



T.C.

RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**‘BİPOLAR BOZUKLUKLU HASTALARDA
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARININ
KLİNİK ÖZELLİKLER, İŞLEVSELLİK VE
KORUYUCU
TEDAVİ ÜZERİNE OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ’**

**‘INVESTIGATION OF THE EFFECT OF CHILDHOOD
TRAUMATIC EXPERIENCES ON CLINICAL
CHARACTERISTICS, FUNCTIONALITY AND PROTECTIVE
TREATMENT IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER’**

Rize 2021

T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**‘BİPOLAR BOZUKLUKLU HASTALARDA
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARININ
KLİNİK ÖZELLİKLER, İŞLEVSELLİK VE
KORUYUCU
TEDAVİ ÜZERİNE OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ’**

**‘INVESTIGATION OF THE EFFECT OF CHILDHOOD
TRAUMATIC EXPERIENCES ON CLINICAL
CHARACTERISTICS, FUNCTIONALITY AND PROTECTIVE
TREATMENT IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER’**

Dr. Fatih ÖZDEMİR

(Uzmanlık Tezi)

Tez Danışmanı:

Prof.Dr. Çiçek HOCAOĞLU

RİZE-2021

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇİNDEKİLER	i
ÖNSÖZ	Error! Bookmark not defined.
SUMMARY	vi
TABLO DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
KISALTMA LİSTESİ.....	x
EKLER.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Bipolar Bozukluk	3
2.1.1 Tanımı	3
2.1.2 Bipolar Bozukluğun Tanısı ve Seyri	3
2.1.3 Klinik Gidişle İlgili Kavramlar	3
2.1.4 Bipolar Bozukluğun Tedavisi	4
2.1.5 Tedaviye Uyum	6
2.1.6 Koruyucu Sağaltımın Önemi	7
2.1.7 Koruyucu Sağaltım Uygulama Ölçütleri	7
2.1.8 Koruyucu Sağaltıma Yanıtın Değerlendirilmesi	9
2.1.9 Sağaltıma Yanıt Değerlendirilmenin Önemi	10
2.1.10 Sağaltıma Yanıt Değerlendirmedeki Güçlükler	10
2.1.11 İşlevsellik ve Bipolar Bozukluk	11
2.2 Çocukluk Çağı Travmaları	14
2.2.1 Tanım ve Tarihçesi	14
2.2.2 Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi	15
2.2.3 Sınıflama	17
2.2.3.1 Fiziksel İstismar	17
2.2.3.2 Cinsel İstismar	18
2.2.3.3 Duygusal İstismar	19
2.2.3.4 İhmal	20
2.2.4 Çocukluk Çağı Travmaları Risk Faktörleri	21
2.2.4.1 Çocuğa Bağlı Faktörler	21
2.2.4.2 Aileye veya Bakım Verene Bağlı Faktörler	22
2.2.4.3 İlişkilere Bağlı Faktörler	22
2.2.4.4 Sosyal ve Toplumsal Faktörler	22

2.2.5	Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikiyatrik Hastalıklar	23
2.3	Bipolar Bozukluk, Çocukluk Çağı Travması ve İşlevsellik.....	25
2.4	Bipolar Bozukluk, Çocukluk Çağı Travması ve Koruyucu Tedavi...26	
2.5	Çalışmanın Amacı ve Hipotezleri.....	28
3.	GEREÇ ve YÖNTEM.....	29
3.1	Çalışma Örnekleme.....	29
3.2	Gereçler	30
3.3	Yöntem	32
3.4	İstatistiksel Analiz	32
4.	BULGULAR	33
4.1	Çalışmaya Dâhil Edilen Hasta Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	33
4.2	Hastaların Özgeçmiş, Soygeçmiş ve Klinikleri İle İlgili Bulgular.....	34
4.3	Çocukluk Çağı Travması Olan ve Olmayan Grubun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırması	41
4.4	Hastaların Klinik Özelliklerle İlgili Bulguları	43
5.	TARTIŞMA	49
5.1	Sosyodemografik Veriler ve Klinik Özellikler	49
5.2	Çocukluk Çağı Travması ve Travma Alt Tipleri	51
5.3	Çocukluk Çağı Travması ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi.....	51
5.4	Çocukluk Çağı Travması ve Özgeçmiş, Soygeçmiş, Klinik Özellikler ile İlişkisi	52
5.5	Çocukluk Çağı Travması ve Koruyucu Tedavi Üzerine Etkisi.....	54
5.6	Çocukluk Çağı Travması Alt Tipleri ve İşlevsellik İlişkisi	55
5.7	Koruyucu Tedavi ve İşlevsellik İlişkisi.....	56
5.8	Araştırmamızın Kısıtlılıkları	57
5.9	Araştırmamızın Güçlü Yanları	57
6.	SONUÇLAR	59
7.	KAYNAKLAR	61
8.	EKLER.....	85
9.	ÖZGEÇMİŞ	108

