81 (62-92)	
EKT aldınız mı?	Hayır	78,74±8,77	81 (57-94)	0,801
	Evet	79,46±7,95	79 (64-93)	

Mann Whitney-U Testi *Kruskal-Wallis Testi

Katılımcıların demografik ve klinik veriler ile ÇÇT toplam arasındaki korelasyon incelenmiştir. ÇÇT toplam ölçek puanı ile geçirilen mani sayısı arasında aynı yönlü korelasyon vardır. (p:0,015, r:0,240) (Tablo 7)

Tablo 7: Katılımcıların demografik ve klinik verileri ile ÇÇT toplam puanı ilişkisi

		ÇÇTToplam
Yaş	r	0,019
	p	0,854
Kardeş	r	-0,069
	p	0,498
Kaç yıllık hastalık öyküsü?	r	0,049
	p	0,627
Kaç depresyon?	r	0,003
	p	0,976
Kaç mani?	r	0,240
	p	**0,015**
Yatış sayısı	r	0,112
	p	0,264

Spearman Korelasyon Testi

4.2.1.2.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Ölçekleri ile Sosyodemografik ve Klinik veriler Arasındaki İlişkiler

4.2.1.2.1.Çocukluk Çağı İstismarları

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik verileri ile çocukluk çağı travması alt ölçeklerinin ilişkisi değerlendirildiğinde fiziksel ve duygusal istismar ile veriler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Cinsel istismar beyanı olan katılımcılarla olmayanlar arasında sosyodemografik verilerin dağılımı incelendiğinde ise cinsel istismar öyküsü olanlarda ailede AMKB öyküsü, olmayanlardan daha azdır (p:0,021) (Tablo 8)

Tablo 8: Sosyodemografik veriler ile ÇÇT cinsel istismar ilişkisi

		Cinsel istismar				p
		Yok		Var		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	1	33,33	59	60,20	0,565
	Erkek	2	66,67	39	39,80	
Medeni durum*	Bekar	1	33,33	30	30,61	0,774
	Evli	2	66,67	43	43,88	
	Boşanmış	0	,00	21	21,43	
	Dul	0	,00	4	4,08	
Çocuk	Yok	1	33,33	39	39,80	1,000
	Var	2	66,67	59	60,20	
Eğitim*	İlkokul	0	,00	24	24,49	0,340
	Ortaokul	0	,00	17	17,35	
	Lise	1	33,33	32	32,65	
	Yüksekokul	1	33,33	5	5,10	
	Üniversite	1	33,33	17	17,35	
	Yüksek lisans	0	,00	3	3,06	
Meslek	Çalışmıyor	2	66,67	54	55,10	1,000
	Çalışıyor	1	33,33	44	44,90	
Gelir düzey*	Gelirim yok	0	,00	2	2,04	0,069
	<5500	1	33,33	30	30,61	
	5500-8500 arası	0	,00	20	20,41	
	8500-15000 arası	0	,00	35	35,71	
	>15000	2	66,67	11	11,22	
Sosyo ekonomik düzey*	Düşük	0	,00	32	32,65	0,456
	Orta	3	100,00	64	65,31	
	Yüksek	0	,00	2	2,04	
Düzenli aktivite	Yok	2	66,67	62	63,27	0,904
	Var	1	33,33	36	36,73	
Sigara	Hayır	3	100,00	48	48,98	0,243
	Evet	0	,00	50	51,02	
Alkol	Hayır	2	66,67	84	85,71	0,386
	Evet	1	33,33	14	14,29	
Madde	Hayır	3	100,00	97	98,98	1,000
	Evet	0	,00	1	1,02	
Aile BB öyküsü	Yok	2	66,67	75	76,53	0,561

	1.Derece	1	33,33	23	23,47	
Aile AMKB	Yok	2	66,67	94	95,92	**0,021**
	1.Derece	1	33,33	4	4,08	
Aile intihar	Yok	3	100,00	88	89,80	1,000
	1.Derece	0	,00	10	10,20	

Fisher's Exact Test *Ki-Kare Testi

Cinsel istismar beyan eden katılımcılar ile etmeyenler arasında klinik verilerin dağılımı incelendiğinde, cinsel istismar beyan eden katılımcılarda ilk atağın karma olma oranı, cinsel istismar beyan etmeyen katılımcılara göre daha düşüktür. (p:0,003)(Tablo 9,10)

Tablo 9: Katılımcıların klinik verileri ile ile ÇÇT cinsel istismar puanı karşılaştırılması

		Cinsel istismar				p
		Yok		Var		
		n	%	n	%	
İlk atak nedir?*	Mani	1	33,33	54	55,10	**0,003**
	Depresyon	0	,00	36	36,73	
	Karma	2	66,67	8	8,16	
İntihar girişimi	Yok	3	100,00	66	67,35	0,550
	Var	0	,00	32	32,65	
EKT aldınız mı?	Hayır	2	66,67	75	76,53	0,561
	Evet	1	33,33	23	23,47	

Fisher's Exact Test *Ki-Kare Testi

Tablo 10: Cinsel istismar ve ilk atak türü ilişkisi

		Cinsel istismar				p
		Yok		Var		
		n	%	n	%	
İlk atak nedir?	Karma olmayan	1	33,33	90	91,84	**0,025**
	Karma	2	66,67	8	8,16	

Fisher's Exact Test

Cinsel istismar varlığının ilk atak üzerindeki etkisi incelenmiştir. Cinsel istismar öyküsü olmasının ilk atağın karma özellikte olmasını 0,044 kat azalttığı saptanmıştır.(Tablo 11)

Tablo 11: Cinsel istismarın ilk atak türü üzerindeki etkisi

	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
İlk atak nedir?	-3,114	**0,015**	0,044	0,004	0,545

Logistic Regresyon

Cinsel istismar beyan eden ve etmeyen katılımcıların demografik ve klinik verileri arasında anlamlılık saptanmamıştır.

Tablo 12: Katılımcıların demografik ve klinik verileri ile ÇÇT cinsel istismar puanı ilişkisi

	Cinsel istismar		p
	Yok	Var	

	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	
Yaş	44±5,57	43 (39-50)	43,42±10,82	44 (20-65)	0,968
Kardeş	3±1	3 (2-4)	3,82±2,13	3 (1-11)	0,563
Kaç yıllık hastalık öyküsü?	11,67±5,51	9 (8-18)	15,23±9,6	13 (0-44)	0,568
Kaç depresyon?	2,33±2,08	3 (0-4)	4,07±4,28	3 (0-25)	0,600
Kaç mani?	2±1	2 (1-3)	3,28±2,77	3 (1-15)	0,431
Yatış sayısı	1,67±2,89	0 (0-5)	2,09±2,53	1 (0-14)	0,499

Mann Whitney-U Testi

4.2.1.2.2.Çocukluk Çağı İhmalleri

Sosyodemografik klinik veriler arasında duygusal ve fiziksel ihmal ortalamaları karşılaştırıldığında intihar girişimi olanların duygusal ihmal puan ortalaması, intihar girişimi olmayanlara göre daha düşüktür (p:0,003)(Tablo 13,14).

Tablo 13: Sosyodemografik veriler ve ÇÇT ihmalleri karşılaştırılması

		Duygusal ihmal		p	Fiziksel ihmal		P
		Ort±s.s	Medyan (Min-Max)		Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	
Cinsiyet	Kadın	22,25±2,94	23 (14-25)	0,432	17,72±3,54	19 (8-25)	0,609
	Erkek	22,85±2,43	24 (14-25)		18,2±3,15	18 (13-25)	
Medeni durum*	Bekar	22,45±2,58	23 (14-25)	0,865	17,87±2,68	19 (13-23)	0,984
	Evli	22,47±2,84	23 (14-25)		18±3,52	18 (11-25)	
	Boşanmış	22,43±3,06	24 (16-25)		17,67±4,33	17 (8-25)	
	Dul	23,5±1,91	24 (21-25)		18,5±1	19 (17-19)	
Çocuk	Yok	22,72±2,5	23,5 (14-25)	0,729	17,85±2,78	18 (13-23)	0,810
	Var	22,34±2,91	23 (14-25)		17,95±3,74	18 (8-25)	
Eğitim*	İlkokul	22,08±3,36	23 (14-25)	0,603	18,29±3,72	17,5 (11-25)	0,488
	Ortaokul	22,53±2,1	23 (17-25)		18,29±3,18	19 (13-22)	
	Lise	22,06±2,99	23 (14-25)		17,15±3,51	18 (8-25)	
	Yüksekokul	24±0,63	24 (23-25)		19,17±3,19	20 (13-22)	
	Üniversite	23,11±2,42	24 (17-25)		17,72±3,08	18 (13-22)	
	Yüksek lisans	23,67±1,53	24 (22-25)		19,67±2,31	21 (17-21)	
Meslek	Çalışmıyor	21,75±2,87	22 (14-25)	0,074	16,71±3,25	17 (8-24)	0,076
	Çalışıyor	23,42±2,3	24 (14-25)		19,4±2,95	20 (13-25)	
Gelir düzey*	Gelirim yok	18,5±3,54	18,5 (16-21)	0,176	17,5±2,12	17,5 (16-19)	0,075
	<5500	21,84±3,11	22 (14-25)		16,39±3,48	17 (8-23)	
	5500-8500	22,8±2,14	23,5 (19-25)		19,05±3,5	19 (13-25)	
	8500-15000	22,89±2,88	24 (14-25)		18,63±2,77	19 (12-25)	
	>15000	23,15±1,52	23 (20-25)		17,92±3,71	18 (13-22)	
Sosyo ekonomik düzey*	Düşük	22,06±2,73	22,5 (14-25)	0,287	17,87±3,23	18 (8-24)	0,443
	Orta	22,66±2,78	24 (14-25)		17,85±3,49	18 (11-25)	
	Yüksek	24±1,41	24 (23-25)		20,5±0,71	20,5 (20-21)	
Düzenli aktivite	Yok	22,58±2,74	23 (14-25)	0,643	17,66±3,41	18 (8-24)	0,481
	Var	22,35±2,81	23 (14-25)		18,35±3,34	19 (11-25)	
Sigara	Hayır	22,49±2,88	23 (14-25)	0,923	17,63±3,01	18 (11-24)	0,324
	Evet	22,5±2,64	23,5 (14-25)		18,2±3,73	19 (8-25)	
Alkol	Hayır	22,49±2,84	23,5 (14-25)	0,785	17,95±3,47	18 (8-25)	0,659

	Evet	22,53±2,23	22 (18-25)		17,67±2,87	17 (13-23)	
Madde	Hayır	22,49±2,77	23 (14-25)	0,911	17,91±3,4	18 (8-25)	0,950
	Evet	23±.	23 (23-23)		18±.	18 (18-18)	
Aile BB öyküsü	Yok	22,6±2,74	24 (14-25)	0,411	18,17±3,36	19 (8-25)	0,148
	1.Derece	22,17±2,82	23 (16-25)		17,08±3,39	17 (11-24)	
Aile AMKB	Yok	22,52±2,77	23,5 (14-25)	0,502	17,9±3,35	18 (8-25)	0,826
	1.Derece	22±2,65	23 (18-25)		18,2±4,32	18 (13-23)	
Aile intihar	Yok	22,65±2,62	24 (14-25)	0,223	18,11±3,33	19 (8-25)	0,078
	1.Derece	21,1±3,63	21,5 (16-25)		16,1±3,41	15 (11-22)	

Mann Whitney-U Testi *Kruskal-Wallis Testi

Tablo 14: Klinik verilerle ÇÇT ihmalleri ilişkisi

		Duygusal ihmal		p	Fiziksel ihmal		p
		Ort±s.s	Medyan (Min-Max)		Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	
İlk atak nedir?*	Mani	22,8±2,43	24 (14-25)	0,668	18,04±3,04	19 (8-22)	0,733
	Depresyon	22,25±2,96	23 (16-25)		17,72±3,93	17,5 (11-25)	
	Karma	21,7±3,62	23 (14-25)		17,9±3,31	17,5 (13-23)	
İntihar girişimi	Yok	23,01±2,48	24 (16-25)	**0,003**	18,03±3,46	19 (8-25)	0,533
	Var	21,38±3	21 (14-25)		17,66±3,23	18 (11-24)	
EKT aldınız mı?	Hayır	22,61±2,67	24 (14-25)	0,684	17,94±3,41	18 (8-25)	0,952
	Evet	22,13±3,04	23 (16-25)		17,83±3,34	17,5 (11-23)	

Mann Whitney-U Testi *Kruskal-Wallis Testi

4.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI VE TEDAVİ UYUMUNA İLİŞKİN BULGULAR

Hastaların Moritsky tedavi uyum ölçeğine verdiği yanıtlar değerlendirildiğinde tedavi uyumu ‘yüksek’ olan 40 kişi (%39,60), tedavi uyumu ‘orta’ olan 61 kişi (%60,40) olup katılımcılar arasında tedavi uyumu ‘düşük’ olarak sonuçlanan hasta olmamıştır.(Tablo 15)

Tablo 15: Katılımcıların Morisky tedavi uyum ölçeği skorları

		n	%
Morisky Tedavi Uyum	Yüksek	40	39,60
	Orta	61	60,40
	Düşük	0	,00

Katılımcıların tedavi uyumu ile duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar arasındaki ilişki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir bulgu saptanmamıştır.(Tablo 16)

Tablo 16: ÇÇT istismarları ve Tedavi uyumu arasında ilişki

		Morisky Tedavi Uyumu				p
		Yüksek		Orta		
		n	%	n	%	
Duygusal istismar*	Yok	2	5,00	7	11,48	0,264
	Var	38	95,00	54	88,52	
Fiziksel istismar	Yok	1	2,50	1	1,64	1,000

	Var	39	97,50	60	98,36	
Cinsel istismar	Yok	0	,00	3	4,92	0,275
	Var	40	100,00	58	95,08	

Fisher's Exact Test *Ki-Kare Testi

Tedavi uyumu ile duygusal ihmal, fiziksel ihmal, ÇÇT toplam arasındaki ilişki incelendiğinde tedavi uyumu 'orta' olanların, fiziksel ihmal ve ÇÇT toplam puan ortalamaları, tedavi uyumu 'yüksek' olanlara göre düşüktür.(p:0,022,p:0,031) (Tablo 17)

Tablo 17: ÇÇT ihmalleri ve ÇÇT toplam puan ile tedavi uyumu ilişkisi

	Morisky Tedavi Uyumu				p
	Yüksek		Orta		
	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	
Duygusal ihmal	23,15±1,94	23,5 (18-25)	22,07±3,11	23 (14-25)	0,146
Fiziksel ihmal	18,8±3,47	19 (8-25)	17,33±3,22	17 (11-25)	**0,022**
ÇÇT Toplam	81,15±8,63	81,5 (57-94)	77,44±8,24	79 (57-93)	**0,031**

Mann Whitney-U Testi

4.4.ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI VE YAŞAM KALİTESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların BBYKÖ ölçek puan ortalamaları tabloda özetlenmiştir.

Tablo 18: Katılımcıların BBYKÖ ölçek puan ortalamaları

	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)
BBYKÖ toplam	173,29±37,42	173 (86-252)
BBYKÖ iziksel	11,8±3,25	12 (5-19)
BBYKÖ uyku	13,92±3,78	15 (4-20)
BBYKÖ duygudurum	13,87±3,74	14 (6-20)
BBYKÖ biliş	14,28±3,86	14 (4-20)
BBYKÖ boşzaman	13,98±4,21	14 (4-20)
BBYKÖ sosyal	13,92±4,41	15 (4-20)
BBYKÖ spiritüalite	13,88±4,08	14 (4-20)
BBYKÖ finans	12,62±4,5	14 (4-20)
BBYKÖ evişleri	14,2±4,32	15 (4-20)
BBYKÖ özsaygı	14,26±3,82	15 (4-20)
BBYKÖ bağımsızlık	15,18±3,78	16 (5-20)
BBYKÖ kimlik	14,72±3,95	15 (4-20)
BBYKÖ iş	6,24±8,6	0 (0-20)
BBYKÖ eğitim	0,42±2,39	0 (0-15)

4.4.1.Çocukluk Çağı İhmalleri ve ÇÇT toplamı ile Yaşam Kalitesi İlişkisi

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ihmal alt ölçekleri ile Bipolar bozuklukta yaşam kalitesi alt ölçekleri ve toplam puan arasındaki korelasyon incelenmiştir.

