

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI



BİPOLAR BOZUKLUK TANISI KONMUŞ BİREYLERDE
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ
KİŞİLERARASI İLİŞKİ ZORLUKLARI VE SİGARA KULLANIMI
ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Demet CANTÜRK

İSTANBUL –2024

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

BİPOLAR BOZUKLUK TANISI KONMUŞ BİREYLERDE
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ
KİŞİLERARASI İLİŞKİ ZORLUKLARI VE SİGARA KULLANIMI
ÜZERİNDEKİ ETKİSİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Demet CANTÜRK

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Kader BAHAYİ

İSTANBUL –2024

KABUL VE ONAY

Demet CANTÜRK tarafından hazırlanan “Bipolar Bozukluk Tanısı Konmuş Bireylerde Çocukluk Çağı Travmalarının Kişilerarası İlişki Zorlukları ve Sigara Kullanımı Üzerindeki Etkisi” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 26.12.2024 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği ile İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Kader BAHAYİ

.....

Üye

Doç. Dr. Meltem Aslan GÖRDESLİ

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Elif KURTULUŞ ANARAT

.....

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun
tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Doç. Dr. Bülent DEMİR
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Demet CANTÜRK

26.12.2024

ÖNSÖZ

Bu tezin yazılması aşamasında, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Kader BAHAYİ'ye çalışmam boyunca gösterdiği rehberlik, bilgi ve desteği için minnettarım. Akademik ve kişisel gelişimime sağladığı değerli katkı ve emekleri için içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Ayrıca yüksek lisans süreci boyunca bilgi birikimlerini paylaşarak akademik donanımımı geliştirmeme vesile olan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur, Doc. Dr. Anıl GÜNDÜZ ve Dr. Öğretim Üyesi Burcu Sevim'e de şükranlarımı sunarım. Bu sürecin her aşamasında ellerinden gelen her şeyi yapan canım aileme minnettarlığımı sunuyorum. Varlıkları ve destekleri benim için her zaman en büyük güç kaynağı olmuştur. Beni bu süreçte moral olarak her daim yüksek tutan sevgili mesai arkadaşlarıma teşekkür ederim. Ayrıca, bu çalışmanın her aşamasında bana sabır, sevgi ve anlayışla destek olan canım hayat arkadaşına teşekkür ederim. Onun varlığı ve desteği bu çalışmayı tamamlamamda büyük bir motivasyon kaynağı olmuştur.

Demet CANTÜRK

26.12.2024

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KURAMSAL ÇERÇEVE	7
1.1. Bipolar Bozukluk.....	7
1.1.1. Bipolar Bozukluk Tarihçesi.....	7
1.1.2. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi.....	10
1.1.3. Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi.....	11
1.1.4. Bipolar Bozukluğun DSM-5-TR Tanı Ölçütleri.....	16
1.2. Çocukluk Çağı Travmaları.....	19
1.2.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik Etkileri.....	20
1.2.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Nörobiyolojik ve Fizyolojik Etkileri.....	21
1.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Kişilerarası İlişkiler Üzerine Etkisi.....	22
1.2.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Sigara Kullanımı Üzerine Etkisi.....	23
1.3. Kişilerarası İlişki Zorlukları.....	23
1.4. Sigara Kullanımı.....	27
1.4.1. Sigara Kullanımı Etiyolojisi.....	27
1.4.2. Sigara Kullanımının Epidemiyolojisi.....	29
1.4.3. Sigara Kullanımının Fiziksel ve Psikolojik Etkileri.....	30
BÖLÜM 2: GEREÇ VE YÖNTEM	33
2.1. Araştırma Yöntemi.....	33
2.2. Araştırma Evreni ve Örneklem.....	33
2.3. Veri Toplama Araçları.....	34
2.4. Veri Toplama Süreci.....	36
2.5. Veri Analizi.....	36
BÖLÜM 3: BULGULAR	38
3.1. Betimleyici Bulgular.....	38
3.2. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireyler ve Kontrol Grubu ile Yapılan Karşılaştırmalara İlişkin Bulgular.....	45
3.3. Korelasyon Bulguları.....	60
BÖLÜM 4: TARTIŞMA	64

4.1. Sosyodemografik Bilgilerin Bipolar Bozukluk Tanılı Bireyler ve Tanı Konmamış Kontrol Grubu Üzerinde Karşılaştırılması.....	64
4.2. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	67
4.3. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireyler ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Çalışmadaki Değişkenler Açısından Karşılaştırılması.....	69
4.4. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerde Çocukluk Çağı Travmalarının Kişilerarası İlişki Zorluklarına Etkisi	72
4.5. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerde Çocukluk Çağı Travmalarının Sigara Kullanımı Üzerine Etkisi	74
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
KAYNAKÇA	80
EKLER:.....	104
ÖZGEÇMİŞ	112

KISALTMALAR

APA:	Amerikan Psikiyatri Birliği
BB:	Bipolar bozukluk
CTQ:	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DSM :	Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı
ICD:	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
IIP:	Kişilerarası Problemler Ölçeği
FMRI:	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
MDB:	Majör Depresif Bozukluk
MR:	Manyetik Rezonans Görüntüleme

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Bipolar Bozukluk Tanısı Konmuş ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Değişkenlerinin Dağılımına Yönelik Çapraz Tablo ve Ki-kare Bulguları.....	38
Tablo 2. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri Bipolar Hastalarının Tanımlayıcı Bilgileri.....	39
Tablo 3. Bipolar Bozukluk Tanısı ile İlişkili Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri.....	41
Tablo 4. Araştırmada kullanılan ölçeklerin ortalama değerlerine ilişkin betimleyici istatistikler.....	42
Tablo 5. Çocukluk Çağı Travmaları Alt Boyutlarının Karşılaştırıldığı Çok Değişkenli Test Sonuçları.....	45
Tablo 6. Sigara kullanma durumu ve bipolar bozukluk tanısına göre çocukluk çağı travma alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler	46
Tablo 7. Sigara kullanma durumu ve bipolar bozukluk tanısına göre çocukluk çağı travma alt boyutlarına ilişkin MANOVA bulguları.....	49
Tablo 8. Kişilerarası İlişkilerde Problemler Alt Boyutlarının Karşılaştırıldığı Çok Değişkenli Test Sonuçları.....	52
Tablo 9. Sigara kullanma durumu ve bipolar bozukluk tanısına göre kişiler arası ilişkilerde problemler alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler.....	54
Tablo 10. Sigara kullanma durumu ve bipolar bozukluk tanısına göre kişilerarası ilişkilerde problem alt boyutlarına ilişkin MANOVA bulguları.....	57
Tablo 11. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin hastalık ile ilgili değişkenler, çocukluk çağı travmaları ve kişilerarası ilişkilerde problem boyutları arasındaki ilişki.....	60

ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Bipolar Bozukluk Tanısı Konmuş Bireylerde Çocukluk Çağı Travmalarının

Kişilerarası İlişki Zorlukları ve Sigara Kullanımı Üzerindeki Etkisi

Demet CANTÜRK

Yüksek Lisans Tezi

Psikoloji Anabilim Dalı /Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi, Kader BAHAYİ

Aralık, 2024 – 112

Bu çalışmanın amacı çocukluk travmasının bipolar bireylerin kişilerarası ilişkilerini ve sigara kullanımını nasıl etkilediğini incelemektir. Ayrıca demografik ve ölçüm değişkenlerinin kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Çalışmaya Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne başvuran çalışmaya dahil edilme ve çalışmadan dışlanma kriterlerini karşılayan DSM-5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-5) tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk tanısı konmuş 51 hasta ve 48 bipolar bozukluk tanısı konmamış fakat çocukluk çağı travması olan kontrol grubu dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ve daha önce geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33) ve Kişilerarası Problemler Ölçeği (IIP-32) uygulanmıştır. Sonuçlar SPSS programı ile istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Kontrol grubu ile bipolar bozukluk tanısı alan bireyler arasındaki farklılıkları anlamak için çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) kullanılmıştır. Bu analiz, bağımlı değişkenlerin gruplar arasında anlamlı farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için uygulanmıştır. Çalışma verileri ışığında bipolar bozukluk tanılı bireylerin bipolar bozukluk tanısı konmamış kontrol grubuna göre çocukluk çağı travmalarının daha fazla olduğu bulgulanmıştır. Bunun sonucunda da daha fazla kişilerarası zorluk çektikleri ortaya çıkmıştır. Bipolar bozukluk tanılı bireylerde çocukluk travmalarının kişilerarası ilişki problemleri üzerinde etkisinin bulunduğu ortaya konmuştur. Ancak bir diğer değişken olan sigara kullanımı üzerine bipolar bozukluk tanılı bireylerde çocukluk çağı travmalarının etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, çocukluk çağı travmaları, kişilerarası ilişki zorlukları, sigara kullanımı

ABSTRACT

İstanbul Kent University Postgraduate Education Institute

The Impact of Childhood Trauma on Interpersonal Relationship Difficulties and Smoking Behavior in Individuals Diagnosed with Bipolar Disorder

Demet CANTÜRK

Master Thesis

Department of Psychology/ Clinical Psychology

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Kader BAHAYİ

December, 2024 –112

The aim of this study is to examine how childhood trauma affects bipolar individuals' interpersonal relationships and smoking. It is also aimed to compare demographic and measurement variables with the control group. The study included 51 patients diagnosed with bipolar disorder according to the diagnostic criteria of DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) who met the inclusion and exclusion criteria and 48 control group who were not diagnosed with bipolar disorder but had childhood trauma. All participants who agreed to participate in the study were administered the sociodemographic data form prepared by the researcher and the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33) and the Interpersonal Problems Scale (IIP-32), which had been previously validated and reliable. The results were statistically analyzed with SPSS program. Pearson correlation analysis was used to examine the relationships between variables. Multivariate analysis of variance (MANOVA) was used to understand the differences between the control group and individuals diagnosed with bipolar disorder. This analysis was applied to evaluate whether the dependent variables showed significant differences between the groups. In the light of the study data, it was found that individuals diagnosed with bipolar disorder had more childhood traumas than those who were not diagnosed with bipolar disorder. As a result, it was revealed that they had more interpersonal difficulties. It was revealed that childhood traumas had an effect on interpersonal relationship problems in individuals diagnosed with bipolar disorder. However, it was found that childhood traumas had no effect on smoking, another variable, in individuals diagnosed with bipolar disorder.

Keywords: Bipolar disorder, childhood trauma, interpersonal relationship difficulties, smoking

GİRİŞ

Manik-depresif hastalık olarak da tanımlanan bipolar bozukluk, duygusal düşüş (depresyon) ve yükseliş (mani veya hipomani) belirtilerini içeren önemli psikolojik hal değişimleriyle karakterize karmaşık bir ruh sağlığı bozukluğudur. Bu bozuklukta, ruh halinin durumu, yaşanan epizodun şiddeti ve süresine göre tanımlanan, başta bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk ve siklotimik bozukluk gibi alt tipler belirlenmiştir. Bipolar I bozukluk tanısı için en az bir manik atak döneminin olması gerekirken, bipolar II bozukluk tanısı için en az bir majör depresif atak ve tam manik atak beklenmeksizin bir hipomanik atağın olması gerektiği belirtilmiştir (Youngstrom ve ark.,_2010). Dünya Ruh Sağlığı Araştırması Girişimi'ne göre, yaşam boyu yaygınlık olarak bakıldığında bipolar spektrum bozukluklarının dünya çapında yaklaşık %3,6 olduğu düşünülmektedir. Birçok genetik, çevresel, biyolojik ve psikososyal etkenin bipolar bozukluğa neden olduğu bilinmektedir (Merikangas ve ark., 2011).

Çocukluk çağı travmaları, insanların hayatları süresince birçok psikolojik ve fiziksel sağlık sorunlarına neden olabilen kritik bir konu olduğu belirtilmiştir. Çocuğun duygusal veya fiziki açıdan kötü yönde etkilendiği bir olay yaşamasına çocukluk çağı travması denir. Travmatik olaylar sonucunda, hem kişi o anda fiziksel ve duygusal zarar görür hem de kişinin kendisine ve dünyaya olan bakış açısı yeniden şekillendiği ve nihayetinde bu durum gelecek yaşantısında tahribat olduğu ifade edilmiştir. Çocukluk çağı travmalarının sonucunda, kişinin biyolojik yapısını etkileyen durumların gelişebileceği belirtilmiştir. Erken dönemdeki yaşanmış olumsuz deneyimler nörogelişim düzeyinin düzgün bir şekilde biçimlenmesini engellediği öne sürülmüştür. Çocuk yaşta şiddete, ihmale veya istismara maruz kalmak, gelişmekte olan beynin yapısını bozduğu belirtilmiştir (Spaletta ve ark., 2020).

Çocukluk travmasının sonucu olarak çocukta korku oluşabileceği ileri sürülmektedir. Bu korku durumlarının çok önemli psikolojik ve fiziksel sonuçları olduğu belirtilmektedir. Bu etkiler nedeniyle çocuklar duygusal, sosyal ve bilişsel deneyimleri farklı algılayabildikleri ifade edilmiştir. Bunun sebebi beyin artık bu durumlara devamlı bir uyarılmışlık halinde yanıt vermesi olarak bildirilmiştir. Travmanın etkisiyle değişime uğrayan beyin yapısı nedeniyle sürekli tetikte olan çocukta, deneyimlenen durum ve yeni gelen bilgiler sakin bir çocuğa göre farklı algılandığı

belirtilmiştir (Spaletta ve ark; 2020; Pinheiro, 2006; Perry, 2001). Böylece erken travmatik olayların psikopatoloji oluşturmaları sonucuyla karşılaşıldığı ifade edilmiştir. Psikiyatrik hastaların genellikle ileriki dönemde psikopatolojik davranışlara neden olan şiddetli ve tekrarlanan çocukluk çağı travmatik deneyimleri belirttiklerine dair bir kanı olduğu belirtilmiştir. Çocukluk çağındaki travmatik durumlar ile duygudurum ve kaygı bozuklukları, madde kullanımı, psikoz ve yeme sorunları gibi psikopatolojik durumlar arasında bağlantı olduğu vurgulanmıştır (Spaletta ve ark; 2020). Bipolar bozukluk tanılı bireylerin genelde çocuklukta olumsuz durumlar yaşadıkları bilinmektedir. Örneğin, bipolar bozukluk hastaların %51'inin çocukluk döneminde kötü muameleye maruz kaldıkları saptanmıştır. Özellikle çocukluk döneminde duygusal istismara maruz kalma yoğunluktadır. Çocukluk çağı travmalarının bipolar bozuklukta daha şiddetli prognoz oluşturduğu vurgulanmıştır. Erken travmatik deneyimlerin bipolar bozukluğun daha şiddetli hale gelmesine neden olduğu bildirilmiştir (Garno ve ark., 2005). Bu yüzden bipolar bozukluk tanılı bireylerin çocukluk çağı travma geçmişlerini rutin olarak değerlendirmek oldukça kritik olduğu bildirilmiştir. Çünkü, bu tür deneyimlerin varlığının bilinmesiyle hastalığın klinik seyrinin neden daha da kötüleştiği saptanmıştır (Garno ve ark., 2005; Marwaha ve ark., 2019).

Myasishev (1995) çalışmasında, kişilerarası ilişkilerin sağlıklı olup olmaması insanların diğer insanlara yönelik beklentilerine ve tutumlarına bağlı olduğunu belirtmiştir. Bu beklenti ve tutumlar nedeniyle insanlar değerlendirilir. Kişilerarası ilişkilerde bir başka kişi nesne olarak kabul edilir. Kişilerarası ilişkilerde birçok belirleyici etken vardır; bunlardan birkaçı yaş, kişisel özellikler, toplum kültüründeki değişiklikler ve mesleki tercih olduğu bildirilmiştir. Kişilerarası ilişki zorlukları, bireylerin başkalarıyla sağlıklı ilişkiler kurma ve sürdürmede karşılaştıkları zorluklardır. Bu zorluklar, iletişim ve duygu düzenleme becerisinin eksikliği ve yanlış anlamalar veya karşılanmayan beklentilerden kaynaklanan çatışmalar gibi çeşitli şekillerde ortaya çıktığı öne sürülmüştür. Bu tür zorluklar bireyin sosyal hayatını, duygusal iyi oluş halini ve genel yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği belirtilmiştir (Myasishev, 1995).

Sigara kullanımı, kardiyovasküler hastalıklara, solunum yolu hastalıklarına ve birçok kanser türüne yakalanmaya sebep olduğu için halk sağlığını tehdit eden bir sorun olarak bilinmektedir. Sigara kullanımının dinamikleri sosyal, çevresel unsurlar ve psikolojik unsurlar gibi bir dizi faktörden etkilenmektedir. Sigara kullanmak için birçok motivasyon bulunmaktadır. Sigara

kullanma ihtiyacı, stres veya istenmeyen olumsuz duygularla başa çıkma aracı olarak görülebilirken, bazen de alışkanlık veya keyif için sigara kullanıldığı ileri sürülmüştür. Bu durumlar sigara içmeyi bırakmayı zorlaştıran etkenlerdir. Çünkü sigara kullanan bireyler tarafından, sigara kullanmanın anksiyete ve duygusal sıkıntıyı giderdiği ve anlık haz verdiği düşünülmektedir (Gonzalez ve ark., 2008).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaşamdan aldıkları keyif, özellikle sosyal ilişkiler açısından, sağlıklı bireylere göre daha az olduğu saptanmıştır. Bipolar spektrum bozuklukları tanılı bireyler sosyal ortamlardan kendilerini soyutladıkları ve sonucunda yalnızlık hissettikleri için kişilerarası ilişkilerde bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulgulanmıştır (Sanchez-Moreno ve ark., 2009). Bipolar bozukluk tanılı bireylerin kişilerarası ilişkilerde zorlandıkları bilinmektedir ve genellikle manik veya depresif dönemlerde görülen iletişim sorunları, dürtüsellik ve sinirlilik sosyal ilişkilerini daha da olumsuz hale getirdiği bildirilmiştir (Rocca ve ark., 2008).

Araştırmalar bipolar bozukluk hastalarında görülen anksiyete ve depresyon semptomlarını azaltmak için bipolar bozukluk tanılı bireylerin sigara kullandığını saptamıştır. Nikotin anlık olarak psikolojik duruma ve bilişsel işlevlere iyi gelmesi ve sigara kullanımının geçici olarak iyileştirici etkisinin olduğu bildirilmiştir. Bu duruma kendi kendine tedavi anlayışı dendiği ileri sürülmüştür (Estrada ve ark., 2015; Whitton ve ark., 2021).

Çocukluk çağı travmalarının neden olduğu birçok istenmeyen durum vardır. Çocukluk dönemlerinde içedönük özelliklere sahip kişilerin fiziksel veya duygusal istismara maruz kalmışsa, kişilerarası ilişkilerinde problemler yaşama ihtimallerinin daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Çabuk, 2015). Ayrıca, çocukluk travması yaşantısının şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı olan bireylerde sigara kullanımıyla önemli derecede ilişkili olduğu saptanmıştır (Lunding ve ark., 2023).

Araştırmanın Amacı:

Bipolar bozukluk, duygudurum dalgalanmaları ve kişilerarası ilişkilerde zorluklarla karakterize edilen bir ruhsal bozukluktur. Çocukluk çağı travmalarının, özellikle duygusal, fiziksel ve cinsel istismarın, bu bozukluğun gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Hett

ve ark., 2022). Aynı zamanda, çocukluk travmalarının sigara kullanımı gibi sağlıksız başa çıkma stratejilerini artırabileceği düşünülmektedir. Bipolar bozuklukta yaşanan ilişki sorunlarının sigara kullanımını tetikleyip tetiklemediği ve bu süreçte travma deneyimlerinin rolünün ne olduğu, henüz yeterince araştırılmamış bir alandır. Bu çalışma, çocukluk travmasının bipolar bireylerin kişilerarası ilişkilerini ve sigara kullanımını nasıl etkilediğini incelemeyi amaçlamaktadır.

Araştırmanın Önemi:

Bu çalışma, erken dönem olumsuz deneyimler ile bunların psikolojik sağlık ve davranışsal sonuçlar üzerindeki etkileri arasındaki etkileşimi anlamak açısından önem taşımaktadır. Çocukluk çağı travmalarının duygusal düzenleme, kişilerarası beceriler ve başa çıkma mekanizmalarında önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Bu araştırma, bipolar bozukluğu olan bireylere odaklanarak, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının sağlıklı ilişkiler sürdürme konusundaki zorlukları artırıp artırmadığına ve sigara içme gibi uyumsuz davranışlara katkıda bulunup bulunmadığına ışık tutmaktadır.

Bu çalışmanın bulguları, hedeflenen tedavi yöntemleri ve terapötik müdahaleleri oluşturmak için çok önemlidir. Çocukluk çağı travması ile kişilerarası veya sigara içme gibi sağlıksız baş etme yöntemleri arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması, bipolar bozukluğun hem duygusal hem de davranışsal boyutlarını ele alan kapsamlı tedavi planlarının geliştirilmesinde klinisyenlere yol gösterebilir. Ayrıca, bu çalışma, özel destek ve müdahale stratejileri yoluyla bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan ruh sağlığı uygulamalarında travmaya duyarlı bakımın önemini vurgulamaktadır.

Araştırmanın Sayıtları:

- Araştırmada Gönüllü Katılım Formu, Demografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33), Kişilerarası Problemler Ölçeği (IIP-32) kullanılmıştır. Bu ölçeklere katılımcıların samimi ve gerçekçi ve objektif bir şekilde cevap verdikleri varsayılmaktadır.
- Örneklemin, araştırmanın hedef evrenini yeterli bir biçimde temsil ettiği kabul edilmiştir.

- Katılımcıların, sosyo-demografik bilgi formunda verdikleri cevapların doğruluğu varsayılmaktadır.
- Çalışmaya katılan bireylerin, gönüllü ve istekli bir şekilde katıldıkları kabul edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları:

- Araştırma değişkenlerinin ölçümü kullanılan ölçekler ile sınırlıdır.
- Araştırma İstanbul ilinde yaşayan bipolar bozukluk tanısı konmuş Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören ve bipolar bozukluk tanısı konmamış 18-65 yaş aralığındaki katılımcılarla sınırlandırılmıştır.
- Araştırma sonuçları kullanılan istatistiksel analizlerle sınırlıdır.

Araştırmanın Problemi:

Bu araştırmanın problemi, çocukluk çağı travmasının bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerde kişilerarası ilişki zorluklarına ve sigara kullanımına nasıl etki ettiğini belirlemek ve bu etkiler arasında olası aracı faktörleri incelemektir.

Araştırma Soruları:

1. **Soru 1:** Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerde çocukluk çağı travması, kişilerarası ilişki sorunlarını nasıl etkiler?
2. **Soru 2:** Çocukluk çağı travması yaşamış bipolar bireyler ile Çocukluk çağı travması yaşamış bipolar olmayan bireyler arasında sigara kullanımı sıklığında fark var mıdır?
3. **Soru 3:** Çocukluk çağı travması ile kişilerarası ilişkilerdeki sorunlar ve sigara kullanımı arasında bir aracı (mediatör) ilişki var mıdır?

Bu çalışmanın amacı, çocukluk çağı travmalarının bipolar bozukluğa sahip bireylerin kişilerarası ilişkileri üzerindeki etkisini ve bu ilişkilerin sigara kullanımıyla bağlantısını ortaya koymaktır. Ayrıca, çocukluk travması, kişilerarası ilişkiler ve sigara kullanımı arasındaki olası aracı mekanizmalar araştırılacaktır.

Hipotezler:

- 1. Hipotez 1:** Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerde çocukluk çağı travması, kişilerarası ilişkilerde bozulmaya yol açar.
- 2. Hipotez 2:** Bipolar bozukluk tanısı konmuş ve çocukluk çağı travması yaşamış bireylerde sigara kullanımını daha yaygındır.
- 3. Hipotez 3:** Çocukluk travması bildiren bipolar bozukluk tanısı konmuş bireyler, çocukluk travması bildiren bipolar bozukluk tanısı konmamış bireylerden kişilerarası ilişki zorlukları açısından pozitif yönde anlamlı bir şekilde fazladır.

Beklenen Bulgular ve Katkıları:

Bu çalışmanın, çocukluk travmalarının bipolar bireylerde kişilerarası ilişki sorunlarına ve sigara kullanımına nasıl etki ettiğine dair önemli veriler sunması beklenmektedir. Çalışma, ruh sağlığı profesyonellerine, bireylerin sigara kullanımını ve ilişki zorluklarını yönetmeleri için uygun müdahale yöntemleri geliştirmeleri konusunda yol gösterebilir. Ayrıca, travma temelli terapötik yaklaşımların önemini vurgulayarak klinik pratiğe katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

BÖLÜM 1: KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk, manik veya hipomanik dönemlerin depresyon dönemleriyle dönüşümlü olarak kronik şekilde görüldüğü bir psikopatoloji olarak tanımlanmıştır. Mani veya hipomani dönemlerinde fikir uçuşmaları (bireyin kendi düşünce hızına yetişememe durumu), aşırı sinirlilik ve tahammülsüzlük, uyku ihtiyacında azalma (örneğin, günde yalnızca 3 saat uyuyarak enerjik bir şekilde günü geçirebilme), büyüklenmecilik, konuşma ihtiyacında artış (basınçlı ve yüksek ses tonunda konuşma), plan oluşturma ve bu yönde çalışmaya başlama, tamamlanamayan projelerin varlığı ve riskli haz verici eylemlere yönelme (örneğin, tehlikeli araç kullanımı, rastgele korunmasız cinsel ilişki yaşama) gibi klinik özelliklerin görüldüğü belirtilmiştir. Depresyon döneminde ise daha önce haz alınan durumlara karşı isteksizlik ve haz alamama, karamsarlık, enerji düşüklüğü, ölüm ve intihar düşünceleri ile uyku ihtiyacında artış gibi belirtilerin ortaya çıktığı bildirilmiştir. Bipolar bozukluk, bipolar duygudurum bozukluğu olarak da adlandırılmakta ve dünya genelinde engelliliğe en yaygın neden olan 10 hastalık arasında yer aldığı belirtilmektedir (Jain, 2023; Baytunca ve ark., 2014).

1.1.1. Bipolar Bozukluk Tarihçesi

Bipolar bozukluk, klasik dönem Yunan hekimlerinin görüş ve çalışmalarıyla kavramsallaştırılmış ve belirtileri ortaya konulmuş bir hastalıktır. Mani ve melankoli, semptomları ve bulguları tanımlanan en eski hastalık durumlarından ikisi olarak bilinmektedir. Depresyon ve taşkın ruh hali gibi durumların, Hipokrat öncesi dönemdeki filozoflar ve hekimler tarafından tanımlandığı belirtilmiştir. Homeros'un şiirlerindeki kahramanlar, Kapadokyalı Aretaeus ve eski Yunan hekimleri ile filozofları (örneğin Aristoteles), melankoli ve mani kavramlarını açıklamak için kullanılmıştır. Ancak, mani ve melankoliyi kapsamlı bir şekilde tanımlayan ilk hekimin Hipokrat (MÖ 460-337) olduğu ifade edilmiştir (Angst ve Marneros, 2001).

On dokuzuncu yüzyılın ortalarında manik-depresif hastalığın tek bir hastalık olduğu açık ve kapsamlı bir şekilde kavranmıştır. Falret ve Baillarger, mani ve depresyon psikolojik durumlarının tek bir hastalıkta toplanabileceği düşüncesini birbirlerinden bağımsız olarak ve neredeyse eşzamanlı olarak ortaya koydukları belirtilmektedir (Goodwin ve Redfield, 2007).

Falret'in (1854) döngüsel delilik tanımlamasını koyduğu hastaları, saplantılı-obsesif ve sıradan mani diye tabir edilen hasta gruplarından ayırması amacıyla ilk kez saf bipolar bozukluk hastalığı olan bir çalışma popülasyonunu ortaya koydukları bildirilmiştir. Manik-depresif bozukluk diye bir psikiyatrik hastalığın 1800'lerden beri tanımının varlığı Falret'in döngüsel delilik tanımıyla bu bozukluğun bilinmesi sağlanmıştır (Sedler,1983). Aynı yıl Baillarger (1854) "çifte deliliği" (*la folie à doubleforme*) tanımlayarak depresif ve manik dönemlerin iki farklı atak olmadığını, aynı atağın iki farklı aşaması olduğunu saptamıştır. Kısacası, böylece ataklar arası net bir tam iyileşme dönemi olsun ya da olmasın döngüsellik açıklanmıştır (Goodwin ve Redfield, 2007).

Altıncı yüzyılda mani ve melankoli tekrarlayan döngüler olarak bilindiği; ancak, 1899'da Kraepelin mani- depresif delilik terimini ve klinik tablosunu ortaya koyduğu belirtilmiştir. Emil Kraepelin, 1913 yılında, melankolinin belirtilerini manik-depresif hastalık başlığı altında birleştirmiştir. Kraepelin, mani-depresif delilik hastalığını demans praecox'tan (şizofreni) ayıran temel özellikleri vurgulamıştır: daha olumlu bir prognozunun olması, episodik ya da periyodik ilerlemesi, ve geçmişte semptomların görülme öyküsüne rastlanması olarak ele almıştır. Kraepelin, bu psikopatolojiyi coşku ve depresyon dönemlerinin yanı sıra bu dönemler arasında yer alan nispeten normal, hastanın iyi olduğu süreçlerle tariflenen bir döngü olarak belirtmiştir. Günümüzde bu hastalık bipolar bozukluk olarak tanınmakla birlikte, mani-depresyon teriminin de hala kullanılmakta olduğu görülmektedir (Hooley ve ark., 2021; Goodwin ve Redfield, 2007).

Bleuler (1924), manik-depresif hastalık ile dementia praecox (şizofreni) arasındaki ilişkiyi keskin sınırlarla ayırtırmak yerine, bu iki hastalığın bir süreklilik içinde bulunduğunu savunarak Kraepelin'in bu konu hakkındaki düşüncelerinden ayrılmıştır. Bleuler, bir hastanın hastalık spektrumundaki yerini, zaman zaman yaşadığı şizofrenik belirtilerin sayısına göre belirlendiğini açıklamıştır (Goodwin ve Redfield, 2007). Ayrıca, duygusal belirtilerin sadece bu hastalığa ait belirteçler olmadığını düşünmüştür. Kraepelin'in manik-depresif hastalık tanımlamasını daha da kavramsallaştıran Bleuler, bu hastalığı alt kategorilere ayırmış ve affektif hastalık terimi adlandırmasıyla daha da genişletmiştir. Bleuler'in tanımlamaları, Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması'nın (ICD) 8. ve 9. baskılarında ve Diagnostik ve İstatistik El Kitabı'nın (DSM-I ve DSM-II) ilk versiyonlarında yer almıştır. Bleuler'in affektif hastalık alt kategorileri, klasik manik-depresif hastalığını daha ayrıntılı alt kategorilere ayırmıştır. Bu bağlamda, bipolar ve unipolar

bozukluğun farklı yönlerini tanımlayarak, bu teşhislerin temel belirti farklılarını ortaya koydukları belirtilmiştir (Goodwin ve Redfield, 2007).