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince engin bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, eğitimimin her adımında desteğini hissettiğim, bizlere yol gösteren, sadece mesleki değil, insani duyarlılıklarımızın da gelişimini sağlayan değerli hocam Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı sayın Prof. Dr. Çiçek Hocaoglu'na; eğitimim süresince bizlere zaman ayıran, mesleki bilgi ve birikimlerini bizden esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Bülent Bahçeci ve Dr. Öğr. Üyesi Kader Semra Karataş'a

Uzmanlık eğitimi sürecine yanında başladığım, psikiyatri alanına attığım ilk adımda yanımda olan, eğitimim süresince mesleki bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan, desteğini her zaman hissettiğim sayın Doç. Dr. Esra Yancar Demir'e

Uzmanlık eğitimim boyunca çalışma fırsatı bulduğum, mesleki açıdan kendimi geliştirirken bilgi ve birikimlerinden faydalandığım sayın Dr. Öğr. Üyesi Murat Kaçar'a, sayın Dr. Öğr. Üyesi Ali Mert Beşenek'e, sayın Uzm. Dr. Berna Bulut Çakmak'a, sayın Uzm. Dr. Buket Koparal'a, sayın Uzm. Dr. Selim Polat'a, sayın Uzm. Dr. Ayşegül Yağız'a

Uzmanlık eğitimimin önemli bir parçası olan rotasyon dönemlerinde mesleki bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı sayın Dr. Öğr. Üyesi Tuba Gül'e ve Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı sayın Doç. Dr. Erman Esnafoğlu'na

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, dostluklarıyla bu süreci güzel hale getiren başta dönem arkadaşım Dr. Burak Okumuş olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma; birlikte çalışma fırsatı bulduğum Psikiyatri Anabilim Dalı'nın her bir çalışanına,

Son olarak hayatımın her anında sevgilerini ve desteklerini bir an olsun esirgemeyen, bugünlere gelmemde sonsuz emeği olan değerli aileme nihayetsiz şükranlarımı sunarım...

Dr. Fatih Özdemir

ÖZET

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) “Bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar” olarak tanımlanır. ÇÇT varlığı psikiyatrik hasta popülasyonlarında topluma kıyasla daha sık saptanır. ÇÇT varlığı ile psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığının arttığı ve var olan psikiyatrik hastalıkların klinik özelliklerinde kötüleşme izlendiği saptanmıştır. ÇÇT varlığının bipolar bozukluk (BB) tanılı hastalar üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar; belirtiler üzerinde anlamlı, uzun süreli etkileri olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın travmatik yaşantısı olan BB tanılı hastalarda işlevselliğin iyileştirilmesinde yeni veriler sunması beklenmektedir.

Yöntem: Çalışmaya Recep Tayip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde BB tanısı ile izlenen 52 hasta dahil edilmiştir. Dahil edilen hastalara sosyodemografik veri toplama formu, Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ), Koruyucu Sağaltıma Yanıt Ölçeği (KSYÖ) ve Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ) uygulanmıştır. Elde edilen veriler SSPS for Windows 22.0 veri tabanı programına aktarılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların 25’inde ÇÇT varlığı saptanmıştır. ÇÇTÖ alt boyutları incelendiğinde hastaların 14’ünde duygusal ihmal, 26’sında duygusal istismar, 19’unda fiziksel ihmal, 22’sinde fiziksel istismar, 11’inde ise cinsel istismar olduğu belirlenmiştir. Hastalık başlangıcından itibaren tedavisiz geçen sürenin ÇÇT varlığında anlamlı biçimde uzadığı saptanmıştır. ÇÇTÖ toplam puanı ile işlevsellik ve tedavi yanıtı arasında negatif ilişki saptanmıştır. İşlevsellik ve ÇÇTÖ alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; fiziksel istismar ve duygusal ihmal ile işlevsellik arasında negatif ilişki saptanmıştır. Koruyucu tedavi yanıtı ile ÇÇTÖ alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar ile koruyucu tedavi yanıtı arasında negatif ilişki saptanmıştır. İşlevsellik ve koruyucu tedaviye yanıt arasında pozitif ilişki varlığı belirlenmiştir.