Duygusal ihmal ile BBYKÖ uyku (p:0,018,r:0,234), BBYKÖ duygudurum(p:0,010,r:0,255), BBYKÖ biliş (p:0,003,r:291), BBYKÖ boşzaman (p:0,046,r:0,199), BBYKÖ finans (p<0,001,r:0,376), BBYKÖ özsaygı (p:0,003,r:0,296) BBYKÖ bağımsızlık (p:0,014,r:0,244), BBYKÖ kimlik (p:0,008,r:0,268) ve BBYKÖ toplam (p:0,02,r:0,309) arasında aynı yönlü korelasyon vardır.

Fiziksel ihmal ile BBYKÖ fiziksel(p:0,038,r:0,207), BBYKÖ uyku(p:0,00,r:0,289), BBYKÖ duygudurum(p:0,002,r:0,302), BBYKÖ biliş(p:0,001,r:0,337), BBYKÖ özsaygı(p:0,011,r:0,251), BBYKÖ bağımsızlık(<0,001,r:0,364), BBYKÖ kimlik(p: 0,012,r:0,248) ve BBYKÖ toplam(p:0,001,r:0,319) arasında aynı yönlü korelasyon vardır.

ÇÇT toplam ile BBYKÖ uyku(p:0,006,r:0,271), BBYKÖ duygudurum(p:0,001,r:0,340), BBYKÖ biliş(p:<0,001,r:0,431), BBYKÖ sosyal(p:0,009,r:0,260), BBYKÖ spiritüalite(p:0,017,r:0,238), BBYKÖ finans(p: 0,050,r:0,196), BBYKÖ evişleri(p: 0,009,r:0,258), BBYKÖ özsaygı(p: 0,002,r:0,298), BBYKÖ bağımsızlık(p:0,001,r:0,316), BBYKÖ kimlik(p: 0,002,r:0,310) ve BBYKÖ toplam(p: <0,001,r:0,343) arasında aynı yönlü korelasyon vardır. (Tablo 19)

Tablo 19: ÇÇT ihmalleri ve ÇÇT toplam ile BBYKÖ toplam ve alt ölçekleri ilişkisi

		Duygusal ihmal	Fiziksel ihmal	ÇÇT toplam
BBYKÖ fiziksel	r	0,110	0,207	0,157
	p	0,276	0,038	0,117
BBYKÖ uyku	r	0,234	0,289	0,271
	p	**0,018**	**0,003**	**0,006**
BBYKÖ duygudurum	r	0,255	0,302	0,340
	p	**0,010**	**0,002**	**0,001**
BBYKÖ biliş	r	0,291	0,337	0,431
	p	**0,003**	**0,001**	**<0,001**
BBYKÖ boşzaman	r	0,199	0,140	0,190
	p	**0,046**	0,162	0,057
BBYKÖ sosyal	r	0,102	0,190	0,260
	p	0,309	0,057	**0,009**
BBYKÖ spiritüalite	r	0,154	0,094	0,238
	p	0,124	0,350	**0,017**
BBYKÖ finans	r	0,376	0,174	0,196
	p	**<0,001**	0,083	**0,050**
BBYKÖ evişleri	r	0,061	0,136	0,258
	p	0,542	0,174	**0,009**
BBYKÖ özsaygı	r	0,296	0,251	0,298
	p	**0,003**	**0,011**	**0,002**
BBYKÖ bağımsızlık	r	0,244	0,364	0,316
	p	**0,014**	**<0,001**	**0,001**
BBYKÖ kimlik	r	0,263	0,248	0,310
	p	**0,008**	**0,012**	**0,002**

BBYKÖ iş	r	0,062	0,148	0,078
	p	0,539	0,141	0,439
BBYKÖ eğitim	r	0,024	0,143	0,044
	p	0,814	0,154	0,664
BBYKÖ toplam	r	0,309	0,319	0,343
	p	**0,002**	**0,001**	**<0,001**

Spearman Korelasyon Testi

4.4.2.Çocukluk İstismarları ile Yaşam Kalitesi İlişkisi

Katılımcıların çocukluk çağı istismar alt ölçekleri ve yaşam kalitesi ilişkisi incelendiğinde fiziksel ve cinsel istismar ile yaşam kalitesi ilişkisi arasında anlamlılık saptanmamıştır.

ÇÇT duygusal istismar beyanı olanlarda BBYKÖ duygudurum(p:0,006), biliş(p:0,019) ve finans(p:0,005) alt ölçeklerinin puan ortalamaları, duygusal istismar beyanı olmayan katılımcılara göre daha yüksektir.(Tablo 20)

Tablo 20: ÇÇT duygusal istismarın yaşam kalitesi ile ilişkisi

	Duygusal istismar				p
	Yok		Var		
	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	
BBYKÖ fiziksell	10,33±2,5	11 (5-13)	11,95±3,29	13 (5-19)	0,095
BBYKÖ uyku	12,67±2,96	14 (8-16)	14,04±3,84	15 (4-20)	0,186
BBYKÖ duygudurum	10,56±2,51	12 (6-13)	14,2±3,69	14 (6-20)	**0,006**
BBYKÖ biliş	10,78±4,32	12 (4-16)	14,62±3,66	15 (5-20)	**0,019**
BBYKÖ boşzaman	12±4,21	14 (4-16)	14,17±4,19	14 (4-20)	0,221
BBYKÖ sosyal	12,67±4,36	14 (5-18)	14,04±4,42	15 (4-20)	0,352
BBYKÖ spiritüalite	11,67±4,82	12 (6-19)	14,1±3,96	14 (4-20)	0,133
BBYKÖ finans	8,33±3,97	7 (4-16)	13,04±4,35	14 (4-20)	**0,005**
BBYKÖ evişleri	12,44±5,57	14 (4-19)	14,37±4,18	15 (4-20)	0,376
BBYKÖ özsaygı	13,22±5,65	14 (5-20)	14,36±3,62	15 (4-20)	0,733
BBYKÖ bağımsızlık	14±5,22	16 (5-20)	15,29±3,63	16 (5-20)	0,588
BBYKÖ kimlik	12,78±5,61	15 (4-20)	14,91±3,74	15 (5-20)	0,338
BBYKÖ iş	9,44±9,04	16 (0-20)	5,92±8,54	0 (0-20)	0,325
BBYKÖ eğitim	1,67±5	0 (0-15)	0,29±1,98	0 (0-14)	0,124
BBYKÖ toplam	152,56±42,79	154 (86-200)	175,32±36,48	173,5 (96-252)	0,184

Mann Whitney-U Testi

4.5.ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞA İLİŞKİN BULGULAR

Hastaların, Yetişkinlerde psikolojik dayanıklılık alt ölçekleri ortalaması ve toplam puan ortalamaları aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.(Tablo 21)

Tablo 21: Katılımcıların YIPDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları

	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)
YIPDOtoplam	121,27±20,54	120 (69-161)
Yapısalstil	14±3,78	14 (4-20)
Gelecekalgısı	13,74±4,6	14 (4-20)
Aileuyumu	22,47±5,67	23 (6-30)
Kendilikalgısı	21,97±5,58	22 (7-30)
Sosyalyeterlilik	22,03±5,24	22 (10-30)
Sosyalkaynaklar	27,06±5,01	27 (16-35)

4.5.1. Çocukluk Çağı İhmalleri ve ÇÇT toplam puan ile Psikolojik Dayanıklılık İlişkisi

ÇÇT ihmal alt ölçekleri ile YİPDÖ alt ölçekleri ve toplam puan arasındaki korelasyon incelendiğinde ÇÇT duygusal ihmal, ÇÇT fiziksel ihmal ve ÇÇT toplam ile YIPDÖ gelecek algısı(p:<0,001,p: 0,007,p: 0,025), YIPDÖ aile uyumu(p: <0,001,p: <0,001,p: 0,001), YIPDÖ kendilikalgısı(p: <0,001,p: <0,001,p: 0,007) YIPDÖ sosyal yeterlilik(p: 0,021,p: 0,008,p: 0,024) YIPDÖ sosyal kaynaklar(p: 0,001,p: <0,001,p: 0,001) ve YIPDO toplam(p: <0,001,p: <0,001,p: <0,001) arasında aynı yönlü korelasyon vardır. (Tablo 22)

Tablo 22: ÇÇT İhmalleri ve YİPDÖ İlişkisi

		Duygusal ihmal	Fiziksel ihmal	ÇÇT toplam
Yapısalstil	r	0,153	0,154	0,040
	p	0,127	0,123	0,693
Gelecekalgısı	r	0,374	0,269	0,223
	p	**<0,001**	**0,007**	**0,025**
Aileuyumu	r	0,449	0,423	0,335
	p	**<0,001**	**<0,001**	**0,001**
Kendilikalgısı	r	0,370	0,349	0,268
	p	**<0,001**	**<0,001**	**0,007**
Sosyalyeterlilik	r	0,229	0,262	0,225
	p	**0,021**	**0,008**	**0,024**
Sosyalkaynaklar	r	0,333	0,414	0,340
	p	**0,001**	**<0,001**	**0,001**
YIPDOtoplam	r	0,470	0,451	0,344
	p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**

Spearman Korelasyon Testi

4.5.2. Çocukluk Çağı İstismarları ile Psikolojik Dayanıklılık İlişkisi

Çocukluk çağı istismarları ile YİPDÖ ölçek puanlarının ilişkisi incelendiğinde ÇÇT duygusal istismar olanlarda YİPDÖ gelecek algısı ortalaması, istismar olmayanlara göre daha yüksektir (p:0,035).(Tablo 23)

Tablo 23: ÇÇT duygusal istismar ve YİPDÖ ilişkisi

	Duygusal istismar				p
	Yok		Var		
	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	
Yapısalstil	15,11±3,66	16 (8-20)	13,89±3,79	14 (4-20)	0,302
Gelecekalgısı	10,56±5,05	8 (4-19)	14,05±4,46	14 (4-20)	**0,035**
Aileuyumu	20,67±5,63	22 (11-28)	22,64±5,67	23 (6-30)	0,312
Kendilikalgısı	22,11±5,6	22 (14-30)	21,96±5,61	21,5 (7-30)	0,971
Sosyalyeterlilik	21,89±6,23	24 (10-28)	22,04±5,18	22 (10-30)	0,774
Sosyalkaynaklar	26,78±4,71	28 (19-32)	27,09±5,06	27 (16-35)	0,952
YIPDOtoplam	117,11±17,08	116 (81-137)	121,67±20,88	120,5 (69-161)	0,650

Mann Whitney-U Testi

Duygusal İstismarın YİPDÖ gelecek algısı üzerindeki etkisi incelendiğinde, ÇÇT duygusal istismar YİPDÖ gelecek algısı puanını 3,499 birim artırmaktadır.(p:0,029)(Tablo:24)

Tablo 24: ÇÇT duygusal istismarın YİPDÖ gelecek algısına etkisi

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
Gelecekalgısı	3,499	1,575	0,218	2,222	**0,029**	0,374	6,624

Lineer Regresyon Analizi

ÇÇT fiziksel istismar alt ölçek puanları ile YİPDÖ alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ÇÇT fiziksel istismar olanlarda YİPDÖ gelecek algısı ortalaması, istismar olmayanlara göre daha düşüktür (p:0,037).(Tablo 25)

Tablo 25: ÇÇT fiziksel istismar ve YİPDÖ ilişkisi

	Fiziksel istismar				p
	Yok		Var		
	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	
Yapısalstil	15±4,24	15 (12-18)	13,98±3,79	14 (4-20)	0,759
Gelecekalgısı	20±0	20 (20-20)	13,62±4,56	14 (4-20)	**0,037**
Aileuyumu	24,5±2,12	24,5 (23-26)	22,42±5,72	23 (6-30)	0,651
Kendilikalgısı	25,5±0,71	25,5 (25-26)	21,9±5,62	21 (7-30)	0,359
Sosyalyeterlilik	26±5,66	26 (22-30)	21,95±5,24	22 (10-30)	0,310
Sosyalkaynaklar	30,5±0,71	30,5 (30-31)	26,99±5,03	27 (16-35)	0,316
YIPDOtoplam	141,5±12,02	141,5 (133-150)	120,86±20,5	118 (69-161)	0,147

Mann Whitney-U Testi

ÇÇT fiziksel istismarın YİPDÖ gelecek algısı puanı üzerindeki etkisine bakıldığında anlamlılık saptanmamıştır.(Tablo 26)

Tablo 26: ÇÇT fiziksel istismarın YİPDÖ gelecek algısına etkisi

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
Gelecekalgısı	-6,384	3,237	-,194	-1,972	0,051	-12,806	0,039

Lineer Regresyon Analizi

4.6. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK, TEDAVİ UYUMU, YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışmaya alınan kişilerin tedavi uyumları ile psikolojik dayanıklılık ortalamaları karşılaştırıldığında, tedavi uyumu yüksek olanların psikolojik dayanıklılık ortalaması, tedavi uyumu orta olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. (p:0,013).(Tablo 27)

Tablo 27: Tedavi uyumu ve psikolojik dayanıklılık puanlarının karşılaştırılması

	Tedavi Uyum				p
	Yüksek		Orta		
	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	
Ruhsal dayanıklılık	127,73±20,13	129,5 (87-161)	117,03±19,84	113 (69-157)	**0,013**

Mann-Whitney-U Testi

Psikolojik dayanıklılığın tedavi uyumu üzerinde etkisi olup olmadığına bakıldığında ise, psikolojik dayanıklılık puanındaki her bir birimlik artış, tedavi uyumu ‘yüksek’ olmayı 1,027 kat artırmaktadır.(p:0,012)(Tablo 28)

Tablo 28: Psikolojik dayanıklılığın tedavi uyumuna etkisi

	B	p	Exp(B)	95% C.I.	
				Lower	Upper
Ruhsal dayanıklılık	0,027	**0,012**	1,027	1,006	1,049

Logistic Regresyon

Tedavi uyumu ile yaşam kalitesinin nasıl bir ilişki içerisinde olduğuna baktığımızda, tedavi uyumu ‘yüksek’ olanların yaşam kalitesi ortalamasını tedavi uyumu ‘orta’ olanlara göre daha yüksek saptanmıştır(p:0,041).(Tablo 29)

Tablo 29: Tedavi uyumu, yaşam kalitesi ilişkisi

	Tedavi Uyum	p

	Yüksek		Orta		
	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	Ort±s.s	Medyan (Min-Max)	
Yaşam Kalitesi	183,8±34,89	183 (114-252)	166,39±37,69	169 (86-250)	**0,041**

Mann-Whitney-U Testi

Tedavi uyumunun artışının yaşam kalitesi üzerinde bir etkisi olup olmadığına baktığımızda ise tedavi uyumu varlığı, yaşam kalitesi puanını 0,229 kat artırmaktadır.(p:0,021)(Tablo 30)

Tablo 30: Tedavi uyumunun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	95% C.I.	
	B	Std. Error	Beta			Lower	Upper
Tedavi Uyum	17,407	7,449	0,229	2,337	**0,021**	2,627	32,186

Linear Regresyon

Yaşam kalitesinin tedavi uyumuna bir etkisi olup olmadığına baktığımızda, yaşam kalitesi puanındaki her bir birimlik artış, tedavi uyumunun ‘yüksek’ olmasını 1,013 kat artırmaktadır.(p:0,025)(Tablo 31)

Tablo 31: Yaşam kalitesinin tedavi uyumu üzerindeki etkisi

	B	p	Exp(B)	95% C.I.	
				Lower	Upper
Yaşam Kalitesi	0,013	**0,025**	1,013	1,002	1,025