DSM'in ilk iki versiyonunda, bipolar bozukluğun ayrı bir kategorisi olmadığı ifade edilmiştir. Manik-depresif reaksiyon olarak psikotik bozukluklar başlığı altında kategorize edilmiştir. O yıllarda, manik ataklar ve depresyon ayrı ayrı değerlendirilmiş; tek bir hastalık tanısı olarak belirlenmemiştir (APA, 1952; APA 1968; Goodwin ve Redfield, 2007). Bipolar ve unipolar ayrımı, Amerikan tanı sistemine resmen 1980 yılında DSM-III'te yer almıştır. Bu ayrım, daha sonra DSM-IV'e aktarılmış ve uluslararası düzeyde ICD-10'da açıkça belirtilmiştir. Bipolar bozukluk, depresif bozuklukların alt kategorisi olmadığı ve ayrı bir hastalık olduğu tanımlanmıştır. DSM-III'te ilk defa "manik-depresif bozukluk" değil "bipolar bozukluk" terimi açıklanmıştır. Ayrıca bipolar bozukluk sınıflandırılmış, iki alt kategoriye ayrılmıştır: "Bipolar I" ve "Bipolar II". Ayrıca, hastalığın tanımlanmasında döngüsel özelliklerden ziyade manik ve depresif epizodlar arasındaki polariteye odaklanılmıştır. (APA, 1980; Goodwin ve Redfield, 2007).

Bipolar bozukluğun daha ayrıntılı bir şekilde açıklanması DSM-IV'te gerçekleşmiştir. Bipolar Bozukluk'a "Bipolar I", "Bipolar II" ve "Siklotimik Bozukluk" alt ketegorileri getirilmiştir. Ayrıca, karma dönemler ve hipomani kavramları açıklanmıştır. DSM-IV-TR versiyonunda, bipolar bozukluk ve depresyon arasındaki farklar daha ayrıntılı ve keskin çizgilerle açıklanmıştır (APA, 1994; APA, 2000). DSM-5'te, Bipolar Bozukluk "Duygudurum Bozuklukları" kategorisinden çıkarılmıştır. Bu bozukluk için ayrı bir başlık açılmıştır. Bu değişiklikle beraber bipolar bozukluğun depresif bozukluklardan ayrımı daha da belirgin hale gelmiştir. Ayrıca, hızlı döngü ve karma özellikler terimleri daha ayrıntılı ve belirgin açıklanmıştır. DSM-5'te bipolar bozukluk manik dönemin varlığına göre sınıflandırmaya devam ettirmiştir; ancak karma dönemler ek belirtisini de eklenmiştir. Karma özellikler, aynı anda hem depresif semptomlar hem de manik/hipomanik semptomlar göstermesini ifade eder. Yani DSM-5'le birlikte mani ya da depresyon dönemlerinin tam kriterlerini karşılamak zorunda olmadığı bildirilmiştir. Bu konuda daha esnek bir yaklaşım getirilmiştir (APA,2013). DSM-5-TR'de manik ve hipomanik dönemlerin diğer psikotik bozukluklarla olan benzer ve farklı yönleri ayrıntılandırılmıştır. Bu dönemlerde görülebilen psikotik bulgular daha iyi açıklanmış ve böylece şizofreni veya diğer psikotik bozukluklardan ayrışması sağlanmıştır (APA,2022).

1.1.2. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi

Bipolar bozukluk yıkıcı ve ciddi bir psikiyatrik hastalık olduğu belirtilmiştir. Yaşam boyu görülme riski %4 olduğu bilinmektedir. Bipolar bozukluğun yıkıcı bir hastalık olduğu, hastaların yaşam boyu intihar risklerinin %20 oranında olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Bengesser ve Reininghaus, 2013). Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre bipolar bozukluk yaygınlığı %0,92 olduğu saptanmıştır (Binbay ve ark., 2012).

Bipolar bozukluğun alt tiplerine göre hastalığın başlangıç ortalama yaşına bakıldığında Bipolar Bozukluk I’in ortalama başlangıç yaşı 18,4, Bipolar Bozukluk I ve Bipolar Bozukluk II beraber ele alındığında ortalama başlangıç yaşı 20,0 olduğu bulgulanmıştır (Merikangas ve ark., 2011). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise bipolar bozukluk hastalığının ortalama başlangıç yaşı 24- 27 arasında olduğu saptanmıştır (Gültekin ve ark.,2014).

Geniş örneklemlili çalışmaların çoğunda, bipolar bozukluk cinsiyete göre dağılım oranına bakıldığında güçlü farklılıklar olmadığı ileri sürülmektedir (Goodwin ve Jamison, 2000). Ancak WHO (2000)’nun verilerine göre bipolar bozukluk tanısı konmuş kadınların aynı zamanda anksiyete ve duygudurum bozukluklarına sahip olmaları bipolar bozukluk tanılı erkeklerden daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Bipolar bozukluk tanısı konmuş erkeklerin madde kullanım bozukluklarına sahip olmaları bipolar bozukluk tanısı konmuş kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (WHO, 2000).

Bipolar bozukluğun, düşük eğitim seviyesi olan bireylerde görülme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bireyin evli olmaması, hane gelir düzeyinin düşük olması, bir işe sahip olmaması ve yaşadığı yerin kentsel bir bölge olması gibi çevresel ve sosyoekonomik faktörler bipolar bozukluğun görülme sıklığını artıran etkenler olduğu ileri sürülmektedir (WHO, 2000). Genetik faktörlere bakıldığında ailede birinci derece akrabalarda bipolar bozukluk öyküsünün olması, bireyde bipolar bozukluğa yatkın olma riskinin olduğunun en güçlü belirleyicisi olduğu saptanmıştır (Goodwin ve Jamison, 2000).

1.1.3. Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi

Bipolar spektrum bozukluğunun hem genetik hem de çevresel olmak üzere birçok risk faktörü olduğu saptanmıştır (Rowland ve Marhawa, 2018). Bipolar bozukluğun şiddetinin, çocukluk dönemi travmaları ve madde kullanımıyla bağlantısının olduğu bulgulanmıştır. Bu faktörler hastalığın daha şiddetli prognozunun olmasına neden olabileceği ileri sürülmektedir (Rowland ve Marhawa, 2018). Bipolar bozukluk başlangıcından önce kişide bulgusu olan diğer psikiyatrik rahatsızlıklar (dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozuklukları gibi) kişide bipolar bozukluk oluşumu için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Rowland ve Marhawa, 2018). Ayrıca bipolar bozukluğun astım ve huzursuz bağırsak sendromu (IBS) gibi tıbbi komorbiditelerle de ilişkilendirildiği görülmektedir. Yani bipolar bozukluğun, bu hastalıklarla ortak bir inflamatuvar (iltihapla ilişkili) biyolojik sisteme sahip olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular sonucunda, tedavi yaklaşımlarının hem psikolojik hem de bedensel hastalıkları birlikte ele alınması gerekliliği vurgulanmıştır (Rowland ve Marhawa, 2018).

Bipolar bozukluğa genetik yatkınlık kritik bir konu olduğu belirtilmiştir. Kalıtımın %90 civarında etkili olduğu ileri sürülmektedir (Mackinnon ve ark., 1997). Birinci derece akrabalarda bipolar bozukluk varsa bipolar bozukluk tanısı alma riski 10 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bipolar bozukluğa neden olduğu düşünülen, kendi aralarında etkileşim içinde olan küçük denilebilen birden fazla gen veya daha detaylı ve karmaşık genetik sistemler bulunmaktadır. Mani ve depresyona sahip olma yatkınlığının ayrı ayrı kalıtsal mekanizmadan kaynaklandığı ve şizofreniyle bipolar bozukluğun aynı genetik alt yapıya sahip olduğu bulgulanmıştır (Hooley ve ark., 2021). Başka bir çalışmada, bipolar bozukluk tanısı konmuş evlatlık bireylerin biyolojik ebeveynlerinin %18'inde bipolar bozukluk olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık, aynı bireylerin evlat edinildikleri ebeveynlerin yalnızca %7'sinde bipolar bozukluk saptanmıştır. Kontrol grubu olarak bipolar bozukluk tanısı konmamış evlatlık bireylerde ise biyolojik ebeveynlerinin sadece %1'inde, evlat edinen ebeveynlerinin ise %4'ünde bipolar bozukluk tanısı bulunmuştur. Bu çalışmalar ışığında, bipolar bozukluk yatkınlık konusunda genetik faktörler çevresel faktörlerle kıyaslandığında genetik faktörler daha etken olduğu görülmektedir. Özellikle biyolojik ebeveynlerdeki yüksek bipolar bozukluk oranı, genetik yatkınlığın bipolar bozukluğun oluşumundaki temel faktörlerden biri olduğu gösterilmiştir (Mackinnon ve ark., 1997; Pettersson ve ark., 2018). Başka bir bipolar bozukluk ve major depresif bozukluk ile ilgili aile, ikiz ve evlat

edinme çalışmasında, her iki psikopatolojinin de önemli kalıtsal risk bileşenleri bulunduğu kanıtlanmıştır. Kalıtsal faktörlerin bipolar bozuklukta (~%50) major depresif bozukluğa (~%30) göre daha kritik öneme sahip olduğu bulunmuştur. Bipolar bozuklukla ilgili genom çapında ilişkilendirme çalışmaları, bipolar bozukluğun, bu bozukluğa sebep olan yüzlerce risk artırıcı alel içeren poligenik bir bozukluk olduğu kanıtlanmıştır. Bu risk alellerinin büyük bir kısmı, majör depresif bozukluk ve şizofreni gibi diğer psikiyatrik hastalıklarla da ortak olarak paylaşılabilmektedir (Nemeroff ve ark., 2022).

Yapısal manyetik rezonans görüntüleme (sMRI), fonksiyonel MR(fMRI), difüzyon tensör görüntüleme (DTI), tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi (SPECT) veya pozitron emisyon tomografisi (PET) gibi bir nörogörüntüleme araçları kullanılarak bipolar hastaların (BB) beyin yapılarındaki farklılıklar araştırılmıştır. Bipolar bozukluk tanılı bireylerde, beynin frontal ve anterior bölgelerinde özellikle prefrontal korteks, singulat gri madde, prefrontal beyaz madde bakımından çeşitli değişiklikler olduğu belirlenmiştir. Bu değişiklikler sebebiyle bilişsel performans azalabildiği, yönetici işlev bozuklukları görülebildiği bulgulanmıştır. Dolayısıyla, bireyde planlama, problem çözme, duygusal düzenleme, dikkat ve karar verme gibi üst düzey bilişsel becerilerinde zorlukların görülebildiği ileri sürülmüştür (Hozer ve ark., 2016). Ayrıca, superior ve inferior longitudinal alanlar, sağ talamik radyasyon ve korpus kallozum gibi beyin yapısındaki işlev bozuklukları sebebiyle beyindeki farklı mekanizmalar arasındaki bilgi aktarımında ve iletişimde aksamalar meydana geldiği gözlemlenmiştir. Bu durumdan dolayı bilişsel kontrol mekanizmaları ve duygu durum düzenleme olumsuz etkilenebildiği belirtilmiştir. Beyin yapısındaki bozuklukların incelenmesi, bipolar bozukluğun nörobiyolojik temeli hakkında önemli bulgular sunduğu belirtilmiştir (Hozer ve ark., 2016).

Manyetik rezonans görüntüleme (MR cihazı) ve bütün beyin traktografisi sonuçları kullanılarak yapılan bir çalışmada, bipolar I ve bipolar II bozukluklarının beyin yapısındaki farklılıkları incelenmiş ve bu iki grup arasında belirgin farklılıklar bulgulanmıştır. Bipolar bozukluk I hastalarında, beyindeki lif yapısındaki değişiklikler genellikle bilişsel işlev bozukluklarına etki ettiği görülmüştür. Bu bireylerde, korpus kallozum bölgesinde önemli yapısal farklılıklar gözlemlenmiştir. Psikotik özellik varsa bu yapısal farklılıklar daha da belirgin olduğu gözlenmiştir (Sarrazin ve ark., 2014). Başka bir çalışmada, Manyetik rezonans görüntüleme (MR

cihazı) kullanılarak elde edilen difüzyon tensör görüntülerinden hesaplanan fraksiyonel anizotropi (FA) değerleri incelenmiş ve bipolar bozukluk II hastalarının lif yapısı değerlendirilmiştir. Bipolar bozukluk II hastalarında, lif yapısındaki değişiklikleri hem duygusal işlevler hem de bilişsel işlevlerle bağlantılıdır. Özellikle inferior ve temporal prefrontal bölgelerde bipolar bozukluk I hastalarına kıyasla daha fazla değişiklik bulgulanmıştır. Bu bulgularla beraber, bipolar I ve bipolar II alt tipleri arasında farklı nöropatolojik durumlar olduğu saptanmıştır (Liu ve ark., 2010).

Bipolar bozukluk, beynin farklı nörotransmitterlerinde düzensizliklerin olduğu bir psikiyatrik hastalık olduğu belirtilmiştir. Yapılan bir Manyetik Rezonans (MR) görüntüleme çalışmasında özellikle dopamin, norepinefrin, serotonin ve glutamat gibi nörotransmitterlerin bipolar bozukluk tanılı bireylerde farklı seviyede ve düzende olduğu saptanmıştır. Bu kimyasallar, beynin iştah, uyku ve duygusal süreçlerin düzenlenmesinde çok önemli olan limbik sistemde çalıştığı bildirilmiştir (Goodwin ve Jamison, 2007). Nörotransmitterlerin duygudurum bozukluklarındaki etkisi özellikle depresyon gibi hastalıklarda veya dönemlerde daha belirgin olarak görülür. Depresyondaki bireyin sinapslarında serotonin veya norepinefrin düzeylerinde düşüş gözlenmiştir. Bipolar bozuklukta depresif dönemin norepinefrin veya serotonin eksikliğinden kaynaklandığı, maninin ise bu nörotransmitterlerin fazlalığından kaynaklandığı saptanmıştır. Manik dönemler sırasında norepinefrin aktivitesinin arttığı depresif dönemler de ise norepinefrin aktivitesinin azaldığı belirtilmiştir (Goodwin ve Jamison, 2007; Manji ve Lenox, 2000).

MR görüntüleme yöntemiyle yapılan çalışmalarıda serotonin aktivitesinin de hem depresif hem de manik evrelerde düşük olduğu saptanmıştır. Psikolojik durumun düzenlenmesinde norepinefrin, serotonin ve dopamin önemli nörotransmitterler olduğu bildirilmiştir (Howland ve Thase, 1999; Southwick ve ark., 2005; Nolen-Hoeksema, 2022). Dopaminin rolüne ilişkin kanıtlar, çeşitli beyin bölgelerinde artan dopaminerjik aktivitenin hiperaktivite, büyüklenme ve öfori gibi manik semptomlarla ilişkili olabileceğini gösteren araştırmalarda bulunmaktadır (Cousins ve ark., 2009; Goodwin ve Jamison, 2007; Nolen-Hoeksema, 2022). Dopamini uyardığı bilinen kokain ve amfetamin gibi ilaçların yüksek dozları da manik benzeri davranışlar ürettiği bildirilmiştir (Cousins ve ark., 2009; Nolen-Hoeksema, 2022). Yüksek dopamin seviyeleri yüksek ödül arayışı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Düşük dopamin seviyeleri ise ödüle karşı duyarsızlık ile

ilişkilendirilmektedir. Sonuç olarak, dopamin sistemindeki düzensizlik depresif evrede ödül arayışında eksikliğe, manik evrede ise aşırı ödül arayışına yol açtığı öne sürülmektedir. Bipolar bozuklukta manik epizodlarda dopamin düzeylerinde artış gözlenmektedir. Bu artıştan dolayı beyindeki dopamin reseptörleri zamanla daha az duyarlı duruma geldiği saptanmıştır. Bu sürecin sonunda, dopamin düzeyleri azalır ve depresif döneme geçiş meydana gelip, manik ve depresif süreçlerin birbirini takip ettiği bir döngü haline geldiği bildirilmektedir (Ashok ve ark., 2017; Berk ve ark., 2007).

MR görüntüleme yöntemiyle yapılan çalışmalarda lityum gibi ilaçlar dopaminerjik aktiviteyi azalttığı ve antimanik olduğu belirtilmiştir. Depresyonda hem norepinefrin hem de dopamin işlevlerinde azalma olduğu görülmektedir (Goodwin ve Jamison, 2007; Manji ve Lenox, 2000; Nolen-Hoeksema, 2022). Nörotransmitterlerin işleyişini düzenleyen beyin hücrelerindeki süreçlerin ters gidebileceği ileri sürülmektedir. Hem norepinefrin hem de serotonin, bir nöron tarafından sinapsa salınmakta ve ardından diğer nöronlar bu sinaptaki reseptörlere bağlanmaktadır. Bu salınım sürecinin, serotonin taşıyıcı gen tarafından düzenlenmesi nedeniyle depresyonda anormal olabileceği belirtilmektedir. Monoamin nörotransmitterlerinin, majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluk ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, dopamin sistemindeki düzensizliğin bipolar bozukluğa neden olabileceği ileri sürülmektedir (Nolen-Hoeksema, 2022).

Yapılan bir Manyetik Rezonans Spektroskopisi çalışmasında majör depresif bozukluk ve bipolar bozuklukta glutamat düzeylerinde farklılıklar olduğu saptanmıştır. Bipolar bozuklukta glutamat düzeyinde artış görülebileceği, buna karşın majör depresif bozuklukta glutamat düzeyinin genellikle azaldığı belirtilmektedir. Manik ve depresif dönemlerin, glutamin/glutamat oranındaki değişikliklerle bağlantılı olduğu ileri sürülmektedir. Depresif dönemde glial hücrelerin glutamayı glutamine dönüştürmekte zorlandığı, bu durumun glutamat düzeyinin düşmesine yol açtığı bildirilmiştir. Manik epizodda ise bu dönüşümün kolaylaştığı ve glutamat düzeyinin yükseldiği belirtilmektedir (Yüksel ve Öngür, 2010)

Bipolar bozukluğun oluşumunda etkili faktörlerden birinin aile yaşantısı olduğu belirtilmektedir. Aile içindeki problemlerin yönetilme biçimi ve aile bireyleri arasındaki ilişkilerin,

bipolar bozukluğun erken dönemlerinde koruyucu ya da risk faktörü olarak rol oynayabileceği ileri sürülmektedir. Aile içindeki destek düzeyi ve iletişim tarzının, bireylerin psikolojik sağlığını etkileyebileceği vurgulanmaktadır. Destekleyici ve açık iletişim sağlayan ailelere sahip bireylerin, stresle başa çıkma yeteneklerinin arttığı belirtilmektedir. Buna karşılık, aile içinde çatışmaların yoğun olduğu ortamlarda yetişen bireylerin duygusal sorunlar yaşayabileceği ve bunun bipolar bozukluğun başlangıcını tetikleyebileceği ifade edilmektedir (Miklowitz ve Johnson, 2009). Erken dönemde yaşanan sıkıntılar, düşük sosyal destek, olumsuz yaşam olayları, dışa vurulan olumsuz duygular ve zayıf aile ilişkilerinin, bipolar bozukluğun başlangıcına neden olabilen etkenler arasında yer aldığı bildirilmektedir (Johnson ve ark., 2016).

Çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın, genetik faktörler gibi halihazırda risk taşıyan bireylerde, gelecekte bipolar bozukluk oluşumuna neden olabilen kritik bir olgu olduğu belirtilmektedir. Özellikle çocukluk çağı travması yaşamış bipolar bozukluk tanılı bireylerin, daha şiddetli semptomlar yaşadığı, daha erken teşhis aldığı ve diğer ruhsal ile fiziksel hastalıklara ek olarak intihar eğilimlerinin daha yüksek olduğu ileri sürülmektedir. Bunun, çocukluk çağı travması yaşamayanlara kıyasla bu bireylerde farklı bilişsel süreçler, beyin morfolojisi ve fonksiyonundaki değişiklikler ile biyolojik (stres ve enflamasyon) farklılıkların oluşmasından kaynaklandığı ifade edilmektedir (Quidé ve ark., 2020; McLaughlin ve Lambert, 2017). Beyindeki bu değişimlerin tehdit algılama süreçlerinde bozulmalara yol açtığı belirtilmektedir. Travma sonrasında bireylerin çevresel tehditlere daha açık hale geldiği ve bu tehditleri daha fazla fark ettiği ileri sürülmektedir. Bu durumun, bilgi işleme süreçlerinde önyargıların oluşmasına neden olduğu, örneğin nötr bir ifadenin tehdit unsuru olarak algılanabileceği bildirilmektedir. Travmatik deneyimlerin, bireyin duygusal tepkilerini duruma uygun şekilde algılama ve düzenleme yetisini değiştirebileceği belirtilmektedir. Bu değişimlerin, endişe veya korku hissi oluşturan uyaranlara karşı aşırı tepkilere yol açabileceği ve bu tepkilerin kontrol edilmesi zor ve yoğun olabileceği ifade edilmektedir. Sonuç olarak, bu durumun bireyin günlük yaşamında aşırı duygusal tepkiler oluşturduğu ve hayatını zorlaştırdığı ileri sürülmektedir (McLaughlin ve Lambert, 2017).

Duyguların kontrol edilmesinde yaşanan zorlukların, bireyin stresle başa çıkma becerilerini zayıflatabileceği belirtilmektedir. Güçlü bir sosyal desteğin, beynin amigdala ve prefrontal korteks arasındaki bağlantıların olgunlaşmasına yardımcı olduğu ve böylece duygusal düzenleme

becerilerinin ve tehdit algılama süreçlerinin sağlıklı bir şekilde gelişmesini sağladığı ifade edilmektedir. Travmaya maruz kalmış bireylerin güçlü sosyal destek görmesi durumunda, beyin mimarisindeki değişimlerin onarılabileceği ileri sürülmektedir (McLaughlin ve Lambert, 2017).

Bipolar bozukluğun tedavisinde kullanılan lityumun etkinliğinin, klinik faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterdiği bulgulanmıştır. Coşkulu ya da tepkisel mizaçlara sahip bireylerde lityuma olumlu bir yanıt gözlenirken, çocukluk döneminde fiziksel veya duygusal istismar öyküsü bulunan hastalarda lityuma yanıt alınmadığı belirtilmektedir. Erken dönemde yaşanan olumsuz deneyimlerin tedavi yanıtı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu ileri sürülmektedir. Bu durumun, hastalık seyrinde genel bir iyileşme sağlamayabileceği ifade edilmektedir (Janiri ve ark., 2024)

1.1.4. Bipolar Bozukluğun DSM-5-TR Tanı Ölçütleri

DSM-5-TR'ye göre, bipolar ve ilişkili bozukluklar, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ile ortak noktalar taşıyabilir. Örneğin, bu bozuklukların belirtilerinden aile öyküsü ve genetik faktörler açısından benzeşebilir. DSM-5-TR'de yer alan bipolar ve ilişkili bozukluklar şunlardır:

Bipolar I Bozukluk: Bu bozukluk, manik-depresif bozukluğun modern adlandırmasıdır. Bipolar I tanısı konan hastalar, yaşam boyu en az bir kez tam manik dönem geçirir. Ayrıca çoğu bireyde manik dönemlerin yanında en az bir majör depresif dönem yaşantısı bulunmaktadır.

Bipolar II Bozukluk: Bipolar II bozukluk tanısı konması için en az bir majör depresif dönem yaşamak ve bir hipomanik dönem deneyimi gerektirir. Ancak, bu bozuklukta tam bir manik dönem yaşanmaz. Bipolar II'de görülen duygudurum dengesizliği ve depresyon, iş ve sosyal hayatı ciddi anlamda olumsuz yönde etkiler, bu yüzden ciddiyeti Bipolar I ile benzerdir denilebilir.

Siklotimik Bozukluk: Siklotimik bozukluk tanısı, tam anlamıyla manik, hipomanik veya majör depresif dönem kriterlerini sağlamayan, ancak en az 2 yıl (çocuklar için 1 yıl) boyunca tekrarlayan depresif ve hipomanik dönemler yaşayan yetişkinlere konur.

Madde/İlacın Yol Açtığı Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Bazı reçeteli ilaçlar ve maddeler (alkol, uyuşturucular) manik benzeri belirtilere neden olur. Bu durumda tanı, kullanılan ilaca veya maddeye bağlı olarak konur.

Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Tıbbi bir durum (örneğin, tiroid hastalığı) manik belirtilere neden olabilir. Bu durumda tanı, tıbbi duruma bağlı olarak belirlenir.

Diğer Tanımlanmış ve Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluklar: Bipolar I, Bipolar II veya siklotimik bozukluk kriterlerini tam olarak karşılamayan, ancak bipolar benzeri semptomlar yaşayan bireyler bu kategorilere konur.

Bipolar bozukluk genel anlamda mani, hipomani ve depresyon olarak tekrarlayan döngüleri olan bir psikiyatrik hastalıktır.

Mani Dönemi:

A. En az 1 hafta devam eden ve neredeyse her gün günün büyük bölümünde yaşanan, anormal seviyede ve devamlı olarak taşkın, yüksek veya iritabl duygudurumun olduğu; yine anormal seviyede ve sürekli olarak enerji veya aktivite artışının olduğu bir dönemdir.

B. Bu dönemde, aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlası önemli derecede mevcuttur ve davranışlarda gözle görülür bir değişiklik vardır:

1. Aşırı özgüven veya büyüklenme hissi
2. Uyku ihtiyacının azalması
3. Her zamankinden daha fazla konuşma ihtiyacı
4. Düşüncelerin birbiriyle yarışması veya fikir uçuşması
5. Dikkatin dağılması
6. Hedefe yönelik aktivitelerde artış ya da amaçsız hedefe yönelik olmayan aktivite
7. Kendine zarar verme potansiyeli yüksek etkinliklere aşırı katılım sonuçları

C. Duygudurum bozukluğu, sosyal veya mesleki işlevselliği ciddi derecede bozacak ve hastaneye yatırılmayı gerektirecek kadar şiddetlidir. Başkalarına veya kendine zarar verme potansiyeli veya psikotik özellikler vardır.

D. Dönem, bir maddenin fizyolojik etkilerine veya başka bir tıbbi duruma bağlanamaz.

Hipomanik dönemde manik dönemin aksine çevreye ya da kendisine zarar verme ya da psikotik özellik olmaz. Mani dönemin daha sakin versiyonudur.

Majör Depresif Epizod

A. Aşağıdaki semptomlardan beşi veya daha fazlası 2 haftalık dönemde yaşanır ve önceki yaşantıya göre değişiklik vardır; semptomlardan en az biri ya ilgi ya da zevk kaybı ya da depresif ruh halidir.

1. Neredeyse her gün ya kendi ifadesiyle ya da başkaları tarafından yapılan gözlemlerle belirlenen depresif duygudurum. (Not: Çocuklarda ve ergenlerde agresif bir duygudurum olabilir.)

2. Neredeyse her gün, etkinliklerin hemen hemen tümüne karşı ilgide ve bunlardan alınan zevkte azalma

3. Diyet hali olmaksızın gözle görülür kilo alımı veya kilo kaybı veya neredeyse her gün iştahta artış veya azalma

4. Neredeyse her gün uykusuzluk veya aşırı uyuma isteği.

5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon veya yavaşlama. Yalnızca kişinin kendi belirttiği huzursuzluk veya yavaşlama hissi değil, başkaları tarafından da bu durum gözlemlenebilir.

6. Neredeyse her gün enerji kaybı veya yorgunluk.

7. Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı uygunsuz suçluluk duyguları

8. Neredeyse her gün konsantre olma becerisinde azalma veya kararsızlık

9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri, belirli bir plan olmadan tekrarlayan intihar düşüncesi, intihar etmek için belirli bir plan veya intihar girişimi.

B. Semptomlar klinik olarak sıkıntıya, sosyal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar.

C. Bu dönem, bir maddenin veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkileriyle ilişkilendirilemez. (American Psychiatric Association, 2022).

1.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travması, bireyin bilişsel, psikolojik ve duygusal gelişimini önemli ölçüde olumsuz etkileyen bir dizi olumsuz deneyimi içermektedir. Genel olarak, on sekiz yaşından önce fiziksel, duygusal veya cinsel istismar ile ihmal deneyimlerini kapsayan bir olgu olarak tanımlanmaktadır (Vijayakumar ve Neelakandan, 2023; Felitti ve Anda, 2010). Çocukluk çağı travmalarının türleri arasında fiziksel, cinsel ve duygusal istismar ile çocuğa yeterince önem verilmemesi sonucu ortaya çıkan dikkatsizlik ve ihmal gibi farklı travmatik deneyim türlerinin bulunduğu belirtilmektedir (Bernstein ve ark., 1994).

Başka bir çalışmada, bireylerin davranışsal iyi oluş hallerini etkileyen potansiyel travmatik olayların daha geniş bir yelpazede tanımlandığı ifade edilmiştir. Bu travma geçmişi öğeleri arasında, cinsel bir şey görmeye veya yapmaya zorlanmak, birinin cinsel ilişkiye zorlandığını görmek ya da duymak, fiziksel olarak incinmiş veya tehdit edilmiş olmak, yeterli bakımı alamamak, bakıcıdan beklenmedik bir şekilde ayrılmak, ciddi bir hastalık veya ölüm riski taşıyan bir yaralanma geçirmek, neredeyse ölmek üzere olmak, yaralı veya hasta birini tanımak, birinin soyulduğunu görmek veya soyulmak, ciddi bir kaza geçirmek veya görmek, intihara teşebbüs eden birini tanımak, tutuklanan ya da hapiste olan bir aile üyesine sahip olmak, bir köpek veya başka bir hayvan tarafından saldırıya uğramak, felaket veya büyük bir yangında bulunmak ya da görmek, fiziksel kavga veya zarar verme tehdidi görmek ya da duymak, tanıdık birinin ölümüne tanık olmak, uyuşturucu kullanan insanları görmek ve birinin bıçak ya da silah kullandığını görmek gibi durumlar yer almaktadır (Connell ve ark., 2018).

DSM-IV tanımına göre, çocukluk çağı travmaları fiziksel istismar, ciddi bir kaza veya felaket yaşama, cinsel istismar, şiddete tanık olma, ölüm, ciddi yara alma ya da bireyin kendisinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğüne tehdit oluşturan deneyimler olarak tanımlanmaktadır. Bir bakıcının bakımını üstlendiği bir çocuğa yönelik şiddetli sözlü veya duygusal istismar, fiziksel bütünlüğe yönelik bir tehdit olarak ele alınmıştır. Ancak, annenin çocuğa bağırması veya travmatik ev ortamı gibi daha muğlak durumlar travma kapsamında değerlendirilmemiştir (Withers ve ark., 2013).

1.2.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik Etkileri

Dargis ve arkadaşları, psikopatik özellikler ve çocuklukta yaşanan fiziksel istismar arasında bir bağlantı olduğunu bulgulamışlardır (Dargis ve ark., 2016). Duygusal istismar, çocukların kötü muameleye maruz kalmasını veya duygusal ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi olarak tanımlanır. Bu tür travmalar, bireylerin özgüvenini düşürür ve duygusal düzenleme becerilerini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir. Çocuklukta yaşanan duygusal istismar ve travma sonrası stres bozukluğu arasında ilişki saptanmış ve bu tür travmaların bireylerin ruhsal sağlığına uzun vadeli olumsuz etkileri olduğu bulgulanmıştır (Spaletta ve ark., 2020; Cloitre ve ark., 2009).

Cinsel istismar, çocukların cinsel taciz veya tecavüze maruz kalması durumunu ifade etmektedir. Bu tür travmaların, bireylerin hem psikolojik hem de cinsel sağlıklarını kalıcı olarak etkileyebileceği belirtilmiştir. Çocukluk döneminde yaşanan cinsel istismarın, intihar düşünceleri ve travma sonrası stres bozukluğu ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (Spaletta ve ark., 2020; Kwon ve ark., 2021). İhmal, çocukların fiziksel ve duygusal temel ihtiyaçlarının karşılanmaması durumunu ifade etmektedir. Bu durumun, çocukların fizyolojik ve psikolojik durumlarını olumsuz yönde etkilediği ileri sürülmüştür. İhmale maruz kalan çocukların duygusal düzenleme becerilerinin olumsuz etkilendiği ve anksiyete ile depresyon gibi psikolojik bozukluklara yatkınlıklarının arttığı belirtilmiştir. Özellikle duygusal ihmal ile ergen depresyonu arasında güçlü bir ilişki olduğu ve bunun ileriki yaşamda psikolojik sağlık sorunları için bir risk oluşturduğu bildirilmiştir. Sonuç olarak, travmaya maruz kalmanın çocuğun gelişimini ve ergenlik ile yetişkinlikteki yaşamını olumsuz yönde etkilediği ifade edilmektedir (Glickman ve ark., 2021).