Sonuç: ÇÇT varlığı BB tanılı hastalarda tedavisiz geçen sürenin uzamasına,

işlevsellikte bozulmaya ve tedavi yanıtında azalmaya neden olmaktadır. BB tanılı hastalar değerlendirilirken ÇÇT öyküsünün sorgulanması ve uygun tedavinin düzenlenmesi, hastaların işlevselliğinin düzelmesine ve tedavi yanıtının artmasına olanak sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, çocukluk çağı travması, işlevsellik, koruyucu tedavi



SUMMARY

Introduction and Objective: Childhood traumas (CTs) are defined as “behaviors which are knowingly or unknowingly executed by an adult and affect the health and physical development of a child”. CTs are more frequently seen in psychiatric patients compared to general population. Increase in the prevalence of psychiatric disorders and worsening of the clinical features of psychiatric patients are found in the presence of CTs. Studies investigating the effect of the presence of CTs among the patients with bipolar disorder (BD) have shown significant, long-lasting effects on the symptoms. This research is expected to provide new data for the improvement of functionality in the BD patients with traumatic experience.

Method: In this study, 52 patients with a diagnoses of BD who were followed by Recep Tayyip Erdoğan University Faculty of Medicine Training and Research Hospital Psychiatry out-patient unit were included. Sociodemographic data form, Young Mania Rating Scale (YMRS), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Bipolar Disorder Functioning Questionnaire (BDFQ), Protective Treatment Response Scale (PTRS) and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) were administered to the included patients. Obtained data was evaluated using SPSS for Windows 22.0 software programme.

Findings: The presence of CT was detected in 25 patients. When the sub-dimensions of CTQ were examined it was found that; 14 patients had emotional neglect, 26 patients had emotional abuse, 19 patients had physical neglect, 22 patients had physical abuse and 11 patients had sexual abuse in their past. It was found that the time without treatment from the onset of the disease was significantly prolonged in the presence of CTs. We found that there was negative relationship between CTQ total score and functionality and treatment response. When the relationship between functionality and CTQ sub-dimensions was examined; negative relationship was found between functionality and physical abuse and emotional neglect. When the relationship between protective treatment response and CTQ sub-dimensions was examined; negative relationship between protective treatment response and physical abuse, physical neglect and sexual abuse. A positive relationship between functionality and protective treatment response was also determined.

Result: Presence of CTs causes prolongation of the time without treatment, impairment in functionality and decrease in treatment response among patients diagnosed with BD. Questioning of history of CTs and regulation of the appropriate treatment during the evaluation of patients with BD may promote improvement of the functionality of the patients and increase in the treatment response

Keywords: Bipolar disorder, childhood trauma, functionality, protective treatment response



TABLO DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedaviye Alma Ölçütleri	8
Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	32
Tablo 3. Hastaların Özgeçmiş Özellikleri	33
Tablo 4. Hastaların Soygeçmiş Özellikleri	34
Tablo 5. Hastaların Klinik Özellikleri	35
Tablo 6. Hastaların HAMD ve YMDÖ Ölçeklerine Ait Bulguları	37
Tablo 7. Hastaların ÇÇTÖ ile İlgili Bulguları	38
Tablo 8. Hastaların Çocukluk Çağı Travması Olma Durumlarına Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	40
Tablo 9. Hastaların Çocukluk Çağı Travması Olma Durumlarına Göre Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılması	41
Tablo 10. Hastaların Çocukluk Çağı Travması Olma Durumlarına Göre Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılma	42
Tablo 11. Hastaların Hastalık Dönem ve Gidiş Özelliklerinin ÇÇT Varlığına Göre Karşılaştırılması	43
Tablo 12. Çalışmada Kullanılan Ölçek Puanlarının Korelasyonları	46

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1.

47



KISALTMA LİSTESİ

BB: Bipolar Bozukluk

ÇÇT: Çocukluk Çağı Travmaları

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

EKT: Elektrokonvulsif Terapi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