Logistic Regresyon

Psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi ilişkisine baktığımızda, bu ikili birbirleri ile pozitif ilişki içerisindedir. Psikolojik dayanıklılık puanındaki bir birimlik artış, yaşam kalitesi puanını 1,003 kat artırmaktadır.(p:0,000)(Tablo 32)

Tablo 32: Psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesine etkisi

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	95% C.I.	
	B	Std. Error	Beta			Lower	Upper
Psikolojik Dayanıklılık	1,003	0,153	0,550	6,560	**0,000**	0,700	1,306

Linear Regresyon

Yaşam Kalitesi puanındaki bir birimlik artışın ise, psikolojik dayanıklılık puanını 0,302 kat artırmakta olduğu saptanmıştır. (p:0,000)(Tablo 33)

Tablo 33: Yaşam kalitesinin psikolojik dayanıklılığa etkisi

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	95% C.I.	
	B	Std. Error	Beta			Lower	Upper
Yaşam Kalitesi	0,302	0,046	0,550	6,560	**0,000**	0,211	0,393

Linear Regresyon

Bu bulgularla psikolojik dayanıklılık, tedavi uyumu ve yaşam kalitesinin birbirleri ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğu ve birbirlerini yordayıcı etkisi olduğu tespit edilmiştir

5.TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan katılımcıların sosyodemografik verileri ülkemiz örnekleminde BB hastaları ile yapılan diğer çalışmalarla paraleldir. Bizim çalışmamızda katılımcıların %59,41'i kadın, % 40,59'u erkek cinsiyet beyan etmiştir. Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması 43,44±10,68 iken %44'ü evli, %55,45'i ise çalışmıyordur. Eğitim durumuna bakıldığında %23'ü ilkokul, %16'sı ortaokul, %32'si lise, %5'i yüksekokul, %17'si üniversite mezunudur. BB hastaları ile yapılan bir derleme çalışmasında BB hastalarının eğitim yılı ortalamasının, bu çalışmalar genellikle büyük şehirlerde yapıldığı için 10 yıl ve üzeri olduğu ifade edilmiştir (132). Akkaya ve arkadaşlarının Türkiye'nin 7 farklı bölgesinden hastalardan oluşturdukları 584 kişilik örneklem ile yaptıkları sosyodemografik çalışmada, katılımcıların %51'i erkek, %49'u kadındır. Aynı çalışmada hastaların yaş ortalaması 33.9±11.2, çalışma durumları %31, medeni durumları ise %46 evli olarak belirtilmiştir(133). Yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %54'ü erkek,%46'sı kadındır (134). Kesebir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %57'si kadın, %43'ü erkek, yaş ortalaması 36.7±14.5 ve %40'ı evlidir(135). Özerdem ve arkadaşlarının yatan hastalarla yaptığı bir başka çalışmada katılımcıların % 55. 3'ü kadın, % 44,7'si erkektir(136). Birden çok merkezli olarak İtalya'da yapılmış olan bir çalışmada, hastaların yaş ortalaması 45.8±13.5, %41.1'i bekar, %41.1'i evli ve %43.6'sının yalnız, %49,6'sının herhangi bir aile bireyi ile yaşamakta olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeylerinin ise %21.3'ünün ilköğretim, %44.1'inin lise ve %34,6'sının ise lisans ve üstü olduğu ifade edilmiştir(137). Çalışmamızdaki hastaların %54,46'sının ilk atağı mani, %35,64'ünün ilk atağı depresyon, %9,90'ının ilk atağı karma epizod olarak bildirilmiş, hipomani ilk atak olarak tespit edilmemiştir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada hastaların %52'sinin ilk epizodu mani, %42'sinin depresyon olduğu bildirilmiştir(138). Kesebir ve arkadaşlarının Ankara'da yapmış olduğu bir çalışmada ilk atak %48 depresyon, %42 mani olarak bildirilmiştir(135). Fransa'da Azorin ve arkadaşları, 2010 yılında 1089 BB-1 hastası ile yaptığı kohort çalışmasında, katılan hastaların %52,4'ünün manik epizod, %34,6'sının depresif epizod, %12,9'unun ise karma epizod başlangıçlı olduğunu bildirmişlerdir(139). Yapılan başka iki çalışmada da ilk başlangıçta hastaların en az yüzde

ellisinin manik epizod ile başladığı ifade edilmektedir (140,141). Çalışmamızla benzer örneklemde yapılan bir diğer araştırmada ilk atağın mani olması %54,0, depresyon olması %41,0 olarak bildirilmiştir(142). Bizim çalışmamız da bu bakımdan genel literatür ile uyumludur. 2020 yılında yapılan bir çalışmada ÇÇT tarif eden hastalarda mani ve hipomani ile başlangıcın diğer atak türlerine daha sık olduğunu bildirilmiştir(143). Örneklemimizde ÇÇT ölçek puanlarının oldukça yüksek olduğu değerlendirildiğinde, elde ettiğimiz sonuç desteklenmektedir. Diğer taraftan, İngiltere'de yapılan bir başka çalışmada hastaların %38'i manik epizod, %62'si depresif epizod başlangıçlıdır(144). Perugi ve arkadaşlarının BB 1 hastaları ile yaptığı 320 hastalık bir çalışmada depresif epizod ile başlangıç daha fazla bulunmuştur(145). BB 1 ve BB 2 hastalarının dahil edildiği 2 farklı çalışmada da depresif epizod ile başlama maniye göre daha sık saptanmıştır(146,147). Belirtilen çalışmalarda depresif epizodun daha sık saptanması, bu çalışmalara BB 2 hastalarının da dahil edilmiş olmasının tespit edilen ilk atağın depresyon olma sıklığını arttırmış olabileceği ile açıklanabilir(139). Son on yıllarda depresif atak ile başlangıcın daha sık olmaya başladığını söyleyen çalışmalar vardır. Maninin agresif başlıyor oluşunun hastalığın erken tanısı ile ilişkili olması, ilk atakta manik epizod tespitinin daha fazla olmasına yol açıyor olabilir. Son dönemlerde artan deneyim ve bilgiler ışığında önceye göre daha kolay tanı koyulabilir hale gelinmesiyle depresif atak ile başlangıcın daha sık tespit edilir edildiği düşünülmektedir (139,147). Çalışmamızda hastaların toplam hastalık yılı ortalaması 15,13±9,51'dir. Depresyon atağı sayısının ortalaması 4,02±4,24 ve mani atağı sayısının ortalaması ise 3,24±2,74 olarak tespit edilmiştir. Yatış sayısı ortalaması 2,08±2,53 iken en az bir kez hastaneye yatan hastaların oranı %71,2 dir. Aile öyküsü %23,7, intihar girişimi %31,68'dir. Ülkemizde geniş bir örneklemle yapılan bir çalışmada ortalama BB hastalık süresi 8.6±8.2 yıl, BB nedeniyle en az bir kez hastaneye yatırılmış hastaların oranı %61.1, yatış sayısının ise %26,8 ile 2-4 kez olduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada ailede BB öyküsü 27,2, intihar girişimi 16,9'dur(133). BB hastaların cinsiyete göre farkları ile ilgili çalışılan bir çalışmada erkeklerde ortalama hastalık süresi 6.4± 7.8 yıl iken kadınlarda 9.7± 13.2yıl; ortalama yatış sayışı ise 2.63 ±1.63 ve 3.26 ±4.01,aile öyküsü her iki cinsiyette toplam %42,5, intihar girişimi ise % 16,25 olarak bildirilmiştir(148). Uluslararası çalışmalarda BB'de en az bir kez intihar oranı %20-60 arasında bildirilmiştir(149). Latalova ve arkadaşlarının BB hastalarında intihar sıklığı ile ilgili yaptığı bir derleme çalışmasında BB tanılı erişkin hastalarda ömür boyu intihar girişimi oranının %25-50 olduğu, intihar nedeniyle ölüm oranının ise %8-19 arasında

olduğu bulunmuştur(150). Fransa'da remisyondaki 652 BB katılımcı ile yapılan çalışmada %42.9'unun en az bir kez intihar girişim öyküsü olduğu belirtilmiştir(151). Çalışmamızda aile öyküsü ve ortalama yatış sayısı diğer çalışmalarla benzer saptanmıştır. İntihar oranları uluslararası literatürde değişken olmakla birlikte bizim sonuçlarımızla uyumludur. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalara göre ise yüksek çıkmıştır. Ülkemizde intihar yüzdeleri bölgelerin farklı sosyokültürel ve dini özelliklerine göre değişiklik gösterebilmektedir. Elde ettiğimiz sonucun hastanemizin üçüncü basamak bir hastane olması sebebi ile başvuran hasta profilinin buna bağlı daha riskli gruptan oluşuyor olması, aynı zamanda birçok farklı bölgeden kişinin hastanemize başvurması ile ilişkili olması mümkün görünmektedir.

Katılımcıların çocukluk çağı travma maruziyeti incelendiğinde katılımcıların her biri en az bir tür çocukluk çağı travmasına maruz kalmıştır. Çalışmamızda puan ortalaması en yüksek olan duygusal ihmal iken en çok rastlanan ise fiziksel ve duygusal ihmaldir. Yapılan bir çalışmada psikiyatrik hastalığı olan kişilerde çocukluk çağında duygusal ihmal yaşamış olma oranı %81,6 olarak tespit edilmiştir(87). 2005 yılında BB hastaları ile Garno'nun yaptığı çalışmada herhangi bir alanda kötüye kullanım oranı %51 iken, 2007 yılında yapılan bir diğer çalışmada %54 olarak bildirilmiştir(6,98). 12 bağımsız çalışma ile yapılan bir metaanaliz çalışmasında, BB hastalarında ÇÇT görülme olasılığı sağlıklı bireylere göre 2,63 kat daha fazladır. Aynı çalışmada BB grubunda herhangi bir ÇÇT görülme oranı ise %57 olarak bildirilmiştir(5). BB hastalarında Amerika ve Avrupa kıtalarındaki farklı stres etmenlerini araştıran ve 948 katılımcıdan oluşan bir çalışmada, katılımcıların %46,5'i herhangi bir ÇÇT türüne maruz kaldıklarını bildirmişlerdir(152). Garno ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, duygusal istismar %37, fiziksel istismar %37, duygusal ihmal %24, fiziksel ihmal %12 oranında bildirilmiştir(6). Türkiye'de BB hastaları ile yapılan bir çalışmada ise fiziksel istismar %25.9, duygusal istismar %26.7 olarak verilirken, cinsel istismar %20.7 olarak bulunmuş, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal birlikte değerlendirilmiş ve %39.7 olarak saptanmıştır(96). Bizim çalışmamızda duygusal istismar %91,09, fiziksel istismar %98,02, cinsel istismar %97,03, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal ise %100 olarak tespit edilmiştir. Erten ve arkadaşları yaptıkları derleme çalışmasında BB hastalarında ÇÇT sıklığının %45 ile %68 arasında değiştiğinden, çocukluktaki stres faktörleri daha genel ele alındığında BB 1 hastalarında bu oranın %80'e varabileceğinden bahsetmişlerdir(6,52,55,96,153,154). Türkiyede yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %81'inin duygusal ihmal, %72'sinin

fiziksel ihmal bildirdikleri, %65'inin en az bir tür istismar maruziyeti ifade ettiği bildirilmiştir (87). Bizim çalışmamıza benzer örneklemde yapılan bir diğer çalışmada da duygusal ihmal %73 ile en fazla tespit edilen ÇÇT alt tipi iken, %55 ile fiziksel ihmal, %43 ile duygusal istismar, %26 ile cinsel istismar, %22 ile de fiziksel istismar bildirilmiştir(142). Çalışmamızda en çok görülen ÇÇT alt türünün duygusal ihmal olması ülkemiz ve dünya literatürü ile uyumlu olmakla birlikte örneklemimizde tespit edilen genel ÇÇT sıklığı diğer çalışmalara kıyasla daha yüksek saptanmıştır. Hastanemize başvuran hastaların ülkemizin birçok farklı bölgesinden geliyor olması ve istismar ve ihmal öz bildirimlerindeki zorluklar sebebiyle çoğu çalışmanın ÇÇT sıklığını olduğundan daha az yansıtabildiği göz önüne alındığında, sonuçlarımızın bu açıdan anlamlı olduğu ve mevcut örneklemi yansıttığı düşünülebilir. Kullanılan ölçek aynı olsa dahi örneklemin çeşitliliği sonuçları değiştirebilir. Yapılan çalışmalarda ÇÇT tespitinde kullanılan ölçeklerin birbirinden farklı değerlendirme yöntemlerinin olması da ÇÇT oranları arasındaki farkları açıklayabilir. Aynı zamanda günümüz toplumunda önceye göre, kişilerin gerek sosyal medya gerekse çeşitli sivil toplum örgütleri gibi birçok farklı yol aracılığıyla destek alabilmesi daha mümkündür. Bu durum ÇÇT mağduru kişilerin kendilerini daha iyi tanıyıp daha kolay ifade etmesine yardım ettiğinden, bildirim sıklığını pozitif yönde etkilediği düşünülebilir. Öte yandan, BB'nin getirdiği bilişsel yıkım ile birlikte ölçeğin geriye dönük olarak hatırlamaya dayalı cevaplandığı düşünülürse hastaların, travma yönüne pozitif yanlı değerlendirme yapmış olması ile de ilişkili olması mümkündür.

Çalışmamızda ÇÇT öyküsü olan katılımcıların sigara içme oranı ÇÇT tariflemeyen katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Yazında BB hastalarının sigara içme oranlarının birinci eksen hastalıkları ile kıyaslandığında daha çok olduğuna yönelik çalışmalar olsa da ülkemizde kapsamlı epidemiyolojik çalışmalar oldukça azdır. Benzer örneklemde yapılan çalışmada % 52 sigara içen grup, %48 ise içmeyen grup olarak bildirilmiş ancak örneklem ÇÇT'ye göre ayrıca değerlendirilmemiştir(142). Bizim çalışmamızda sigara içen katılımcıların ÇÇT puan ortalaması 81 iken içmeyen katılımcıların 79 olarak tespit edilmiştir. Sigara içme durumu çevresel, sosyoekonomik, coğrafi ve kültürel birçok sebeple ilişkilendirilebilir. Kişilerin puan ortalamaları arasında belirgin bir fark olmasa dahi p değerinin anlamlı sonuçlanması (p:0,041) travmatik öykü ile sigara içme sıklığı arasında pozitif bir ilişki olabileceğini düşündürebilir. Bu bulguyu destekleyecek daha ileri ve geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Diğer sosyodemografik verilerle ÇÇT

toplam değerlendirmesi arasında anlamlılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda ÇÇT toplam ölçek puanı ile geçirilen mani sayısı arasında aynı yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. Katılımcıların travma ölçeğindeki puanı yükseldikçe geçirmiş oldukları mani sayısı da artmaktadır. ÇÇT ile BB seyrini araştıran çalışmalarda literatürde genellikle ÇÇT olan BB hastalarında duygudurum ataklarının daha sık olduğu, hızlı döngülü gidişin ve erken başlangıç yaşının görüldüğü, yaşanan manik semptom şiddetinin ve ilk atağın mani olmasının arttığı sonuçları göze çarpmaktadır (6,88,96,143). Geçirilen manik ve depresif epizod sayısı ile ilgili ise hem mani hem de depresyon sayısının arttığını söyleyen farklı çalışmalar vardır. Blais ve arkadaşlarının yaptığı ve 30 çalışmadan oluşan bir metaanaliz çalışmasında, ÇÇT öyküsü olan BB hastalarında mani sayısının daha çok olduğunu tespit eden 7 çalışma varken, depresyon sayısının daha fazla olduğunu söyleyen 8 çalışma bildirilmiştir (5). Levitan ve arkadaşlarının 15-64 yaş arasında 8116 hastayı değerlendirdikleri ÇÇT, depresyon, mani ve cinsiyet ilişkisini inceleyen bir çalışmada BB 1 hastalarda mani ve ÇÇT arasında güçlü bir ilişki bulunmuş, aynı zamanda bu kişilerin yaşadıkları depresyonlarda da vejetatif belirtilerin daha fazla olduğu ifade edilmiştir(155). Hyun ve arkadaşları ile 333 kişiyi dahil ettikleri çalışmalarında istismar öyküsü tarifleyen hastalarda depresif atak sayısının daha sık olduğunu ve bu kişilerin hasta yatışlarının daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda hastane yatış sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamızda cinsel istismar beyanı ile kişilerin ilk atak türünün karma özellik göstermesi arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmış, diğer ÇÇT alt tipleri ve total ÇÇT puanı ile ilk atak türü arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Cinsel istismarın ilk atağın karma özellikli olması üzerine etkisi incelendiğinde ise cinsel istismar olmasının ilk atağın karma özellik göstermesini azalttığı bulunmuştur. Literatüre bakıldığında istismar deneyiminin alt tiplerinden bağımsız olarak ilk atak türünün mani olmasını arttırdığı bilinirken karma özellikli atak ile ilgili bir sonuç bulunamamıştır. Aynı zamanda çoğu çalışma ilk atak türünü depresyon ve mani olarak iki tür şeklinde ele aldığından karma özellikli atakların doğru oranda tespit edilmesi mümkün olmamaktadır. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuç bu sebeplerle genellenememektedir. Yapılacak çalışmalara karma özellikli atak türünün de dahil edilmesi ve bu konuda daha fazla çalışma yapılması bu konudaki literatür bilgisini arttıracaktır.