Yaşanan çocukluk çağı travmasının türü ve şiddeti de psikolojik sağlık için önemli olduğu belirtilmektedir. Çoklu travma yaşayan bireyler, travma sonrası stres bozukluğu ve diğer ruh sağlığı bozuklukları yaşama olasılıkları daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Cloitre ve ark., 2009). Çocukluk çağı travması öyküsü olanların anksiyete, depresyon, intihar davranışları ve madde kullanım bozuklukları gibi psikolojik bozukluklar yaşama olasılığı daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Merrick ve ark., 2017). Benzer şekilde, duygusal istismar ve ihmalin depresyonla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, çocukluk çağı travmasının psikolojik izleri yaşamın ilerleyen dönemlerinde ciddi psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir (Spinoven ve ark., 2016). Çocukluk çağı travmasının türü ve birikmiş travma yükü, şizotipal kişilik özelliklerinin

artmasına ve bipolar bozukluğun daha kötü bir gidişata neden olmasına yol açtığı bulgulanmıştır. Travma öyküsü bulunmayan katılımcılarla karşılaştırıldığında travma öyküsü olan bireylerde daha yüksek şizotipal semptomlar bildirilmiştir (Lebovitz ve ark., 2021). Başka bir çalışma da çocukların yaygın olarak fiziksel, duygusal ve cinsel istismar gibi travmalara maruz kaldıklarını ve bu travmaların onların gelecekte başta bipolar bozukluk olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozukluklara yakalanma riskini arttırdığını belirtmektedir (Hett ve ark., 2022). Ayrıca, çocukluk çağı travmalarının neticesinde sosyal işlevsellik açısından önemli istenmeyen sonuçları olduğu belirtilmiş; böylece bu durumun da psikolojik sağlığı daha da bozabileceği saptanmıştır (Mock ve Arai, 2011).

Çocukluk çağı travması, her biri psikolojik ve fiziksel sağlık üzerinde derin ve farklı etkiler yaratabilen çeşitli olumsuz deneyimleri içeren bir olgu olarak tanımlanmaktadır. Erken dönemde yaşanan olumsuz deneyimlerin karmaşık psikolojik sonuçlara yol açabileceği ve bu durumun hem kısa hem de uzun vadeli etkilerinin değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu değerlendirmeler doğrultusunda, uygun tedavi ve müdahale planlarının oluşturulmasının önemli olduğu bildirilmektedir. Çocukluk döneminde ihmalkâr ebeveynlere sahip olan bireylerin, yaklaşık 20 yıl sonra psikoz geliştirme yatkınlığının arttığı ileri sürülmüştür (Galletly ve ark., 2011).

1.2.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Nörobiyolojik ve Fizyolojik Etkileri

MR görüntüleme çalışmalarının birinde çocukluk çağı travmalarının, beyin yapısı ve işlevlerinde değişikliklere yol açtığı belirtilmiştir. Bu nörobiyolojik değişikliklerin, tehdit algılama ve duygu düzenlemeyi yöneten beyin bölgelerini olumsuz etkilediği ve bunun sonucunda psikolojik bozuklukların ortaya çıkmasına zemin hazırladığı ileri sürülmüştür (Spaletta ve ark., 2020). Çocukluk döneminde ihmal edilmiş bireylerin beyin mimarisinde hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini işlev bozukluğu meydana geldiği ve buna bağlı olarak dopamin sisteminin reaktivitesinin arttığı saptanmıştır. Bu değişikliklerin, çocukluk çağı travması ile psikoz arasındaki ilişkiyi açıklayabileceği belirtilmiştir (Galletly ve ark., 2011). Ayrıca, çocukluk çağı travmasının türü ve birikmiş travma yükünün, şizotipal kişilik özelliklerinin artmasına ve bipolar bozukluğun daha kötü bir seyir izlemesine neden olduğu bulgulanmıştır. Travma öyküsü bulunan bireylerin, travma öyküsü bulunmayan katılımcılara kıyasla daha yüksek düzeyde şizotipal semptomlar bildirdiği ifade edilmektedir (Lebovitz ve ark., 2021).

Çocukluk çağı travması ile yetişkinlikte fiziksel sağlık arasında ilişki bulunmuştur; olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının kardiyovasküler hastalıklar ve otoimmün bozukluklar gibi kronik sağlık sorunlarına yol açtığı saptanmıştır (Norman ve ark., 2012; Yang ve ark., 2022).

1.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Kişilerarası İlişkiler Üzerine Etkisi

Çocukluk travmalarının kişinin bağlanma stilini ve bunun sonucunda da sosyal, romantik ve aile ilişkilerinin etkilendiği belirlenmiştir. Bu bağlamda kişinin yine psikolojik sorunlar yaşaması olasıdır. Çocuklukta deneyimlenen fiziksel, cinsel ve duygusal istismar veya ihmal güvensiz bağlanma stilleriyle (korkulu, kaygılı ve reddedici bağlanma) ilişkili olduğu bulgulanmıştır (Erozkan, 2016).

Huh ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada, çocukluk çağında özellikle de duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismara maruz kalmış depresyon ve anksiyete bozukluğu olan yetişkin hastalarda kişilerarası sorunlar yaşadığı bildirilmiştir. Çocukluk çağında travması olan bireylerin böyle bir yaşantısı olmayan bireylere kıyasla daha fazla kişilerarası ilişki zorlukları belirtilmiştir. Çocuklukta fiziksel istismar deneyimi olan bireylerin anlamlı düzeyde daha yüksek seviyede müdahaleci/ihtiyaç duyan ve baskın/kontrolcü kişilerarası örüntülere sahip olduğu bulgulanmıştır. Çocuklukta yaşanan cinsel istismarın, fiziksel ve duygusal travma gibi diğer travmalara kıyasla, yetişkinlik döneminde kişilerarası ilişki sorunlarıyla daha güçlü oranda ilişkili olduğu saptanmıştır. Çocukluk çağında cinsel istismar öyküsü olan hastaların aşırı uyumlu, otoriter/kontrolcü, kendini feda eden ve müdahaleci/ihtiyaç duyan kişilik örüntülerine sahip olduğu bildirilmiştir. Dolayısıyla, çocukluk çağı cinsel istismar travmasına sahip olan bireylerde, boyun eğici ve baskın tutum gibi zıt kişilerarası örüntüler görülmektedir. Bu durumun nedeni çocukluk çağı cinsel travmasının daha fazla psikolojik, davranışsal ve sosyal sonuçlar doğurmasıyla ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Huh ve ark., 2014). Başka bir çalışmada da çocukluk çağı travmalarının neticesinde sosyal işlevselliğin bozulmasından dolayı psikolojik sağlığın daha da bozulabileceği saptanmıştır (Mock ve Arai, 2011).

1.2.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Sigara Kullanımı Üzerine Etkisi

Çocukluk çağı travmalarından dolayı bu bireylerin sigara içmek gibi çeşitli keyif verici veya stresle baş etmek için kullandıkları sağlıklı olumsuz etkileyen davranışlarda bulunabildikleri ifade edilmiştir. Çocuklukta cinsel istismar yaşantısı yetişkinlikte sigara içmeyi önemli ölçüde etkilediği bulgulanmıştır. Çalışmada, çocukluk travması yaşamış bireylerin sigara içme olasılığı, travması olmayanlara kıyasla 3,8 kat daha çok olduğu saptanmıştır (Spratt ve ark., 2009). Ayrıca çocukluk çağı travması olan bireylerin duygusal düzensizliklerinin olduğu ve psikolojik sıkıntı yaşadıkları saptanmış ve bunun neticesinde bireyler duygularıyla baş etmek ve streslerini yönetmek için sigara içme davranışına yönlendikleri bulgulanmıştır (Quam, 2024; Strine ve ark., 2012; Yang ve ark., 2022).

1.3. Kişilerarası İlişki Zorlukları

Kişilerarası ilişkiler, sosyal ilişkiler ve bireylerin birbirlerini algılama biçimlerini, tekrar eden etkileşimler arasındaki bağlantılar üzerinden tanımlanmaktadır. Bu tanım, aile üyeleri, komşular, arkadaşlar, iş arkadaşları ve diğer tanıdıklar arasındaki ilişkileri kapsarken, tesadüfi, geçici veya sınırlı öneme sahip olduğu düşünülen etkileşimleri ve sosyal temasları (örneğin, hizmet sağlayıcılarla yapılan zaman sınırlı etkileşimler) içermediği bildirilmiştir. Davranışsal tıp alanında çalışan bilim insanları, kişilerarası ilişkilerin sağlıklı olup olmadığını değerlendirirken genellikle bireylerin yaşamlarındaki resmi ilişkilerden ziyade gayri resmi sosyal ilişkileri vurgulamaktadır. Bu bağlamda, bireylerin sosyal yaşamlarındaki insanlarla olan etkileşimleri ve bu ilişkilerin özellikleri önem taşıdığı belirtilmektedir. Bu tür sosyal bağlantıların, bireylerin sağlık davranışlarını, stresle başa çıkma becerilerini ve genel psikolojik iyi oluşlarını etkileyen önemli faktörler olduğu belirtilmiştir (August ve Rook, 2013).

Kişilerarası ilişkiler, bireylerin iyi oluş hali ve sosyal işlevselliği için kritik bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Bu ilişkilerde duygular, karşılıklı güven ve iletişim gibi faktörlerin, ilişkilerin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi ve bireylere olumlu katkı sağlayabilmesi açısından temel olduğu ifade edilmektedir. Kişilerarası ilişkilerin şekillenmesinde duygusal dinamiklerin önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Duyguların, sosyal etkileşimler sırasında davranışların yönlendirilmesinde etkili olduğu ve bu davranışlara karşı gelişen duygusal ifadelerin, etkili bağ

kurma ve problem çözme süreçleri için gerekli olduğu ileri sürülmektedir. Duygusal dinamiklerin, kişilerarası ilişkilerin sağlığı ve bireylerin psikolojik iyi oluşu açısından büyük bir öneme sahip olduğu vurgulanmaktadır (Luginbuehl ve Schoebi, 2020; Schoebi ve Randall, 2015). Ayrıca, kişilerarası güvenin sağlıklı ilişkiler için temel bir unsur olduğu ifade edilmektedir. Güven seviyelerinin ilişkiden ilişkiye farklılık gösterebildiği ve bu durumun ekip performansını etkileyebildiği dile getirilmektedir. Özellikle iş ortamındaki ilişkilerde güven dinamiklerinin önemine dikkat çekilmekte, güvenin geliştirilmesinin etkili iletişim ve iş birliğini kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Bu bağlamda, güvenin hem sosyal hem de profesyonel yaşamda kritik bir rol oynadığı vurgulanmaktadır (Caddell ve Nilchiani, 2023). Son olarak, kişilerarası ilişkilerin durumunu belirleyen önemli unsurlardan birinin de iletişim olduğu ifade edilmektedir. Etkili iletişimin, ilişkilerde çatışmaların çözülmesi ve duygusal yakınlığın geliştirilmesi için gerekli bir araç olduğu belirtilmektedir. İlişkilerde karşılaşılan zorluklarla başa çıkmada iletişimin oynadığı rolün önem taşıdığı dile getirilmektedir (Luginbuehl ve Schoebi, 2020; Schoebi ve Randall, 2015).

Kişilerarası ilişkilerde strese neden olan temel faktörler arasında, ilişkilerin dinamik yapısı ve ilişkilerde yaşanan zorluklar karşısında bireylerin verdiği tepkiler olduğu belirtilmiştir. Başka bir deyişle, bireylerin birbirleriyle etkileşim şekli ve bu etkileşimlere verdikleri yanıtlar, kişilerarası ilişkilerde yaşanan stresin yönetiminde önemli olduğu vurgulanmıştır. Böylece iletişim biçiminin ve bireylerin kişilerarası etkileşimde yaşadıklarına verdikleri tepkilerinin kişilerarası stres üzerindeki etkisinin önem derecesi belirtilmiştir (Moore ve ark., 2020).

Kişilerarası ilişkilerde, sağlıklı bir şekilde kurulan iletişimin bireyler arasındaki güveni artırdığı belirtilmektedir. Dürüst ve açık bir iletişim aracılığıyla bireylerin birbirlerinin duygularına ve fikirlerine saygı gösterdiği ve bu durumun sağlıklı kişilerarası ilişkilerin kurulmasına olanak sağladığı ifade edilmektedir (Laksana ve Nurhaliza, 2023). Etkili iletişimin, sağlıklı ilişkilerin devamlılığı için gerekli olan güven ve anlayışın sağlanmasında kritik bir rol oynadığı vurgulanmaktadır. Ayrıca, duygusal düzenleme becerisinin kişilerarası ilişki dinamiklerinde önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. Duygu düzenlemenin, duygusal ifadelerin yönetimi ve tepkilerin düzenlenmesi gibi bireylerin duygusal deneyimlerini kontrol etme yetilerini ifade ettiği dile getirilmektedir (Burkitt, 2017). Bu becerinin, bireylerin sosyal etkileşimlerini şekillendirdiği ve sağlıklı kişilerarası ilişkilerin geliştirilmesinde belirleyici bir rol oynadığı ileri sürülmektedir.

Etkili bir duygu düzenleme becerisi sayesinde daha sağlıklı sosyal dinamiklere sahip olunduğu ve bireylerin uyumlu kişilerarası ilişkiler kurabildiği ifade edilmektedir. Bunun aksine, duygu düzenlemede zorluk yaşayan bireylerin sosyal sorunlar yaşama olasılığının arttığı ve memnuniyet düzeyi düşük ilişkiler geliştirdiği belirtilmektedir. Duygu düzenleme becerisinin, sosyal etkileşimleri kolaylaştırarak ilişkilerin kalitesini artırdığı ve daha uyumlu kişilerarası ilişkilerin kurulmasına katkıda bulunduğu bildirilmektedir (Kim ve ark., 2013).

İş ortamlarında gerçekleştirilen ekip kurma gibi etkileşimlerin, grup üyelerinin duygularını tanımaya ve daha iyi yönetmesine yardımcı olduğu belirtilmektedir. Bu etkileşimler sayesinde grup üyeleri arasında daha güçlü ilişkilerin kurulduğu ve iş birliğinin daha kolay gerçekleştiği ifade edilmektedir. Bu tür etkinliklerin, hem bireylerin duygusal durumlarını düzenleme becerilerini artırdığı hem de grup içindeki iletişimi güçlendirerek daha uyumlu bir çalışma ortamı oluşturduğu ileri sürülmektedir (Kim ve ark., 2013). Liu ve arkadaşlarının çalışmasında, empati ve duygusal düzenleme becerisinin, özellikle ihmal edilmiş çocuklar gibi savunmasız ve travmatik gruplar arasında kişilerarası sıkıntıyı yönetmede kritik bir öneme sahip olduğu bulunmuştur. Bu bulguların, duygusal düzenleme becerilerinin kişilerarası ilişki zorluklarının üstesinden gelmek ve ilişki kalitesini artırmak için önemli bir kriter olduğunu gösterdiği belirtilmektedir (Liu ve ark., 2023).

Kişilerarası ilişki zorluklarının, bağlanma stilleri, iletişim davranışları ve duygusal zekâ gibi çeşitli faktörlerden kaynaklandığı belirtilmektedir. Güvensiz bağlanma stillerine sahip bireylerin, kişilerarası ilişki zorluklarını daha yüksek oranda yaşadığı vurgulanmıştır. Yetişkin bağlanma stillerinin kişilerarası sorunlarla anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu ve güvensiz bağlanan bireylerin uyumsuz ilişki kalıpları nedeniyle ilişkilerinde daha fazla sorun yaşadıkları saptanmıştır (Hayden ve ark., 2017). Bağlanma yönelimlerinin ilişki süreçlerini etkilediği, güvenli bağlanmanın daha sağlıklı etkileşimleri sağladığı ve çatışmayı azalttığı ileri sürülmüştür (Mikulincer ve Shaver, 2012).

Diğer bir kişilerarası ilişkileri etkileyen unsurun duygusal zekâ olduğu belirtilmiştir. Duygusal zekanın, kişilerarası ilişkilerin şekillenmesinde önemli bir rol oynadığı vurgulanmıştır. Duygusal zekadaki eksikliklerin terk edilme şemalarıyla ilgili sorunları daha da kötüleştirdiği ve bunun neticesinde evlilik kalitesinin düşmesine yol açtığı ileri sürülmüştür (O'Connor ve ark.,

2018). Bu durumun, etkili duygusal düzenleme ve iletişim becerilerinin sağlıklı ilişkilerin devamlılığı için gerekli olduğunu gösterdiği ifade edilmiştir. Duyguları tanımlama ve ifade etme becerisinin, kişilerarası ilişkilerdeki yakınlığı ve genel ilişki memnuniyetini olumlu etkilediği bildirilmiştir (O'Connor ve ark., 2018). Ayrıca, Janovsky ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, genellikle çocukluk döneminde gerçekleşen bağlanma deneyimlerinden kaynaklanan erken dönem uyumsuz şemaların, ileriki yaşlarda önemli kişilerarası sorunlara neden olabileceği ve kişilerarası ilişki zorlukları döngüsünü güçlendirebileceği belirtilmiştir (Janovsky ve ark., 2020).

Kişilerarası ilişkilerde -özellikle romantik ilişkilerde- çatışmaların yaşanmasının kaçınılmaz olduğu belirtilmiştir. Çiftlerin bu çatışmaları nasıl yönettiklerinin, ilişkinin memnuniyet düzeyi açısından kritik öneme sahip olduğu ifade edilmiştir. Anlaşmazlıkların olumsuz etkilerinin hafifletilmesi için bireylerin uygun çatışma yönetimi stratejileri geliştirmesi gerektiği vurgulanmıştır (Zorlular ve Uzer, 2022). Çiftlerin, çatışmalara ilişkinin sağlığını koruyacak şekilde yaklaşma ve bu zorlukları aşma becerilerinin, daha yüksek ilişki memnuniyeti ile ilişkilendirildiği bulunmuştur (Kaygas ve Özbay, 2023). Bu bulgular, kişilerarası ilişkilerin sağlıklı bir düzeyde sürdürülmesi için yapıcı çatışma çözme stratejilerinin geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Kişilerarası ilişki sorunlarının, duygusal zekâ, çatışma çözme stratejileri, bağlanma stilleri ve çağdaş iletişim davranışlarının etkileşiminden etkilendiği belirtilmiştir. Bu faktörlerin farkında olunmasının ve geliştirilmesine yönelik çaba gösterilmesinin, ilişki dinamiklerini ve genel memnuniyeti önemli ölçüde iyileştirebileceği ifade edilmiştir (O'Connor ve ark., 2018).

Kişilerarası ilişki zorlukları ile psikolojik sağlık arasında karşılıklı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Kişilerarası ilişkilerde yaşanan zorlukların psikolojik sağlığı olumsuz etkilediği, aynı şekilde psikolojik sağlığın kötü olmasının da kişilerarası ilişki zorluklarına yol açtığı bildirilmiştir. Depresyon tanısı konmuş bireylerin daha kötü kişilerarası ilişkilere sahip olduğu ve bu durumun daha fazla depresif semptomlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Kişilerarası ilişki özellikleri ile majör depresif bozukluk (MDB) arasında genel bir etkileşimsel modelin varlığı saptanmıştır (Goodman ve ark., 2018).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin de kişilerarası ilişki sorunları yaşadığı bilinmektedir. Manik bireylerin, başkalarıyla olan artan etkileşimlerinde müdahaleci davranışlar sergilediği ve

bunun aile üyeleri, arkadaşlar ve meslektaşlarla belirgin – ve genellikle ömür boyu süren – sürtüşmelere yol açtığı belirtilmiştir (Maj ve ark., 2002). Bipolar bozukluk tanılı bireylerin, kişilerarası ilişkilerde çatışmalara yol açan duygusal düzenleme zorlukları yaşadığı ve bu durumun yanlış anlamalara, ilişkilerde gerginliklere neden olduğu ifade edilmiştir (Lee ve ark., 2013). Bipolar II bozukluğu olan bireylerin çalışma belleğinde bilişsel bozukluklar görüldüğü ve bunun sonucunda olumsuz psikososyal işlevselliğin oluşabileceği belirtilmiştir. Bu bilişsel işlev bozukluklarının, bireylerin iletişim ve duygusal düzenleme becerilerini etkilediği ve ilişkileri sürdürmede zorluklara neden olduğu vurgulanmıştır (Torrent ve ark., 2006).

1.4. Sigara Kullanımı

Sigara kullanımı geniş kitlelerce sosyal olarak öğrenilmiş bir alışkanlık ve kişisel bir tercih olarak görülmüştür (Jarvis, 2004). Dünyadaki 1,3 milyar sigara kullanıcısı olduğu bulgulanmıştır. 2020 yılında dünya popülasyonunun %22,3'ü sigara kullandığı bildirilmiştir (WHO, 2023). Türkiye’de ise bu oran %28,3 olduğu tespit edilmiştir (TÜİK, 2022).

Sigara içme yaygınlığı ve bırakma modellerinin belirlenmesinde sosyal, ekonomik, kişisel ve politik etkilerin tümü önemli bir rol oynadığı ileri sürülmektedir. İnsanlar psikolojik, sosyal ve fizyolojik faktörler olarak geniş bir şekilde kategorize edilebilecek çeşitli nedenlerle sigara içtiği ileri sürülmüştür. (Jarvis, 2004).

1.4.1. Sigara Kullanımı Etiyolojisi

Sigarayla tanışma, genellikle ergenlik döneminin ilk yıllarında gerçekleştiği belirtilmektedir. Ergenlerde sigara içme davranışı, çoğunlukla sosyal çevre ve psikososyal faktörlerin etkisiyle başladığı bildirilmiştir. Ergenler, sigara içen bireylerin sayısının fazla olduğunu düşündüklerinde ve sigaraya erişimin kolay olduğunu hissettiklerinde sigaraya başlama olasılıklarının arttığı gözlenmiştir. Kimlik karmaşası yaşayan ergenler, bağımsızlık ve sosyal kabul arayışında sigara içmeyi bir çözüm yolu olarak gördükleri ileri sürülmektedir. Öz saygı eksikliği, düşük benlik imajı, akademik başarısızlık ve zayıf psikolojik sağlık gibi faktörler de sigara içmenin yaygın sebepleri arasında olduğu belirtilmiştir. Aile ve çevrede sigara kullanımının yüksek olması da bu davranışı tetiklediği öne sürülmektedir. İlk denemelerden sonra, bağımlılık oluşup ergenlerin

nikotin yoksunluk belirtileri yaşamaya başladıkları bulgulanmıştır (Jarvis, 2004; U.S. Department of Health and Human Services, 1994; Lodebo ve ark., 2017; Onigbogi ve ark., 2015).

Ebeveynlerin sigara kullanımı, çocukların sigaraya başlama ihtimalini arttırdığı gözlenmiştir. Özellikle babanın sigara içmesi, erkek çocuklar üzerinde daha fazla etki yaptığı belirtilmiştir. Ebeveynin sigara içmesine şahit olan çocuk, 13 yaşından daha küçükse, ileriki yaşlarda sigara kullanımına şahit olan çocuğa göre daha güçlü bir etkiyle karşılaştığı bildirilmiştir. Çocukla birlikte yaşayan babaların sigara içmesi, çocuğun sigara içme ihtimalini artırırken, birlikte yaşamayan sigara kullanan babaların etkisi daha az olduğu bulgulanmıştır. Bu bilgiler ışığında, ergenlerin gözlem yoluyla sigara içmeyi öğrenebileceği ve olumlu beklentiler geliştirebileceği, sosyal öğrenme teorisiyle kanıtlanmıştır (Gilman ve ark., 2009; Lodebo ve ark., 2017).

Sigaraya başlamanın birçok nedeni bulunmaktadır. Bunlar arasında akran ve ebeveynlerin sigara kullanması, stresle başa çıkma ve sosyal durumlar gibi çeşitli faktörler olduğu belirtilmektedir (Hiler ve ark., 2020). Sigara kullanmanın sürdürülmesinde de psikolojik, sosyal ve fizyolojik faktörlerin etkili olduğu ifade edilmiştir. Bireyler, sigarayı içmeye devam etme sebepleri olarak, sosyalleşme, sigaranın verdiği haz, tat, koku ve boş zaman aktivitelerini belirttikleri saptanmıştır (Antognoli ve ark., 2018). Sigara içmek, stresi azaltmanın ve hayata daha olumlu bakmanın bir yöntemi olarak görülmektedir. Sigaranın gerginliği azalttığı saptanmıştır (Onigbogi ve ark., 2015). Ayrıca, demografik ve sosyoekonomik faktörlerin de sigara içme yaygınlığı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Düşük sosyoekonomik düzeydeki bireyler, sigara içmeye ve bağımlılığa daha eğilimlidirler; bu nedenle sigarayı bırakma olasılıklarının daha düşük olduğu ileri sürülmektedir (Teo ve ark., 2014; Lodebo ve ark., 2017).

Çalışma güvencesi açısından incelendiğinde, gündelik işlerde çalışanların sigara içme oranının, kadrolu çalışanlara göre beş kat fazla olduğu görülmektedir. Bu durum, fiziksel ve psikolojik baskılar, düşük sosyoekonomik durum ve psikososyal sorunlarla bağlantılı olduğu ileri sürülmüştür. Ayrıca, eğitim seviyesi düşük olanlar, özellikle eğitimsiz veya ilköğretim mezunu olanlar ve boşanmış, ayrı yaşayan veya dul bireylerde sigara içme yaygınlığı daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Teo ve ark., 2014; Lodebo ve ark., 2017). Sigara içen bireyler, sigaranın sağlık risklerinin farkında olmalarına rağmen, sigara kullanımının uzun vadeli sağlık sorunlarına yol

açacağına dair kişisel bir algı geliştirmedikleri bulgulanmıştır. Sigara içmenin, teşvik edilen bir durum veya normal olarak algılandığı bir sosyal çevre ve bilgi eksikliği nedeniyle bu konuya duyarlılığın düşük olduğu ifade edilmiştir (Romijnders ve ark., 2019).

1.4.2. Sigara Kullanımının Epidemiyolojisi

Dünyada 1,3 milyar sigara kullanıcısı olduğu belirtilmiştir. Bunların yaklaşık %80 kadarı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı ifade edilmiştir. 2020 yılında dünya popülasyonunun %22,3'ü sigara kullanmıştır: erkeklerin %36,7'si ve kadınların %7,8'i sigara kullandığı bildirilmiştir (WHO, 2023).

Türk popülasyonunda her gün sigara kullanan 15 yaş ve üstü bireylerin oranının, 2019 yılında %28,0 iken 2022 yılında %28,3'e yükseldiği belirtilmiştir. Sigara kullanma yaygınlığına bakıldığında, 2022 yılında erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %15,5 olduğu tespit edilmiştir (TÜİK, 2022). Her on beş ergen kızdan birinin ve her sekiz ergen erkekten birinin ilk sigarasını 12 yaşından önce kullandığı bildirilmiştir (Liu ve ark., 2022). Sigara kullanımının erkeklerde kadınlara kıyasla daha yaygın olduğu saptanmıştır. Ayrıca, sigara içen yakın bir arkadaşına sahip olmanın sigara kullanma ihtimalini artırdığı ifade edilmiştir. Sigara içme alışkanlığının gelişiminin, aile ve arkadaşların sosyal etkisiyle ilintili olduğu belirtilmiştir (Lodebo ve ark., 2017; Jamal ve ark., 2016).

Sigara kullanımında etnik ve sosyodemografik farklılıklar olduğu gözlemlenmiştir; 45 yaş altında olan bireylerin; Orta Batı veya Güney Amerika'da bulunan bireylerin; bekar /sevgilisiyle yaşamayan veya boşanmış /dul/ayrı yaşayan olan bireylerin; yıllık eve giren geliri 20.000 doların altında olan bireylerin ve gey, lezbiyen veya biseksüel (LGBTQ) olan bireylerin daha fazla sigara kullandığı bildirilmiştir (Hu ve ark., 2016; Jamal ve ark., 2016). Sigara kullanan ABD'li yetişkinlerin oranı 2005'te %20,9'dan 2015'te %15,1'e ve her gün sigara kullananların oranı %16,9'dan %11,4'e düştüğü belirlenmiştir. Bireylerin psikolojik durumu sigara kullanım oranını etkilediği belirtilmektedir. Ciddi ruhsal sıkıntı yaşayan bireyler arasında sigara içme oranı psikolojik sıkıntı yaşamayan kişilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sigara kullanımı konusunda yaş aralığına bakıldığında 25-44 yaş arası yetişkinler 65 yaş ve sonrası yetişkinlerden

daha fazla sigara kullanmakta olduđu bulgulanmıřtır. Eđitim dűzeyinin de sigara kullanımı oranını etkilediđi ifade edilmiřtir. Yűksek lisans derecesine sahip bireylerin daha az sigara kullandıđı ileri sűrűlműřtir (Jamal ve ark., 2016).

Son yirmi yılda sigara içmeye devam etmenin geniş popűlasyonda sosyal dezavantaj olduğu algısı oluşturduğu belirtilmektedir. Birleřik Krallık'taki varlıklı bireyler arasında, sigara kullanımını bırakmış olanların oranı 1970'lerden bu yana %25'ten %60'a çıkarken, en yoksul bireyler arasında sigara bırakma oranının %10 olduğu bulgulanmıştır. Yoksul sigara kullanıcılarının daha yűksek nikotin almaya eğilimli oldukları; bu yűzden de nikotine daha bağımlı oldukları ve sonucunda da sigara kullanımını devam ettirdikleri belirtilmiştir (Jarvis, 2004; Jamal ve ark., 2016).

1.4.3. Sigara Kullanımının Fiziksel ve Psikolojik Etkileri

Sigara kullanma davranıřının fiziksel ve psikolojik birçok etkisi olduđu belirtilmiřtir. Bireylerin, beyne iletilen nikotin dozuna ulařmak için farklı űfleme ve nefes alma biçimlerini belirledikleri bildirilmiřtir (Jarvis, 2004). Her solumada, nikotinin beyne 10-16 saniye içinde iletildiđi ve vűcuttaki űmrűnűn 15-20 dakika, kandaki űmrűnűn ise iki saat olduđu saptanmıřtır. Bu nedenle, sigara kullanan bireylerin nikotin seviyesinin kısa sűrede dűřmesi nedeniyle sık sık sigara içme ihtiyaı duydukları ifade edilmiřtir. Nikotinin nűrokimya űzerinde etkileri olduđu, beyindeki nikotinik asetilkolin reseptörlerini (nAChR'ler) alıřtırarak nűkleus akumbens'te dopamin salınımını artırdıđı bulgulanmıřtır. Bu durumun, amfetaminler ve kokain gibi diđer uyuřturucuların beyinde oluřturduđu bađımlılık mekanizmasıyla aynı iřleve sahip olduđu belirtilmiřtir (Mannino, 2009). Nikotinin psikomotor bir uyarıcı olarak bilindiđi ve yeni sigara kullanıcılarında dikkat sűresini artırdıđı ileri sűrűlműřtir. Ancak, bu etkilerin çođuna karřı tolerans geliřtiđi ve kronik sigara kullanıcılarının biliřsel iřlevler ve psikolojik iyi oluř açısından kesin iyileřmeler elde edemedikleri saptanmıřtır (Penetar ve ark., 2012). Sigara kullanan bireylerin, sigaranın stresli olduklarında kendilerini daha sakin hissetmelerine, dikkat seviyelerinin yűkselmesine ve daha verimli çalıřmalarına katkıda bulunduđunu savundukları bildirilmiřtir. Ek olarak, nikotinin kardiyovaskűler sistemi etkileyerek adrenalin salınımını sađladıđı, bu nedenle kalp ritminin hızlandıđı ve kan basıncının arttıđı belirtilmiřtir. Sigaradaki nikotin miktarının artmasıyla birlikte alınan haz ve vűcuttaki fizyolojik tepkilerin de deđiřtiđi ortaya konmuřtur.