Çalışmamıza dahil edilen BB1 tanılı 101 kişinin intihar girişim varlığı, duygusal ve fiziksel ihmal ortalamaları ile karşılaştırıldığında intihar girişimi ile fiziksel ihmal arasında ilişki bulunmamışken intihar girişimi olan 32 kişinin duygusal ihmal puan ortalamasının intihar girişimi olmayan 69 kişiye göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Duygusal ihmal varlığının intihar girişimi üzerinde bir etkisi olup olmadığı incelendiğinde ise spesifik olarak anlamlı sonuç elde edilememiştir. Bipolar bozuklukta ÇÇT ve intiharı ilişkilendiren birçok çalışma vardır ancak çoğu çalışma ÇÇT alt tipleri ile ilgili değerlendirme yapmamıştır. Literatürde ÇÇT varlığının BB'de artmış intihar riski ve kötü işlevsellik ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur(156–158). 2015 yılında yapılan ve ÇÇT alt tiplerinin de değerlendirildiği bir çalışmada ÇÇT alt tiplerinden sadece duygusal istismarın yaşam boyu intihar girişimini öngörebileceği bulunmuştur(159). Literatürde çocukluk çağı cinsel istismarının intihar girişimi ya da intihar girişimi sayısıyla ilişkili olmadığını tespit eden çalışmalara da rastlanmıştır (160,161). Bizim çalışmamızda duygusal ihmal hariç diğer ÇÇT alt tipleri ve ÇÇT toplam puan ile intihar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yine de elde ettiğimiz sonuç genel anlamda değerlendirildiğinde literatür ile çelişmektedir. Örneklemimiz bu sonucu açıklayabilmek için gözden geçirildiğinde duygusal ihmal beyan eden katılımcılarda aynı zamanda psikolojik dayanıklılığın da yüksek olduğu görülmüştür.

ÇÇT nin psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında ve ilerlemesinde olumsuz özelliklerle ilişkisi bilinmektedir ancak çalışmalar, çocukluk çağı travmasına maruz kalan tüm bireylerin bu bozuklukları göstermediğinden de bahsetmektedir(162). ÇÇT yaşamış bireyin bazı psikiyatrik bozukluklara yakalanma riskini en aza indirecek koruyucu faktörlerin olması ve psikolojik dayanıklılığın da bu tür koruyucu faktörlerden biri olması mümkündür(13). Bonanno ve arkadaşları, 2004 yılında yaptıkları araştırmada yetişkinlerde dayanıklılığın, travmatik deneyimlerin ardından nispeten sağlıklı ve istikrarlı fiziksel ve psikolojik işlevsellik düzeylerini sürdürme yeteneği olarak kavramsallaştırılması gerektiğini öne sürmektedir(110). Dayanıklılık ile ilgili halen farklı tanımlamalar öne sürülüyor olsa da mevcut veriler dayanıklılığın çok boyutlu ve dinamik ilerleyen bir süreç olduğu üzerine yoğunlaşmaktadır (12,102,109,110,112,163,164). Dayanıklılık Bonanno'nun makalesinde belirttiği üzere mevcut verilerle, kişinin bireysel mizaç ve karakter özellikleri ve becerileri (aktif problem çözme gibi) ile de ilişkili olmakla birlikte, Masten'e göre ise kişide bulunan olağanüstü bir özellik değildir. Zaman içerisinde yaşanan ve çok yıkıcı olmayan travmatik deneyimler, kişide başetme becerisini geliştirerek dayanıklılığı arttırabilir(110,111). Kişiler, aşırı zorluklara

tepki olarak olumlu adaptasyon gösterebilir. Yapılan daha yeni araştırmalar, dezavantajlara, travmaya ve sıkıntılara maruz kalan çocuklar ve ergenler arasında psikolojik dayanıklılığın nispeten yaygın olduğu sonucunu ortaya koymaktadır(111). Dayanıklılık travma sonrası basit bir iyileşme olarak görülmekten daha ziyade homeostatik bozulma dönemlerini takip eden pozitif büyüme veya adaptasyon olarak tanımlanabilir(110,165). Dayanıklılığın, dinamik ve geliştirilebilir yönlere sahip olduğu bilgisiyle birlikte, bu kavramın gelişebilmesi için kişinin zorlu yaşam olayları ile karşılaşması (boşanma, terör, doğal afetler, travmatik yaşantılar, yoksulluk, aile içi çatışma, taşınma) ve koruyucu faktörler olarak isimlendirilen bazı bireysel özellikler ile duruma pozitif uyum göstererek hayatın değişik alanlarında başarılı olması gibi benzer noktaların varolduğu görülmektedir(100,166). Harvard Üniversitesi Çocuk Gelişim Merkezi'nin 2017 yılında yaptığı bir araştırmaya göre yaşanan her stresin zararlı olmadığı ve destekleyici yetişkinlerin yardımı ile pozitif stresin kişide büyümeyi teşvik ettiği sonucuna varılmıştır. Yönetilebilir tehditlere maruz kalmanın psikolojik sağlamlığın gelişiminde kritik öneme sahip olduğuna inanılmaktadır(167). Kişinin, görülebilen risk ile karşılaşmadan psikolojik dayanıklı olarak değerlendirilemeyeceği 2002 yılında yapılan bir başka çalışmada ifade edilmiştir(168). Türkiye'de yapılan bir çalışmada belirgin bir risk ile karşılaşmadan yaşayan çocuklara ve gençlere "yeterli" ya da "yetkin", "uyumlu" ya da -sadece- "normal" denilebileceği, ancak bu çocuk veya ergenler için "psikolojik dayanıklılık" olgusundan bahsedilemeyeceği belirtilmiştir(99). Yine ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada travma sonrası büyüme ile PD'nin pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur(114).

Vieira çalışmasında, ÇÇT yaşayan bireyin psikiyatrik bozukluk riskini en aza indirebilecek koruyucu faktörler olduğunu ve psikolojik dayanıklılığın da bunlardan biri olduğunu ifade etmiştir(13). Literatürde ÇÇT'nin ani sonuçlarına odaklanan çokça çalışma mevcutken adaptif sonuçlara odaklanan çalışmalar oldukça azdır. Aynı zamanda tedavi alan popülasyonda yapılan değerlendirmeler psikolojik dayanıklılığın rolünün yeterince anlaşılamıyor olmasına neden oluyor olabilir. Vieira'nın çalışmasında psikolojik dayanıklılığın güncel etkilerine dair 3 metaanalizden bahsedilmektedir: Wingo ve arkadaşlarının ÇÇT deneyimi olan afrika kökenli ergenlerle yaptıkları çalışmada, psikolojik dayanıklılığı daha yüksek olan bireylerin daha düşük şiddette depresif semptom gösterdiklerinden bahsedilmiştir(169). Benzer düzeyde duygusal ihmal beyanı olan 132 üniversite öğrencisi ile yapılan bir başka çalışmada ise, yüksek dayanıklılığa sahip olan bireylerin daha düşük genel psikiyatrik semptom gösterme eğiliminde olduklarından

bahsedilmiş, dayanıklılığın ÇÇT duygusal ihmal ile psikiyatrik belirti şiddeti ilişkisi üzerindeki yumuşatıcı etkisi vurgulanmıştır(170). Bizim çalışmamızda intihar girişimi olan 32 katılımcının duygusal ihmal puanının intihar girişimi olmayan katılımcılara göre daha düşük saptanmış olmasına, bu kişilerde dayanıklılığın yüksek olmasının aracılık ettiği düşünülmüştür. Depresif semptomların dürtüsellik ve suisidalite ile pozitif ilişkisi düşünüldüğünde(11,14), dayanıklılığın da bu semptomları nispeten azaltabileceği, dolayısıyla intihar girişim sayısının daha az olabileceği sonucuna varılmıştır. Kadınlar ile yapılan bir diğer çalışmada yüksek dayanıklılık ve düşük depresif semptom puanları arasında ilişki bulunmuş ancak, yetişkinlikteki majör depresif bozukluk semptomları ÇÇT geçmişi ile birlikte ele alındığında dayanıklılığın hafifletici etkisi ile ilgili anlamlı ilişki bulunamamıştır (171).Wang ve arkadaşları düşük psikolojik dayanıklılık ile intihar girişimi arasında anlamlı ilişki olduğunu bildirmiş, aynı zamanda farklı iki çalışmada da artmış intihar girişimi riski ile düşük psikolojik dayanıklılığın ilişkili olduğu ifade edilmiştir(172–174). Dayanıklılığın madde ve alkol kullanımı üzerine etkilerini araştıran 2024 kişinin dahil edildiği bir çalışmada, dayanıklılık özelliklerinin çocukluk çağı travması yada başka bir travma yaşamış olan bireylerde hayat boyu madde kullanım problemlerini azalttığı bildirilmiştir(175). Bu bulguların yanında Vieira metaanaliz çalışmasında şuna değinmektedir: ÇÇT ve psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir negatif korelasyon tespit edilmiştir, ancak psikolojik dayanıklılık moderatör olarak değerlendirildiğinde ÇÇT'nin duygudurum bozuklukları üzerindeki etkisini hafifletmiştir(13). Yani travmatik deneyim yaşayan her birey bu süreci psikolojik dayanıklılığını arttıracak şekilde yaşantılamamaktadır. Travma - stres yaşayan her bireyin, zorluk ile karşılaşma öncesi ruhsal iyilik düzeyi, zorlukla karşılaşma sonrası ruh sağlığındaki bozulmanın hızı ve şiddeti, ruh sağlığının geri kazanmanın hızı ve süresi, zorluk ile karşılaşmaya bağlı ruh sağlığında bozulma, ruh sağlığının tekrar kazanımı sonrası iyilik hali ve psikopatoloji düzeyleri farklı olabilir(176). Literatürde bu konu ile ilgli farklı sonuçlar elde etmiş çalışmalar mevcut olup araştırmalar halen devam etmektedir.

Bizim çalışmamızda psikolojik dayanıklılık ile ÇÇT deneyimi arasında hem pozitif hem negatif korelasyon gösteren sonuçlar elde edilmiştir. ÇÇT duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve toplam puan ile YİPDÖ gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar aynı yönlü korelasyon göstermiştir. ÇÇT cinsel istismar puanı ile YİPDÖ'nün herhangi bir parametresi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. ÇÇT duygusal istismar olanlar ile olmayanlar arasında kaşılaştırma yapıldığında YİPDÖ gelecek algısı puan

ortalaması duygusal istismar beyanı olan kişilerde daha yüksek saptanmıştır. ÇÇT fiziksel istismar ile YİPDÖ gelecek algısı arasında diğerlerinden farklı bir sonuç bulunmuş, fiziksel istismar beyanı olan kişilerin YİPDÖ gelecek algısı puanı daha düşük saptanmıştır. Diğer YİPDÖ parametreleri ile ÇÇT alt ölçek ve toplamın anlamlı ilişkisi bulunamamıştır. Bahsedilen literatür bilgisi değerlendirildiğinde sonuçlarımız literatür ile uyumlu olarak değerlendirilebilir. Bizim çalışmamızın ve diğer çalışmaların sonuçlarının dayanıklılığın semptomlar üzerindeki yumuşatıcı etkisi ile ilgili özellikle de erişkin polülasyona genellenebilmesi için, çocukluk çağı travmalarının tüm alt tipleri ile birlikte değerlendirilebilmesi, daha geniş örneklemin kullanılabilmesi ve daha çok sayıda araştırma yapılması gerekmektedir.

Bipolar bozukluk hastalarında psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesinin bazı parametreleri ile bağımsız ilişkisi olduğu ifade edilmiş, aynı zamanda çocukluk çağı travması ve bipolar bozukluk arasındaki ilişkiye dayanıklılığın aracılık ettiği ve sağlıklı kontrollere göre yaşam kalitesi ile daha güçlü ilişkili olduğu bazı çalışmalarda vurgulanmıştır(13,14). Stresli yaşam olaylarının yaşam kalitesini azaltan rolü düşünüldüğünde kronik hastalığı olan kişilerde yaşam kalitesindeki farklılıkların psikolojik dayanıklılık ile açıklanabileceği ifade edilmiştir(11,12). Psikolojik dayanıklılığın yüksek olmasının daha iyi bir yaşam kalitesi ile birlikte tedaviye uyum ile de ilişkili olduğu saptanmıştır(15). Daha iyi bir yaşam kalitesi ise tedaviye yanıtı değerlendirmede, önleyici yaklaşımlarda, tedaviye uyumda ve semptom takibinde önemlidir(16). Dolayısıyla tedavi uyumu ve yaşam kalitesi birbirini pozitif yönde yordayıcı bir ilişki içerisindedir. BB'de tedavi uyumu – uyumsuzluğu birçok faktörle ilişkilendirilmektedir. Literatüre bakıldığında bipolar bozukluk çalışmaları, tedaviye uyum ve etkileyen faktörlerden ziyade büyük ölçüde ilaç tedavisine uyumsuzluğu incelemişlerdir (177). Bizim çalışmamızda, örneklemimiz tedavi uyumu açısından değerlendirildiğinde tedavi uyumu 'düşük' olan birey saptanmamıştır. 40 kişinin tedavi uyumu yüksek, 61 kişinin ise tedavi uyumu orta olarak tespit edilmiştir. 2013 yılında ülkemizde yapılan, aynı tedavi uyum ölçeğinin ölçme aracı olarak kullanıldığı bir çalışmada hastaların %38'i tam uyumlu iken, %61.8'i uyumsuz olarak bildirilmiştir(178). Bu çalışmada tedaviye tam uyumlu olarak ifade edilen bireyler bizim çalışmamızdaki TU 'yüksek' olan bireylere, uyumsuz olarak ifade edilen bireyler ise bizim çalışmamızdaki TU 'orta' ve 'düşük' olarak sınıflandırdığımız bireylere karşılık gelmektedir. Dolayısıyla sonuçlarımız oldukça benzerdir. Yine ülkemizde yapılan çalışmalardan birinde hastaların %39,3'ü tedaviye uyumlu, %60,7'si uyumsuz olarak

bildirilmişken bir başka çalışmada bu oran %47,9 uyumlu, %52,1'inin ise uyumsuz olduğu şeklinde bildirilmiştir(179,180). Çoğu çalışma BB'de tedaviye uyumsuzluk oranlarını %20'den %50'ye kadar rapor ederken, birkaç çalışma da tüm bipolar hastalar için %60'dan %70'e kadar değişen aralıkta oranlar rapor etmektedir(181–183). 2016 yılında yayınlanan bir çalışmada, bu değişken aralığın tedavi uyumsuzluğunu değerlendirme açısından çalışmalardaki metodolojik farklılıktan kaynaklandığı ifade edilmekte olup, BB hastalarında tedaviye uyumsuzluğunun çok sayıda etki tarafından belirlenen karmaşık bir olgu olduğundan, ancak kritik belirleyicilerinin henüz tanımlanamadığından bahsedilmiştir(177). Bipolar bozuklukta tedavi uyumsuzluğunu inceleyen ilk çalışmalar daha çok demografik değişkenler, klinik ve ilaç ile ilgili değişkenlere odaklanmış, ancak zaman içerisinde bu değişkenlerin tedavi uyumsuzluğunu yeteri kadar açıklayamaması sebebi ile daha hasta merkezli bir yaklaşım benimsenmiştir(184–187). Literatürde tedaviye uyumsuzluğun kişinin ilaç tedavisine karşı tutumu, hastalığın kronik ve aralıklı seyreden gidişatı, aile ve çevrenin desteği, damgalanmayla baş etme, klinisyen tutumu, medikal tedavi ile ilgili yeterli bilgi sahibi olma, genç yaş, azınlık etnik kökende olma ile ilişkili bulunduğu yayınlar vardır (184,187–190). Aynı zamanda hastalığın genel şiddetinin, semptom yükünün, atak sayısının fazla olmasının, çoklu hastane yatışlarının da tedavi uyumsuzluğu üzerinde belirleyici olduğunu söyleyen çalışmalar mevcuttur(188–191). Birçok çalışma tedavi uyumsuzluğu ile etkileşen farklı sonuçlara varmış olsa da kişide içgörünün zayıf olmasının ve dolayısıyla hastalığın kabul edilmemesinin tedavi uyumsuzluğunu arttırdığı konusunda literatürde ortak bir kabul olduğu görülmektedir(187,191–196). ÇÇT'nin bipolar bozukluk üzerinde olumsuz etkileri bilinmektedir ve BB bireylerde ÇÇT öyküsü bazı çalışmalarda düşük tedavi yanıtı ve uyumsuzluk ile de ilişkilendirilmiş, bazı çalışmalarda da direkt bir ilişki saptanamamıştır (5,172,191). Çalışmamızda tedavi uyumu yüksek olan bireyler ile orta olan bireyler psikolojik dayanıklılık açısından karşılaştırıldığında, TU yüksek olan bireylerin psikolojik dayanıklılıkları TU orta olan bireylere göre daha yüksek saptanmıştır. Psikolojik dayanıklılığın tedavi uyumu üzerinde etkisi olup olmadığına bakıldığında ise, psikolojik dayanıklılık puanındaki her bir birimlik artışın, tedavi uyumunu 1,027 kat artırmakta olduğu tespit edilmiştir. ÇÇT ve tedavi uyumu arasındaki ilişkiye bakıldığında, çocukluk çağı istismarları ve duygusal ihmal ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Tedavi uyumu yüksek olan kişilerde ise fiziksel ihmal puanları tedavi uyumu orta olan kişilere göre daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgu ilk bakışta şaşırtıcı gibi görünse de bu grupta aynı

zamanda psikolojik dayanıklılığının da yüksek olması ve PD ile tedavi uyumu arasında bizim de çalışmamızda saptadığımız aralarındaki pozitif yordayıcı ilişki göz önüne alındığında, dayanıklılığın fiziksel ihmal öyküsünün TU üzerindeki muhtemel negatif etkisini yumuşatmış olabileceğini söyleyebiliriz. Wang ve arkadaşlarının 2022 yılında yayınladığı çalışmada saptadığı psikolojik dayanıklılığın çocukluk çağı travması ve fiziksel ihmal ile ilaca uyum arasındaki ilişkiler üzerinde önemli düzenleyici etkileri olduğu bulgusu sonuçlarımızı destekler niteliktedir(172). Diğer yandan örneklemimizde yaşam kalitesi ile tedavi uyumunun ilişkisine baktığımızda da, yaşam kalitesi puanındaki her bir birimlik artışın, tedavi uyumunun 'yüksek' olmasını 1,013 kat artırmakta olduğunu tespit ettik. Çalışmamızın ÇÇT öyküsü olan remisyonda ve düzenli poliklinik takibine gelen BB tanılı kişilerden oluşuyor olmasının ve aynı zamanda psikolojik dayanıklıklarının ve yaşam kalitelerinin yüksek saptanmasının tedavi uyumunun orta ve üzeri saptanmasını etkilediğini düşünmekteyiz.

BB'de yaşam kalitesini ele aldığımızda, sağlıklı kontrollere göre hastalığın hem ötimik hem de semptomatik evrelerinde önemli ölçüde bozulduğu, aynı zamanda depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve madde ile ilgili bozukluklar da dahil olmak üzere diğer psikiyatrik hastalıkları olanlarla karşılaştırıldığında yaşam kalitesi puanlarının BB'de daha düşük olduğu ifade edilmiştir(8). Bu grupta yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar genel olarak sağlıklı kontrollerle veya majör depresyon grubuyla karşılaştırma şeklindedir(197). Bu sebeple literatürde BB hastalarının alt tiplerinin kendi içerisinde yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldığı yeteri kadar çalışma yoktur. 2000li yılların öncesindeki BB çalışmaları genel olarak yaşam kalitesini değerlendirmek için nüksetme oranları, hastaneye yatış veya semptomların azalması gibi objektif olarak derecelendirilmiş ölçümleri kullanmıştır(8). BB hastalarda duygudurum dönemlerinde yaşam kalitesi arasındaki farklılıklara odaklanan çalışmalar hastalık dönemlerinde YK'nin daha kötü olduğunu ifade etmektedir(198–200). Russo ve arkadaşlarının çalışmasında 138 depresif, 103 manik BB hastada yaşam kalitesi düzeylerinne bakılmış, manik hastaların YK'nin depresif hastalara göre daha iyi olduğu ifade edilmiş, ancak ölçek tamamlama oranının bu hasta grubunda düşük olduğu da bildirilmiştir (198). Vojta ve arkadaşlarının manik ve ötimik dönemdeki hastalarla yaptıkları çalışmada ise manik dönemdeki hastaların YK ötimik olanlara göre daha düşük saptanmıştır(199). Yatham ve arkadaşları 2004 yılında, 920 depresif veya son iki ay içerisinde depresif atak geçirmiş olan BB1 hastası ile yaptıkları çalışmada BB grubunun yaşam kalitesinin sağlıklı örnekleme göre oldukça düşük olduğunu bildirmişlerdir(200). Bu çalışmalarda aktif hastalık

dönemindeki kişilerden güvenilir veri alabilmek ile ilgili zorluklar mevcuttur ve dolayısıyla sonuçların genellenebilmesi için daha çok verinin olduğu daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır. BB'de yaşam kalitesindeki azalmanın bipolar bozukluk 2, depresif atak sayısının daha çok olması, kadın cinsiyet, rezidü depresif belirtilerin varlığı ile ilişkili olduğu farklı çalışmalarda bildirilmiştir(128,197–199,201). 2005 yılında Sierra ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ve 2002 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada da yaşam kalitesinin depresif semptomlar ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir(202,203). Yapılan bir derleme çalışmasında BB hastalarında ötimik dönemde de yaşam kalitesinin sosyal ve fiziksel alanında bozulma olduğu birçok çalışma tarafından ifade edilmektedir(197). Bu grubun depresyon ölçeği puanları remisyon döneminde bile sağlıklı kontrollerden daha yüksek saptanmaktadır(197,203). Yani BB kendi başına yaşam kalitesini azaltan bir hastalık olarak ifade edilmektedir. Yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada BB ile yaşam kalitesi arasında karmaşık ve çok yönlü bir ilişki olduğu, yaşam kalitesinin tedavi olanakları ile arttırılabileceği ve YK artışı ile hastalığa bağlı yeti yitiminin azaltılabileceği ifade edilmektedir(96,163,204–206).

Çalışmamızda yaşam kalitesi ile tedavi uyumunun ilişkisine baktığımızda, tedavi uyumu 'yüksek' olanların yaşam kalitesi ortalamasının tedavi uyumu 'orta' olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir(p:0,041). Tedavi uyumunun yaşam kalitesi üzerinde bir etkisi olup olmadığına baktığımızda ise tedavi uyumu varlığının, yaşam kalitesi puanını 0,229 kat artırmakta olduğu tespit edilmiştir. Soykan ve arkadaşları da 2013 yılında yaptıkları çalışmada kişilerin tedavi uyumunun artmasının yaşam kalitesini arttırdıklarını ifade etmişlerdir(118).

Çalışmamızda psikolojik dayanıklılık ile yaşam kalitesi ilişkisine baktığımızda ise bu ikilinin de birbiri ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Psikolojik dayanıklılık puanındaki bir birimlik artışın, yaşam kalitesi puanını 1,003 kat, ters yönden incelendiğimizde yaşam kalitesi puanındaki bir birimlik artışın ise, psikolojik dayanıklılık puanını 0,302 kat artırmakta olduğu tespit edilmiştir. 2022 yılında majör depresyon, bipolar bozukluk ve şizofreni hastaları ile yapılam bir çalışmada dayanıklılık ile yaşam kalitesinin tüm alanları arasında anlamlı derecede pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir(207).

2008 yılında yapılan ve travmanın BB üzerine etkilerini inceleyen bir çalışmada, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının yaşam kalitesinde düşme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(161). Bir başka çalışmada ÇÇT ruhsal sağlık ile negatif ilişkili olarak bildirilmiştir(88). Erten ve arkadaşlarının BB'de ÇÇT'nin kilinik özellikle ve yaşam kalitesi ile ilişkisini araştırdığı

çalışmalarında, ÇÇT ile yaşam kalitesinin genel işlevsellik, sosyallik, genel sağlık, canlılık, fiziksel ve duygusal rol sorunları, fiziksel fonksiyon ve ruhsal alt alanları ile anlamlı ilişkisi saptanmamış, ağrı ile ise pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir(96). Bu çalışmada kişilerin tedavi uyumu ve psikolojik dayanıklılıkları ile ilgli değişkenler değerlendirilmemiş, ÇÇT'nin yalnız başına etkisi incelenmiştir.

Bizim çalışmamızda fiziksel ve cinsel istismar ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. 2017'de Avustralya'da 3730 kişi ile yapılan bir kohort çalışmasında ve ülkemizde yapılan bir çalışmada da bizim bulgumuzu destekleyecek şekilde cinsel istismar ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki tespit edilmediği bildirilmiştir(142,208). Duygusal istismar beyan eden kişilerde ise BBYKÖ biliş, BBYKÖ duygudurum, BBYKÖ finans puan ortalamaları istismar beyan etmeyen kişilere göre daha yüksektir.

ÇÇT ihmalleri ve ÇÇT toplam puan ile ilişkiye bakıldığında, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve ÇÇT toplam değerlerinin BABYKÖ'nün birçok alt ölçeği ile aynı yönlü korelasyon gösterdiği saptanmıştır.

Değerlendirilen genel literatüre göre çalışmamızı tasarlarken ÇÇT'nin BB sürecinde yaşam kalitesini azaltacağı görüşüne daha yakın olsak da, sonuçlarımız bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirildiğinde, tedavi uyumunda olduğu gibi kişilerin dayanıklılıklarının yüksek olmasının erişkinlik yaşamında ÇÇT etkilerini neredeyse bypass etmelerine yardımcı olduğu, aynı zamanda tedavi uyumu da yüksek olan bu bireylerin yaşam kalitelerinin bu sebeple yüksek saptanabildiği kanaatindeyiz. Bulgularımızda yer alan yaşam kalitesi, tedavi uyumu ve psikolojik dayanıklılık arasındaki pozitif ilişki ve pozitif etkiler de bu çıkarımı desteklemektedir. Her ne kadar, daha önce de bahsedildiği gibi literatürde ÇÇT ve yaşam kalitesi ile ilgili ters yönlü ilişki saptayan çalışmalar bulunuyor olsa da, biz çalışmamızda ÇÇT öyküsü olan bireyleri tedavi uyumları ve psikolojik dayanıklılıkları ile ilişkilendirdiğimizde, sonucumuz literatürde bazı çalışmaların da ifade ettiği üzere; BB hastalarının ÇÇT öyküsü olsa dahi iyi bir tedavi uyumu ile dayanıklı olmaları daha da desteklenerek travmatik yaşantıların olası negatif etkilerinden en az oranda etkileneceğini göstermektedir(11,13–15). Kullandığımız yaşam kalitesi ölçeğinin BB'ye özgü olması açısından sonuçlarımızın güvenilir olduğu düşünülmekle birlikte ölçeğin, kişinin son bir haftadaki yaşam kalitesini değerlendiriyor olması ve bu kişilerin halihazırda tedavilerine düzenli devam eden

remisyondaki kişilerden oluşuyor olmasının da genel literatürden farklı sonuçlar elde etmemize katkısı olduğunu düşünmekteyiz. Literatürdeki çalışmalarda bu ölçek harici en çok kullanılan ölçekler SF-36 ve Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşam kalitesi ölçeği olup her iki ölçek de son 1 ay içerisindeki yaşam kalitesini değerlendirmektedir. Bu sonuçların genellenebilmesi için daha geniş bir örneklemde, ÇÇT alt tipleri de dahil edilerek yapılan benzer çalışmalara ihtiyaç vardır.

Araştırmamız BB hastalarında tedavi ve takiplerin sadece medikal tedavi bağlamında düşünülmemesi, ÇÇT'nin de bu kişilerin takiplerinde sorgulanması ve bu kişilerin hayatlarının sosyal, mesleki bağlamında mümkün olduğunca desteklenmesinin, psikolojik dayanıklılıklarını arttırmak için alternatif yollar, tedavi seçeneklerinin göz önünde bulundurulmasının, çok yönlü bir psikoterapötik ilişki kurulmasının önemini vurgulamaktadır.

6.KISITLILIKLAR

Kurumumuz üçüncü basamak bir merkez olduğu için başvuran hastalar genellikle çoklu tedavi kullanımı olan, hastalık süreleri nispeten uzun, yatış sayısı fazla olabilen kişilerden oluşabilmektedir. Kişiler özbildirime dayalı olan ölçekleri doldururken yeterli beceriyi gösterememiş olabilirler. Özellikle ÇÇTÖ-28 ölçeği 20 yaş öncesi travmatik yaşantıyı sorguladığından bu ölçek verilerinde hatırlama güçlüklerine bağlı tutarsızlıklar olabilir. Çalışmamızdaki kişilerin yüksek ÇÇT bildirmesi, ÇÇT beyan eden ve etmeyen grup arasında örneklemde sayı uyumsuzluğuna sebep olmuştur; Çalışmamızda kontrol grubu da olmaması sebebiyle yapılan karşılaştırmalar genel örneklemi yansıtmakta yeterli olmayabilir. Çalışmamıza sadece BB-I tanılı kişiler dahil edilmiştir; bu nedenle sonuçlarımızın BB hastaları için genellenmesi sınırlıdır. Araştırmamızın kesitsel bir tasarımı olması nedeniyle, analiz edilen değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü belirlememiz mümkün olmamaktadır.

7.SONUÇLAR

1.Çalışmamıza katılan kişilerin hepsi ÇÇT varlığı beyan etmişlerdir. ÇÇT ihmalleri tüm katılımcılarda görülürken, istismar alt tiplerinden en çok görülen fiziksel istismar olarak tespit edilmiştir.

2. Sigara içen katılımcıların ÇÇTtoplam puanları sigara içmeyen katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur.

3. Cinsel istismar beyan eden katılımcıların etmeyenlere göre ilk atak türünün karma olma oranı daha az saptanmış, cinsel istismarın ilk atak türünün karma özellikte olmasını azalttığı bulunmuştur.

4. Çalışmamızda intihar girişimi olan katılımcıların duygusal ihmal puan ortalaması, intihar girişimi olmayan katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur.

5. Çalışmamıza katılan katılımcıların %39,60'ının tedavi uyumu 'yüksek', %60,40'ının tedavi uyumu 'orta' olup katılımcılar arasında tedavi uyumu 'düşük' olan hasta saptanmamıştır.