Sigaranın fizyolojik etkilerinin yanı sıra psikolojik etkilerinin de bulunduğu vurgulanmıştır (Jarvis, 2004; Mannino, 2009; Penetar ve ark., 2012; Heffner ve ark., 2011).

Birçok bireyin depresyon, stres ve kaygının üstesinden gelmek amacıyla sigara kullandığı belirtilmiştir. Sigara kullanımının, olumsuz duyguları geçici olarak azalttığı ancak uzun vadede psikolojik sorunlara yol açan bir bağımlılık oluşturduğu saptanmıştır (Penetar ve ark., 2012; Hiler ve ark., 2020; Romijnders ve ark., 2019; Cooperman ve ark., 2015). Sigaranın sanılan rahatlatıcı etkisinin, aslında nikotinin vücutta tükenmesinden kaynaklanan gerginlik ve sinirliliğin geçmesinden ileri geldiği bildirilmiştir. Bağımlı sigara kullanıcılarının, normal hissetmeye devam edebilmek için nikotine ihtiyaç duydukları ifade edilmiştir (Parrott, 1999). Sosyal faktörlerin, sigaranın sakinleştirici bir madde olarak düşünülmesinde etkili olduğu belirtilmiştir. Birçok sigara kullanıcısının, arkadaşlarıyla sosyalleşme veya iş molaları gibi sosyal ortamlarda sigara kullandığını belirttiği saptanmıştır. Bu durumun, sigaranın haz veren ve rahatlatıcı bir madde olarak algılanmasına neden olduğu ileri sürülmüştür (Shiffman ve Paty, 2006; Mannino, 2009).

Sigara kullanımını bırakmanın, uzun süreli yoksunlukla başa çıkma mücadelesini gerektirdiği belirtilmiştir. Başarılı müdahale planları oluşturulabilmesi için bırakmanın önünde engel oluşturan ve sigara kullanımına neden olan sosyoekonomik, farmakolojik, kişisel ve ailevi faktörlerin incelenmesi gerektiği vurgulanmıştır (Jarvis, 2004). Sigara fiyatlarının artırılması, kapsamlı sigara kullanımına karşı yasaların uygulanması, tütün ürünlerinin denetlenmesi ve sigara karşıtı medya kampanyaları gibi stratejik planlar sayesinde sigara kullanımının azaltılabileceği ileri sürülmüştür (Hu ve ark., 2016).

Mental bir bozukluğu olan bireylerin %47,1'inin sigara kullandığı vurgulanmıştır (Lassar ve ark., 2000). Akıl hastalığı veya madde kullanım bozukluğu olan yetişkinlerin sigara kullanma olasılığı, bu sorunları olmayan yetişkinlere göre 2 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2013; Lassar, 2000). Sigara kullanma oranı bipolar bozukluk tanılı bireylerde diğer bireylere kıyasla yaklaşık 2 ila 3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Heffner ve ark., 2011). Bipolar bozukluk tanılı bireyler sigara kullanma açısından cinsiyete göre kıyaslanmıştır. Bu kıyaslamaya göre erkeklerin kadınlara göre daha fazla sigara kullandığı

anlaşılmıştır. Bunun yanı sıra bipolar bozukluk tanı grubunda sağlık sigortası kapsamı, yalnız yaşama, daha yüksek kişisel gelir, daha ileri bipolar bozukluk başlangıç yaşı, ilk atağın daha geç yaşta olması sigara kullanma ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. Sigara kullanımı bipolar bozukluk ve şizofrenide majör depresif bozukluğu ile kıyaslandığında daha yaygın olduğu anlaşılmıştır. (Li ve ark., 2017)

Nikotinin, bipolar bozukluk tanılı bireylerde düzensizleşen nörotransmitter sistemlerini etkilediği bilinmektedir. Nikotinin serotonin ve dopamin salınımını etkileyerek geçici de olsa bilişsel fonksiyonu ve duygu durumunu iyileştirmeye destek olabileceği belirtilmiştir. Bu bağlamda, nikotinin ruh haline iyi gelen yönü nedeniyle bipolar bozukluğa eşlik eden depresyon veya anksiyete semptomlarını geçici olarak hafiflettiği bulgulanmıştır. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin, duygusal iniş çıkışları düzenlemek ve stresle başa çıkabilmek adına sigarayı adeta bir ilaç gibi gördükleri ifade edilmiştir. Sigaranın içerdiği nikotinin haz hissi veya geçici bir rahatlama oluşturabileceği ileri sürülmüştür. Özellikle manik veya depresif epizodlarda sigara kullanma ihtiyacının daha da arttığı saptanmıştır. Nikotinin bu iyileştirici etkisi nedeniyle sigara kullanmaya başlama ve sürdürme durumunun artabileceği belirtilmiştir (Heffner ve ark., 2011).

Sigara kullanımının duygusal iniş çıkışları düzenlemek ve stresle mücadele etmek için fayda sağladığı düşünülmektedir. Bu durumun, aslında kişisel ilişkiler ile başa çıkma stratejisi olduğunu da ortaya koyduğu bildirilmiştir (Huh ve ark., 2014).

BÖLÜM 2: GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışmasında nicel bir araştırma yöntemi kullanılarak, bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerde çocukluk çağı travmalarının kişilerarası ilişki zorlukları ve sigara kullanımı üzerindeki etkisi incelenmiştir.

2.1. Araştırma Yöntemi

Araştırma modeli hipotezlerin test edilebilmesi amacıyla bipolar bozukluk tanılı bireylerin çocukluk çağı travmalarının 2 bağımlı değişken olan kişilerarası ilişki zorlukları ve sigara kullanımı hakkında anketler kullanılarak yapılmış kesitsel bir anket çalışmasıdır. Ayrıca değişkenlerin cinsiyet, yaş ve eğitim seviyesi gibi sosyodemografik verilerle aralarında farklılık gösterip göstermediği ele alınmıştır.

Çalışma içerisinde kullanılan değişkenler, nicel araştırma yöntemlerinden olan korelasyonel (ilişkisel) model kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen veriler anket uygulama tekniklerinden yüz yüze anket uygulama tekniği ile toplanmıştır. Ayrıca çalışmaya katılım gösteren katılımcıların kişisel bilgileri gizliliğin korunabilmesi ve etik ihlal oluşmaması adına gizli tutularak analizler gerçekleştirilmiştir.

2.2. Araştırma Evreni ve Örneklem

Araştırma evrenini bipolar bozukluk tanısı konmuş, 18 -65 yaş aralığındaki bireylerden ve kontrol grubu olarak bipolar bozukluk tanısı konmamış 18-65 yaş aralığındaki bireylerden oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini katılımcıların elverişli koşullarda seçilmiş Convenience (Uygun) Örneklem yöntemi kullanılarak veriler toplanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olup, onam formu veren toplum ruh sağlığı merkezinden bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen remisyon döneminde olan 51 bireyden ve 18-65 yaş arasında 48 Bipolar tanısı konmamış katılımcılar oluşturmuştur. Bipolar bozukluk tanısı konmamış katılımcılara araştırmacının kendi sosyal çevresinde yaptığı duyurular ile ulaşılmıştır. Katılımcılardan toplanan veriler yüz yüze anket tekniği ile toplanmıştır.

Oluşturulan araştırma örnekleminin çalışmaya katılım şartları ise şu şekilde oluşturulmuştur:

- 1) Bipolar Bozukluk 1 veya 2 tanısı konmuş olması
- 2) 18-65 yaşları arasında olması
- 3) En az 1 yıldır Bipolar Bozukluk tanısı ile takip ediliyor olması,
- 4) Çalışmaya katılan danışanların remisyon döneminde olmaları
- 5) Mental retardasyona veya ciddi bilişsel bozukluğa (demans gibi) sahip olmamaları
- 6) Alkol ve madde kullanım bozukluğu olmaması gerekmektedir
- 7) Başka bir ağır psikiyatrik bozukluk (şizofreni gibi) tanısı almamaları
- 8) Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi.

Oluşturulan çocukluk çağı travması olan ancak bipolar bozukluk tanısı konmamış bireylerden oluşan kontrol grubu araştırma örnekleminin çalışmaya katılım şartları ise şu şekilde oluşturulmuştur:

- a) Çalışma grubuna alınan hastalar ile yaş, cinsiyet ve eğitim süresi açısından benzer düzeyde olması
- b) Psikopatolojik tanısının olmaması
- c) Çalışmaya katılmayı engelleyecek derecede zihinsel veya fiziksel engel bulunmaması.
- d) Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi.

2.3. Veri Toplama Araçları

Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin çocukluk çağı travmaları, kişilerarası ilişki zorlukları ve sigara kullanımı arasında bir ilişki olup olmadığını ölçmek amacıyla araştırmada Demografik Bilgi formu, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Kişilerarası Problemler Envanteri Döngüsel Ölçekleri Kısa Formu ölçekleri kullanılmıştır.

- **Demografik Bilgi formu:** Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan form katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, herhangi bir işte çalışıp çalışmadığı, medeni durumu, çocuk sahibi olup olmadığı, sosyoekonomik düzeyi, sigara kullanıp kullanmadığı kullanıyorsa günde kaç paket gibi sosyodemografik sorular ile; hastalığın (bipolar bozukluk) süresi, mevsimsellik-hızlı döngülülük olup olmadığı, yatış öyküsü, intihar girişimi, ailesindeki psikiyatrik

öyküsün varlığı ve varsa kimde olduğu gibi hastalığa ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Formun örneği, Ek-A’da sunulmuştur. Kontrol grubu için oluşturan formda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, herhangi bir işte çalışıp çalışmadığı, medeni durumu, çocuk sahibi olup olmadığı, sosyoekonomik düzeyi, sigara kullanıp kullanmadığı kullanıyorsa günde kaç paket gibi sosyodemografik sorular yer almaktadır. Formun örneği Ek-B’de yer almaktadır.

- **Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-33)** Katılımcıların çocukluk döneminde yaşadıkları travmatik olayların türünü ve şiddetini ölçmek için kullanılmıştır. Bernstein ve ark. (1994) tarafından geliştirilen ve İngilizce adı “Childhood Trauma Questionnaire” olan bu ölçek Vedat Şar ve ark. tarafından 2012 yılında dissosiyatif bozukluk hastalarına bu hastaların birinci derece yakınlarına ve bu aile bireyleri ile eşleştirilmiş klinik dışı kontrol grubu üzerine yapılan bir araştırmayla uyarlanmıştır. Yetişkinler için kullanılan bu ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Şar ve ark. (2020) tarafından Türk kültürüne uyarlanan ve ek koruma ve kontrol faktörlerini içeren 33 maddeyle genişletilen CTQ'nun gözden geçirilmiş ve genişletilmiş Türk Çocukluk Travma Anketi (CTQ-33), 5 puanlık Likert ölçeğiyle ölçülen bir öz rapor ölçeğidir (1 = asla doğru değil, 2 = nadiren doğru, 3 = bazen doğru, 4 = sık sık doğru, 5 = çok sık doğru). Ölçeğin alt ölçekleri cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve genişletilmiş Türk versiyonu çocuklukta eklenen aşırı koruma-kontrol küçümseme üzerine odaklanmaktadır. Bu ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,93'tür (Şar ve ark., 2021). Formun örneği Ek-C’de yer almaktadır.
- **Kişilerarası Problemler Envanteri Döngüsel Ölçekleri Kısa Formu (IIP-C)** Kişilerarası ilişkilerde yaşanan zorlukların düzeyini ölçmek için kullanılacak olan bu ölçek, bireylerin sosyal ilişkilerinde yaşadığı güçlükleri değerlendirmeyi amaçlar. İlk olarak Horowitz ve arkadaşları tarafından 1988 yılında 127 maddeden oluşan ölçek Alden ve arkadaşları (1990) tarafından 64 maddeye indirilmiştir. Daha sonra Horowitz ve arkadaşları (2000) tarafından 8 faktörlü yapı korunarak 64 maddeden 32 maddeye indirilen ölçeğin kısa versiyonu oluşturulmuştur. Türk kültürüne uyarlaması Akyunus ve Gençöz (2016) tarafından yapılmıştır. IIP-32 kişilerarası işlevsellikte farklı güçlük alanlarını değerlendiren 5’li likert tipi ölçek olup, her biri 4 maddeden oluşan 8 alt ölçek ile toplam 32 maddeden

oluşmaktadır. Toplam puanı genel kişilerarası güçlük düzeyi ve stresi değerlendiren IIP-C'nin alt ölçekleri, Baskın Kontrolcü (Domineering/Controlling), İntusif-Muhtaç (Intrusive-Needy), Aşırı Fedakâr (Self-Sacrificing), Aşırı uyumlu (Overly Accomodating), Hakkını-Fikrini Savunmayan (Nonassertive), Sosyal Çekinik (Socially Avoidant), Soğuk-Mesafeli (Cold-Distant) ve Kinci Benmerkezci (Vindictive/Self-centered) olarak adlandırılmıştır. Toplam ölçek ve alt ölçeklerde yüksek puanlar kişilerarası stres düzeyi ve belirli kişilerarası güçlüklerde yükselmeyi göstermektedir. Bu ölçeğin güvenirlik analizine göre, ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı ise 0.86 dır (Akyunus ve Gençöz, 2016). Formun örneği Ek-D'de yer almaktadır.

2.4. Veri Toplama Süreci

Katılımcılara yüz yüze anketler yoluyla veri toplama araçları uygulanmıştır. Her bir katılımcı, gönüllü katılım esasına göre araştırmaya dahil edilmiştir. Bipolar Bozukluk tanılı hasta grubu için toplum ruh sağlığı merkezine gelen bipolar bozukluk tanılı hastalar çalışmaya davet edilmiştir. Görüşme odasında kişilerin gönüllük esasına dayalı olarak çalışma gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubu için yakın çevreden kişiler çalışmaya davet edilmiş. Bu anketlerin bazıları görüşme odasında bazıları da kendileri tek başlarına doldurup vermişlerdir.

2.5. Veri Analizi

Bu araştırmada, bipolar bozukluk tanısı konan bireylerin klinik değişkenleri, kişilerarası sorunları ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkileri değerlendirmek ve kontrol grubu ile karşılaştırmak için çeşitli istatistiksel analizler kullanılmıştır. İlk olarak, katılımcıların demografik ve klinik özelliklerini tanımlamak amacıyla frekans ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için Ki-kare testi uygulanmıştır.

Değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

Kontrol grubu ile bipolar bozukluk tanısı konmuş bireyler arasındaki farklılıkları anlamak için çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) kullanılmıştır. Bu analiz, bağımlı değişkenlerin (örneğin, kişilerarası ilişki sorunları ve çocukluk çağı travmaları) iki grup arasında anlamlı farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için uygulanmıştır.

Gruplar arasında ortalama farklılıklarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı istatistikler sunulmuş; bağımlı değişkenlerin aritm etik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri raporlanmıştır. Çalışmanın bulguları, istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin ve farklılıkların belirlenmesi için $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.



BÖLÜM 3: BULGULAR

3.1. Betimleyici Bulgular

Tablo 1.

Bipolar Bozukluk Tanısı Konmuş ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik değişkenlerinin Dağılımına Yönelik Çapraz Tablo ve ki-kare bulguları

Değişken	Kategori	Bipolar Bozukluk Tanısı Konanlar (N)	Tanı Konmamış Kontrol Grubu (N)	Toplam (N)	Ki-Kare (χ^2)	p
Cinsiyet	Erkek	22	21	43	0,004	0,951
	Kadın	29	27	56		
Medeni Durum	Bekar	22	16	38	1,005	0,316
	Evli	29	32	61		
Çocuk	Var	31	25	56	0,762	0,383
	Yok	20	23	43		
Eğitim Durumu	İlköğretim	22	8	30	60,043	0,000** *
	Lise	17	5	22		
	Üniversite	11	32	43		
	Yüksek Lisans Öğrenci	1	3	4		
SED (Sosyoekonomik Düzey)	Yüksek Lisans	0	3	3	10,533	0,005**
	Gelir giderden az	6	9	15		
	Gelir gidere denk	42	26	68		
Yaşadığı Yer	Gelir giderden fazla	3	13	16	3,773	0,152
	Kasaba	0	3	3		
	İlçe	1	2	3		
	Şehir	50	43	93		
Toplam		51	48	99		

*** p < 0.001 ** p < 0.01

Tablo 1'deki çapraz tablo ve ki-kare analizi bulgularına göre, cinsiyet ile grup (bipolar bozukluk tanısı konanlar ve kontrol grubu) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($\chi^2(1)=0,004, p=0,951$). Her iki grup için kadın ve erkek dağılımları benzerdir. Bu durum, cinsiyetin bipolar bozukluk tanısı ile ilişkili olmadığını göstermektedir.

Medeni durum (bekar/evli) ile grup arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($\chi^2(1)=1,005, p=0,316$). Bipolar bozukluk tanılı bireyler ve kontrol grubu arasında evli ve bekar bireylerin dağılımında önemli bir farklılık yoktur. Çocuk sahibi olma durumu ile grup arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($\chi^2(1)=0,762, p=0,383$). Bipolar bozukluk tanısı konmuş ve konmamış bireylerin çocuk sahibi olma oranları benzerdir.

Eğitim durumu ile grup arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2(5)=60,043, p<0,001$). Özellikle bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin daha düşük eğitim seviyelerine (ör. ilköğretim, lise) sahip olduğu, kontrol grubundaki bireylerin ise üniversite mezuniyeti oranlarının yüksek olduğu dikkat çekmiştir. Bu bulgu, eğitim düzeyinin bipolar bozukluk tanısı ile ilişkilendirilebileceğini düşündürmektedir.

Sosyoekonomik düzey ile grup arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2(2)=10,533, p=0,005$). Kontrol grubundaki bireylerin daha yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olduğu, bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin ise orta düzeyde yoğunlaştığı gözlemlenmiştir. Bu durum, sosyoekonomik faktörlerin bipolar bozuklukla ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Yaşadığı yer kategorisi (kasaba, ilçe ve şehir) ile grup arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($\chi^2(2)=3,773, p=0,152$). Bipolar bozukluk tanısı konmuş ve kontrol grubu arasında yerleşim yerleri açısından önemli bir fark gözlenmemiştir.

Cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve yaşadığı yer gibi demografik faktörler ile bipolar bozukluk tanısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu faktörlerin bipolar bozukluk tanısı üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı söylenebilir.

Eğitim durumu ve sosyoekonomik düzey, bipolar bozukluk tanısı ile anlamlı bir şekilde ilişkilidir. Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin daha düşük eğitim seviyelerine ve orta düzeyde sosyoekonomik duruma sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 2.

Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri
Bipolar Hastalarının Tanımlayıcı Bilgileri

Değişken	Kategori	Frekans (N)	Yüzde (%)
Öyküde Mevsimsellik	Yok	12	23,5
	Var	39	76,5
	Toplam	51	100,0
Öyküde Hızlı Döngülülük	Yok	46	90,2
	Var	5	9,8
	Toplam	51	100,0

Ek Psikiyatrik Tanı	Yok	51	100,0
Ailede Psikiyatrik Öykü	Evet	27	52,9
	Hayır	24	47,1
	Toplam	51	100,0
Ailede Bipolar Bozukluk Öyküsü	Evet	18	35,3
	Hayır	33	64,7
	Toplam	51	100,0

Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin %76,5'i (N = 39) mevsimsellik öyküsüne sahipken, %23,5'i (N = 12) bu öyküye sahip değildir. Bu durum, bipolar bozukluğun belirtilerinin mevsimsel değişikliklerden önemli ölçüde etkilenebileceğini göstermektedir. Mevsimsellik öyküsünün yüksek oranı, klinik değerlendirmelerde mevsimsel faktörlerin dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Hızlı döngülülük (bir yıl içinde dört veya daha fazla duygudurum epizodunun görülmesi) oranı %9,8 (N = 5) olarak bulunmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%90,2, N = 46) hızlı döngülülük öyküsüne sahip değildir. Bu, hızlı döngülülüğün daha az yaygın bir özellik olduğunu ancak klinik seyri önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermektedir.

Tüm katılımcılar (%100, N = 51) ek bir psikiyatrik tanıya sahip değildir. Bu, örneklemin yalnızca bipolar bozukluk tanısı ile değerlendirildiğini ve diğer psikiyatrik durumların çalışma dışında bırakıldığını göstermektedir. Bu bulgu, çalışmanın odak noktasının yalnızca bipolar bozukluk üzerine olduğunu vurgulamaktadır.

Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin %52,9'u (N = 27) ailelerinde psikiyatrik bir öykü olduğunu belirtirken, %47,1'i (N = 24) böyle bir öyküye sahip olmadığını belirtmiştir. Bu durum, bipolar bozuklukta genetik ve ailevi yatkınlığın rol oynayabileceğine işaret etmektedir. Aile öyküsünün varlığı, genetik danışmanlık ve aile terapisi gibi müdahalelerin önemini vurgular.

Katılımcıların %35,3'ü (N = 18) ailelerinde bipolar bozukluk öyküsü bulunduğunu belirtirken, %64,7'si (N = 33) bu öyküye sahip değildir. Bipolar bozuklukta genetik yatkınlığın önemli olduğu bilinse de aile öyküsü olmayan bireylerde de bozukluğun gelişebileceği bu oranlardan anlaşılmaktadır. Genetik faktörlerin yanı sıra çevresel ve psikososyal faktörlerin de dikkate alınması gerektiği anlaşılmaktadır.

Tablo 3.**Bipolar Bozukluk Tanısı ile İlişkili Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri**

Değişken	N	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Toplam Nöbet Sayısı	51	7,20	5,07	1,00	25,00
Hastaneye Yatış Sayısı	51	1,73	0,49	1	3
Tedavisiz Geçen Süre	51	1,10	1,70	0	8
Hastalık Süresi (Yıl)	51	18,75	10,70	2,00	38,00

Tablo 3'teki betimleyici istatistik bulgularına göre, Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin ortalama nöbet sayısı 7,20 ($SS = 5,07$) olarak bulunmuştur. Minimum 1, maksimum 25 nöbet bildirimi vardır. Standart sapmanın yüksek olması ($SS = 5,07$), bireyler arasında nöbet sayısı açısından büyük bir varyasyon olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, bireylerin hastalığı nasıl deneyimlediklerinin oldukça değişken olduğunu işaret edebilir.

Hastaneye yatış sayısı ortalama 1,73'tür ($SS = 0,49$), ve bireyler arasında hastaneye yatış sayısı 1 ile 3 arasında değişmektedir. Standart sapmanın düşük olması, hastaneye yatış sayısının grupta nispeten daha homojen olduğunu göstermektedir. Bu, bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin çoğunun benzer düzeyde hastaneye yatış deneyimi yaşadığını işaret edebilir.

Bipolar bozukluk tanısı konan bireylerin tedavisiz geçen süresi ortalama 1,10 yıl ($SS = 1,70$) olarak bildirilmiştir. Bu süre, bireylerin tanı alana kadar geçen sürelerinde bazı kişisel veya sistemik engellerle karşılaşabileceğini göstermektedir. Ancak, minimum değerin 0 olması, bazı bireylerin hemen tedaviye erişim sağladığını da ortaya koymaktadır.

Hastalığın süresi ortalama 18,75 yıl ($SS = 10,70$) olarak hesaplanmıştır. Bu süre, bipolar bozukluk tanısı konan bireylerin hastalığı uzun yıllar boyunca deneyimlediğini göstermektedir. Maksimum 38 yıl ve minimum 2 yıl gibi geniş bir aralık, hastalık süresinin bireyler arasında büyük

ölçüde farklılık gösterdiğini işaret etmektedir. Standart sapmanın yüksek olması, bu bulguyu desteklemektedir.

Tablo 4.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin ortalama değerlerine ilişkin betimleyici istatistikler

Değişken	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık
CTQ_Duygusal Taciz	Bipolar Bozukluk Tanısı	5	11,76	4,412	0,493	-0,593
	Konanlar	1				
	Tanı Konmamış Kontrol	4	7,75	3,552	1,445	1,501
	Grubu	8				
CTQ_Fiziksel Taciz	Bipolar Bozukluk Tanısı	5	7,12	3,327	2,054	3,677
	Konanlar	1				
	Tanı Konmamış Kontrol	4	5,50	1,663	5,632	35,280
	Grubu	8				
CTQ_Fiziksel İhmal	Bipolar Bozukluk Tanısı	5	9,78	3,880	0,668	-0,025
	Konanlar	1				
	Tanı Konmamış Kontrol	4	8,19	3,606	1,253	0,815
	Grubu	8				
CTQ_Duygusal İhmal	Bipolar Bozukluk Tanısı	5	14,43	5,166	0,140	-0,975
	Konanlar	1				
	Tanı Konmamış Kontrol	4	11,48	4,268	0,742	0,836
	Grubu	8				
CTQ_Cinsel Taciz	Bipolar Bozukluk Tanısı	5	7,18	4,213	1,838	2,283
	Konanlar	1				
	Tanı Konmamış Kontrol	4	5,42	1,699	4,550	22,826
	Grubu	8				
CTQ_Aşırı Koruma	Bipolar Bozukluk Tanısı	5	13,45	5,124	0,201	-0,273
	Konanlar	1				
	Tanı Konmamış Kontrol	4	10,83	4,143	0,862	0,334
	Grubu	8				
CTQ_Total	Bipolar Bozukluk Tanısı	5	71,16	15,385	0,649	-0,485
	Konanlar	1				
	Tanı Konmamış Kontrol	4	59,38	11,858	0,802	-0,063
	Grubu	8				
IIP_Başın Kontrolçülük	Bipolar Bozukluk Tanısı	5	8,88	3,871	0,308	-0,773
	Konanlar	1				
	Tanı Konmamış Kontrol	4	7,48	2,828	0,553	-0,237
	Grubu	8				
IIP_Kinci Benmerkezci	Bipolar Bozukluk Tanısı	5	9,35	3,638	0,420	-0,265
	Konanlar	1				
	Tanı Konmamış Kontrol	4	7,63	2,811	0,270	-1,132
	Grubu	8				

	Toplam			9	8,52	3,361	0,524	-0,121
				9				
IIP_Soğuk Mesafelilik	Bipolar	Bozukluk	Tanısı	5	9,00	4,138	0,532	-0,503
	Konanlar			1				
	Tanı	Konmamış	Kontrol	4	8,02	2,840	0,665	0,104
	Grubu			8				
	Toplam			9	8,53	3,584	0,711	0,036
				9				
IIP_Kendine Güvenmeme	Bipolar	Bozukluk	Tanısı	5	11,43	3,770	0,160	-0,284
	Konanlar			1				
	Tanı	Konmamış	Kontrol	4	9,35	3,152	0,122	-0,502
	Grubu			8				
	Toplam			9	10,42	3,620	0,269	-0,213
				9				
IIP_Aşırı Uyumluluk	Bipolar	Bozukluk	Tanısı	5	12,25	3,820	0,439	-0,406
	Konanlar			1				
	Tanı	Konmamış	Kontrol	4	10,25	3,405	0,401	-0,672
	Grubu			8				
	Toplam			9	11,28	3,744	0,461	-0,351
				9				
IIP_Kendini Feda Etme	Bipolar	Bozukluk	Tanısı	5	13,80	4,219	-0,090	-0,987
	Konanlar			1				
	Tanı	Konmamış	Kontrol	4	12,90	3,296	-0,228	0,069
	Grubu			8				
	Toplam			9	13,36	3,808	-0,044	-0,580
				9				
IIP_Dahici Talepkarlık	Bipolar	Bozukluk	Tanısı	5	11,45	2,921	0,089	-0,186
	Konanlar			1				
	Tanı	Konmamış	Kontrol	4	10,10	3,047	0,335	-0,557
	Grubu			8				
	Toplam			9	10,80	3,044	0,170	-0,491
				9				

Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireyler ve tanı konmamış kontrol grubu arasında Çocukluk Travma Ölçeği (CTQ) ve Kişilerarası İlişki Problemleri (IIP) alt ölçek puanlarında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireyler hem CTQ hem de IIP alt ölçeklerinde genel olarak daha yüksek puanlar almıştır. Bu bulgular, bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin çocukluk dönemi travmalarına ve kişilerarası ilişki problemlerine daha yatkın olduklarını göstermektedir. Çoğu alt ölçek için çarpıklık ve basıklık değerleri $\pm 1,5$ aralığında olup, bu durum verilerin normal dağılıma yakın olduğunu göstermektedir. Ancak bazı alt ölçeklerde çarpıklık ve basıklık değerlerinin bu aralıktan saptığı gözlemlenmiştir:

CTQ_Fiziksel Taciz ve CTQ_Cinsel Taciz: Kontrol grubunda çarpıklık ve basıklık değerlerinin yüksek olduğu (ör. CTQ_Cinsel Taciz: Çarpıklık = 4,550, Basıklık = 22,826) dikkat çekmektedir. Bu durum, dağılımın ciddi bir pozitif çarpıklık içerdiğini ve verilerin çoğunluğunun düşük puanlara yığılmış olduğunu göstermektedir. CTQ_Total ve IIP_Aşırı Uyumluluk: Çarpıklık ve basıklık değerleri normal dağılıma daha yakın olup, grup farklılıklarının tutarlılığını desteklemektedir.

Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin CTQ toplam ve alt ölçek puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir. CTQ_Duygusal Taciz: Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireyler (Ortalama = 11,76, SS = 4,41), kontrol grubundan (Ortalama = 7,75, SS = 3,55) belirgin şekilde daha yüksek puanlar almıştır. CTQ_Fiziksel Taciz: Bipolar bozukluk tanısı alan bireylerde çarpıklık ve basıklık daha düşük olup, bu grup daha yüksek puanlar almıştır (Ortalama = 7,12). CTQ_Total: Genel toplamda, bipolar bozukluk tanısı konmuş bireyler (Ortalama = 71,16) ile kontrol grubu (Ortalama = 59,38) arasında anlamlı farklar görülmüştür.

Kişilerarası ilişki problemleri açısından da bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. IIP_Baskın Kontrolcülük: Bipolar grubu (Ortalama = 8,88, SS = 3,87), kontrol grubundan (Ortalama = 7,48, SS = 2,83) daha yüksek puan almıştır. IIP_Aşırı Uyumluluk: Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireyler, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almıştır (Ortalama = 12,25, SS = 3,82 ve Ortalama = 10,25, SS = 3,40). IIP_Kendini Feda Etme ve IIP_Dalıcı Talepkarlık: Bu alt ölçeklerde de bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin puanlarının daha yüksek olduğu dikkat çekmiştir.

CTQ ve IIP Toplam Puanlar: Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin, çocukluk dönemi travmalarına ve kişilerarası ilişki problemlerine daha yatkın olduğu gözlemlenmiştir. Özellikle duygusal taciz, fiziksel taciz ve duygusal ihmal gibi CTQ alt ölçeklerinde belirgin farklılıklar gözlemlenmiştir. Benzer şekilde, kişilerarası ilişki problemleri (örneğin, baskın kontrolcülük, aşırı uyumluluk ve kendini feda etme) açısından bipolar bozukluk tanısı alan bireyler daha yüksek puanlar almıştır.

Çarpıklık ve Basıklık Analizi: Verilerin büyük bir kısmı normal dağılıma yakın olsa da bazı alt ölçeklerde (ör. CTQ_Cinsel Taciz ve CTQ_Fiziksel Taciz) pozitif çarpıklık dikkat çekmektedir. Bu durum, düşük puanların yoğun olduğu ve yüksek puanların az olduğu bir dağılımı işaret etmektedir.

Bu bulgular, bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin daha yoğun çocukluk travmaları yaşadığını ve bunun kişilerarası ilişki problemleriyle bağlantılı olabileceğini göstermektedir. Klinik müdahalelerde bu tür travmatik deneyimlerin ve kişilerarası sorunların değerlendirilmesi

önemlidir. Sonuç olarak, elde edilen bulgular grup farklılıklarının hem çocukluk travmaları hem de kişilerarası ilişki problemleri bağlamında önemli olduğunu göstermektedir. Sigara kullanımının ve grup-sigara etkileşiminin etkileri ise alt ölçek düzeyinde daha sınırlıdır.

3.2. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireyler ve Kontrol Grubu ile Yapılan Karşılaştırmalara İlişkin Bulgular

Araştırmada, sigara kullanımının bipolar bozukluk tanısı olan bireylerde çocukluk çağı travmaları ve kişilerarası ilişkilerde problemler puanlarında anlamlı farklılık yaratıp yaratmadığına ilişkin tanı konmamış kontrol grubu ile karşılaştırma yapılmıştır. Karşılaştırmalar için Çoklu varyans Analizi (MANOVA) uygulanarak ölçek alt boyutları ile değerlendirilmiştir. Analizlerde anlamlılık düzeyi 0.001 ve 0.05 düzeyinde alınmıştır.

Tablo 5.

Çocukluk Çağı Travmaları Alt Boyutlarının Karşılaştırıldığı Çok Değişkenli Test Sonuçları

Etki	Test	Değer	F	Hipotez df	Hata df	P	Kısmi Eta Kare
Grup	Pillai's Trace	0,214	3,460	7	89	0,003	0,214
	Wilks' Lambda	0,786	3,460	7	89	0,003	0,214
	Hotelling's Trace	0,272	3,460	7	89	0,003	0,214
	Roy's Largest Root	0,272	3,460	7	89	0,003	0,214
Sigara Kullanma Durumu	Pillai's Trace	0,039	0,522	7	89	0,816	0,039
	Wilks' Lambda	0,961	0,522	7	89	0,816	0,039
	Hotelling's Trace	0,041	0,522	7	89	0,816	0,039
	Roy's Largest Root	0,041	0,522	7	89	0,816	0,039
Grup * Sigara	Pillai's Trace	0,031	0,411	7	89	0,893	0,031
Etkileşim	Wilks' Lambda	0,969	0,411	7	89	0,893	0,031
	Hotelling's Trace	0,032	0,411	7	89	0,893	0,031
	Roy's Largest Root	0,032	0,411	7	89	0,893	0,031

Tablo 5’te çok değişkenli varyans analizi (MANOVA), grup ve sigara değişkenlerinin CTQ (Çocukluk Travma Ölçeği) alt ölçekleri üzerindeki etkilerini test etmek için kullanılmıştır. Analiz sonucunda, grup değişkeninin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,003$), bu etki tüm testlerde (Pillai's Trace, Wilks' Lambda, Hotelling's Trace ve Roy's Largest Root) tutarlıdır. Grup değişkeninin kısmi eta kare (η^2) değeri 0,214 olarak bulunmuştur; bu da grubun CTQ alt ölçekleri üzerindeki toplam varyansın %21,4’ünü açıkladığını göstermektedir.

Sigara kullanımının çok değişkenli düzeyde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p=0,816$), kısmi eta kare değeri 0,039 ile çok düşük düzeyde etkili olduğu görülmüştür. Grup ve sigara etkileşiminin de anlamlı bir etkisi olmadığı anlaşılmıştır ($p=0,893$), bu da etkileşimin CTQ alt ölçeklerinde önemli bir farklılık yaratmadığını göstermektedir. Sonuç olarak, grup değişkeni (Bipolar Bozukluk Tanısı Alanlar ve Kontrol Grubu) CTQ alt ölçeklerinde anlamlı bir farklılık yaratırken, sigara kullanımı ve grup-sigara etkileşimi anlamlı bir etki göstermemiştir. Bu durum, çocukluk travma skorlarındaki varyasyonun büyük ölçüde tanı gruplarından kaynaklandığını, sigara kullanımının veya grup ile sigara etkileşiminin etkisinin ise ihmal edilebilir düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 6.

Sigara kullanma durumu ve bipolar bozukluk tanısına göre çocukluk çağı travma alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Değişken	Grup			Sigara Durumu	Ortalama	Standart Sapma	N
CTQ_Duygusal Taciz	Bipolar Bozukluk Tanısı Konmuş			Evet	11,61	4,427	3
							8
				Hayır	12,23	4,512	1
							3
				Toplam	11,76	4,412	5
						1	
	Tanı Konmamış Kontrol Grubu			Evet	7,53	3,533	1
							9
				Hayır	7,90	3,619	2
							9
				Toplam	7,75	3,552	4
						8	
Toplam			Evet	10,25	4,552	5	
						7	
			Hayır	9,24	4,361	4	
						2	
			Toplam	9,82	4,478	9	
						9	

CTQ_Fiziksel Taciz	Bipolar Konmuş	Bozukluk Tanısı	Evet	7,08	3,490	3
			Hayır	7,23	2,920	8
			Toplam	7,12	3,327	1
	Tanı Konmamış Grubu	Kontrol	Evet	5,79	2,529	3
			Hayır	5,31	0,660	5
			Toplam	5,50	1,663	1
	Toplam		Evet	6,65	3,238	1
			Hayır	5,90	1,897	9
			Toplam	6,33	2,763	2
	Bipolar Konanlar	Bozukluk Tanısı	Evet	9,66	3,801	9
			Hayır	10,15	4,240	9
			Toplam	9,78	3,880	3
CTQ_Fiziksel İhmal	Tanı Konmamış Grubu	Kontrol	Evet	7,89	2,826	5
			Hayır	8,38	4,074	1
			Toplam	8,19	3,606	9
	Toplam		Evet	9,07	3,580	8
			Hayır	8,93	4,158	7
			Toplam	9,01	3,816	4
CTQ_Duygusal İhmal	Bipolar Konanlar	Bozukluk Tanısı	Evet	14,03	5,499	9
			Hayır	15,62	3,990	3
			Toplam	14,43	5,166	5
	Tanı Konmamış Grubu	Kontrol	Evet	10,95	3,472	1
			Hayır	11,83	4,744	9
			Toplam	11,48	4,268	2
	Toplam		Evet	13,00	5,099	9
			Hayır	13,00	4,814	4
			Toplam	13,00	4,955	2
CTQ_Cinsel Taciz	Bipolar Konanlar	Bozukluk Tanısı	Evet	7,66	4,534	9
						3
						8

				Hayır	5,77	2,774	1
							3
				Toplam	7,18	4,213	5
							1
	Tanı	Konmamış	Kontrol	Evet	5,16	0,688	1
	Grubu						9
				Hayır	5,59	2,113	2
							9
				Toplam	5,42	1,699	4
							8
	Toplam			Evet	6,82	3,892	5
							7
				Hayır	5,64	2,304	4
							2
				Toplam	6,32	3,350	9
							9
CTQ_Aşırı Koruma	Bipolar	Bozukluk	Tanısı	Evet	13,26	4,734	3
	Konanlar						8
				Hayır	14,00	6,311	1
							3
				Toplam	13,45	5,124	5
							1
	Tanı	Konmamış	Kontrol	Evet	10,32	3,742	1
	Grubu						9
				Hayır	11,17	4,416	2
							9
				Toplam	10,83	4,143	4
							8
	Toplam			Evet	12,28	4,613	5
							7
				Hayır	12,05	5,170	4
							2
				Toplam	12,18	4,833	9
							9
CTQ_Total	Bipolar	Bozukluk	Tanısı	Evet	70,84	15,293	3
	Konanlar						8
				Hayır	72,08	16,245	1
							3
				Toplam	71,16	15,385	5
							1
	Tanı	Konmamış	Kontrol	Evet	58,05	10,783	1
	Grubu						9
				Hayır	60,24	12,623	2
							9
				Toplam	59,38	11,858	4
							8
	Toplam			Evet	66,58	15,129	5
							7
				Hayır	63,90	14,721	4
							2
				Toplam	65,44	14,941	9
							9

Tablo 7.

Sigara kullanma durumu ve bipolar bozukluk tanısına göre çocukluk çağı travma alt boyutlarına ilişkin MANOVA bulguları

Kaynak	Bağımlı Değişken	Tip III Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	F	p	Kısmi Eta Kare
Düzeltilmiş Model	CTQ_Duygusal Taciz	403,914	3	134,638	8,195	0,000	0,206
	CTQ_Fiziksel Taciz	67,564	3	22,521	3,144	0,029	0,090
	CTQ_Fiziksel İhmal	68,128	3	22,709	1,588	0,197	0,048
	CTQ_Duygusal İhmal	248,864	3	82,955	3,653	0,015	0,103
	CTQ_Cinsel Taciz	113,235	3	37,745	3,635	0,016	0,103
	CTQ_Aşırı Koruma	183,116	3	61,039	2,754	0,047	0,080
	CTQ_Total	3502,211	3	1167,404	6,036	0,001	0,160
Sabit	CTQ_Duygusal Taciz	8096,849	1	8096,849	492,820	0,000	0,838
	CTQ_Fiziksel Taciz	3391,824	1	3391,824	473,554	0,000	0,833
	CTQ_Fiziksel İhmal	6840,884	1	6840,884	478,256	0,000	0,834
	CTQ_Duygusal İhmal	14433,725	1	14433,725	635,659	0,000	0,870
	CTQ_Cinsel Taciz	3069,285	1	3069,285	295,596	0,000	0,757
	CTQ_Aşırı Koruma	12485,712	1	12485,712	563,324	0,000	0,856
	CTQ_Total	358450,766	1	358450,766	1853,292	0,000	0,951
Grup	CTQ_Duygusal Taciz	371,842	1	371,842	22,632	0,000	0,192
	CTQ_Fiziksel Taciz	54,128	1	54,128	7,557	0,007	0,074
	CTQ_Fiziksel İhmal	65,748	1	65,748	4,597	0,035	0,046
	CTQ_Duygusal İhmal	247,709	1	247,709	10,909	0,001	0,103
	CTQ_Cinsel Taciz	37,817	1	37,817	3,642	0,059	0,037
	CTQ_Aşırı Koruma	175,201	1	175,201	7,905	0,006	0,077
	CTQ_Total	3185,612	1	3185,612	16,471	0,000	0,148
Sigara	CTQ_Duygusal Taciz	5,209	1	5,209	0,317	0,575	0,003

	CTQ_Fiziksel Taciz	0,563	1	0,563	0,079	0,780	0,001
	CTQ_Fiziksel İhmal	5,051	1	5,051	0,353	0,554	0,004
	CTQ_Duygusal İhmal	32,032	1	32,032	1,411	0,238	0,015
	CTQ_Cinsel Taciz	11,204	1	11,204	1,079	0,302	0,011
	CTQ_Aşırı Koruma	13,339	1	13,339	0,602	0,440	0,006
	CTQ_Total	61,574	1	61,574	0,318	0,574	0,003
Grup * Sigara (Etkileşim)	CTQ_Duygusal Taciz	0,342	1	0,342	0,021	0,886	0,000
	CTQ_Fiziksel Taciz	2,091	1	2,091	0,292	0,590	0,003
	CTQ_Fiziksel İhmal	0,001	1	0,001	0,000	0,995	0,000
	CTQ_Duygusal İhmal	2,640	1	2,640	0,116	0,734	0,001
	CTQ_Cinsel Taciz	28,202	1	28,202	2,716	0,103	0,028
	CTQ_Aşırı Koruma	0,075	1	0,075	0,003	0,954	0,000
	CTQ_Total	4,780	1	4,780	0,025	0,875	0,000

Tablo 7’de bipolar bozukluk tanısı konmuş olanlar ve kontrol grubu, sigara kullanımı ve grup-sigara etkileşim değişkenlerinin CTQ (Çocukluk Travma Ölçeği) toplam puanları ve alt ölçekleri üzerindeki etkileri çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ile incelenmiştir. Her bir bağımlı değişken için etkilerin ayrı ayrı değerlendirildiği sonuçlar aşağıda sunulmaktadır: Bulgulara göre, Grup değişkeninin bağımlı değişkenler üzerinde anlamlı etkileri olduğu görülmüştür. Özellikle CTQ_Duygusal Taciz boyutunda Grup değişkeninin etkisi anlamlıdır ($F(1, 95) = 22,632$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,192$). Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir.

CTQ_Fiziksel Taciz boyutunda Grup değişkeninin anlamlı bir etkisi vardır ($F(1, 95) = 7,557$, $p = 0,007$, $\eta^2 = 0,074$). Bipolar grubunun puanları kontrol grubundan daha yüksektir. CTQ_Fiziksel İhmal boyutunda Grup değişkeni anlamlı bir fark yaratmıştır ($F(1, 95) = 4,597$, $p = 0,035$, $\eta^2 = 0,046$). Bipolar grubunda ihmal puanları daha yüksektir. CTQ_Duygusal İhmal boyutunda Anlamlı bir grup etkisi bulunmuştur ($F(1, 95) = 10,909$, $p = 0,001$, $\eta^2 = 0,103$). Bipolar grubunun puanları daha yüksektir. CTQ_Aşırı Koruma ve Kontrol boyutunda Grup değişkeni burada da anlamlıdır ($F(1, 95) = 7,905$, $p = 0,006$, $\eta^2 = 0,077$). Bipolar grubunun puanları daha

yüksektir. CTQ_Total puanında Grup değişkeninin toplam puan üzerindeki etkisi anlamlıdır ($F(1, 95) = 16,471, p < 0,001, \eta^2 = 0,148$). Bipolar grubunun toplam puanları kontrol grubundan daha yüksektir.

Bu bulgular, bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin çocukluk döneminde daha fazla travma yaşadığını göstermektedir.

Sigara kullanımı bağımsız değişkeni, hiçbir bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir. Örneğin, CTQ_Duygusal Taciz puanları Sigara kullanımı açısından anlamlı bir fark yaratmamıştır ($F(1, 95) = 0,317, p = 0,575, \eta^2 = 0,003$). CTQ_Total puanları Sigara kullanımı toplam puanlar üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır ($F(1, 95) = 0,318, p = 0,574, \eta^2 = 0,003$). Sigara kullanımının çocukluk travmaları ile ilişkili olmadığı söylenebilir.

Grup ve sigara kullanımı arasındaki etkileşim, hiçbir bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir fark yaratmamıştır. Örneğin, CTQ_Duygusal Taciz Etkileşim etkisi anlamlı değildir ($F(1, 95) = 0,021, p = 0,886, \eta^2 = 0,000$). CTQ_Total Etkileşim etkisi anlamlı bulunmamıştır ($F(1, 95) = 0,025, p = 0,875, \eta^2 = 0,000$). Bu bulgu, sigara kullanımının etkisinin grup değişkenine bağlı olarak değişmediğini göstermektedir.

Grup değişkeni (bipolar bozukluk tanısı konmuş bireyler ve kontrol grubu), çocukluk travma puanlarının büyük bir kısmını açıklamaktadır ve tüm alt ölçeklerde anlamlı farklılıklar göstermektedir. Sigara kullanımı ve grup-sigara etkileşimi ise çocukluk travma puanları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildir.

Bu sonuçlar, çocukluk dönemindeki travmatik deneyimlerin, bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerde daha yaygın olduğunu ve bu durumun travmanın spesifik türlerini etkileyebileceğini göstermektedir. Sigara kullanımının çocukluk travmalarıyla ilişkili olmaması, travmanın bireylerin sigara kullanımı üzerindeki etkisini anlamak için farklı faktörlerin araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 8.
Kişilerarası İlişkilerde Problemler Alt Boyutlarının Karşılaştırıldığı Çok Değişkenli Test Sonuçları

Etki	Test	Değer	F	Hipotez df	Hata df	p	Kısmi Eta Kare
Sabit	Pillai's Trace	0,972	440,71	7	89	0,00	0,972
			2			0	
	Wilks' Lambda	0,028	440,71	7	89	0,00	0,972
			2			0	
Grup	Hotelling's Trace	34,66	440,71	7	89	0,00	0,972
		3	2			0	
	Roy's Largest Root	34,66	440,71	7	89	0,00	0,972
		3	2			0	
	Pillai's Trace	0,161	2,448	7	89	0,02	0,161
						4	
	Wilks' Lambda	0,839	2,448	7	89	0,02	0,161
						4	
Sigara	Hotelling's Trace	0,193	2,448	7	89	0,02	0,161
						4	
	Roy's Largest Root	0,193	2,448	7	89	0,02	0,161
						4	
	Pillai's Trace	0,142	2,103	7	89	0,05	0,142
						1	
	Wilks' Lambda	0,858	2,103	7	89	0,05	0,142
						1	
Grup * Sigara	Hotelling's Trace	0,165	2,103	7	89	0,05	0,142
						1	
	Roy's Largest Root	0,165	2,103	7	89	0,05	0,142
						1	
	Pillai's Trace	0,084	1,173	7	89	0,32	0,084
						6	
	Wilks' Lambda	0,916	1,173	7	89	0,32	0,084
						6	

Hotelling's Trace	0,092	1,173	7	89	0,32	0,084
					6	
Roy's Largest Root	0,092	1,173	7	89	0,32	0,084
					6	

Tablo 8’de çok değişkenli analiz bulgularının yer aldığı Tablo 7’deki bulgulara göre, grup, sigara ve grup*sigara etkileşim değişkenlerinin bağımlı değişkenlerin (IIP alt ölçekleri) tümü üzerindeki çok değişkenli etkilerini değerlendirmek için kullanılmıştır. Sonuçlar aşağıda detaylı bir şekilde yorumlanmıştır:

Sabit etkisi (intercept) tüm testlerde çok güçlü bir şekilde anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Bu sonuç, bağımlı değişkenlerin temel düzeylerinin (grup veya sigara değişkenlerinden bağımsız olarak) anlamlı bir varyansa sahip olduğunu göstermektedir. Kısmi eta kare (η^2) değerinin 0,972 olması, bağımlı değişkenlerin toplam varyansının %97,2’sinin sabit etkiden kaynaklandığını ifade eder.

Grup değişkeninin (bipolar bozukluk tanısı konanlar ve kontrol grubu) bağımlı değişkenler üzerindeki çok değişkenli etkisi anlamlı bulunmuştur:

Wilks' Lambda: $\Lambda=0,839, F(7,89)=2,448, p=0,024, \eta^2 =0,161$

Bu bulgu, bipolar bozukluk tanısı konan bireyler ile kontrol grubu arasında IIP alt ölçekleri açısından anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir. Grup değişkeninin bağımlı değişkenlerin toplam varyansının %16,1’ini açıkladığı görülmektedir. Sigara kullanımının bağımlı değişkenler üzerindeki çok değişkenli etkisi anlamlılık sınırına yakın bulunmuş ancak anlamlı olmamıştır:

Wilks' Lambda: $\Lambda=0,858, F(7,89)=2,103, p=0,051, \eta^2 =0,142$

Bu sonuç, sigara kullanımının IIP alt ölçekleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığını ancak düşük düzeyde bir etkisi olabileceğini (kısmi eta kare değeri %14,2) düşündürmektedir.

Grup ile sigara kullanımının etkileşimi bağımlı değişkenler üzerinde anlamlı bir çok değişkenli etki göstermemiştir: Wilks' Lambda: $\Lambda=0,916, F(7,89)=1,173, p=0,326, \eta^2 =0,084$

Bu bulgu, grup ve sigara değişkenlerinin etkileşiminin bağımlı değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığını göstermektedir.

Grup değişkeni, IIP alt ölçeklerinde anlamlı farklılıklar yaratmıştır, bu da bipolar bozukluk tanısı konanlar ve kontrol grubu arasında kişilik ilişki problemlerine dair farklılıklar olduğunu göstermektedir. Sigara kullanımı anlamlı bir etkiye sahip olmamakla birlikte, bağımlı değişkenlerin toplam varyansının %14,2'sini açıklayacak düzeyde bir etkisi olabilir. Grup ve sigara etkileşimi, IIP alt ölçeklerinde anlamlı bir farklılık yaratmamıştır. Bu bulgular, grup değişkeninin IIP alt ölçekleri üzerindeki etkisinin sigara kullanımından ve grup-sigara etkileşiminden daha belirgin olduğunu göstermektedir.

Tablo 9.

Sigara kullanma durumu ve bipolar bozukluk tanısına göre kişilerarası ilişkilerde problemler alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Değişken	Grup	Sigara Durumu	Ortalama	Standart Sapma	N
IIP_Baskın_Kontrolcülük	Bipolar Bozukluk Tanısı konmuş	Evet	9,16	3,866	38
		Hayır	8,08	3,926	13
		Toplam	8,88	3,871	51
	Tanı konmamış Kontrol Grubu	Evet	8,53	3,025	19
		Hayır	6,79	2,513	29
		Toplam	7,48	2,828	48
	Toplam	Evet	8,95	3,593	57
		Hayır	7,19	3,030	42
		Toplam	8,20	3,461	99
IIP_Kinci_Benmerkezci	Bipolar Bozukluk Tanısı konmuş	Evet	9,26	3,839	38
		Hayır	9,62	3,097	13
		Toplam	9,35	3,638	51
	Tanı konmamış Kontrol Grubu	Evet	7,84	3,005	19
		Hayır	7,48	2,721	29
		Toplam	7,63	2,811	48
	Toplam	Evet	8,79	3,619	57
		Hayır	8,14	2,976	42
					99

					Toplam	8,52	3,361	9		
IIP_Soğuk_mesafelilik			Bipolar Tanısı konmuş	Bozukluk	Evet	9,00	4,325	3		
					Hayır	9,00	3,697	1		
					Toplam	9,00	4,138	5		
					Tanı Kontrol Grubu	konmamış	Evet	8,42	3,237	1
							Hayır	7,76	2,573	2
							Toplam	8,02	2,840	9
	Toplam		Evet	8,81	3,975	5				
			Hayır	8,14	2,976	4				
			Toplam	8,53	3,584	9				
	IIP_Kendine olmama	güvenmeme	girişken	Bipolar Tanısı konmuş	Bozukluk	Evet	11,71	3,741	3	
Hayır						10,62	3,885	1		
Toplam						11,43	3,770	5		
				Tanı Kontrol Grubu	konmamış	Evet	8,74	2,960	1	
						Hayır	9,76	3,259	2	
						Toplam	9,35	3,152	4	
Toplam		Evet	10,72	3,750	5					
		Hayır	10,02	3,439	4					
		Toplam	10,42	3,620	9					
IIP_Aşırıuyumluluk				Bipolar Tanısı konmuş	Bozukluk	Evet	12,05	3,876	3	
	Hayır					12,85	3,738	1		
	Toplam					12,25	3,820	5		
				Tanı Kontrol Grubu	konmamış	Evet	10,00	3,283	1	
						Hayır	10,41	3,531	2	
						Toplam	10,25	3,405	4	
	Toplam		Evet	11,37	3,787	5				
			Hayır	11,17	3,728	4				
			Toplam	11,28	3,744	9				
	IIP_Kendinifedaetme			Bipolar Tanısı konmuş	Bozukluk	Evet	14,03	4,290	3	
Hayır						13,15	4,100	1		
Toplam						13,80	4,219	5		
							1			

IIP_Dahici_talepkarlık	Tanı konmamış Kontrol Grubu	Evet	13,47	3,356	1
					9
		Hayır	12,52	3,258	2
	Toplam				9
			12,90	3,296	4
					8
	Toplam	Evet	13,84	3,981	5
					7
		Hayır	12,71	3,501	4
	Toplam				2
			13,36	3,808	9
					9
	Bipolar Bozukluk Tanısı konmuş	Evet	11,76	2,936	3
					8
		Hayır	10,54	2,787	1
	Tanı konmamış Kontrol Grubu				3
		Toplam	11,45	2,921	5
					1
	Tanı konmamış Kontrol Grubu	Evet	11,32	2,907	1
					9
		Hayır	9,31	2,917	2
	Toplam				9
			10,10	3,047	4
					8
	Toplam	Evet	11,61	2,908	5
					7
		Hayır	9,69	2,901	4
	Toplam				2
			10,80	3,044	9
					9

Tablo 10.

Sigara kullanma durumu ve bipolar bozukluk tanısına göre kişilerarası ilişkilerde problemler alt boyutlarına ilişkin MANOVA bulguları

Kaynak	Bağımlı Değişken	Tip III Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	F	p	Kısmi Eta Kare
Düzeltilmiş Model	IIP_Baskın_Kontrolcülük	94,488	3	31,496	2,772	0,046	0,080
	IIP_Kinci_Benmerkezci	76,514	3	25,505	2,352	0,077	0,069
	IIP_Soğuk_mesafelilik	28,745	3	9,582	0,740	0,531	0,023
	IIP_Kendinegüvenmeme_girişkenolmam a	130,295	3	43,432	3,576	0,017	0,101
	IIP_Aşırıuyumluluk	107,459	3	35,820	2,687	0,051	0,078
	IIP_Kendinifedaetme	38,265	3	12,755	0,876	0,456	0,027
	IIP_Dalıcı_talepkarlık	105,548	3	35,183	4,165	0,008	0,116
Sabit	IIP_Baskın_Kontrolcülük	5567,431	1	5567,431	489,968	0,000	0,838
	IIP_Kinci_Benmerkezci	6145,802	1	6145,802	566,729	0,000	0,856
	IIP_Soğuk_mesafelilik	6137,276	1	6137,276	474,040	0,000	0,833
	IIP_Kendinegüvenmeme_girişkenolmam a	8754,171	1	8754,171	720,734	0,000	0,884
	IIP_Aşırıuyumluluk	10786,421	1	10786,421	809,010	0,000	0,895
	IIP_Kendinifedaetme	14852,204	1	14852,204	1020,479	0,000	0,915
	IIP_Dalıcı_talepkarlık	9680,909	1	9680,909	1146,153	0,000	0,923
Grup	IIP_Baskın_Kontrolcülük	19,273	1	19,273	1,696	0,196	0,018
	IIP_Kinci_Benmerkezci	66,343	1	66,343	6,118	0,015	0,061
	IIP_Soğuk_mesafelilik	17,408	1	17,408	1,345	0,249	0,014
	IIP_Kendinegüvenmeme_girişkenolmam a	77,080	1	77,080	6,346	0,013	0,063
	IIP_Aşırıuyumluluk	105,673	1	105,673	7,926	0,006	0,077
	IIP_Kendinifedaetme	7,430	1	7,430	0,510	0,477	0,005
	IIP_Dalıcı_talepkarlık	14,748	1	14,748	1,746	0,190	0,018
Sigara	IIP_Baskın_Kontrolcülük	41,605	1	41,605	3,661	0,059	0,037
	IIP_Kinci_Benmerkezci	0,000	1	0,000	0,000	0,996	0,000
	IIP_Soğuk_mesafelilik	2,305	1	2,305	0,178	0,674	0,002
	IIP_Kendinegüvenmeme_girişkenolmam a	0,028	1	0,028	0,002	0,962	0,000
	IIP_Aşırıuyumluluk	7,657	1	7,657	0,574	0,450	0,006

	IIP_Kendinifedaetme	17,572	1	17,572	1,207	0,275	0,013
	IIP_Dalıcı_talepkarlık	54,813	1	54,813	6,489	0,012	0,064
Grup Sigara *	IIP_Baskın_Kontrolcülük	2,235	1	2,235	0,197	0,658	0,002
	IIP_Kinci_Benmerkezci	2,660	1	2,660	0,245	0,622	0,003
	IIP_Soğuk_mesafelilik	2,305	1	2,305	0,178	0,674	0,002
	IIP_Kendinegüvenmeme_girişkenolmama	23,542	1	23,542	1,938	0,167	0,020
	IIP_Aşırıuyumluluk	0,758	1	0,758	0,057	0,812	0,001
	IIP_Kendinifedaetme	0,037	1	0,037	0,003	0,960	0,000
	IIP_Dalıcı_talepkarlık	3,202	1	3,202	0,379	0,540	0,004

Tablo 10’da grup, sigara ve grup*sigara etkileşim değişkenlerinin IIP (Kişilerarası İlişki Problemleri) alt ölçekleri üzerindeki tekil etkilerini değerlendirmektedir. Sonuçlar aşağıda özetlenmiştir: Grup değişkeninin (bipolar bozukluk tanısı konmuş ve kontrol grubu) bazı IIP alt ölçekleri üzerinde anlamlı etkileri bulunmaktadır: IIP Kinci Benmerkezci boyutunda Grup değişkeni anlamlı bir fark yaratmıştır ($F(1, 95) = 6,118$, $p = 0,015$, $\eta^2 = 0,061$). Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin daha yüksek puanlar aldığı gözlemlenmiştir. IIP Kendine güvenmeme girişken olmama boyutunda Grup değişkeninin etkisi anlamlıdır ($F(1, 95) = 6,346$, $p = 0,013$, $\eta^2 = 0,063$). Bu durum, bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin bu alt ölçek puanlarında daha yüksek olduğunu göstermektedir. IIP_Aşırı uyumluluk boyutunda Grup değişkeninin etkisi anlamlıdır ($F(1, 95) = 7,926$, $p = 0,006$, $\eta^2 = 0,077$). Bu, bipolar grubunun daha yüksek aşırı uyumluluk puanlarına sahip olduğunu göstermektedir. Diğer alt ölçekler için grup değişkeninin etkisi anlamlı bulunmamıştır. Ancak, IIP_Baskın_Kontrolcülük ve IIP_Dalıcı_talepkarlık alt ölçeklerinde kısmi eta kare değerlerinin düşük düzeyde de olsa ($\eta^2 = 0,018$) anlamlılığa yakın olduğu görülmüştür.

Sigara kullanımı, genel olarak bağımlı değişkenler üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir. Bununla birlikte, IIP_Dalıcı_talepkarlık boyutunda Sigara kullanımının bu alt ölçek üzerindeki etkisi anlamlıdır ($F(1, 95) = 6,489$, $p = 0,012$, $\eta^2 = 0,064$). Sigara kullanan bireylerin bu alt ölçekten daha yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir. Diğer alt ölçeklerde sigara kullanımı anlamlı bir fark yaratmamıştır.

Grup ve sigara değişkenlerinin etkileşimi, hiçbir IIP alt leği üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir. Örneğin, IIP_Baskın_Kontrollk boyutunda Grup ve sigara etkileşimi anlamlı değildir ($F(1, 95) = 0,197$, $p = 0,658$, $\eta^2 = 0,002$). IIP_Kinci_Ben merkezci boyutunda Grup ve sigara etkileşimi anlamlı değildir ($F(1, 95) = 0,245$, $p = 0,622$, $\eta^2 = 0,003$). Bu durum, grup ve sigara kullanımının birlikte bağımlı değişkenler üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığını göstermektedir.

Grup değişkeni, özellikle IIP_Kinci_Ben merkezci, IIP Kendine gvenmeme_girişken olmama ve IIP_Aşırı uyumluluk alt ölçeklerinde anlamlı farklılıklar yaratmıştır. Bu, bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin kişilerarası ilişki problemlerinde daha fazla zorluk yaşadığını göstermektedir. Sigara kullanımı, genel olarak bağımlı değişkenler üzerinde anlamlı bir etki yaratmamış olsa da IIP_Dalıcı_talepkarlık alt ölçeğinde etkili olduğu gözlemlenmiştir. Grup ve sigara etkileşimi, bağımlı değişkenler üzerinde anlamlı bir etki yaratmamıştır. Sonuç olarak, grup değişkeni kişilerarası ilişki problemleri üzerindeki en belirgin etkendir. Ancak sigara kullanımının ve diğer faktörlerin alt ölçek düzeyinde etkileri daha ayrıntılı bir şekilde incelenmelidir.