6. ÇÇT istismarları ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ÇÇT ihmalleri ve toplam puana bakıldığında ise, tedavi uyumu 'orta' olanların fiziksel ihmal ve ÇÇT toplam puan ortalamalarının tedavi uyumu 'yüksek' olan katılımcılara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

7. ÇÇT ihmal alt ölçekleri ile YİPDÖ alt ölçekleri ve toplam puan arasındaki korelasyon incelendiğinde duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve toplam puan ile YİPDÖ'nün bazı alt ölçekleri arasında aynı yönlü korelasyon vardır. Duygusal istismar olanlarda gelecek algısı ortalaması, istismar olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Duygusal istismarın gelecek algısını pozitif etkilediği bulunmuştur.

8.Fiziksel istismar olanlarda ise gelecek algısı ortalaması, istismar olmayanlara göre daha düşüktür. Fiziksel istismarın gelecek algısı puanı üzerindeki etkisine bakıldığında anlamlılık saptanmamıştır.

9. Çalışmamızda YK duygudurum ve biliş alanları duygusal istismar ve ihmal ile; uyku, duygusal ve fiziksel ihmal, ve toplam puan ile; finans,özsaygı,bağımsızlık, kimlik ve toplam duygusal ve fiziksel ihmel ve toplam ile; boş zaman ise sadece duygusal ihmal ile aynı yönde korelasyon göstermiştir.

10. Çalışmamızda, TU yüksek olanların PD ortalaması, TU orta olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. PD artışının, TU'yu arttırdığı bulunmuştur.

11. TU yükseldikçe YK'nın arttığı bulunmuş, TU ve YK'nın birbirlerini pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir.

12.PD ve YK'nın da birlirlerini pozitif yönde etkilediği bulunmuştur.

13.Bu sonuçlarla psikolojik dayanıklılık, tedavi uyumu ve yaşam kalitesinin birbirleri ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğu ve birbirlerini yordayıcı etkisi olduğu tespit edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Maj M, Akiskal HS, Jose J, Lo Â Pez-Ibor Â, Sartorius N. Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders, 2002•Wiley Online https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/047084650X.ch1

2. Adresi Y, Correspondence /, Meliha :, Eroğlu Z, Üniversitesi Ç, Psikiyatri TF, et al. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. Current Approaches in Psychiatry, 2010 Jun

3. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, et al. A Prospective Investigation of the Natural History of the Long-term Weekly Symptomatic Status of Bipolar II Disorder.

4. Arnow BA. Relationships Between Childhood Maltreatment, Adult Health and Psychiatric Outcomes, and Medical Utilization. J Clin Psychiatry, 2004 Aug

5. Agnew-Blais J, Danese A. Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry, 2016 Apr 1, 3(4):342–9.

6. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. Br J Psychiatry, 2005 Feb; 121–5.

7. Carballo JJ, Harkavy-Friedman J, Burke AK, Sher L, Baca-Garcia E, Sullivan GM, et al. Family history of suicidal behavior and early traumatic experiences: additive effect on suicidality and course of bipolar illness? , J Affect Disord, 2008 Jul;109(1–2):57.

8. Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. Health Qual Life Outcomes, 2005 Nov 15; 3:72.

9. Lawford J, Eiser C. Exploring links between the concepts of Quality of Life and resilience. Pediatr Rehabil. 2001;4(4):209–16.

10. Abuse in Childhood and Mental Disorder in Adult Life | Office of Justice Programs

11. Choi JW, Cha B, Jang J, Park CS, Kim BJ, Lee CS, et al. Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. J Affect Disord [Internet]. 2015 Jan 1;170:172–7.

12. Alriksson-Schmidt AI, Wallander J, Biasini F. Quality of life and resilience in adolescents with a mobility disability. J Pediatr Psychol, 2007Apr;32(3):370–9.

13. Vieira IS, Pedrotti Moreira F, Mondin TC, Cardoso T de A, Branco JC, Kapczinski F, et al. Resilience as a mediator factor in the relationship between childhood trauma and mood disorder: A community sample of young adults. J Affect Disord. 2020 Sep 1;274:48–53

14. Lee D, Cha B, Park CS, Kim BJ, Lee CS, Lee SJ, et al. Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. J Affect Disord. 2017 Jan 1;207:434–41.

15. Macía P, Barranco M, Gorbeña S, Iraurgi I. Expression of resilience, coping and quality of life in people with cancer. PLoS One. 2020 Jul 1 [cited 2023 Aug 6];15(7)

16. Emin Demirkol M, Tamam L. Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu- Treatment Adherence in Psychiatric Disorders. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2016;8(1):85–93.

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

18. Köknel Ö. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. Duygudurum Bozuklukları dizgisi, 2000; 1(1):5-11.

19. GruenbergAM. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression, Second Edition. By F. K. Goodwin and K. R. Jamison. Oxford University Press: New York. 2007. Psychol Med 2008 Jan ; 38(1):147–8

20. Stone MH. Relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. Am J Psychiatry. 2006;163(7):1126–8.

21. Erdal Işık. Duygudurum Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaası; 2003.

22. Oral T. İki Uçlu Bozukluk. Vol. WPA serisi. İstanbul: CSA Medikal Yayın Ajansı; 2002.

23. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. 2007; 3–9.

24. Dunner DL, Gershon ES, Goodwin FK. Heritable factors in the severity of affective illness. Biol Psychiatry. 1976 Feb;11(1):31-42. PMID: 1260075.

25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013 May 22;

26. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. J Affect Disord. 1998 Sep 1;50(2–3):143–51.

27. Akiskal HS, Akiskal K. Reassessing the prevalence of bipolar disorders : clinical significance and artistic creativity. Psychiatrie et Psychobiologie. 1988;3

28. Blanco C, Compton WM, Saha TD, Goldstein BI, Ruan WJ, Huang B, et al. Epidemiology of DSM-5 bipolar I disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions - III. J Psychiatr Res. 2017 Jan 1;84:310–7.

29. Nivoli AMA, Pacchiarotti I, Rosa AR, Popovic D, Murru A, Valenti M, et al. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. J Affect Disord. 2011 Oct;133(3):443–9

30. Svrakic D, Cloninger C. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock HIK, editor. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 2004;812.

31. Palagini L, Cipollone G, Moretto U, Masci I, Tripodi B, Caruso D, et al. Chronobiological dis-rhythmicity is related to emotion dysregulation and suicidality in depressive bipolar II disorder with mixed features. Psychiatry Res. 2019 Jan 1;271:272–8.

32. Kroon JS, Wohlfarth TD, Dieleman J, Sutterland AL, Storosum JG, Denys D, et al. Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. Bipolar Disord . 2013 May;15(3):306–13.

33. Begley CE, Annegers JF, Swann AC, Lewis C, Coan S, Schnapp WB, et al. The lifetime cost of bipolar disorder in the US: an estimate for new cases in 1998. Pharmacoeconomics. 2001;19(5 Pt 1):483–95.

34. Luborsky L. Clinician's judgments of mental health. Arch Gen Psychiatry. 1962;7(6):407–17.

35. Biederman J, Mick E, Faraone S V., Spencer T, Wilens TE, Wozniak J. Pediatric mania: a developmental subtype of bipolar disorder? Biol Psychiatry. 2000 Sep 15; 48(6):458–66.

36. Craney JL, Geller B. A prepubertal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype: review of phenomenology and longitudinal course. Bipolar Disord. 2003 Aug; 5(4):243–56.

37. Young AH, MacPherson H. Detection of bipolar disorder. Br J Psychiatry. 2011 Jul;199(1):3–4.

38. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. Lancet. 2016 Apr 9;387(10027):1561–72.

39. Köroğlu E. PsikoNozoloji : Tanımlayıcı klinik psikiyatri. 2004

40. Yazici O, Kora K, Üçok A, Tunali D, Turan N. Predictors of lithium prophylaxis in bipolar patients. J Affect Disord. 1999; 55(2–3):133–42.

41. Cardno AG, Rijsdijk F V., Sham PC, Murray RM, McGuffin P. A twin study of genetic relationships between psychotic symptoms. Am J Psychiatry. 2002;159(4):539–45.

42. Baron M, Hamburger R, Sandkuyl LA, 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 Psychiatr Scand. 1990;82(3):196–203.

43. Işık E. Duygudurum Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. In İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaası; 2003. p. 467–540.

44. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. Lancet. 2013; 381(9878):1654–62.

45. Turan MT, Lushi Z. Bipola r Bozuklukta Hormonların Rolü. Türkiye Klinikleri Psikiyatri - Özel Konular. 2014;7(3):36–41.

46. Schmider J, Lammers CH, Gotthardt U, Dettling M, Holsboer F, Heuser IJE. Combined dexamethasone/corticotropin-releasing hormone test in acute and remitted manic patients, in acute depression, and in normal controls: I. Biol Psychiatry. 1995 Dec 15;38(12):797–802.

47. Munkholm K, Braüner JV, Kessing LV, Vinberg M. Cytokines in bipolar disorder vs. healthy control subjects: a systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2013;47(9):1119–33.

48. Modabbernia A, Taslimi S, Brietzke E, Ashrafi M. Cytokine alterations in bipolar disorder: a meta-analysis of 30 studies. Biol Psychiatry. 2013 Jul 1;74(1):15–25.

49. Ozsoy S, Esel E, Kula M. Serum oxytocin levels in patients with depression and the effects of gender and antidepressant treatment. Psychiatry Res. 2009 Oct 30;169(3):249–52.

50. Sobczak S, Honig A, Riedel WJ. Acute tryptophan depletion in bipolar disorders; literature review and directives for further research. Acta Neuropsychiatr. 2000;12(3):69–72.

51. (PDF) Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 1. Cilt : Şizofreni 4. Baskı

52. Aas M, Henry C, Andreassen OA, Bellivier F, Melle I, Etain B. The role of childhood trauma in bipolar disorders. Int J Bipolar Disord. 2016 Dec 1;4(1):1–10

53. ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision

54. Goodwin FK, Redfield K. Manic-Depressive Illness. New York: Oxford Univ Press; 1990.

55. 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. J Affect Disord. 2001; 67(1–3):45–59.

56. Hauser M, Pfennig A, Özgürdal S, Heinz A, Bauer M, Juckel G. Early recognition of bipolar disorder. Eur Psychiatry. 2007 Mar;22(2):92–8.

57. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry. 2007 May; 64(5):543–52.

58. Solomon DA, Keitner GI, Miller IW, Shea MT, Keller MB. Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 1995 Jan;56(1):5-13. PMID: 7836345.

59. Turvey CL, Coryell WH, Solomon DA, Leon AC, Endicott J, Keller MB, et al. Long-term prognosis of bipolar I disorder. Acta Psychiatr Scand. 1999; 99(2):110–9.

60. Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. Psychiatr Serv. 2001;52(1):51–5.

61. 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(5):470–4.

62. Keck 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. Am J Psychiatry. 1998;155(5):646–52.

63. Türksoy, N. (2003). Psikolojik travma ve tanım sorunları. *Psikolojik travma ve sonuçları*, *1*, 9-21.

64. Working Together to Safeguard Children. A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children, 2010, HM Government

65. Yurdakök K. Çocuk istismar ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. Katkı Pediatri Dergisi. 2010 Jan;32(5):537–46.

66. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi » Makale » Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar

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

68. Ekinci S. Fiziksel çocuk istismarı. Katkı Pediatri Dergisi. 2010;32(5):625–31.

69. Miller TW, Veltkamp LJ, Kraus RF. Clinical pathways for diagnosing and treating victims of domestic violence. Psychotherapy. 1997;34(4):425–32.

70. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS, Üniversitesi K, Fakültesi T, Doçenti PY, et al. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2004;47:140–51.

71. Derman, Orhan, Adolesanlarda Fiziksel Ve Duygusal İstismar, *Katkı Pediatri Dergisi,* 5/Özel sayı: Çocuk İhmal ve İstismarı-II, 2010, 633-636

72. Sarkhel S. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th edition. Indian J Psychiatry. 2009;51(4):331.

73. Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers (From World Report on Violence and Health, P 57-86, 2002, Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, et al.eds. See NCJ-197425) | Office of Justice Program.

74. Knutson JF. Psychological characteristics of maltreated children: Putative risk factors and consequences. Annu Rev Psychol. 1995;46(1):401–31.

75. Walker D, Bonner L, Kaufman L. The Physically and Sexually Abused Child. Evaluation and Treatment. Pergamon Books Inc; 1988.

76. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. Child Abuse Negl. 2001; 25(2):279–90.

77. Öksüz Kanbur N. Adolesanlarda Cinsel İstismar Ve Pediatristin Rolü. Katkı Pediatri Dergisi. 2010;4(Özel sayı: Çocuk İhmal ve İstismarı-1):491–501.

78. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. The Future of children / Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation. 1994 Jun;4(2):31–53.

79. Page AZ. Çocuk Cinsel İstismarı : Cinsel İstismara Neden Olan Etkenler ve Cinsel İstismarın Çocuklar Üzerindeki Etkileri. Türk Psikoloji Yazıları - TPD. 2004;7(13):103–13.

80. Kutchinsky, B. (1991). Çocuğun Cinsel İstismarı: Yaygınlık, Müdahale, ve Önleme: Genel Bakış. Çocuk İstismarı ve İhmali: Çocukların Kötü Muameleden Korunması. I.Ulusal Kongre. 12-14 Haziran 1990, Ankara

81. Şenkal İ. Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçiminin depresyon ve kaygı belirtileri ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolünün incelenmesi, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2013.

82. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). Child Abuse Negl. 2009 Jun;33(6):331–42.

83. Glaser D. Treatment issues in child sexual abuse. Br J Psychiatry 1991;159, December :769–82.

84. Özdemir D. Cinsel istismar ve çocuk ruh sağlığı. Katkı Pediatri Dergisi. 2010;32(5):569–82.

85. İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı: Çocuk İstismarı, Yrd. Doç. Dr. Murat Tobaş, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,2004, 3(4),76-80.

86. Yurdakök K, İnce o. Duygusal istismar ve İhmal. Katkı Pediatri Dergisi. 2010;32(4):423–33.

87. Örsel S, Aktaş AE, Kahiloğulları KA, Karadağ H. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2011;12(2):130–6.

88. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. Am J Psychiatry. 1991;148(1):55–61.

89. Schreuder MM, Vinkers CH, Mesman E, Claes S, Nolen WA, Hillegers MHJ. Childhood trauma and HPA axis functionality in offspring of bipolar parents. Psychoneuroendocrinology. 2016 Dec 1;74:316–23.

90. Bifulco A, Moran PM, Baines R, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. Bull Menninger Clin. 2002 Jun;66(3):241–58.

91. Merry SN, Andrews LK. Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1994;33(7):939–44.

92. Davis JL, Petretic-Jackson PA. The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. Aggress Violent Behav. 2000;5(3):291–328.

93. Veltkamp LJ, Miller TW. Clinical handbook of child abuse and neglect. 1994;167.

94. Knutson JF. Psychological characteristics of maltreated children: putative risk factors and consequences. Annu Rev Psychol. 1995;46(1):401–31.

95. Bortolato B, Köhler CA, Evangelou E, León-Caballero J, Solmi M, Stubbs B, et al. Systematic assessment of environmental risk factors for bipolar disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Bipolar Disord. 2017 Mar 1;19(2):84–96.

96. Erten E, Funda Uney A, Saatçioğlu Ö, Özdemir A, Fistikçi 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 Jun 20;162:107–13.

97. Janiri D, Sani G, Danese E, Simonetti A, Ambrosi E, Angeletti G, et al. Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II. J Affect Disord. 2015 Apr 1;175:92–7.

98. Etain B, Aas M, Andreassen OA, Lorentzen S, Dieset I, Gard S, et al. Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. J Clin Psychiatry. 2013;74(10):991–8.

99. Gizir CA. Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri Ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2007;3(28):113–26.

100. Işık Ş. Türkiye'de Kendini Toparlama Gücü Konusunda Yapılmış Araştırmaların İncelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehb Dergisi. 2016 Jan 1;45(6):65–76.

101. Meredith LS, Sherbourne CD, Gaillot SJ, Hansell L, Ritschard H V., Parker AM, et al. Promoting Psychological Resilience in the U.S. Military. Rand Health Q. 2011;1(2):2.

102. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. Eur Psychol. 2013;18(1):12–23.

103. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work.

104. Kunzler AM, Helmreich I, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M, et al. Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020 Jul 5;2020(7).

105. Nejat Basım H, Çetin F, Üniv Sağlık Bilimleri Fak B, Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü K, Nejat Basım AH. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması •. Vol. 22, Türk Psikiyatri Dergisi. 2011.

106. Fleming J, Ledogar RJ. Resilience, an Evolving Concept: A Review of Literature Relevant to Aboriginal Research. Pimatisiwin. 2008;6(2):7.

107. Fogarty AS, Proudfoot J, Whittle EL, Clarke J, Player MJ, Christensen H, et al. Preliminary Evaluation of a Brief Web and Mobile Phone Intervention for Men With Depression: Men's Positive Coping Strategies and Associated Depression, Resilience, and Work and Social Functioning. JMIR Ment Health. 2017 Jul 1;4(3).

108. Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. Cornell University Press.

109. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V. Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. Medicina Bouenos Aires. 2019 Nov 1;55(11).

110. Bonanno GA. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive after Extremely Aversive Events? Vol. 59, American Psychologist. 2004. p. 20–8.

111. Masten AS. Ordinary magic. Resilience processes in development. Am Psychol. 2001;56(3):227–38.

112. Edward KL. Resilience: A protector from depression. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2005 Aug;11(4):241–3.

113. Mizuno Y, Hofer A, Suzuki T, Frajo-Apor B, Wartelsteiner F, Kemmler G, et al. Clinical and biological correlates of resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder: A cross-sectional study. Schizophr Res. 2016 Aug 1;175(1–3):148–53.

114. Kırşavoğlu B., T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalar ve Bakımverenlerinde Psikolojik Dayanıklılık, Travma Sonrası Büyüme, Bakımveren Yükü ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul; 2020.

115. Z.Sacide Üstünsoy Çobanoğlu, Tamer Aker, Necati Çobanoğlu, Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları, Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2003;16:211-218

116. Ateş M, Algül A. Bipolar Bozukluklarda Tedavi Uyumsuzluğu. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri. 2006;2(29):60–4.

117. Sajatovic M, Levin J, Fuentes-Casiano E, Cassidy KA, Tatsuoka C, Jenkins JH. Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication. Compr Psychiatry. 2011 May;52(3):280.

118. Soykan A. İki uçlu bozuklukta tedavi uyumunu arttırma stratejileri. Journal of Mood Disorders. 2013 May 1;3(5).

119. First MB. Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). 2015

120. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Topak OZ, Çetin Ş, et al. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması 2. 2018;

121. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry. 1978;133(11):429–35.

122. Karadağ F,Oral E,Yalçın F,Erten E, Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. . 2002; 107 - 114.

123. Hamiltın M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960 Feb 1;23(1):56–62.

124. Akdemir A, Türkçapar MH, Örsel SD, Demirergi N, Dag I, Özbay MH. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. Compr Psychiatry. 2001;42(2):161–5.

125. 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 Negl. 2003 Feb 1;27(2):169–90.

126. Şar V, Öztürk E, Ikikardeş E. Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2012;32(4):1054–63.

127. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? Int J Methods Psychiatr Res. 2003;12(2):65–76.

128. Michalak EE, Murray G. Development of the QoL. BD: a disorder-specific scale to assess quality of life in bipolar disorder. Bipolar Disord. 2010;12(7):727–40.

129. Ağcabay H. Bipolar bozuklukta yaşam kalitesi ölçeğinin (uzun form) Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. 2019 Jun 30,Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı

130. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986; 24(1):67–74.

131. Bahar G, Savaş HA, Ünal A, Savaş E, Kaya H, Bahar A. Morisky tedavi uyum ölçeğinin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Derg. 2014;15(2):141–9.

132. Kadri Gültekin B, Kesebir S, Tamam Özet L. Türkiye'de Bipolar Bozukluk- Bipolar Disorder in Turkey. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2014;6(2):199–209.

133. Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, et al. Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri, Clinical Psychopharmacology. 2012;22(1):22.

134. Turhan N. Bipolar Bozukluk:Kesitsel Bir Değerlendirme, Adana, T.C. Çukurova Üniversitesi, 2007

135. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z. Bipolar Bozuklukta Mizaç İle Klinik Özelliklerin İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005;16(3):164–9.

136. Özerdem A, Tunca Z, Kaya N. The relatively good prognosis of bipolar disorders in a Turkish bipolar clinic. J Affect Disord. 2001 Apr 1;64(1):27–34.

137. Bellantuono C, Barraco A, Rossi A, Goetz I. The management of bipolar mania: A national survey of baseline data from the EMBLEM study in Italy. BMC Psychiatry. 2007 Jul 19;7(1):1–8.

138. Tunç S, Yenïlmez Y, Altinbaş K, Devlet Hastanesi K, Kliniği P, Kafkas Üniversitesi K, et al. Kabul tarihi: 23.01. Anatolian Journal of Psychiatry. 2014;15:214–20.

139. Azorin JM, 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 Mar 1;129(1–3):39–46.

140. Angst J. The course of affective disorders. II. Typology of bipolar manic-depressive illness. Arch Psychiatr Nervenkr. 1978 Mar;226(1):65–73.

141. Janowsky DS, Leff M, Epstein RS. Playing the Manic Game: Interpersonal Maneuvers of the Acutely Manic Patient. Arch Gen Psychiatry. 1970 Mar 1;22(3):252–61.

142. Sipahi Ege, İzci Filiz. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travması ve Kişilik Özelliklerinin Yönetici İşlevler ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi, İstanbul: Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2020

143. Quidé Y, Tozzi L, Corcoran M, Cannon DM, Dauvermann MR. The Impact of Childhood Trauma on Developing Bipolar Disorder: Current Understanding and Ensuring Continued Progress. Neuropsychiatr Dis Treat. 2020;16:3095

144. Forty L, Jones L, Jones I, Smith DJ, Caesar S, Fraser C, et al. Polarity at illness onset in bipolar I disorder and clinical course of illness. Bipolar Disord. 2009 Feb;11(1):82–8.

145. Perugi G, Micheli C, Akiskal HS, Madaro D, Socci C, Quilici C, et al. Polarity of the first episode, clinical characteristics, and course of manic depressive illness: a systematic retrospective investigation of 320 bipolar I patients. Compr Psychiatry. 2000;41(1):13–8.

146. Tundo A, Musetti L, Benedetti A, Berti B, Massimetti G, Dell'Osso L. Onset polarity and illness course in bipolar I and II disorders: The predictive role of broadly defined mixed states. Compr Psychiatry. 2015 Nov 1;63:15–21.

147. Daban C, Colom F, Sanchez-Moreno J, García-Amador M, Vieta E. Clinical correlates of first-episode polarity in bipolar disorder. Compr Psychiatry. 2006 Nov 1;47(6):433–7.

148. Akarsu S, Erdem M, Bolu A, Günay H, Garip B, Ak M, et al. Bipolar bozuklukta cinsiyete göre klinik ve sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması Araştırma. Tıp Derg. 2012;54:279–83.

149. Dome P, Rihmer Z, Gonda X. Suicide Risk in Bipolar Disorder: A Brief Review. Medicina (B Aires). 2019 Aug 1 [cited 2023 Oct 15];55(8).

150. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Suicide in Bipolar Disorder: A Rewiev. Review © Medicinska naklada. 2014;26(2):108–14.

151. Parmentier C, Etain B, Yon L, Misson H, Mathieu F, Lajnef M, et al. Clinical and dimensional characteristics of euthymic bipolar patients with or without suicidal behavior. Eur Psychiatry. 2012 Nov;27(8):570–6.

152. Post RM, Altshuler L, Leverich G, Nolen W, Kupka R, Grunze H, et al. More stressors prior to and during the course of bipolar illness in patients from the United States compared with the Netherlands and Germany. Psychiatry Res. 2013 Dec 30;210(3):880–6.

153. 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(3):244–52.

154. 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 May;111(5):380–3.

155. Levitan RD, Parikh S V. Lesage AD, Hegadoren KM, Adams M, Kennedy SH, et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: Relationship to neurovegetative features, mania, and gender. American Journal of Psychiatry. 1998 Dec 1;155(12):1746–52.

156. Brown GR, McBride L, Bauer MS, Williford WO. Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: a replication study in U.S. veterans. J Affect Disord. 2005 Dec;89(1–3):57–67.

157. Farias C de A, Cardoso T de A, Mondin TC, Souza LD de M, da Silva RA, Kapczinski F, et al. Clinical outcomes and childhood trauma in bipolar disorder: A community sample of young adults. Psychiatry Res. 2019 May 1;275:228–32.

158. McIntyre RS, Muzina DJ, Kemp DE, Blank D, Woldeyohannes HO, Lofchy J, et al. Bipolar disorder and suicide: research synthesis and clinical translation. Curr Psychiatry Rep. 2008 Feb;10(1):66–72.

159. Anaya C, Torrent C, Caballero FF, Vieta E, Bonnin C del M, Ayuso-Mateos JL, et al. Cognitive reserve in bipolar disorder: relation to cognition, psychosocial functioning and quality of life. Acta Psychiatr Scand. 2016 May 1;133(5):386–98.

160. Gao K, Tolliver BK, Kemp DE, Ganocy SJ, Bilali S, Brady KL, et al. Correlates of Historical Suicide Attempt in Rapid-Cycling Bipolar Disorder: A Cross-Sectional Assessment. J Clin Psychiatry. 2009 Jul;70(7):1032.

161. Maguire C, Mccusker CG, Meenagh C, Mulholland C, Shannon C. Effects of trauma on bipolar disorder: the mediational role of interpersonal difficulties and alcohol dependence. Bipolar Disord. 2008 Mar;10(2):293–302.

162. Bozena S, Makara M, Kozak G, Urbanska A. Abuse in Childhood and Mental Disorder in Adult Life. 2008;17:133–8.

163. Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Kemmler G, Sondermann C, Hausmann A, et al. Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: Associations with resilience, internalized stigma, and residual symptoms. J Affect Disord. 2018 Oct 1;238:399–404.

164. Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. Nat Rev Neurosci. 2009 Jun;10(6):446.

165. Richardson GE. The metatheory of resilience and resiliency. J Clin Psychol. 2002 Mar 1;58(3):307–21.

166. Karaırmak Ö. Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2006 Jun 11;3(26):129–42.

167. Resilience ,Center on the Developing Child at Harvard University, 2023 https://developingchild.harvard.edu

168. Masten, A. S., Cutuli, J. J., Herbers, J. E., & Reed, M.-G. J. (2009). Resilience in development. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed., pp. 117–131). Oxford University Press.

169. Wingo AP, Wrenn G, Pelletier T, Gutman AR, Bradley B, Ressler KJ. Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. J Affect Disord. 2010 Nov;126(3):411–4.

170. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. Behaviour Research and Therapy. 2006 Apr 1;44(4):585–99.

171. Spies G, Seedat S. Depression and resilience in women with HIV and early life stress: does trauma play a mediating role? A cross-sectional study. BMJ Open. 2014;4(2):4200.

172. Wang H, Liao Y, Guo L, Zhang H, Zhang Y, Lai W, et al. Association between childhood trauma and medication adherence among patients with major depressive disorder: the moderating role of resilience. BMC Psychiatry. 2022 Dec 1;22(1).

173. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. Clin Psychol Rev. 2011 Jun;31(4):563–91

174. Liu DWY, Fairweather-Schmidt AK, Roberts RM, Burns R, Anstey KJ. Does Resilience Predict Suicidality? A Lifespan Analysis. Archives of Suicide Research. 2014 Oct 15;18(4):453–64.

175. Wingo AP, Ressler KJ, Bradley B. Resilience characteristics mitigate tendency for harmful alcohol and illicit drug use in adults with a history of childhood abuse: a cross-sectional study of 2024 inner-city men and women. J Psychiatr Res. 2014 [cited 2023 Nov 19];51(1):93–9.

176. Rutter M. Resilience as a dynamic concept. Dev Psychopathol. 2012 May;24(2):335–44.

177. Chakrabarti S. Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach. World J Psychiatry. 2016 Dec 12;6(4):399.

178. Yıldız, M., & Ünal, A. (2017). Bipolar Bozukluğu olan Hastalarda Uyku Kalitesi, Biyolojik Ritim Örüntüsü ve Yaşam Kalitesinin Tedavi Uyumuyla İlişkisi. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi, 1(1), 10-23. https://doi.org/10.31461/ybpd.316273

179. Yılmaz S. Psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.

180. Aksoy A. Bipolar bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumu ve etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Sivas: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

181. Gaudiano BA, Uebelacker LA, Miller IW. Impact of Remitted Substance Use Disorders on the Future Course of Bipolar I Disorder: Findings from a Clinical Trial. Psychiatry Res. 2008 Jul 7;160(1):63.

182. Gaudiano BA, Miller IW. Patients' expectancies, the alliance in pharmacotherapy, and treatment outcomes in bipolar disorder. J Consult Clin Psychol. 2006, Nov 21];74(4):671–6.

183. Gaudiano BA, Miller IW. Anxiety disorder comobidity in Bipolar I Disorder: relationship to depression severity and treatment outcome. Depress Anxiety. 2005, 21(2):71–7.

184. Scott J. Cognitive and Behavioural Approaches to Medication Adherence References, Advancesin Psychiatric Treatment (999), vol. 5, pp. 338-347

185. Busby KK, Sajatovic M. Review: Patient, Treatment, and Systems-Level Factors in Bipolar Disorder Nonadherence: A Summary of the Literature. CNS Neurosci Ther. 2010 Oct 16(5):308.

186. Scott J, Pope M. Nonadherence with mood stabilizers: prevalence and predictors. J Clin Psychiatry. 2002;63(5):384–90.

187. Berk L, Hallam KT, Colom F, Vieta E, Hasty M, Macneil C, et al. Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. Hum Psychopharmacol. 2010;25(1):1–16.

188. Johnson FR, Qzdemir S, Manjunath R, Hauber AB, Burch SP, Thompson TR. Factors that affect adherence to bipolar disorder treatments: a stated-preference approach. Med Care. 2007 Jun;45(6):545–52.

189. Depp CA, Moore DJ, Patterson TL, Lebowitz BD, Jeste D V. Psychosocial interventions and medication adherence in bipolar disorder. Dialogues Clin Neurosci. 2008;10(2):239.

190. Aagaard J, Vestergaard P. Predictors of outcome in prophylactic lithium treatment: a 2-year prospective study. J Affect Disord. 1990;18(4):259–66.

191. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. Acta Psychiatr Scand. 2002;105(3):164–72.

192. Jónsdóttir H, Opjordsmoen S, Birkenaes AB, Simonsen C, Engh JA, Ringen PA, et al. Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. Acta Psychiatr Scand. 2013 Jan 1;127(1):23–33.

193. Bates JA, Whitehead R, Bolge SC, Kim E. Correlates of medication adherence among patients with bipolar disorder: results of the bipolar evaluation of satisfaction and tolerability (BEST) study: a nationwide cross-sectional survey. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2010;12(5).

194. Schumann C, Lenz G, Berghöfer A, Müller-Oerlinghausen B. Non-adherence with long-term prophylaxis: A 6-year naturalistic follow-up study of affectively ill patients. Psychiatry Res. 1999 Dec 27;89(3):247–57.

195. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Benabarre A, Gasto C. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. J Clin Psychiatry. 2000;61(8):549–55.

196. Busby KK, Sajatovic M. Review: Patient, Treatment, and Systems-Level Factors in Bipolar Disorder Nonadherence: A Summary of the Literature. CNS Neurosci Ther. 2010 Oct;16(5):308.

197. Bo Q, Tian L, Li F, Mao Z, Wang Z, Ma X, et al. Quality of life in euthymic patients with unipolar major depressive disorder and bipolar disorder. Neuropsychiatr Dis Treat. 2019;15:1649.