3.3. Korelasyon Bulguları

Bipolar Tanılı bireylerin hastalık ile ilgili değişkenlerin çocukluk çağı travmaları ile kişilerarası ilişkilerde problemler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Pearson korelasyonu uygulanmıştır. Bulgular aşağıdaki gibidir:

Tablo 11.

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin hastalık ile ilgili değişkenler, çocukluk çağı travmaları ve kişilerarası ilişkilerde problemler boyutları arasındaki ilişki

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. Yaş	1																				
2. Toplamnöbetsayısı	,48 3**	1																			
3. Hastaneyeyatışsayısı	,22 6	,47 8**	1																		
4. Hastalığıbaşladığıyaş	,29 7*	- ,35	- ,23	1																	
5. Tedavisizgeçensüre	- ,05 0	,27 4	,22 4	- ,23 4	1																
6. Hastaliksüresi_yıl	,68 0**	,69 9**	,37 3**	- ,49 1**	,07 9	1															
7. İntihargirişimi	- ,14 4	,17 6	,03 8	- ,14 9	,16 5	- ,00 6	1														
8. IIP_Baskın_Kontrolcülük	- ,09 4	,13 8	,09 8	- ,27 2	- ,05 6	,14 4	,09 2	1													
9. IIP_Kinci_Benmerkezci	- ,03 9	- ,15 2	- ,01 2	,12 7	- ,20 0	- ,11 4	- ,03 0	,13 2	1												
10. IIP_Soğuk_mesafelilik	- ,05 3	- ,08 1	- ,10 8	,01 2	- ,11 1	- ,04 3	,10 5	,22 6	,64 4**	1											
11. IIP_Kendinegüvenmeme_girişkenolmama	,10 8	- ,06 1	- ,27 9*	,06 2	,10 9	,04 3	- ,05 3	- ,21 0	,01 2	,06 0	1										

Korelasyon analizi sonuçları, bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin klinik değişkenleri, kişilerarası sorunları (IIP alt ölçekleri) ve çocukluk çağı travmaları (CTQ alt ölçekleri) arasındaki ilişkileri değerlendirmek için yapılmıştır. Yaş ile hastalık süresi arasında pozitif ve güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.680$, $p < 0.01$). Bu bulgu, yaş ilerledikçe hastalık süresinin doğal olarak uzadığını göstermektedir. Toplam nöbet sayısı ile hastalık süresi arasında da anlamlı bir pozitif ilişki gözlenmiştir ($r = 0.699$, $p < 0.01$). Bu durum, hastalık süresi uzadıkça toplam nöbet sayısının da arttığını göstermektedir. Ayrıca, hastaneye yatış sayısı ile hastalık süresi arasında pozitif bir ilişki vardır ($r = 0.373$, $p < 0.01$), bu da uzun süreli hastalığı olan bireylerin daha fazla hastaneye yatış yaptığını ifade etmektedir.

Hastalığın başladığı yaş ile toplam nöbet sayısı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur ($r = -0.354$, $p < 0.05$). Hastalığın daha erken yaşta başlaması, bireylerin daha fazla nöbet geçirme olasılığına işaret etmektedir. Bunun yanı sıra, hastalığın başladığı yaş ile hastalık süresi arasında negatif ve anlamlı bir ilişki vardır ($r = -0.491$, $p < 0.01$). Daha erken başlangıç yaşı, hastalık süresinin doğal olarak daha uzun olmasına neden olmaktadır.

Kişilerarası ilişki sorunları (IIP alt ölçekleri) incelendiğinde, IIP baskın kontrolcülük ile IIP dalıcı talepkarlık arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.357$, $p < 0.05$). Ayrıca, IIP kinci benmerkezci ile IIP soğuk mesafelilik arasında pozitif ve güçlü bir ilişki gözlenmiştir ($r = 0.644$, $p < 0.01$). Bu bulgular, kişilerarası ilişki sorunlarının birbiriyle bağlantılı olduğunu göstermektedir. IIP aşırı uyumluluk ile IIP kendine güvenmeme arasında da pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.756$, $p < 0.01$), bu durum aşırı uyumlu bireylerin aynı zamanda kendine güven eksikliği yaşadığını göstermektedir.

Çocukluk çağı travmaları ile klinik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, CTQ duygusal ihmal ile hastalık süresi arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur ($r = 0.181$, $p < 0.05$). Bu bulgu, çocuklukta yaşanan duygusal ihmalin, hastalık süresini etkileyebileceğini göstermektedir. CTQ fiziksel ihmal ile hastalık süresi arasında da pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($r = 0.271$, $p = 0.054$), ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlılık sınırındadır. Ayrıca, CTQ duygusal taciz ile toplam nöbet sayısı arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur ($r = 0.219$, p

< 0.05). Bu durum, çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimlerin, bipolar bozukluğun klinik seyri üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir.

Son olarak, CTQ duygusal ihmal ile IIP soğuk mesafelilik arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0.534$, $p < 0.01$). Bu bulgu, çocukluk çağı travmalarının kişilerarası ilişki sorunlarını nasıl şekillendirdiğini anlamak açısından önemlidir. Ayrıca, CTQ toplam puanı ile IIP aşırı uyumluluk arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($r = 0.305$, $p < 0.05$). Bu sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının kişilerarası ilişki sorunlarına ve klinik özelliklere olan etkisini vurgulamaktadır.

Bulgular doğrultusunda, bipolar bozukluğun karmaşık doğasını ve farklı klinik, kişilerarası ve travmatik faktörlerin birbirleriyle ilişkili olduğunu açıkça göstermektedir. Çocukluk çağı travmaları ve kişilerarası ilişki sorunlarının klinik değerlendirme süreçlerine dahil edilmesi, hastalığın yönetimi açısından önemli olabilir.

BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı, bipolar bozukluk tanılı bireylerde çocukluk çağı travmalarının kişilerarası ilişki zorlukları ve sigara kullanımı üzerindeki etkisinin olup olmadığını araştırmaktır. Buna ek olarak demografik özelliklerin klinik özellikler ve çocukluk çağı travmalarıyla olan ilişkisi de incelenmiştir. Çocukluk çağı travması olan bireylerin yetişkinlik döneminde süregelen birçok sosyal, fizyolojik ve psikolojik sorunlar yaşadığı bilinmektedir. Literatüre çocukluk çağı travmalarının değişkenleri ile olan ilişkisini araştırarak katkı sağlamak amaçlanmıştır. Giriş kısmında yer alan amaçlara, hipotezlere ve araştırma sorularına uygun olarak yöntem bölümünde yer alan veri toplama araçlarıyla elde edilmiş olan veriler ile istatistiksel analizler yapılmıştır. Bu bölümde bu analizler açıklanmış ve hipotezlerle ilgili literatürdeki diğer çalışmalar bağlamında tartışılmıştır

4.1. Sosyodemografik Bilgilerin Bipolar Bozukluk Tanılı Bireyler ve Tanı Konmamış Kontrol Grubu Üzerinde Karşılaştırılması

Çalışmada bipolar bozukluk tanılı bireyler ve kontrol grubunun cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma ve yaşadığı yer gibi sosyodemografik verilerin dağılımı benzer olduğu saptanmıştır. Bu durum bipolar tanılı bireyler ile kontrol grubundaki katılımcıların homojen dağılımına özen gösterilmesinden dolayı gerçekleşmiştir. Ancak katılımcıların sosyodemografik yapılarının rastgele seçildiği çalışmalarda genel popülasyon yaygınlığına göre farklılıklar olduğu göze çarpmaktadır.

Literatürde bipolar bozukluğun cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma ve yaşadıkları yer açısından benzerlikler ve farklılıklar bulgulanmıştır. Mevcut çalışmayla örtüşen araştırmalar bulunmaktadır. Cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında bir meta analiz çalışmasına göre geniş örneklemli çalışmaların çoğunda, bipolar bozukluk cinsiyete göre dağılım oranına bakıldığında güçlü farklılıklar olmadığı belirtilmiştir. Duygudurum bozuklukları başlığı altında bakıldığında kadınlarda erkeklerden daha yaygın olduğu belirtilir. Ancak aradaki farkın nedeni kadınlarda unipolar majör depresyonun daha yüksek yaygınlıkta olmasından kaynaklandığı ileri sürülmüştür (Goodwin ve Jamison, 2000). Yalnızca bipolar bozukluğu olan bireyler dikkate alındığında, daha önce belirtildiği gibi, literatürdeki ulusal ve uluslararası araştırmaların hepsinde olmasa da çoğunda

neredeyse eşit kadın/erkek oranları bulunmuştur. Farklı cinsiyet oranı bulguların muhtemelen küçük örneklemlemlerle yapılmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Goodwin ve Jamison, 2000). Başka bir araştırmada yine bipolar bozukluk örnekleminde kadın /erkek dağılımının eşit olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, bipolar bozukluğun gidişatı genellikle erkeklerde kadınlarla kıyaslandığında daha ağır seyrettiği görülmüş; erkeklerin manik dönem geçirme olasılığı 2 kat daha fazla olduğu bulgulanmıştır (Morgan ve ark., 2005). Ayrıca erkeklerin yaşam boyu sanrılarının olma olasılığı daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Buna karşılık, kadınlarda depresif dönemler daha fazla meydana geldiği ileri sürülmektedir. Ek olarak kadınlarda yaşam boyu disfori, anhedoni ve konsantrasyon bozukluğu olma olasılığı daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bipolar bozukluğu bulunan kadınların sosyal becerilerinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Yine bu kadınların aile ve arkadaşlarıyla iletişimlerini sürdürme, evli ya da uzun süreli bir ilişki içinde olma ve çocuk sahibi olma olasılıkları erkeklerle kıyaslandığında çok daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Morgan ve ark., 2005).

Mevcut çalışmada bipolar tanılı bireyler ile kontrol grubu arasında çocuk sahibi olup olmama konusunda bir farklılık bulunmamıştır. Literatür çocuk sahibi olma yaygınlığı açısından incelenmiş ancak yeterli kaynağa ulaşılamamıştır. Yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğu olan kadınların %26'sı bipolar bozukluğu olması nedeniyle çocuk doğurmayı düşünmediğini bildirdikleri ileri sürülmüştür. Hamile olan kadınlarla yapılan görüşmede ise gebelik sürecinin fizyolojik, kültürel, sosyal, ekonomik ve psikolojik nedenlerden kaynaklı stresli olduklarını belirttikleri bulgulanmıştır. Çocuk sahibi olmaya fiziksel ve psikolojik olarak hazır olup olmadığını sorguladıkları saptanmıştır. Ayrıca ekonomik ve sosyal olarak destek konusunda endişeleri bulunduğu görülmüştür. Çocuğa genetik aktarımla bipolar bozukluğun geçeceği endişesinin de yüksek olduğu belirtilmiştir. Hastalıklarından dolayı iyi bir anne olamayacağı konusunda çevre tarafından etiketlenme korkusu yaşamakta olduklarını belirttikleri saptanmıştır. Ayrıca gebelik sürecinde ilaç kullanamama nedeniyle atak geçirmekten korktukları bildirilmiştir (Dolman ve ark., 2016).

Yapılan çalışmada medeni durum açısından farklılık bulunmamıştır. Medeni durumun bipolar bozukluk yaygınlığı açısından farklılık oluşturduğuna yönelik çalışmalar mevcuttur. Bu konuda yapılan epidemiyolojik çalışmalar, bipolar bozukluğun bekar ve boşanmış kişilerde

görölme olasılığının biraz daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Evli ya da hiç evlenmemiş bireylerle kıyaslandığında ayrı yaşayan veya boşanmış bireylerin bipolar bozukluk tanısı alma ihtimalinin daha yüksek orana sahip olduğunu ortaya koyulmuştur (Goodwin ve Jamison, 2007). Macaristan'da yapılan araştırmada ayrılmış ve boşanmış kişilerde bipolar bozukluk daha yüksek oranda görölmektedir. Hiç evlenmemiş olan bekarlar arasında da bipolar bozukluk tanısı alma oranı yüksek çıktığı saptanmıştır. Ek olarak, hastalığın erken yaşta başlaması, ikincil olguya yol açarak kişilik gelişimini olumsuz yönde etkilediği ve kişiler arası bağlantıların kurulmasında ve sürdürülmesinde zorluklara neden olabileceği belirtilmiştir (Szadoczky ve ark., 1998).

Mevcut çalışmada yaşanan yer olarak farklılık bulunmamıştır. Literatürde de benzer şekilde yerleşim yeri açısından farklılık bulunmadığına dair veriler saptanmıştır. Kore'de, maninin yaşam boyu yaygınlığı Seul metropolünde ve kırsal bölgelerde benzer olduğu bulgulanmıştır (Lee ve ark., 1990). Ancak bu bulguların tam tersini kanıtlayan çalışmalar da mevcuttur. Tayvan özelinde yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk oranlarında kentsel/kırsal farklılıklar bulunmuştur. Tayvan'da, yaşam boyu yaygınlık Taipei metropolünde küçük kasabalara ve kırsal köylere kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Hwu ve ark., 1989). Duygusal bozuklukların yerleşim yeri açısından yaygınlık oranlarındaki kentsel/kırsal farklılıklar, tek bir değişkenden ziyade ikamet yeri, sosyoekonomik durum, göç örüntüleri, çevre ve beslenme gibi faktörler arasındaki etkileşimle alakalı olabileceği ileri sürölmüştür (Goodwin ve Jamison, 2007).

Mevcut çalışmada bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin daha düşük eğitim seviyelerine sahip olduğu saptanmıştır. Literatürde benzer bulguları destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Bipolar bozukluk tanılı bireyler eğitim durumu açısından incelendiğinde daha düşük eğitim seviyelerine sahip oldukları saptanmıştır (Çam ve Çuhadar, 2013). Bu bireylerin yaşadıkları hastalık durumlarından dolayı yüksek öğrenimi tamamlamada zorluklar yaşadıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir (Hakulinen ve ark., 2019). Özellikle hastalığın başlangıç aşaması akademik performansı olumsuz etkilediği bundan dolayı da daha düşük eğitim seviyelerine sahip olduğu saptanmıştır (Matsumoto, 2024). Mevcut çalışmaya ters düşen bulgular da vardır. Hastalığın başlangıcından önce bipolar bozukluğu olan kişilerin eğitim başarılarının popölasyona göre daha yüksek bulunmuştur. 15-64 yaş arası Avustralyalılar'ın %36,8'i ortaokulu tamamlayamazken bipolar bozukluk tanısı konmuş Avustralyalılar'ın %30,4'ü ortaokul eğitimini

tamamlamadığı belirtilmiştir. Yani genel nüfusa göre daha yüksek eğitim seviyesine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Morgan ve ark., 2005).

Bipolar bozukluk tanılı bireyler kontrol grubuyla sosyoekonomik düzey açısından karşılaştırıldığında, kontrol grubunun daha yüksek sosyoekonomik duruma sahip olduğu sahip olduğu görülmüştür. Literatürdeki çalışmalar da mevcut çalışmanın bulgularını doğrulamaktadır. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin gelir durumu popülasyon ortalamasına göre daha düşük kaldığı belirtilmektedir (Çam ve Çuhadar, 2013; Goodwin ve Jamison, 2000). Hastalığın yıkıcı etkisi nedeniyle işe girilmedi ve çalışmayı sürdürmede sorun yaşadıkları görülmüştür. Yani bipolar bozukluğu olan bireylerin istihdam konusunda sorun yaşadıkları, işgücüne katılımın düşük olduğu bulgulanmıştır. Hastalık öncesinde sosyoekonomik statüleri yüksek olmasına karşın, hastalığın yıkıcı etkisi nedeniyle bu sosyal statüyü kaybetme tehlikesine girdikleri ileri sürülmektedir (Morgan ve ark., 2005).

4.2. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Bulgulara göre bipolar bozukluk belirtileri mevsimsel değişikliklerden önemli ölçüde etkilenmektedir. Bu bireylerin hastalık gidişatı değerlendirilirken mevsimsel faktörlerin dikkate alınması kritik bir önem taşıdığı görülmüştür. Duygudurum bozukluğu olan özellikle erken başlangıçlı bipolar bozukluğu olan bireylerin mevsimsel değişkenlerden dolayı psikolojik durumlarının etkilendiği saptanmıştır (Yeom ve ark., 2021). Bipolar bozukluğun mevsimsel örüntüsünün, mani ataklarının sonbaharda, depresif atakların ise kışın daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Ahmed ve ark., 2013; Goikolea ve ark., 2007).

Hızlı döngü, bir yıl içinde dört veya daha fazla duygudurum epizodunun görülmesi ile karakterize edilmektedir. Literatürde bipolar bozukluğu olan hastaların %13 ila %20'si hızlı döngülülük öyküsüne sahip olduğu ve bipolar bozukluğun hızlı döngüsel olmayan formlarına göre yüksek oranda işlevsel bozulma ve intihar davranışı riski gibi daha şiddetli bir hastalık seyri ile bağlantısı bulunduğu ileri sürülmektedir (Malhi ve Irwin, 2019; Carvalho ve ark., 2014; Maj ve ark., 1994). Mevcut çalışmadaki vaka grubunda literatür ile uyumlu olarak %10 oranında hızlı döngülü BB olduğu bulunmuştur.

Mevcut çalışmanın örnekleminde bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin %52,9'unun ailelerinde psikiyatrik bir öykü olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %35,3'ü ailelerinde de bipolar bozukluk öyküsü bulunmaktadır. Bu durum, bipolar bozuklukta genetik ve ailevi yatkınlığın rol oynayabileceğine işaret etmektedir. Literatürde bipolar hastaların ailelerinde bipolar bozukluğun varlığı %23,7 olarak bulunmuştur (Gershon ve Goldin, 1989). Psikiyatrik hastalıkların varlığına bakıldığında ise bipolar bozukluk tanılı bireylerin ailelerinde %65 civarında psikiyatrik bozukluğu olan bir veya daha fazla birinci derece akraba oranı olduğu belirtilmiştir (Sletved ve ark. 2022). Birinci derece akrabalara bakıldığında ise %41,3'ünde ruhsal hastalık öyküsü olduğu bulgulanmıştır. Bipolar bozukluğun kalıtsal yatkınlık gösteren bir bozukluk olduğu ve birinci derece akrabalarda bir duygudurum bozukluğu görülme sıklığı normal popülasyona göre 8-18 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Yeloğlu ve ark., 2021). Bulgular literatürle örtüşmektedir. Dolayısıyla bipolar bozuklukta kalıtsal faktörlerin son derece önemli bir faktör olduğu ortaya çıkmıştır.

Bipolar bozukluk tanılı örnekleminin hastalık öyküsü literatürdeki verilerle karşılaştırarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada bipolar hastaların toplam atak sayısı ortalama 7,20 olarak bulunmuştur. Literatürdeki verilerden biri BP-I hastaları ortalama 15,9 depresif atak ve 14,7 manik atak yaşamakta ve yaşam boyu yaklaşık 30 relaps geçirdiği saptanmıştır (Schaffer ve ark., 2006). Başka bir çalışma da hastanın yaşamı boyunca geçireceği ortalama atak sayısının 9 olduğunu bulgulanmıştır (Lee ve Swartz, 2017). Türk popülasyonu ile yapılan çalışmada da 16 atak olarak bulunmuştur (Canbazoğlu ve ark., 2013). Bipolar bozuklukta atak sayısının farklı çalışmalardan elde edilen veriler ışığında değişken olduğu görülmektedir. Çalışmalardaki bipolar bozukluk grubunun hastalık seyri önem taşımaktadır.

Mevcut çalışmada hastaneye yatış öyküsü ortalama 1,73'tür. Literatürde benzer şekilde bipolar hastaların hastalık sürecinde ortalama hastaneye yatış süresi 2,01 olarak bulgu elde edilmiştir (Shi ve ark., 2023). Türk popülasyonu ile yapılan bir çalışmada hastaneye yatış sayısı ortalama 2.53 olduğu belirtilmiştir (Canbazoğlu ve ark., 2013). Bipolar bozukluk hastaların hastaneye yatış sayısı 1 ile 3 arasında değişmektedir. Hastaneye yatış öyküsü anlamında homojen bir dağılım bulunmaktadır.

Mevcut çalışmada hastalık süresi ortalaması 18,75 yıl olarak hesaplanmıştır. Bu süre, bipolar bozukluk tanısı konan bireylerin hastalığı uzun yıllar boyunca deneyimlediğini göstermektedir. Literatürde de benzer şekilde ortalama hastalık süresi 10 ila 19 yıl olarak bulunmuştur (İbrahim ve ark., 2009). Türk popülasyonunda hastalık süresi 14 ila 21 yıl arasında olduğu belirtilmiştir (Yeloğlu ve ark., 2021; Canbazoglu ve ark., 2013).

4.3. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireyler ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Çalışmadaki Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireyler ve tanı konmamış kontrol grubu arasında Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ) ve Kişilerarası İlişki Problemleri (IIP) alt ölçek puanlarında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireyler hem CTQ hem de IIP alt ölçeklerinde genel olarak daha yüksek puanlar almıştır. Bu bulgular, bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin çocukluk dönemi travmalarına ve kişilerarası ilişki problemlerine daha yatkın olduklarını göstermektedir.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden bipolar bozukluk tanılı bireyler bipolar bozukluk tanısı konmamış kontrol grubuna kıyasla daha yüksek puan almışlardır. Bu durum, çocukluk çağı travmalarının bipolar bozukluğun oluşumunda etken bir faktör olabileceğini belirtmiştir. Literatürdeki bulgular da bu saptamayı doğrulamaktadır. Çocukluk çağındaki travmatik durumlar ile psikopatolojik durumlar arasında bağlantı olduğu bulgulanmıştır. Çocukluk çağı travması bulunan bipolar bozukluk tanılı bireylerle yapılan bir çalışmada, bipolar hastaların % 93'ünde en az 1 tür çocukluk çağı travması, %63'ünde ise 3 veya daha fazla çocukluk çağı travma türü saptanmıştır (Fawzi ve ark., 2019). Bipolar bozukluk tanılı bireyler ile tanı konmamış kontrol grubuyla yapılan bir çalışmada tüm çocukluk çağı travma türleri açısından bipolar bozukluk tanılı bireylerin çocukluk travma öyküsünün anlamlı derecede fazla olduğu bulgulanmıştır (Hosang ve ark., 2017). Bipolar bozukluk hastalarının çoğunda çocukluk döneminde yaşanmış özellikle duygusal istismar ve ihmal bulunmaktadır (Spaletta ve ark; 2020; Garino ve ark., 2005; Marwaha ve ark., 2019). Mevcut çalışmada da bipolar bozukluk tanılı bireylerde özellikle CTQ alt

ölçeklerinden Duygusal Taciz, Duygusal İhmal ve Fiziksel Taciz kontrol grubundan belirgin şekilde daha yüksek puanlar almıştır.

Çocukluk çağı travmaları ile klinik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, CTQ ölçeğinin özellikle duygusal ihmal ve duygusal taciz alt ölçekleriyle hastalık süresi ve toplam atak sayısı arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur. Literatürdeki bilgiler de mevcut çalışmadaki bulguları desteklemektedir. Çocuklukta deneyimlenen duygusal istismar ve ihmalin sadece tıbbi hastalıklar üzerinde değil, aynı zamanda bipolar bozukluğun başlangıcını da tetiklediği belirtilmiştir. Duygusal ihmal de dahil olmak üzere çocukluk travması yaşamış bipolar bozukluğu olan yetişkinlerin, bu tür geçmişleri olmayanlara kıyasla daha erken başlangıç yaşı, daha uzun hastalık süresi, hızlı döngü, intihar düşüncesi ve daha yüksek depresif belirti dereceleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Russo ve ark., 2015; Guillén-Burgos ve ark., 2023). Özellikle bipolar bozukluğu olan kadınlarda çocuklukta duygusal istismar yaşamak hızlı döngü ve artan depresif ataklar ile ilişkilendirilmiştir (Aldinger ve Schulze, 2016). Çocuklukta duygusal olarak istismar edilmek, bipolar bozukluk tanılı bireylerin atak sayısının daha fazla olmasına neden olduğu belirtilmiştir (Vieira ve ark., 2020). Türkiye’de yapılan bir çalışmada çocukluk travma türlerinden olan duygusal ihmalin bipolar bozukluğun erken başlangıcı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu durum, çocuklukta yaşanan duygusal ihmal ve duygusal istismardan etkilenen bireylerde bipolar bozukluğun süresini, duygudurum ataklarının sıklığını ve şiddetini artırabileceği belirtilmiştir (Tekin ve ark., 2019). Sonuç olarak, çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimlerin, bipolar bozukluğun klinik seyri üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir.

Literatürdeki bir çalışmada 3 veya daha fazla çocukluk travması olan ve 2 çeşit çocukluk travması olan bipolar bozukluk hastaları 1 çeşit çocukluk travması olan bipolar bozukluk hastalarıyla kıyaslandığında daha yüksek intihar girişimi sıklık oranı bulunmuştur (Fawzi ve ark., 2019). Türkiye’de yapılan bir çalışmada çocukluk travma türlerinden olan duygusal ihmalin, bipolar bozukluğu olan hastalarda duygusal ihmalin intihar girişimi sayısını artırdığı bulgulanmıştır (Tekin ve ark., 2019). Madde kötüye kullanımıyla beraber çocuklukta yaşanmış ağır duygusal istismar veya duygusal ihmal bipolar bozukluğun hızlı döngülü olmasına yol açtığı görülmüştür. Hızlı döngülü bipolar bozuklukla beraber ağır fiziksel ve duygusal istismar veya duygusal ihmalin yaşam boyu intihar girişimi oranını artırdığı gözlenmiştir (Garno ve ark., 2005).

Mevcut çalışma ile ilgili daha önce yapılmış bir çalışma, herhangi bir çocukluk çağı travmasına maruz kalmanın, bipolar bozukluk tanılı bireylerde en az bir ve daha fazla sayıda tıbbi hastalığa sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu, ancak tanı almamış grupta çocukluk çağı travmasının tıbbi durumlarını etkilemediği belirtilmiştir. Kısaca çocukluk çağında travma öyküsünün bipolar bozukluğun olumsuz bir klinik seyre neden olmasına ve bunun da bu hastalıkta gözlemlenen yüksek ve ciddi tıbbi sorunlar oluşturduğu ileri sürülmektedir. Bipolar tanılı bireylerde ciddi tıbbi sorunların olmasının sebebinin bu hastalığa sahip bireylerin inflamasyon ve oksidatif sistemlerinde bozulma gibi ortak biyolojik kırılmalıkları olduğu öne sürülmüştür (Hosang ve ark., 2017).

Kişilerarası ilişki problemleri açısından da bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin daha fazla puan aldıkları gözlemlenmiştir. Bipolar bozukluk tanılı bireylerde IIP alt ölçeklerinden özellikle Baskın Kontrolcülük, Aşırı Uyumluluk, Kendini Feda Etme ve Dalıcı Talepkarlık alt ölçeklerinde bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin puanlarının daha yüksek olduğu dikkat çekmiştir. Bu alt ölçeklerden yüksek puan almak kişilerarası ilişkinin sağlıklı olduğuna işaret eder. Literatürdeki araştırmalar da bu çalışmanın bulgularıyla benzer şekilde bipolar bozukluk tanılı bireylerin daha fazla kişilerarası sorun yaşadığını saptamışlardır. İlişkilerde daha müdahaleci oldukları; bunun yanı sıra duygu düzenleme becerilerinin yetersiz olması sonucu ilişkilerde daha gergin bir tutum takındıkları öne sürülmüştür (Maj ve ark., 2002; Lee ve ark., 2013; Torrent ve ark.,2006).

Mevcut çalışmada sigara kullanımı ve bipolar bozukluk hastaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sigara kullanımı oranında, bipolar bozukluk tanılı grup ve kontrol grubu arasında herhangi bir fark gözlenmemiştir. Literatürde bu çalışmanın bulgularının aksine bipolar bozukluk ve sigara kullanım oranı ile ilgili ilişkiye dair anlamlı bağlantı bulunan çalışmalar mevcuttur. Sigara kullanma oranı bipolar bozukluk tanılı bireylerde diğer bireylere kıyasla yaklaşık 2 ila 3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Heffner ve ark., 2011; Li ve ark., 2017). Bipolar bozukluk hastaları duygusal iniş çıkışları düzenlemek ve stresle başa çıkabilmek adına sigara kullanmayı kendi kendine tedavi yöntemi gibi görmekte olduğu saptanmıştır (Heffner ve ark., 2011;Huh ve ark., 2014).

4.4. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerde Çocukluk Çağı Travmalarının Kişilerarası İlişki Zorluklarına Etkisi

Mevcut çalışmada bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin daha yoğun çocukluk travmaları yaşadığını ve bunun da kişilerarası ilişki problemlerine yol açtığını göstermektedir. Daha önce yapılan çalışmaların birinde özellikle çocuklukta yaşanan duygusal ihmalin kişiyi diğer insanlarla ilişkilerinde soğuk ve mesafeli olmasında etkisinin olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının kişilerarası ilişki sorunlarına ve klinik özelliklere olan etkisini vurguladığı bildirilmiştir (Erozkan, 2016). Çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme becerisini olumsuz etkilediği ve iletişim sorunlarına neden olduğunun saptandığı araştırmalar bulunmaktadır. Bu durumun da kişilerarası ilişki problemleri yarattığı saptanmıştır (Erozkan, 2016; Huh ve ark., 2014; Mock ve Arai, 2011).

Bipolar bozuklukta çocukluk çağı travmasının derin gri madde yapıları üzerindeki etkisi üzerine yapılan, MR görüntüleme yöntemiyle bulgular elde edilen bir çalışmada, erken dönemdeki olumsuz olayların, duygusal işleme ve duygusal düzenlemede merkezi anahtar alanlar olan amigdala ve hipokampus hacimlerini modüle ettiği saptanmıştır (Janiri ve ark., 2017). Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmalarından elde edilen nörobiyolojik bulgular, çocukluk çağı travması bildirmeyenlere kıyasla erken dönemde olumsuz olaylar yaşamış olan bipolar hastalarında beyaz cevher bütünlüğünde küresel bir azalma olduğu bulgulanmıştır. Beyaz madde mikro yapısının bütünlüğü Difüzyon Tensör Görüntüleme (DTI) kullanılarak değerlendirilmiş ve beyaz madde bütünlüğünün bir ölçütü olarak fraksiyonel anizotropi (FA) kullanılarak ölçülmüştür (Stevelink ve ark., 2018). Bir dinlenme durumu fMRI (rs-fMRI) çalışması, limbik sistemde belirli değişiklikler olduğunu ve çocukluk çağı travmasının, ventromedial prefrontal korteks ile hipokampus arasındaki ve prefrontal-limbik bölgeler arasındaki fonksiyonel bağlantının azalmasıyla ilişkili olduğu bulgulanmıştır (Souza-Queiroz ve ark, 2016). Bu bulgular, bipolar bozuklukta erken travmatik olayların şekillendirilmesinde hipokampusun kritik bir rol oynadığı belirtilmiştir. Kısaca, nörogörüntüleme sonuçları, bipolar bozukluk tanılı bireylerde çocukluk çağı travmalarının duygu düzenlemeyi gerçekleştiren beyin yapılarını olumsuz etkilediğini bulgulanmıştır. Bu bağlamda, bipolar tanılı bireylerde gözlemlenen duygusal değişkenlik/kişilerarası duyarlılık kişilerarası problemlere yol açtığı bildirilmiştir (Janiri ve ark., 2020).

Literatürde yer alan bir çalışmada kişilerarası problemleri oluşturan faktörlerin başında bağlanma stilleri geldiği öne sürülmüştür. Yetişkin bağlanma stilleri (güvenli, kaygılı, kaçınan) büyük ölçüde erken dönem bakım deneyimlerine dayandığı saptanmıştır (Troisi, 2020). Çocuğun hem duygusal hem de fiziksel ihtiyaçlarını karşılayan ebeveynler güvenli bağlanmasını sağlarken, çocukluk travmaları faktörlerinden olan duygusal ve fiziksel olarak çocuğu ihmal eden çocuğa güven vermeyen ebeveynler çocukta iki güvensiz bağlanma biçiminden birini almasına sebep olduğu ileri sürülmektedir: kaygılı bağlanma (diğer insanlara karşı duygusal yakınlık sağlayabilmek için sınırsız girişimleri olan hiperaktif bir strateji) ve kaçınan bağlanma (duygusal bağımsızlık kazanabilmek için duygusal yakınlık ve desteğin reddedilmesi). Duygusal ihmal ve istismar, fiziksel ihmal ve istismar ve cinsel istismarı içeren çocukluk çağı travmaları yaşamış bireylerin güvensiz bağlandıkları bulgulanmıştır. Bu güvensiz bağlanmanın sonucunda da tehdide karşı aşırı duyarlılık, duygu tanımada eksiklikler ve ödüle karşı duyarsızlık gibi sorunların oluştuğu belirtilmektedir. Bunun sonucunda da bu bireyler diğer insanlarla sağlıklı ilişki yürütmekte zorlandıkları ileri sürülmüştür (Troisi, 2020).

Ayrıca çocuklukta veya yetişkinlikte yaşanan travmanın kişilerarası zorluklar yaşamalarına neden olduğu ve bunun da bireylerin yaşadığı depresif semptomların şiddetinin artmasına yol açtığı bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarının Kişilerarası İlişki Zorlukları Envanterindeki Soğuk, Sosyal Olarak Engellenmiş, Müdahaleci ve Kendini Feda Eden alt ölçekleriyle ilgili kişilerarası sorunlarla pozitif bir ilişki olduğu tahmin edilmiş; bunların da depresif belirtileri artırdığı bulgulanmıştır (Maguire ve ark., 2008).

Çocukluk çağı travmaları yaşamış bireyler kişilerarası ilişkilerinde ya bağımlılık veya yakınlıktan kaçınma gibi ilişki örüntülerine sahip oldukları saptanmıştır. Bu kişiler çevrelerindeki insanların her an gidebileceğini, bu yüzden ya yakınlarına çok bağımlı oldukları ya da çok yakınlık kurmadıkları belirtilmiştir. Ayrıca çocukluk çağı travması yaşamış bireylerin sosyal çekilme yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Bu kendini izole etme davranışının sebebi de potansiyel travma tetikleyicilerinden veya yanlış anlaşılmalardan kaçınmak olduğu saptanmıştır (Saadati ve ark., 2023).

Yapılan çalışmada çocukluk çağı travmalarından duygusal taciz, fiziksel taciz ve duygusal ihmal öyküsü bulunan bipolar bozukluk tanılı bireylerin daha fazla kişilerarası ilişki problemleri yaşadığı bulgulanmıştır. Çocukluk çağında duygusal taciz, fiziksel taciz ve duygusal ihmal yaşamış olan bipolar bozukluk tanılı bireyler çocukluk çağında duygusal taciz, fiziksel taciz ve duygusal ihmal yaşamış olan bipolar bozukluk tanısı konmamış bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde baskın/kontrolcü, aşırı uyumlu ve kendini feda etme kişilerarası örüntülere sahip oldukları saptanmıştır. Literatürdeki bir çalışmada da çocukluk çağı cinsel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmalin depresyon ve anksiyete bozukluğu olan yetişkin hastalarda kişilerarası problemlere yol açtığı saptanmıştır. Çocukluk çağında fiziksel istismar yaşamış olan hastalar yaşamamış olan depresyon veya anksiyete hastalarına kıyasla daha yüksek düzeyde baskın/kontrolcü ve müdahaleci/ihtiyaç duyan kişilerarası örüntülere sahip oldukları tahmin edilmektedir. Yine çocukluk çağında cinsel istismar yaşamış olan depresyon ve anksiyete hastalarının otoriter/kontrolcü, kendini feda eden, müdahaleci/ihtiyaç duyan ve aşırı uzlaşmacı kişilerarası örüntülerine sahip oldukları belirtilmiştir. Dolayısıyla, çocukluk çağı cinsel istismarının hem baskın hem de boyun eğici tutum gibi zıt kişilerarası örüntülere neden olduğu ortaya çıkmıştır. Çocukluk çağında duygusal ihmal yaşamış olan hastaların otoriter/kontrolcü ve müdahaleci/muhtaç kişilerarası sorunların yanı sıra ilişkilerinde atılgan olmayan, aşırı uyumlu ve özverili oldukları bildirilmiştir (Huh ve ark., 2014).

4.5. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerde Çocukluk Çağı Travmalarının Sigara Kullanımı Üzerine Etkisi

Mevcut çalışmanın bulgularına göre bipolar bozukluk tanılı bireylerde sigara kullanımının çocukluk travmaları ile ilişkili olmadığı söylenebilir. Çalışmadan çıkan bulgu literatürdeki araştırmalarla örtüşmemektedir. Bu bulgunun sebebinin örneklem kısıtlılığından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Çocukluk çağı travması olan bireyler daha çok duygu düzenlemede zorlanır ve stresle sağlıklı baş etme becerileri daha az olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle psikolojik sıkıntıların üstesinden gelebilmek için daha fazla sigara kullandıkları tahmin edilmektedir. Çocuklukta özellikle cinsel istismar yaşantısı yetişkinlikte sigara içmeyi 3,8 kat artırdığı saptanmıştır (Spratt ve ark., 2009; Quam, 2024; Strine ve ark., 2012; Yang ve ark., 2022).

Yetişkinlik döneminde yaşanmış travmatik olayların da sigara kullanımı üzerine etkisi olduğuna dair literatürde bulgular vardır. Genç yetişkinlerden oluşan bir örneklemin olduğu bir

Çalışmada, travmatik olaylara maruz kalmanın sigara kullanım oranını daha yüksek olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Özellikle, erken yetişkinlik döneminin son yılında travma öyküsünün olması, o yıl içinde düzenli sigara içme riskini iki kat artması ile ilişkilendirilmiştir (Roberts ve ark., 2008).

Örneklemi ocukluk ağı travması yaşamış kadınlar olan bir çalışmada sigara içme oranının poplasyona göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Çocukluk döneminde hem fiziksel hem de cinsel istismar öyküsü olan kadınların sigara içme riskinin üç kat, çocukluk döneminde cinsel istismar öyküsü olan kadınların iki kat daha fazla sigara içme riski taşıdığı saptanmıştır (Nichols ve Harlow, 2004).

Mevcut çalışmada çocukluk ağı travmalarının sigara kullanımı üzerine bir etkisi olmadığı sonucunun çıkmasının nedenlerinden biri katılımcıların kişilik özelliklerine bakılmamasından kaynaklanmış olabilir. Kişilik zelliklerine bakılan bir çalışmada, çocuklukta yaşanan travmatik olayların ve kişilik özelliklerinin (nevrotiklik, dışadönüklük ve düşmanlık) sigaraya başlama ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Depresif belirtilerin sigara içmeyi sürdürdüğü ortaya çıkmıştır. Daha fazla olumsuz çocukluk deneyimi yaşamış olan bireylerin daha fazla sigara içmekte oldukları saptanmıştır. Sonuç olarak, sigaraya başlama olumsuz çocukluk olayları ve kişilik yatkınlıkları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kişilerin sigara içme davranışını etkileyen faktörleri incelerken kişilik özelliklerine de dikkat etmek gerektiği ortaya çıkmıştır. Olumsuz ocukluk olayları yaşamış ergenlerin sigara içme eğiliminin daha fazla olduğu saptanmıştır (Loon ve ark., 2005).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerde çocukluk çağı travmalarının kişilerarası ilişki zorlukları ve sigara içme davranışı üzerindeki etkisi araştırılmış ve kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgularla, çocukluk çağı travmalarının hem kişilerarası ilişki dinamiklerine hem de sigara kullanımı üzerindeki etkisini ve bipolar bozukluk grubu ile kontrol grubu arasındaki önemli farklılıkları vurgulamak amaçlanmıştır. Hipotezleri destekleyecek bulgulara ulaşılmıştır. Ancak bipolar bozukluk tanılı bireylerde çocukluk çağı travmalarının sigara kullanımı üzerine bir etkisi bulunamamıştır.

Eğitim durumu ve sosyoekonomik düzeyin literatüre uygun olarak bipolar bozukluk tanılı bireylerde daha düşük olduğu saptanmıştır. Ek olarak katılımcıların klinik özellikleriyle literatürdeki bulgular benzer bulunmuştur. Bu durum seçilen bipolar bozukluk tanılı örneklem popülasyonu yansıttığını göstermektedir. Bipolar bozukluk hem bireyin psikolojik sağlığı hem de sosyal ve ekonomik durumunu etkiler. Bu bozukluğun tedavi planlamasında bireyin sosyoekonomik ihtiyaçlarının ve eğitim durumunun göz önünde bulundurulması gereklidir. Bu konu hastalığın seyri ve bireyin yaşam kalitesinin artırılması açısından çok önemli bir yere sahiptir.

Çocukluk çağı travmaları ile klinik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimlerin, bipolar bozukluğun klinik seyri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle duygusal taciz, fiziksel taciz ve duygusal ihmal gibi çocukluk dönemi travmaları bipolar bozukluğa neden olabileceği veya hastalığın gidişatının daha şiddetli olmasına yol açtığı gözlenmektedir. Literatürde de benzer şekilde çocukluk çağı travmalarının arttıkça bipolar bozukluğun prognozunu şiddetlendiği saptanmıştır. Bu bulguların ışığında çocukluk çağı travmalarının erken tanı ve müdahale için önemi ortaya konmuştur. Bipolar bozukluğun tedavisinde, hastaların travmatik yaşantılarının öyküsünü almak bireysel tedavi planlaması için son derece önemlidir. Böylece yapılacak müdahalelerle hastalığın seyrini hafifletilebilir ve bireyin yaşam kalitesini artırılabilir.

Kişilerarası ilişki problemleri açısından da bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin daha fazla kişilerarası problemler yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Literatürdeki araştırmalar da aynı sonuç saptanmıştır. Bulgular, bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin sağlıklı bireylere kıyasla daha

fazla kişilerarası problemler yaşadıklarını belirtmektedir. Bu durum, kişilerarası ilişkilerin sağlıklı kurulabilmesi ve sürdürülebilmesi için gerekli olan duygu düzenleme, empati ve güven gibi alanlarda önemli zorluklar yaşadıkları saptanmıştır. Kişilerarası problemler, bipolar bozukluğun hem prognozunu hem de bireylerin sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkiler.

Çocukluk travması yaşamış bipolar bozukluğu olan bireyler, sağlıklı kişilerarası ilişkiler sürdürmede önemli zorluklar yaşadıkları belirlenmiştir. Bu bireylerin diğer insanlarla ilişkilerinde daha kontrolcü, aşırı uyumlu veya kendini daha çok feda etme gibi kişilerarası ilişki problemlerine yol açan özellikler taşıdıkları ortaya çıkmıştır. Yani çocukluk dönemi travmaları nedeniyle hem ruh sağlığı hem de bireyin sosyal yaşamı ve ilişkileri olumsuz yönde etkilenir. Bu yüzden tedavi süreçlerinde, bu bireylerin ilişki becerilerini geliştirmeye yönelik psikoterapötik müdahalelerin önemi ortaya çıkmaktadır. Böylece bireylerin sosyal işlevselliğini artırılabilir ve yaşam kalitesi iyileştirilebilir.

Bipolar bozukluğu olan bireylerde çocukluk çağı travmasının sigara kullanımı üzerinde anlamlı bir etki bulunamamıştır. Literatürde, çocukluk çağı travmalarının bireylerin stresli durumlarda sigara içme gibi zararlı davranışlara daha fazla yöneldikleri bulunmuştur. Ancak bu çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerde çocukluk çağı travmalarının sigara kullanımı açısından bu tür bir bağlantı saptanamamıştır. Bu durum, bipolar bozukluğun kendi doğası ile bireylerin biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin de sigara içme konusunda daha fazla araştırma yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Yapılan bu çalışmada sigara kullanımını etkileyen faktörler açısından bipolar bozukluk tanılı bireylerde çocukluk çağı travmalarının tek başına belirleyici olmadığını, bireylerin yaşam öyküsü ve diğer risk faktörlerinin birlikte ele alınmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Ayrıca daha büyük örneklem grupları ve farklı değişkenlerin sigara kullanımı üzerinde değerlendirmeye alınması daha net sonuçlar ortaya koyulmasını sağlayacaktır.

Kısıtlılıklar:

Bu araştırma, bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerde çocukluk çağı travmalarının kişilerarası ilişki zorlukları ve sigara kullanımı üzerindeki etkisini incelemeye yönelik önemli

bulgular sunmakla birlikte, bazı kısıtlılıklar içermektedir. Bu kısıtlılıklar çerçevesinde araştırmacılara öneriler sunulmuştur.

Araştırmacılara Öneriler:

1. Araştırma, sınırlı bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. Daha genellenebilir olması için daha geniş bir örnekleme sahip çalışmalara gerek duyulmaktadır.
2. Bu araştırmada kesitsel bir tasarım kullanıldığı için neden-sonuç ilişkilerini kesin olarak ortaya koyulamamıştır. Uzunlamasına çalışmalar yapılırsa bu değişkenler arasındaki nedensel ilişkiler daha anlaşılabilir şekilde ortaya çıkabilir.
3. Hastalığa dair klinik özellikler, çocukluk çağı travmaları, kişilerarası ilişki problemleri ve sigara kullanımı ile ilgili bilgiler, katılımcıların öz bildirimlerine dayanılarak toplanmıştır. Bu durumdan dolayı yanlışlık ve hatırlama sorunları gibi metodolojik sınırlılıklar ortaya çıkmış olabilir.
4. Araştırma bulguları, homojen bir sosyodemografik bağlamına özgüdür. Farklı sosyodemografik yapıdaki bireylerden elde edilecek sonuçlar değişkenlik gösterebilir.

Bu kısıtlılıklar, araştırmanın bulgularını yorumlarken incelenmeli ve gelecekteki çalışmalar için dikkat edilecek hususlar olarak değerlendirilmelidir.

Klinisyenlere Öneriler:

1. Travmaya Dayalı Müdahaleler: Çocukluk çağı travmasının kişilerarası ve davranışsal zorluklar üzerindeki etkisi göz önüne alındığında, terapötik süreçler travma odaklı yaklaşımları içermelidir. EMDR (Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme) veya travma odaklı bilişsel davranışçı terapi gibi yöntemler bu bireyler için etkili olabilir.
2. Kişilerarası İlişkilerin Güçlendirilmesi: Kişilerarası ilişkileri geliştirmeyi amaçlayan terapi yöntemleri (örn. kişilerarası terapi) tedavi planlarına dahil edilmelidir. Bu yaklaşımlar, bireylerin güven oluşturma, duyguları ifade etme ve çatışmaları etkili bir şekilde yönetme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olabilir.
3. Sigara Alışkanlıklarının Ele Alınması: Bipolar bozukluk ve sigara bağımlılığının birlikte görüldüğü bireyler için özel sigara bırakma programları uygulanmalıdır. Motivasyonel görüşme ve diğer bağımlılık tedavi yöntemleri değerli destek sağlayabilir.

4. Bütüncül Bir Yaklaşım Benimsemek: Travmanın hem psikolojik hem de davranışsal yönleri etkilediğinin bilincinde olarak, tedavide multidisipliner bir ekip yaklaşımı benimsenmelidir. Psikiyatristler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve aile destek sistemleri arasındaki iş birliği, sağlanan bakımın genel etkinliğini artırabilir.
5. Eğitim ve Farkındalık Çalışmaları: Bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin ve ailelerinin, travmanın etkileri ve kişilerarası ilişkilerin güçlendirilmesi konularında eğitilmesi önemlidir. Bu bireylerin destek mekanizmalarını artırmak, tedaviye uyumlarını kolaylaştırabilir.
6. Erken Müdahale: Travmatik yaşantıların ve ilişkisel zorlukların erken fark edilmesi, bireylerin ilerleyen yaşlarda daha ciddi zorluklar yaşamalarının önüne geçebilir. Bu nedenle, risk altındaki bireylerin erken dönemde tespit edilmesi ve desteklenmesi öncelikli bir hedef olmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akhter A., Fiedorowicz J.G, Zhang T., Potash J.B., Cavanaugh J., Solomon D.A., Coryell W.H. (2013). Seasonal variation of manic and depressive symptoms in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 15(4):377-84. doi: 10.1111/bdi.12072.
- Akyunus, M. ve Gençöz, T. (2016). Kişilerarası Problemler Envanteri Döngüsel Ölçekleri kısa Formu psikometrik özellikleri: Bir güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 29(1), 36-48.
- Alden, L. E., Wiggins, J. S., ve Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 521–536. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5503&4_10.
- Aldinger, F. ve Schulze, T. (2016). Environmental factors, life events, and trauma in the course of bipolar disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(1), 6-17.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1. baskı.)*.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2. baskı.)*.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3. baskı)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4. baskı.)*.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4. Baskı, Metin Revizyonu)*.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. baskı.)*. Arlington, VA: APA.
- Andreassen, O. A., Simonsen, C., ve Steen, N. E. (2023). Tobacco smoking related to childhood trauma mediated by cognitive control and impulsiveness in severe mental disorders. *Schizophrenia Research*, 261, 236– 244. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.09.041>
- Angst, J. ve Marneros, A. (2001). Bipolarity from ancient to modern times: *Journal of Affective Disorders*, 67(1–3), 3–19. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00429-3](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00429-3)
- Antognoli, E., Gonzalez, S., Trapl, E., Cavallo, D., Lavanty, B., Lim, R., ve Flocke, S. (2018). *Cigarettes, little cigars, and cigarillos: initiation, motivation, and decision-making. Nicotine & Tobacco Research*, 20(suppl_1), S5-S11. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty09>.
- Ashok, A. H., Reis Marques, T. A., Jauhar, S., Nour, M., Goodwin, G. M., Young, A., ve Howes, O. D. (2017). The dopamine hypothesis of Bipolar Affective Disorder: the state of the art and implications for treatment. *Molecular Psychiatry*, 22(5), 666- 679.
- August, K.J., Rook, K.S. (2013). *Social Relationships*. In: Gellman, M.D., Turner, J.R. (eds) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_59.
- Baytunca, M. B., Aydın, R., ve Erermiş, S. (2014). Bipolar Bozukluğun Genetik Altyapısı. *The Journal of Pediatric Research*, 1(2), 49–53. <https://doi.org/10.4274/jpr.02886>.
- Bengesser, S. ve Reininghaus, E. (2013). *Genetics of bipolar disorder*. PL Academic Research/Peter Lang.
- Berk, M., Dodd, S., Kauer-Sant'Anna, M., Malhi, G. S., Bourin, M., Kapczinski, F., ve Norman, T. (2007). Dopamine dysregulation syndrome: Implications for a dopamine hypothesis of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(Supplementum 434), 41-49.

- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., ve Foote, J. (1994). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). APA PsycTests.
- Binbay T, Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, Tanık F. A., Özkınay, F., Hüseyin, O., Van OsJ. , (2012) İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Turkish Journal of Psychiatry* 2012; 23:149-160.
- Bliton, C. F., Johnson, B., ve Pincus, A. L. (2021). My problem or yours? interpersonal problems and marital quality. *Journal of Personality*, 90(4), 595-614. <https://doi.org/10.1111/jopy.12685>.
- Burkitt, I. (2017). Decentring emotion regulation: from emotion regulation to relational emotion. *Emotion Review*, 10(2), 167-173. <https://doi.org/10.1177/1754073917712441>.
- Caddell, J. D., ve Nilchiani, R. (2023). The Dynamics of Trust: Path Dependence in Interpersonal Trust. *IEEE Engineering Management Review*, 51(3), 148-165.
- Canbazoğlu, M., Akkaya, C., Cangür, Ş., ve Kırılı, S. (2013). The impact of residual symptoms on clinical features and functionality in patients with bipolar disorder during remission. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 14, 228-236. <https://doi.org/10.5455/apd.40630>.
- Carvalho, A., Dimellis, D., Gonda, X., Vieta, E., McIntyre, R., ve Fountoulakis, K. (2014). Rapid cycling in bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(06), e578-e586. <https://doi.org/10.4088/jcp.13r08905>.
- Cimino, A., Mendoza, N., Nochajski, T., ve Farrell, M. (2017). Examining the relationship between psychological functioning, childhood trauma, and types of perceived coercion among drug court enrollees: results from a pilot study. *Cogent Psychology*, 4(1), 1320859. <https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1320859>.

- Cloitre, M., Stolbach, B., Herman, J., Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., ve Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex ptsd: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>.
- Connell, C. M., Pittenger, S. L., ve Lang, J. M. (2018). Patterns of trauma exposure in childhood and adolescence and their associations with behavioral well-being. *Journal of Traumatic Stress*, 31(4), 518–528. <https://doi.org/10.1002/jts.22315>.
- Cooperman, N. A., Richter, K. P., Bernstein, S. L., Steinberg, M. L., ve Williams, J. M. (2015). Determining smoking cessation related information, motivation, and behavioral skills among opiate dependent smokers in methadone treatment. *Substance Use & Misuse*, 50(5), 566–581. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.991405>.
- Cousins, D. A., Butts, K., ve Young, A. H. (2009). The role of dopamine in bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 11, 787–806.
- Çam, O., ve Çuhadar, D. (2013). Bipolar bozukluğu olan hastalarda işlevsellik düzeyi ve içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 230.
- Dargis, M., Newman, J., ve Koenigs, M. (2016). Clarifying the link between childhood abuse history and psychopathic traits in adult criminal offenders..*Personality Disorders Theory Research and Treatment*, 7(3), 221-228. <https://doi.org/10.1037/per0000147>.
- Dolman, C., Jones, I. R., ve Howard, L. M. (2016). Women with bipolar disorder and pregnancy: Factors influencing their decision-making. *BJPsych Open*, 2(4), 294–300. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.003079>.
- Erozkan, A. (2016). The Link between Types of Attachment and Childhood Trauma. *Universal journal of educational research*, 4(5), 1071-1079.

- Estrada, E., Hartz, S., Tran, J., Hilty, D., Sklar, P., Smoller, J., Pato, M. T. ve Pato, C. (2015). Nicotine dependence and psychosis in bipolar disorder and schizoaffective disorder, bipolar type. *American Journal of Medical Genetics Part B Neuropsychiatric Genetics*, 171(4), 521-524. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32385>.
- Fawzi, M. M., Negm, M., Abdalla, A. A., ve Abdelgayed, S. (2019). Adverse childhood experiences and c-reactive protein among adult patients with bipolar disorder at zagazig university hospitals. *Zagazig University Medical Journal*, 25(5), 728-736. <https://doi.org/10.21608/zumj.2019.9958.10660>.
- Felitti, V. J., ve Anda, R. F. (2010). The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-Being, Social Function, and Healthcare, In R. Lanius, E. Vermetten, & C. Pain (Eds.). *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease; The Hidden Epidemic* (s. 77-87). New York: Cambridge University Press.
- Galletly, C., Van Hooff, M., ve McFarlane, A. (2011). Psychotic symptoms in young adult sex posed to childhood trauma—a 20 year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 127(1–3), 76–82. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.12.010>.
- Garcia M, Montalvo I, Creus M, Cabezas Á, Solé M, Algora MJ, Moreno I, Gutiérrez-Zotes A, Labad J. (2016) Sex differences in the effect of childhood trauma on the clinical expression of early psychosis. *Compr Psychiatry*. 68:86-96. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.04.004.
- Garno, J., Goldberg, J., Ramírez, P., ve Ritzler, B. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 186(2), 121-125. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.2.121>.
- Gershon, E.S., ve Goldin, L.R. (1989). Linkage data on affective disorders in an epidemiologic context. *Genet Epidemiol*, 6(1), 201–209.

- Gilman, S. E., Rende, R., Boergers, J., Abrams, D. B., Buka, S. L., Clark, M. A., Colby, S. M., Hitsman, B., Kazura, A. N., Lipsitt, L. P., Lloyd-Richardson, E. E., Rogers, M. L., Stanton, C. A., Stroud, L. R., ve Niaura, R. S. (2009). Parental smoking and adolescent smoking initiation: An intergenerational perspective on tobacco control. *Pediatrics*, 123(2), e274-e281. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2251>.
- Glickman, E., Choi, K., Lussier, A., Smith, B., ve Dunn, E. (2021). Childhood emotional neglect and adolescent depression: assessing the protective role of peer social support in a longitudinal birth cohort. *Frontiers in Psychiatry*, 12. 681176.
- Goikolea, J., Colom, F., Martínez-Arán, A., Sánchez-Moreno, J., Giordano, A., Bulbena, A., ve Vieta, E. (2007). Clinical and prognostic implications of seasonal pattern in bipolar disorder: a 10-year follow-up of 302 patients. *Psychological Medicine*, 37(11), 1595-1599. <https://doi.org/10.1017/s0033291707000864>.
- Gonzalez, A., Zvolensky, M., Vujanovic, A., Leyro, T., ve Marshall, E. (2008). An evaluation of anxiety sensitivity, emotional dysregulation, and negative affectivity among Daily cigarette smokers: relation to smoking motives and barriers to quitting. *Journal of Psychiatric Research*, 43(2), 138-147. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.03.002>.
- Goodman, R. J., Samek, D. R., Wilson, S., Iacono, W. G., ve McGue, M. (2018). Close relationships and depression: A developmental Cascade Approach. *Development and Psychopathology*, 31(04), 1451–1465. <https://doi.org/10.1017/s0954579418001037>.
- Goodwin, F. K., ve Jamison, K. R. (2007). *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*, 2. baskı. New York: Oxford University Press.
- Guillén-Burgos, H., Moreno-López, S., Acevedo-Vergara, K., Pérez-Florez, M., Pachón-García, C., ve Galvez-Florez, J. (2023). Risk of childhood trauma exposure and severity of

- bipolar disorder in colombia. *International Journal of Bipolar Disorders*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40345-023-00289-5>.
- Gültekin, B. K., Kesebir, S., ve Tamam, L. (2014). Bipolar Disorder in Turkey. *Current Approaches in Psychiatry*, 6(2):199-209 doi: 10.5455/ cap.20130920014550.
- Hakulinen, C., Musliner, K., ve Agerbo, E. (2019). Bipolar disorder and depression in early adulthood and long-term employment, income, and educational attainment: a nation wide cohort study of 2,390,127 individuals. *Depression and Anxiety*, 36(11), 1080-1088.
- Hayden, M., Müllauer, P., ve amp; Andreas, S. (2017). A systematic review on the association Between adult attachment and interpersonal problems. *Journal of Psychology& Psychotherapy*, 07(02). <https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000296>.
- Heffner, J. L., Strawn, J. R., DelBello, M. P., Strakowski, S. M., ve Anthenelli, R. M. (2011). *The eco-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: Phenomenology and treatment considerations*. Department of Psychiatry and Behavioral Neuroscience, University of Cincinnati. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00943.x>.
- Hett, D., Etain, B., ve Marwaha, S. (2022). Childhood trauma in Bipolar disorder: New targets for future interventions. *BJPsych Open*, 8(4). <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.529>
- Hiler, M., Spindle, T., Dick, D., Eissenberg, T., Breland, A., ve Soule, E. (2020). Reasons for transition from electronic cigarette use to cigarette smoking among young adult college students. *Journal of Adolescent Health*, 66(1), 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.09.003>.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer ,B.A., Ureño ,G. ve Villaseñor ,V.S. (1988).Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *J Consult Clin Psychol*. Dec;56(6):885-92. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.885. PMID: 3204198.

- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., ve Pincus, A. L. (2000). Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32/IIP-64). *London: Psychological Corporation.*
- Hooley, J. M., Nock, M. K., ve Butcher, J. N. (2021). In *Abnormal Pyschology* (18. Baskı) Pearson Education Limited: United Kingdom.
- Hosang, G., Fisher, H., Uher, R., Cohen-Woods, S., Maughan, B., McGuffin, P., ve Farmer, A. (2017). Childhood maltreatment and the medical morbidity in bipolar disorder: a case–control study. *International Journal of Bipolar Disorders*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s40345-017-0099z>.
- Howland, R. H. ve Thase, M. E. (1999). Affective disorders: Biological aspects. In T. Millon & P. H. Blaney et al. (Eds.), *Oxford textbook of psychopathology. Oxford textbooks in clinical psychology* (4. baskı, s 166–202). New York: Oxford University Press.
- Hoyer, F., ve Houenou J. (2016). Can neuroimaging disentangle bipolar disorder? *J AffectDisord* 2016;195:199–214.
- Hu, S.S., Neff, L., Agaku, I.T., Cox, S., Day, H.R., Holder-Hayes, E. ve King, B.A. (2016). Tobacco product use among adults—United States, 2013–2014. *Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 65, 685–691.
- Huh, H. J., Kim, S.-Y., Yu, J. J., ve Chae, J.-H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals of General Psychiatry*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12991-014-0026-y>.
- Hwu, H.G., Yeh, E.K., ve Chang, L.Y. (1989). Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand*, 79, 136–147.

- Ibrahim, N., Abdul Rahman, A. H., ve Shah, S. A. (2009). Verbal memory test performance in patients with bipolar I disorder attending a psychiatric clinic of a university hospital in Kuala Lumpur, Malaysia. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 10(2), July–December.
- Jacobs, D. G., Baldessarini, R. J., Conwell, Y., Fawcett, J. A., Horton, L., Meltzer, H., Pfeffer, C. R., ve Simon, R. I. (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *The American Journal of Psychiatry*. Approved by the APA Board of Trustees in June 2003 and published in November 2003.
- Jain, A. (20.02.2023) Bipolar disorder. StatPearls <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558998/> (Erişim tarihi: 5 Eylül 2024).
- Jamal, A., King, B.A., Neff, L.J., Whitmill, J., Babb, S.D.ve Graffunder, C.M (2016). Current cigarette smoking among adults—United States, 2005–2015. *Morb. Mortal. Wkly. Rep.*, 65, 1205–1211.
- Janiri, D., Sani, G., Rossi, P., Piras, F., Iorio, M., Banaj, N., Giuseppin, G., Spinazzola, E., Maggiora, M., Ambrosi, E., Simonetti, A., ve Spalletta, G. (2017). Amygdala and hippocampus volumes are differently affected by childhood trauma in patients withbipolar disorders and healthy controls. *Bipolar disorders*, 19(5), 353–362.<https://doi.org/10.1111/bdi.12516>.
- Janiri, D., Spalletta, G., ve Sani, G. (2020). Childhood trauma in bipolar disorders. In G. Spalletta, M. Piras, & M. Fagioli (Eds.), *Childhood trauma in mental disorders* (s. 145). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-030-49414-8_8.
- Janiri, D., Simonetti, A., Luciano, M., Montanari, S., Bernardi, E., Carrà, G., Fiorillo, A., ve Sani, G. (2024). Type of cycle temperament and childhood trauma are associated with lithium response in patients with bipolar disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s40345-024-00331-0>.