198. Russo J, Roy-Byrne P, Reeder D, Alexander M, Dwyer-O'Connor E, Dagadakis C, et al. Longitudinal assessment of quality of life in acute psychiatric inpatients: reliability and validity. J Nerv Ment Dis. 1997 Mar;185(3):166–75.

199. Vojta C, Kinosian B, Glick H, Altshuler L, Bauer MS. Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder. Compr Psychiatry. 2001;42(3):190–5.

200. Yatham LN, Lecrubier Y, Fieve RR, Davis KH, Harris SD, Krishnan AA. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. Bipolar Disord.2004 Oct;6(5):379–85.

201. Namjoshi MA, Rajamannar G, Jacobs T, Sanger TM, Risser R, Tohen MF, et al. Economic, clinical, and quality-of-life outcomes associated with olanzapine treatment in mania: Results from a randomized controlled trial. J Affect Disord. 2002 May 1;69(1–3):109–18.

202. Özer S, Uluşahin A, Batur S, Kabakçi E, Saka MC. Outcome measures of interepisode bipolar patients in Turkish sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002;37(1):31–7.

203. Sierra San Miguel P, Livianos L, Rojo L. Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. Bipolar Disord. 2005 Apr;7(2):159–65.

204. Ishak WW, Brown K, Aye SS, Kahloon M, Mobaraki S, Hanna R. Health-related quality of life in bipolar disorder. Bipolar Disord. 2012;14(1):6–18.

205. Gümüş F, Çakır S, Kesebir S, Michalak EE, Murray G. Psychometric properties of the Turkish Version of the Brief Quality of Life in Bipolar Disorder (Brief QoL.BD) Scale. J Psychiatr Nurs. 2018;9(3):170–4.

206. Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. Qual Life Res. 2006 Feb;15(1):25–37.

207. Nunes KG, da Rocha NS. Resilience in severe mental disorders: correlations to clinical measures and quality of life in hospitalized patients with major depression, bipolar disorder, and schizophrenia. Qual Life Res. 2022 Feb 1;31(2):507–16.

208. Abajobir AA, Kisely S, Williams G, Strathearn L, Clavarino A, Najman JM. Does substantiated childhood maltreatment lead to poor quality of life in young adulthood? Evidence from an Australian birth cohort study. Qual Life Res. 2017 Jul 1;26(7):1697–702.

EKLER

EK-1.

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sizi Dr.Merve Sinem Cesur ve Prof. Dr.Filiz İZCİ tarafından yürütülmesi planlanan "Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik Dayanıklılık, Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi '' isimli çalışmada yer almaya davet ediyoruz. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmamızda, bipolar bozukluk tanılı kişilerde duygudurum dalgalanmalarının normal popülasyona göre daha fazla ve daha şiddetli olabileceği de göz önünde bulundurularak bu kişilerde yaşantılanan çocukluk çağı travmalarının hayatın ilerleyen dönemlerinde kişilerin yaşam kalitesi, psikolojik dayanılıkları ve tedavi uyumu ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz.

Araştırmada, araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formu, araştırma ile ilgili anket ve ölçekler kullanılacaktır, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde bu ölçek ve formları doldurmanız beklenmektedir. Bu çalışmaya katılarak hastalığınız ile ilgili daha fazla veri toplanmasına katkıda bulunabilirsiniz.

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 bu formu imzalamanız yeterli olacaktır.

Bu araştırmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavisi süren 18-65 yaş aralığında, Bipolar bozukluk tanısı olan, içerme ve dışlama kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 80 hasta alınması planlanmıştır.Araştırmada hastalığınız açısından güvenli olmayan bir müdahale ya da girişim olmayacaktır. Bu inceleme sırasında herhangi bir komplikasyon veya yan etki beklenmemektedir. Kişisel bilgileriniz araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz araştırma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, sonuçlar hakkında bilgi isteyebilirsiniz. Çalışmanın sonuçlarını öğrenmek istiyorsanız lütfen araştırmacıya formları doldururken bildiriniz. Araştırma sonuçları araştırma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Herhangi bir zamanda araştırmadan gerekçeli ve gerekçesiz olarak ayrılabilir, daha detaylı bilgi almak isterseniz verilen iletişim kanallarından araştırmacılara ulaşabilirsiniz.

Dr.Merve Sinem Cesur Telefon: ……. Mail: ……..

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Dr.Merve Sinem Cesur ve Prof.Dr.Filiz İzci tarafından yapılacağı belirtilen "Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik Dayanıklılık,Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi '' isimli araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler sözlü ve yazılı olarak bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bahsedilen araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı	**Katılımcı ile görüşen hekim**
Adı soyadı:	Adı soyadı:
Adres:	Adres:
Tel:	Tel:
Tarih:	Tarih:
İmza:	İmza:

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. İş birliğine 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 DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

EK-4

YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

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

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği Devamı

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...

	Birbirinden bağımsız						Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş

18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ...

	Zayıftır						Güçlüdür

19. Yargılarıma ve kararlarıma ...

	Çok fazla güvenmem						Tamamen güvenirim

20. Geleceğe dönük amaçlarım ...

	Belirsizdir						İyi düşünülmüştür

21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...

	Günlük yaşamımda yoktur						Günlük yaşamımı kolaylaştırır

22. Yeni insanlarla tanışmak ...

	Benim için zordur						Benim iyi olduğum bir konudur

23. Zor zamanlarda, ailem ...

	Geleceğe pozitif bakar						Geleceği umutsuz görür

24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...

	Bana hemen haber verilir						Bana söylenmesi bir hayli zaman alır

25. Diğerleriyle beraberken

	Kolayca gülerim						Nadiren gülerim

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

	Birbirlerini desteklemez biçimde						Birbirlerine bağlı biçimde

27. Destek alırım

	Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden						Hiç kimseden

28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır

	Her şeyi umutsuzca gören bir						Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma

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

	Zordur						Kolaydır

30. İhtiyacım olduğunda ...

	Bana yardım edebilecek kimse yoktur						Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır

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

	Başa çıkmaya çalışırım						Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır

32. Ailemde şunu severiz ...

	İşleri bağımsız olarak yapmayı						İşleri hep beraber yapmayı

33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...

	Yeteneklerimi beğenirler						Yeteneklerimi beğenmezler

EK-5.

MORİSKY TEDAVİ UYUM ÖLÇEĞİ

İki Uçlu Bozukluk sorununuz için ilaç kullandığınızı belirttiniz. Bireyler kendilerinin ilaç kullanma davranışlarıyla ilgili çeşitli konuları tanımladılar. Bu çerçevede sizin ilaç kullanma konusundaki deneyimleriniz bizim için önemlidir. Aşağıdaki yer alan sorularda doğru veya yanlış cevap yoktur. Bu hastalığınızla (İki uçlu bozukluk) ilgili sizin kişisel ilaç kullanma deneyiminize dayanarak aşağıdaki her bir soruyu cevaplandırınız.

SIRA NO	Lütfen her maddeyle ilgili düşüncenizi yandaki kutuya işaretleyiniz.	**EVET**	**HAYIR**
1	İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?	O	O
2	İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?	O	O
3	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz olur mu?	O	O
4	Bazen ilacınızı aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?	O	O

EK-6.

BİPOLAR BOZUKLUKTA YAŞAM KALİTESİ ANKETİ (UZUN FORM)

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.Çok enerjiğim.	1	2	3	4	5
2. Yeteri kadar egzersiz yapıyorum.	1	2	3	4	5
3. Kendimi fiziksel olarak iyi hissediyorum.	1	2	3	4	5
4. Cinsel hayatımdan memnunum.	1	2	3	4	5
5. Dinlenmiş olarak uyanıyorum.	1	2	3	4	5
6. Yataktan kalkma ile ilgili sorunlar yaşamıyorum.	1	2	3	4	5
7. Yeterli miktarda uyuyorum.	1	2	3	4	5
8. Uyku düzenime uyuyorum.	1	2	3	4	5
9. Kendimi mutlu hissediyorum.	1	2	3	4	5
10. Yaptığım şeylerden her zaman ki kadar zevk alıyorum.	1	2	3	4	5

11. Sorunlarla baş edebileceğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
12. Duygusal yönden dengeli olduğumu hissediyorum.	1	2	3	4	5
13. Net şekilde düşünüyorum.	1	2	3	4	5
14. Konsantre oluyorum.	1	2	3	4	5
15. Hafızamla ilgili sıkıntılar yaşamıyorum.	1	2	3	4	5
16. Zorlanmadan plan yapıyorum.	1	2	3	4	5
17. Boş zaman uğraşlarımdan zevk alıyorum.	1	2	3	4	5
18. Boş zaman uğraşlarıma ilgi duyuyorum.	1	2	3	4	5
19. Boş zaman uğraşılarımı yaparken eğleniyorum.	1	2	3	4	5
20. Yaratıcılığımı ifade ediyorum.	1	2	3	4	5
21. Başkalarıyla zaman geçirmekten hoşlanıyorum.	1	2	3	4	5
22. Sosyal ilişkilerimle ilgileniyorum.	1	2	3	4	5
23. Anlamlı arkadaşlıklar kuruyorum.	1	2	3	4	5
24. Bir arkadaşımla duygularımı veya sorunlarımı paylaşabiliyorum.	1	2	3	4	5
25. Hayatımın manevi yönünden memnunum.	1	2	3	4	5

26. Manevi yaşamımı istediğim gibi ifade ediyorum	1	2	3	4	5
27.İnançlarımın gereğini dilediğim gibi yerine getiriyorum.	1	2	3	4	5
28.İbadetlerimi yerine getiriyorum.	1	2	3	4	5
29.Temel ihtiyaçlarım için yeteri kadar param var.	1	2	3	4	5
30.Fazla harcamalar için yeterince param var.	1	2	3	4	5
31. Ekonomik yönden kendimi güvende hissediyorum.	1	2	3	4	5
32. Borçlarımla ilgili zorluklar yaşamıyorum.	1	2	3	4	5
33. Günlük ev işlerimi yapıyorum.	1	2	3	4	5
34. Evimin çevresinde vakit geçiriyorum.	1	2	3	4	5
35. Evimi düzenli tutuyorum.	1	2	3	4	5
36. Evimi temiz tutuyorum.	1	2	3	4	5
37. Bana saygı duyulduğunu hissediyorum.	1	2	3	4	5
38. Başkaları tarafından kabul edildiğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
39. Başka insanlar kadar faydalı biri olduğumu hissediyorum.	1	2	3	4	5

40. Damgalanma ile baş edebileceğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
41.Özgür olduğumu hissediyorum.	1	2	3	4	5
42. Kendimi evimde güvende hissediyorum.	1	2	3	4	5
43.İstediğim yere özgürce seyahat ediyorum. (Kendi arabamla/Toplu taşıma, araç kullanarak, vb.)	1	2	3	4	5
44. Başkalarının özgürlüğümü kısıtlamadığını hissediyorum.	1	2	3	4	5
45. Güçlü bir kişilik duygusuna sahibim.	1	2	3	4	5
46. Gerçekte ne olduğumla ilgili kesin/net bir düşünceye sahibim.	1	2	3	4	5
47. Neyi isteyip neyi istemediğim konularında düşüncelerim nettir.	1	2	3	4	5
48. Hayatımı kontrol edebiliyorum.	1	2	3	4	5
Şu anda gelir getiren ya da gönüllü bir işte çalışıyor musunuz? Lütfen işaretleyiniz; ☐ Evet ☐ Hayır Cevabınız evet ise aşağıdakileri işaretleyiniz.					
49.İşteki yeteneklerime güveniyorum.	1	2	3	4	5

50.İşimin gerektirdiklerini yerine getiriyorum.	1	2	3	4	5
51. Yaptığım işin kalitesinden memnunum.	1	2	3	4	5
52.İşyerinde güvenilir biriyim.	1	2	3	4	5

Şu anda okula (eğitimsel faaliyete) devam ediyor musunuz?

Lütfen işaretleyiniz; ☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evet ise aşağıdakileri işaretleyiniz.

53. Okuldan (eğitimsel faaliyetlerden) zevk alıyorum.	1	2	3	4	5
54. Kendimi okulumu (eğitimsel faaliyeti) bitirme konusundakararlı hissediyorum.	1	2	3	4	5
55. Okulumda her zamanki standartlarımı gerçekleştirebiliyorum.	1	2	3	4	5
56. Eğitimsel faaliyetleri yeterli olarak yerine getiriyorum.	1	2	3	4	5

EK-7.

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

A. Kişisel bilgiler

1.Adınız Soyadınız :

2.Adres: ……

3.Telefon: .....

4. Cinsiyet: 1.Kadın ( ) 2.Erkek ( ) 3.Non binary ( )

5.Doğum yılınız ve yeri: .....

6.Medeni durumunuz : 1.Bekar ( ) 2.Evli ( ) 3.Boşanmış ( )
4.Dul ( )

7. Çocuğunuz sayısı 1.Yok ( ) 2.Var ( )

8. Kaç kardeşsiniz? .....

9. Eğitim durumunuz nedir ? 1.İlkoku ( ) 2.Ortaokul ( ) 3.Lise ()
4.Yüksekokul ( ) 5 .Üniversite ( ) 6.Yükseklisans ( ) 7.Doktora ( )

10. Çalışıyor musunuz? 1.Çalışmıyor ( ) 2.Çalışıyor ( )
.....

11. Sosyoekonomik düzeyinizi nasıl tanımlarsınız ? Düşük ( ) Orta ( )
Yüksek ( )

12.Fiziksel Aktivite Düzeyiniz : 1. Yok ( ) 2. Var ( )

B. Alkol-madde kullanımı:

13. Sigara kullanımı: 1.Yok ( ) 2.Var ( ) Süresi ve miktarı :

14. Alkol kullanımı: 1.Yok ( ) 2.Var ( ) Varsa süresi:

15. Hangi alkol türünü ne kadar miktarda tüketirsiniz? .....

16.Madde kullanımı: 1.Yok ( ) 2.Var ( )

C. Eşlik eden hastalıklar :

17. Hastalığınıza ek olarak başka bir psikiyatrik hastalığınız var mı ?

1.Yok ( ) 2.Var ( ) .....

18. Psikiyatri dışı hastalığınız var mı? Var ise nedir?

1.Yok ( ) 2.Var ( ) .....

D. Aile Öyküsü:

19. Ailede bipolar bozukluk tanısı olan var mı? 1.Yok ( ) 2.Var ( )

20. Varsa yakınlık derecesi: .....

21.. Ailede alkol kullanım bozukluğu olan var mı? 1.Yok ( ) 2.Var ( )

22. Varsa yakınlık derecesi: .....

23. Ailede intihar girişimi olan var mı? 1.Yok ( ) 2.Var ( )

24. Varsa yakınlık derecesi .....

25. Ailede intihar sonucu kaybedilen biri? 1.Yok ( ) 2.Var ( )

26. Varsa yakınlık derecesi .....

E. Bipolar bozuklukla ilişkili bilgiler

27. Hastalığınız kaç yaşında başladı ?(ilk net tanı yaşı) ……..

28.İlk atağınız aşağıdakilerden hangisiydi ?

1.Mani(yaklaşık 1 hafta veya daha fazla süren coşkunluk) [ ]

2.Hipomani(3-4 gün süren coşkunluk) [ ]

3.Depresyon [ ]

4.Karma özellikli []

29.Toplam kaç yıldır hastalık tanınız mevcut ? .....

30.Bu zamana kadar kaç tane depresyon atağı geçirdiniz……

31.Bu zamana kadar kaç tane manik atak geçirdiniz? …….

32.Hiç intihar girişiminiz oldu mu,oldu ise kaç kez .....

33.Hastane yatışınız oldu mu? 1.Evet ( ) 2.Hayır ( )

34. Eğer cevabınız evet ise kaç kez yatışınız oldu? .....

35.Hiç EKT (halk arasında şok tedavisi olarak da bilinir) aldınız mı?

Evet [ ] Hayır [ ]

Lütfen zorlandığınız, emin olamadığınız soru varsa hekiminize danışınız, Teşekkürler.