- Janovsky, T., Rock, A., Thorsteinsson, E., Clark, G., ve Murray, C. (2020). The relationship between early maladaptive schemas and interpersonal problems: a meta-analytic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(3), 408-447. <https://doi.org/10.1002/cpp.2439>
- Jarvis, M. J. (2004). ABC of smoking cessation: Why People Smoke. *BMJ*, 328(7441), 277–279. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7441.686-a>
- Johnson, S. L., Cuellar, A. K., ve Gershon, A. (2016). The influence of trauma, life events, and social relationships on Bipolar depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(1), 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.09.003>
- Kaygas, Y. ve Özbay, Y. (2023). Do conflicts strengthen my relationship?' the role of relational resilience on conflict frequency and relationship satisfaction from the view point of turkish women. *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, 13(69), 202-215.
- Keener, E., Strough, J. ve DiDonato, L. (2012). Gender Differences and Similarities in Strategies for Managing Conflict with Friends and Romantic Partners. *Sex Roles* 67, 83–97
- Kim, E., Bhawe, D., ve Glomb, T. (2013). Emotion regulation in work groups: the roles of demographic diversity and relational work context. *Personnel Psychology*, 66(3), 613-644.
- Kim, S., Kim, G. U., ve Park, S. (2020). Prevalence of Traumatic Experiences in South Korean Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3959.
- Kivlighan, D. and Angelone, E. (1992). Interpersonal problems: variables influencing participants' perception of group climate. *Journal of Counseling Psychology*, 39(4), 468-472.

- Konno, Y., Fujino, Y., Ikenouchi, A., Adachi, N., Kubota, Y., Azekawa, T., Ueda H, Edagawa K, Katsumoto E, Goto E, Hongo S, Kato M, Tsuboi T, Yasui-Furukori N, Nakagawa A, Kikuchi T, Watanabe K, ve Yoshimura, R. (2021). Relationship between mood episode and employment status of outpatients with bipolar disorder: retrospective cohort study from the multicenter treatment survey for bipolar disorder in psychiatric clinics (musubi) project. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 17, 2867-2876.
- Kostić, M., Lazarević, L., Maravić, V. M., Vončina, M. M., Kirćanski, J. R., Stojković, A., ve Videnović, M. (2019). *Adverse childhood experiences (ACE) study: Research on adverse childhood experiences in Serbia*. UNICEF Serbia.
- Kwon A, Lee HS, ve Lee SH. (2021). The Mediation Effect of Hyperarousal Symptoms on the Relationship Between Childhood Physical Abuse and Suicidal Ideation of Patients With PTSD. *Front Psychiatry*. 26;12:613735. doi: 10.3389/fpsyt.2021.613735.
- Laksana, M. ve Nurhaliza, N. (2023). The impact of communication ethics on the communication quality in interpersonal relationships. *Eduvest -Journal of Universal Studies*, 3(5), 989-995.
- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., ve Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 284(20), 2606-2610.
- Lebovitz, J. G., Millett, C. E., Shanahan, M., Levy-Carrick, N. C., ve Burdick, K. E. (2021). The impact of lifetime interpersonal and intentional trauma on cognition and vulnerability to psychosis in bipolar disorder. *BJPsych Open*, 7(5).
- Lee, J., ve Swartz, K.L (2017) "Bipolar I Disorder." *Johns Hopkins Psychiatry Guide*, The Johns Hopkins University, 2017. *Johns Hopkins Guides*, www.hopkinsguides.com/hopkins/view/Johns_Hopkins_Psychiatry_Guide/787045/all/Bipolar_I_Disorder. (Erişim Tarihi 10 Eylül 2024).

- Lee, C.K., Kwak, Y.S., Yamamoto, J., Rhee, H., Kim, Y.S., Han, J.H., Choi, J.O., ve Lee, Y.H. (1990). Psychiatric epidemiology in Korea: Part II. Urban and rural differences in Seoul. *J Nerv Ment Disord*, 178, 247–252.
- Lee, J., Altshuler, L., Glahn, D., Miklowitz, D., Ochsner, K., ve Green, M. (2013). Social and non social cognition in bipolar disorder and schizophrenia: relative levels of impairment. *American Journal of Psychiatry*, 170(3), 334-341.
- Li X.H., An F.R., Ungvari GS., Ng CH., Chiu H.F.K., Wu, P.P., Jin X, Xiang, Y.T. (2017). Prevalence of smoking in patients with bipolar disorder, major depressive disorder and schizophrenia and their relationships with quality of life. *SciRep*. 16;7(1):8430. doi: 10.1038/s41598-017-07928-9. PMID: 28814728; PMCID: PMC5559601.
- Liu JX, Chen YS, Hsieh JC, Su TP, Yeh TC, ve Chen LF. (2010). Differences in white matter abnormalities between bipolar I and II disorders. *J Affect Disord*.;127(1-3):309-15.
- Liu, H., Qi, Q., Ding, Y., Ma, C., ve Zhou, C. (2022). Sex and macro economic differences and trends in early attempts at cigarette smoking among adolescents: findings from 147 countries. *BMC Medicine*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02512-z>.
- Liu, F., Dong, Y., Yuan, Y., ve Jiang, Y. (2023). Relationship between empathy and interpersonal distress of Chinese left-behind children: the role of emotion regulation and gender. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 16, 3717-3726.
- Lodebo TM, Hajito KW, Gebrehiwot TT, Achicha TB. (2017). Prevalence of cigarette smoking and its associated factors among parents at Misrak Bedawacho district, Southern Ethiopia. *J Addiction Prevention*. 5(1): 9.

- Loon, A. v., Tijhuis, M., Surtees, P. G., ve Ormel, J. (2005). Determinants of smoking status: cross-sectional data on smoking initiation and cessation. *European Journal of Public Health*, 15(3), 256-261.
- Luca, M., Prossimo, G., Messina, V., Luca, A., Romeo, S., ve Calandra, C. (2013). Epidemiology and treatment of mood disorders in a day hospital setting from 1996 to 2007: an italian study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 169.
- Luginbuehl, T., ve Schoebi, D. (2020). Emotion dynamics and responsiveness in intimate relationships. *Emotion*, 20(2), 133–148.
- Lunding, S. H., Ueland, T., Aas, M., Høegh, M. C., Werner, M. C., Rødevand, L., Johansen, I. T., Hjeltnes, G., Ormerod, M. B., Ringen, P. A., Ottesen, A., Lagerberg, T. V., Melle, I., Andreassen, O. A., Simonsen, C., ve Steen, N. E. (2023). Tobacco smoking related to childhood trauma mediated by cognitive control and impulsiveness in severe mental disorders. *Schizophrenia Research*, 261, 236–244.
- Mackinnon, D. F., Jamison, K. R., ve DePaulo, J. R. (1997). Genetics of manic depressive illness. *Annual Reviews Inc*, 355–373.
- Maj, M., Sartorius, N., Lopez Ibor, J. J., ve Akiskal, H. S. (2002). *Bipolar disorder* (5. baskı). *John Wiley&Sons*.
- Maj M, Magliano L, Pirozzi R, Marasco C, Guarneri M. (1994). Validity of rapid cycling as a course specifier for bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*. 151(7):1015-9.
- Maguire, C., McCusker, C. G., Meenagh, C., Mulholland, C., ve Shannon, C. (2008). Effects of trauma on bipolar disorder: The mediational role of interpersonal difficulties and alcohol dependence. *Bipolar Disorders*, 10(3), 293–302.

- Malhi, G. ve Irwin, L. (2019). Rapid cycling: are we pedalling in the right direction?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(8), 739-741.
- Manji, H. K., ve Lenox, R. H. (2000). The nature of bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 61, 42–57.
- Mannino, D. M. (2009, 1 Kasım). Why Won't Our Patients Stop Smoking?: The power of nicotine addiction. (Erişim Tarihi: 6 Ekim 2024). *DiabetesCare* ; 32 (suppl_2): S426–428.
- Marwaha, S., Durrani, A., ve Singh, S. P. (2013). Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(3), 179-193.
- Marwaha, S., Briley, P., Perry, A., Rankin, P., DiFlorio, A., Craddock, N., ve Jones, L. (2019). Explaining why childhood abuse is a risk factor for poorer clinical course in bipolar disorder: a pathanalysis of 923 people with bipolar i disorder. *Psychological Medicine*, 50(14), 2346-2354.
- Matsumoto, K. (2024). Impact of cognitive reserve on bipolar disorder: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1341991>
- McLaughlin, K. A., ve Lambert, H. K. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: Mechanisms of risk and resilience. *Current Opinion in Psychology*, 14, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.10.004>.
- Merrick, M., Ports, K., Ford, D., Afifi, T., Gershoff, E., ve Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse&Neglect*, 69, 10-19. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>.

- Merikangas, K., Jin, R., He, J., Kessler, R., Lee, P., Sampson, N., ve Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241.
- Miklowitz, D. J., ve Johnson, S. L. (2009). Social and familial factors in the course of bipolar disorder: Basic processes and relevant interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(2), 281–296.
- Mikulincer, M. ve Shaver, P. (2012). Adult attachment orientations and relationship processes. *Journal of Family Theory & Review*, 4(4), 259-274.
- Mock, S. ve Arai, S. (2011). Childhood trauma and chronic illness in adulthood: mental health and socioeconomic status as explanatory factors and buffers. *Frontiers in Psychology*, 1.
- Morgan, V., Mitchell, P. B., ve Jablensky, A. (2005). The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian national study of low prevalence (psychotic) disorders. *Bipolar Disorders*, 7(4), 326-337. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00229.x>
- Moore, C. M., Andrews, S. E., ve Parikh-Fox, S. (2020). Meeting someone at the edge: Counselors' experiences of interpersonal stress. *Journal of Counseling & Development*, 98(4), 425-437. <https://doi.org/10.1002/jcad.12307>
- Myasishchev, V. N. (1995). *Psychology of Relationships*. Voronezh: MODEK.
- Nemeroff, C. B., Schatzberg, A. F., Rasgon, N. L., ve Strakowski, S. M. (2022). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders*. 205 American Psychiatric Association Publishing.

- Nichols, H. B. ve Harlow, B. L. (2004). Childhood abuse and risk of smoking onset. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(5), 402-406.
<https://doi.org/10.1136/jech.2003.008870>
- Nolen-Hoeksema, S. (2022). *ISE Abnormal Psychology* [Paperback]. New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Norman, R., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., ve Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PlosMedicine*, 9(11), e1001349.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Penetar, D., Lindsey, K., Peters, E., Juliano, T., ve Lukas, S. (2012). Decreasing nicotine content reduces subjective and physiological effects of smoking. *Tobacco Use Insights*, 5.
<https://doi.org/10.4137/tui.s8523>
- Perry BD (2001). The neuro developmental impact of violence in childhood. in: Schetky D, Benedek EP (Eds). *Textbook of Child and Adolescent Forensic Psychiatry*. Washington DC, *American Psychiatric Press*, s. 221–238.
- Pettersson, E., Lichtenstein, P., Larsson, H., Song, J., Agrawal, A., Børglum, A. D., Bulik, C. M., Daly, M. J., Davis, L. K., Demontis, D., Edenberg, H. J., Grove, J., Gelernter, J., Neale, B. M., Pardiñas, A. F., Stahl, E., Walters, J. T., Walters, R., Sullivan, P. F. ve Polderman, T. J. (2018). Genetic influences on eight psychiatric disorders based on familydata of 4 408 646 full and half-siblings, and geneticdata of 333 748 cases and controls – corrigendum. *Psychological Medicine*, 49(2), 351–351.
- Pinheiro, P. S. (2006). *World report on violence against children*. Geneva: United Nations Secretary-General's Study on Violence against Children.

- Quam, A. (2024). Childhood trauma, emotional awareness, and neural correlates of long-term nicotine smoking. *Jama Network Open*, 7(1), e2351132.
- Quidé, Y., Tozzi, L., Corcoran, M., Cannon, D. M., ve Dauvermann, M. R. (2020). The impact of childhood trauma on developing bipolar disorder: Current understanding and ensuring continued progress. *Neuro psychiatric Disease and Treatment, Volume 16*, 3095–3115.
- Roberts, M., Fuemmeler, B., McClernon, F., ve Beckham, J. (2008). Association between trauma exposure and smoking in a population-based sample of young adults. *Journal of Adolescent Health*, 42(3), 266-274. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.08.029>
- Rocca, C., Macedo-Soares, M., Gorenstein, C., Tamada, R., Issler, C., Dias, R., Schwartzmann A. M. ve Lafer, B. (2008). Social dysfunction in bipolar disorder: pilot study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(8), 686-692.
- Romijnders, K., Osch, L., Vries, H., ve Talhout, R. (2019). A deliberate choice? Exploring the decision to switch from cigarettes to e-cigarettes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(4), 624.
- Russo, M., Mahon, K., Shanahan, M., Solon, C., Ramjas, E., Turpin, J., ve Burdick, K. (2015). The association between childhood trauma and facial emotion recognition in adults with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 229(3), 771-776. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.004>.
- O'Connor, P., Izadikhah, Z., Abedini, S., ve Jackson, C. (2018). Can deficits in emotional Intelligence explain the negative relationship between abandonment schema and marital quality?. *Family Relations*, 67(4), 510-522.
- Onigbogi, O., Karatu, D., Sanusi, S., Pratt, R., ve Okuyemi, K. (2015). Exploring cigarette use among male migrant workers in nigeria. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(4), 221-227.

- Saadati, N., Kiliçaslan, F., ve Olagoke Salami, M. (2023). The psychosomatic effects of childhood trauma: insights from adult survivors. *Journal of Personality and Psychosomatic Research*, 2(2), 34-40.
- Sanchez-Moreno, J., Martínez-Àran, A., Tabarés-Seisdedos, R., Torrent, C., Vieta, E., ve Ayuso-Mateos, J. (2009). Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 285-297. <https://doi.org/10.1159/000228249>
- Sarrazin S, Poupon C, Linke J, et al. A. (2014). multicenter tractography study of deep white matter tracts in bipolar I disorder: psychotic features and inter hemispheric disconnectivity. *JAMA Psychiat* 2014; 71:388–96.
- Schaffer, A., Cairney, J., Cheung, A., Veldhuizen, S., Levitt, A., 2006. Community survey of bipolar disorder in Canada: lifetime prevalence and illness characteristics. *Can. J. Psychiat.* 51, 9–16.
- Schoebi, D. ve Randall, A. K. (2015). Emotional dynamics in intimate relationships. *Emotion Review*, 7(4), 342–348. <https://doi.org/10.1177/1754073915590620>
- Sedler, M.J. (1983). Falret's discovery: The origin of the concept of bipolar affective illness. translated by M. J. Sedler and Eric C. Dessain. *American Journal of Psychiatry*, 140(9), 1127–1133.
- Shiffman, S. ve Paty, J. (2006). Smoking patterns and dependence: contrasting chippers and heavy smokers. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 509-523.
- Shi X, Zhao Y, Yang H, Xu X, Fang Y, Yu X, Tan Q, Li H, Sun G, Wu H, Wang P, Yang J, Zhu X, Wang G, Zhang L. (2023). Factors associated with hospitalization times and length of stay in patients with bipolar disorder. *Front Psychiatry*. 19; 14:1140908.

- Sletved, K.S.O., Maiggaard, K., Thorup, A.A.E., Kessing, L. V. ve Vinberg, M. (2022). Familial load of psychiatric disorders and overall functioning in patients newly diagnosed with bipolar disorder and their unaffected first-degree relatives. *Int J Bipolar Disord* 10, 28 (2022). <https://doi.org/10.1186/s40345-022-00277-1>
- Spaletta, G., Janiri, D., Piras, F. ve Sani, G. (2020). Childhood Trauma in Mental Disorders A Comprehensive Approach, *Springer: Switzerland*.
- Spinoven, P., Elzinga, B. M., Hemert, A. M. v., Rooij, M. d., ve Penninx, B. W. J. H. (2016). Childhood maltreatment, maladaptive personality types and level and course of psychological distress: a six-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 191, 100-108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.036>
- Spratt, E., Back, S., Yeatts, S., Simpson, A., McRae-Clark, A., Maria, M., Price K.L., Hartwell K.T. ve Brady, K. (2009). Relationship between child abuse and adult smoking. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(4), 417-426.
- Southwick, S. M., Vythilingam, M., ve Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. *Annu. Rev. Clin. Psych.*, 1(1), 255–91.
- Souza-Queiroz, J., Boisgontier, J., Etain, B., Poupon, C., Duclap, D., d'Albis, M. A., Daban, C., Hamdani, N., Le Corvoisier, P., Delavest, M., Bellivier, F., Guevara, P., Leboyer, M., Henry, C., ve Houenou, J. (2016). Childhood trauma and the limbic network: a multimodal MRI study in patients with bipolar disorder and controls. *Journal of affective disorders*, 200, 159–164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.038>
- Stevellink, R., Abramovic, L., Verkooijen, S., Begemann, M. J. H., Sommer, I. E. C., Boks, M. P., Mandl, R. C. W., van Haren, N. E. M., ve Vinkers, C. H. (2018). Childhood abuse and white matter integrity in bipolar disorder patients and healthy controls. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of*

Strine, T., Edwards, V., Dube, S., Wagenfeld, M., Dhingra, S., Prehn, A., W., Rasmussen, S., McKnight-Eily, L. ve Croft, J. (2012). The mediating sex-specific effect of psychological distress on the relationship between adverse childhood experiences and current smoking among adults. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1747-597x-7-30>

Substance Abuse ve Mental Health. (2023). Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. The NSDUH Report: Smoking and mental illness. (Erişim Tarihi: 8 Kasım 2024). Rockville, MD.

Syamlal G., Mazurek J.M. ve Dube S.R. (2014). Gender differences in smoking among U.S. working adults. *Am J Prev Med.* 2014 Oct;47(4):467-75. doi: 10.1016/j.amepre.2014.06.013.

Szadoczky, E., Papp, Z., Vitrai, J., Rihmer, Z., ve Furedi, J. (1998). The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary: Results from a national epidemiologic survey. *J Affect Disord*, 50, 153–162.

Şar, V., Necef, I., Mutluer, T., Parmis, F. ve Türk Kurtça, T. (2021). A Revised And Expanded Version Of The Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-Overcontrol As Additional Factor. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(1), 35-51. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760171>.

Teo, S., Tan, N., Ngoh, A., Swah, T., ve Tai, B. (2014). Smoking behaviour of asthmatic patients in primary care: a cross-sectional study. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 23(2), 108-117. <https://doi.org/10.1177/201010581402300204>.

- Tekin, A., Demiryürek, E., Güleken, M., Bakim, B., Özer, Ö., ve Karamustafalıoğlu, O. (2019). Investigation of the comorbidity of dissociative disorders in patients with bipolar disorder. *The European Research Journal*, 5(4), 667-672. <https://doi.org/10.18621/eurj.412272>.
- Troisi, A. (2020). Childhood trauma, attachment patterns, and psychopathology: An evolutionary analysis. In G. Spalletta et al. (Eds.), *Childhood trauma in mental disorders* (s. 125-139). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-030-49414-8_7.
- Torrent, C., Martínez-Arán, A., Daban, C., Sánchez-Moreno, J., Comes, M., Goikolea, J.M., Salamero, M. ve Vieta, E. (2006). Cognitive impairment in bipolar ii disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 189(3), 254-259. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.017269>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022). Türkiye Sağlık Araştırması, Erişildiği tarih: 15 Kasım 2024, <https://data.tuik.gov.tr>.
- U.S. Department of Health ve Human Services. (1994). *Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Healthand Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health. (Erişim Tarihi: 8 Kasım 2024).
- Vieira, I., Moreira, F., Mondin, T., Cardoso, T., Jansen, K., Souza, L., ve Silva, R. (2020). Childhood trauma and bipolar spectrum: a population-based sample of young adults. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42(2), 115-121. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0046>
- Vijayakumar, D. ve Neelakandan Dr. R. (2023).Effect of Childhood Trauma on Personality Traits and Resilience in Middle-agedAdults — An Intervention Study based on Mindfulness: Review of Literature. *IJFMR* Volume 5, Issue 2.

- Whitton, A., Lewandowski, K., ve Hall, M. (2021). Smoking as a common modulator of sensory gating and reward learning in individuals with psychotic disorders. *Brain Sciences*, 11(12), 1581.
- Withers, A. C., Tarasoff, J. M., ve Stewart, J. W. (2013). Is depression with atypical features associated with trauma history? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(05), 500–506. <https://doi.org/10.4088/jcp.12m07870>
- Wong, J. J., Jones, N., Timko, C., ve Humphreys, K. (2018). Exclusion criteria and generalizability in bipolar disorder treatment trials. *Mental Health Law & Policy Faculty Publications*. 937. https://digitalcommons.usf.edu/mhlp_facpub/937
- World Health Organization. (2000). International consortium in psychiatric epidemiology. Cross national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 78(4):413–426.
- World Health Organization. (2023). Tobacco. World Health Organization. Erişildiği tarih: 15 Kasım 2024. <https://www.who.int/publications/tobacco>.
- Xie, M., Zou, X., Xie, Y., Hu, L., Tang, Y., Cai, J., Kuang, Y., Zhu, L., Zou, M., ve Wang, Q. (2023). Childhood trauma and suicide risk in hospitalized patients with schizophrenia: the sequential mediating roles of pandemic related post-traumatic stress symptoms, sleep quality, and psychological distress. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1221529.
- Xie, M., Tang, Y., Zhu, L., Dai, M., Wu, Y., Huang, Y., Liu, Y., Xiao, L., Li, T., ve Wang, Q. (2021). Childhood trauma and mental health status in general population: A series mediation examination of psychological distress in COVID-19 pandemic and global sleep quality. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 782913.

- Yang, T., Roberts, C., Winton-Brown, T., Lloyd, M., Kwan, P., O'Brien, T, ve Malpas, C. (2022). Childhood trauma in patients with epileptic versus non-epileptic seizures. *Epilepsia*, 64(1), 184–195. <https://doi.org/10.1111/epi.17449>
- Yang, G., Cao, X., Zhang, J., Ma, C., Zhang, N., Lu, Q., Crimmins, E. M., Gill, T. M., Chen, X. ve Liu, Z. (2022). Unhealthy lifestyle mediates the adverse effect of childhood traumas on acceleration of aging: analysis of 110,596 uk biobank participants. *Jama Network* <https://doi.org/10.1101/2022.04.22.22274167>.
- Yang, M., Sheng, X., Ge, M., Zhang, L., Huang, C., Cui, S., Yuan, Q., Ye, M., Zhou, R., Chao, P., Peng R., Zhou, X. ve Zhang, K. (2022). Childhood trauma and psychological sub-health among chinese adolescents: the mediating effect of internet addiction. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04384-2>
- Yeloğlu, Ç. H., Hocaoglu, Ç., ve Bahçeci, B. (2021). Effect of personality traits on functioning and long-term treatment in patients with bipolar disorder. *Genel Tıp Dergisi*, 31(3), 189-195.
- Yeom, J. W., Cho, C. H., Jeon, S., Seo, J. Y., Son, S., Ahn, Y. M., Kim, S. J., Ha, T. H., Cha, B., Moon, E., Park, D. Y., Baek, J. H., Kang, H. J., An, H., ve Heon-Jeong. (2021). Bipolar II disorder has the highest prevalence of seasonal affective disorder in early-onset mood disorders: Results from a prospective observational cohort study. *Depression and Anxiety*, 38(7), 661–670. <https://doi.org/10.1002/da.23153>
- Youngstrom, E., Meter, A., ve Algorta, G. (2010). The bipolar spectrum: myth or reality?. *Current Psychiatry Reports*, 12(6), 479-489.
- Yüksel, C., ve Öngür, D. (2010). Magnetic resonance spectroscopy studies of glutamate-related abnormalities in mood disorders. *Biological Psychiatry*, 68(9), 785–794.

Zorlular, M. ve Uzer, T. (2022). Investigating the relationship between sensory processing sensitivity and relationship satisfaction: mediating roles of negative affectivity and conflict resolution style. *Current Psychology*, 42(30), 26504-26513.
<https://doi.org/10.1007/s12144-022-03796-3>.



EKLER:

Ek A: Bipolar Tanısı Konmuş Bireyler İçin Demografik Bilgi Formu:

Lütfen aşağıdaki bilgileri doldurunuz.

Yaşınız:

Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

Medeni durum: 1. Bekar 2. Evli

Çocuk: Yok/Var

Eğitim Durumunuz:

Mesleğiniz:

Çalışma durumu: 1. Çalışmıyor 2. Çalışıyor 3 Emekli

Sosyoekonomik düzey : 1.Gelir giderden az 2.Gelir gidere denk 3.Gelir giderden fazla

Yaşadığınız yer: 1. Köy 2. Kasaba 3. İlçe 4. İl merkezi

Sigara kullanıyor musunuz? ☐ hayır ☐ evet

Evet ise; süre/miktar (adet/gün):

HASTALIKLA İLİGİLİ BİLGİLER

Toplam nöbet dönemlerinin sayısı:

Daha önce hastaneye yatış durumu: 1. Yok 2. Var

Öyküde mevsimsellik var mı? 1. Yok 2. Var

Öyküde hızlı döngülülük var mı? 1. Yok 2. Var

Hastalığın başladığı yaş:

Tedavisiz geçen süre:

Hastalık süresi:

İntihar girişimi durumu: 1. Yok 2. Var Sayısını belirtiniz:

Ek psikiyatrik tanı ve tedavi öyküsü:

Sayısını belirtiniz:

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı? ☐ hayır ☐ evet

Evet ise; kim olduğu, biliniyorsa muhtemel teşhis:

Ailede BB öyküsü var mı? ☐ hayır ☐ evet Evet ise; biliniyorsa kim olduğu:

Ek B: Bipolar Tanısı Konmamış Kontrol Grubu İçin Demografik Bilgi Formu:

Lütfen aşağıdaki bilgileri doldurunuz.

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Medeni durum: 1. Bekar 2. Evli

Çocuk: Yok/ Var

Eğitim Durumunuz:

Mesleğiniz:

Çalışma durumu: 1. Çalışmıyor 2. Çalışıyor 3 Emekli

Sosyoekonomik düzey : 1.Gelir giderden az 2.Gelir gidere denk 3.Gelir giderden fazla Yaşadığı

yer: 1. Köy 2. İlçe 3. İl merkezi

Sigara kullanıyor mu?: ☐ hayır ☐ evet

Evet ise; süre/miktar (adet/gün):

Ek C: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33):

Her bir madde için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz:

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

Çocukluğumda ya da ergenliğimde...

1)Yeterli yemeğim olurdu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

2) Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

3) Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

4) Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

5) Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

6) Üst baş açısından bakımsızdım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

7) Sevildiğimi hissediyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

8) Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

9) Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

10) Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

11) Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

12)Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

13) Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

14) Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

15) Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

16) Çocukluğum mükemmeldi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

17) Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövölüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiğı oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

18)Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

19)Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

20) Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

21) Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı. 1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

23) Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

25) Ailemdekiler bana karşı suçlayıcıydı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

26) İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

27) Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

28) Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

29) Ailemdekiler yaşıtırlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

30) Ailemdekiler her şeyime karışırdı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

31) Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

32)Ailemdekiler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

33)Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırırdı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

Ek D: Kişilerarası Problemler Ölçeği (IIP-32):

İnsanlar başkalarıyla ilişkilerinde aşağıda belirtilen problemleri yaşadıklarını ifade etmektedirler. Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyun ve her maddeyi hayatınızdaki HERHANGİ BİR ÖNEMLİ KİŞİYLE (aile bireyleri, dostlar, iş arkadaşları gibi) İLİŞKİNİZDE sizin için problem olup olmadığına göre değerlendirin. Problemin SİZİN İÇİN NE KADAR RAHATSIZ EDİCİ OLDUĞUNU numaralandırılmış daireleri yuvarlak içine alarak belirtiniz.

Aşağıdaki ifadeler başkalarıyla ilişkilerinizde yapmakta ZORLANDIĞINIZ şeylerdir.	Hiç değil	Biraz	Orta derecede	Oldukça	Fazlasıyla
Benim için,					
1. Başkalarına “hayır” demek zordur.	1	2	3	4	5
2. Gruplara katılmak zordur.	1	2	3	4	5
3. Bir şeyleri kendime saklamak zordur.	1	2	3	4	5
4. Birine beni rahatsız etmemesini söylemek zordur.	1	2	3	4	5
5. Kendimi yeni insanlara tanıtmak zordur.	1	2	3	4	5
6. İnsanları ortaya çıkan problemlerle yüzleştirmek zordur.	1	2	3	4	5
7. Başkalarına kendimi rahatlıkla ifade etmek zordur.	1	2	3	4	5
8. Başkalarına kızgınlığımı belli etmek zordur.	1	2	3	4	5
9. Başkalarıyla sosyalleşmek zordur.	1	2	3	4	5

10. İnsanlara sıcaklık/ şevkat göstermek zordur.	1	2	3	4	5
11. İnsanlarla anlaşmak/ geçinmek zordur.	1	2	3	4	5
12. Başkalarıyla ilişkimde, gerektiğinde kararlı durabilmek zordur.	1	2	3	4	5
13. Başka birisi için sevgi/ aşk hissetmek zordur.	1	2	3	4	5
14. Başka birinin hayatındaki amaçları için destekleyici olmak zordur.	1	2	3	4	5
15. Başkalarına yakın hissetmek zordur.	1	2	3	4	5
16. Başkalarının problemlerini gerçekten umursamak zordur.	1	2	3	4	5
17. Başkalarının ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarımdan öne koymak zordur.	1	2	3	4	5
18. Başka birinin mutluluğundan memnun olmak zordur.	1	2	3	4	5
19. Başkalarından benimle sosyal amaçla bir araya gelmesini istemek zordur.	1	2	3	4	5
20. Başkalarının duygularını incitmekten endişe etmeksizin kendimi rahatlıkla ifade etmek zordur.	1	2	3	4	5
Aşağıdaki ifadeler ÇOK FAZLA yaptığınız şeylerdir.	Hiç değil	Biraz	Orta derecede	Oldukça	Fazlasıyla
21. İnsanlara fazlasıyla açılıyorum/ içimi dökerim.	1	2	3	4	5
22. Başkalarına karşı fazlasıyla agresifim/ saldırganım.	1	2	3	4	5
23. Başkalarını memnun etmek için fazlasıyla uğraşırım.	1	2	3	4	5
24. Fark edilmeyi fazlasıyla isterim.	1	2	3	4	5

25. Başkalarını kontrol etmek için fazlasıyla uğraşırım.	1	2	3	4	5
26. Sıklıkla (fazlasıyla) başkalarının ihtiyaçlarını kendi İhtiyaçlarımın önüne koyarım.	1	2	3	4	5
27. Başkalarına karşı fazlasıyla çömerdim.	1	2	3	4	5
28. Kendi istediğimi elde edebilmek için başkalarını fazlasıyla yönlendiririm.	1	2	3	4	5
29. Başkalarına kişisel bilgilerimi fazla anlatırım.	1	2	3	4	5
30. Başkalarıyla fazlasıyla tartışırım	1	2	3	4	5
31. Sıklıkla (fazlasıyla) başkalarının benden faydalanmasına izin veririm.	1	2	3	4	5
32. Başkalarının ızdırabından/ mağduriyetinden fazlasıyla etkilenirim.	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

Demet Cantürk; Orta Doğu Teknik Üniversitesi Psikoloji bölümünden 2016 yılında mezun olmuştur. Lisans öğrenimi devam ettiği sırada hastane stajını tamamlamıştır. Lisans mezuniyetinin ardından alanla ilgili çeşitli kurs ve eğitimlere katıldı. Şu anda bir devlet hastanesinde psikolog olarak görev yapmaktadır. İstanbul Kent Üniversitesinde Klinik Psikoloji bölümünden “Bipolar Bozukluk Tanısı Konmuş Bireylerde Çocukluk Çağı Travmalarının Kişilerarası İlişki Zorlukları ve Sigara Kullanımı Üzerindeki Etkisi” başlıklı tez çalışması ile mezun olmuştur. Bulunduğu kurumda danışan görmeye devam etmektedir. WAIS, MMPI, Objektif Çocuk Testleri, WISC-R ve WISC-4 uygulayıcısıdır. Mesleki anlamda gelişmek amacıyla eğitimler almaya devam etmektedir.