BDT: Bilişsel-Davranışçı Terapi

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

BBİÖ: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği

KSYÖ: Koruyucu Sağaltıma Yanıt Ölçeği

YMRS: Young Mania Rating Scale

BDFQ: Bipolar Disorder Functioning Questionnaire

PTRS: Protective Treatment Response Scale

CTQ: Childhood Trauma Questionnaire

EKLER

EK 1: Bipolar Bozukluk Hastaları İçin Sosyodemografik Bilgi Formu

EK 2: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

EK 3: Hamilton Depresyon Ölçeği

EK 4: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği

EK 5: Koruyucu Sağaltımı Değerlendirme Ölçeği

EK 6: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

EK 7: Etik Kurul Kararı

1. GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BB) belirli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ve hipomanik duygudurum dönemlerinin olduğu; dönemler arasında kişinin sağlıklı duruma dönebildiği; düzenli takip ve tedavinin gerektiği; yaşam boyu süren bir hastalıktır. BB farklı klinik görünümelerde ortaya çıkabilir. Bu farklılıkların nedeni; patofizyolojik, biyolojik ve klinik bulguların geniş bir yelpazede yer almasıdır. Bipolar I bozukluk tanısı koyabilmek için en az bir mani döneminin olması gerekir, mani döneminden önce veya sonra depresif/hipomanik dönemler olabilir. Bipolar II bozukluk tanısı için geçmişte veya o anda hipomani ve major depresif dönem gerekir. Siklotimik bozukluk en az iki yıl süre ile hipomani tanı ölçütlerini karşılamayacak kadar hipomanik belirtiler ve major depresif dönem tanı ölçütlerini karşılamayacak kadar depresif belirtilerle giden çok sayıda hastalık dönemiyle seyreder. Epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarına göre bipolar I bozukluk yaşam boyu görülme sıklığı %0-2,4; bipolar II bozukluk yaşam boyu görülme sıklığı %0,3-4,8; siklotimi yaşam boyu görülme sıklığı %0,5-6,3; hipomani yaşam boyu görülme sıklığı %2,6-7,8 olarak saptanmıştır (Bowden et al., 2002). BB genç yaşların hastalığıdır ve sıklıkla 17-21 yaş aralığında başlar. Erken başlangıçlı hastaların birinci derece akrabalarında BB görülme sıklığı daha fazladır ve hastalık prognozu genelde daha kötüdür. Erken başlangıç psikotik özellikli duygudurum dönemlerinin sıklığında artış, intihar girişimlerinde artış, tedavisiz geçen sürenin uzun olması, hızlı döngülülük ve psikiyatrik ek tanıların bulunması da artışla ilişkilendirilmiştir. Yapılan araştırmalarda ilk duygudurum dönemi ile BB tanısı konulması arasında yıllar olduğu ve yine benzer şekilde hastalık başlangıç yaşı ile tedavi başlangıç yaşı arasında en az 6 yıl olduğu saptanmıştır. Bipolar bozuklukta ilk duygudurum dönemi genellikle (kadınlarda %75, erkeklerde %67) depresif dönem olmakla beraber, mani veya karma özellikli de olabilmektedir. Depresyon tanısı alan olguların % 5-10'unda 6-10 yıl içinde mani dönemi görülmektedir (Martinez-Aran et al., 2007).

Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT), kişinin 18 yaşından önce karşılaştığı, ani ve beklenmeyen bir şekilde ortaya çıkan, bireyin bedensel ve ruhsal bütünlüğünü tehdit eden olayları içerir. ÇÇT tanımı içine fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal ile ebeveyn kaybı veya ebeveyninden ayrı kalma, boşanma, şiddete tanıklık etme, doğal

afetler dahildir (URL-1, 2017). ÇÇT'nin duygudurum bozukluklarının patogenezi, klinik seyri ve tedavi yanıtında en etkili olan çevresel faktörlerden birisi olduğu gösterilmiştir. Duygudurum bozukluğu tanısı ile takipli hastaların çocuklukta negatif yaşam olayları sıklığının, sağlıklı örneklerden daha yüksek olduğu birçok defa gösterilmiştir. Maruz kalınan travma sayısı ve travma çeşidindeki artış hastalığın kötü seyri ile ilişkilidir (Etain & Aas, 2020).

BB'da çocukluk çağındaki fiziksel istismar; erken başlangıç, tanı konmasında ve tedavi başlanmasında gecikme, hızlı döngülülük, psikotik belirtiler, artmış intihar riski, ciddi mani dönemi ve yatarak tedavi görme oranlarında artış ile ilişkili bulunmuştur (Agnew-Blais & Danese, 2016). Fiziksel istismar ayrıca travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişimi ve psikoaktif madde kötüye kullanımında artmış riskle ilişkilendirilmiştir. BB'da cinsel istismar ise, erken başlangıç, hızlı döngülülük, tedavi başlanmasında gecikme, psikotik belirtiler, artmış intihar riski ve TSSB gelişimi, madde kötüye kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. BB'da duygusal istismar erken başlangıç, hızlı döngülülük, daha fazla depresif dönem, artmış intihar riski, madde kötüye kullanımı ile ilişkili bulunmuştur (Larsson et al., 2013; Leverich et al., 2002). Yakın tarihli çalışmalar ÇÇT'nin duygudurum bozuklukları dahil olmak üzere psikiyatrik bozukluklarda tedaviye kötü yanıt ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Uzun dönem antikonvülzan tedaviye yanıtı kötü olan hastalarda duygusal ve fiziksel ÇÇT öyküsü daha sıktır. Lityum tedavisine kötü yanıt ile de karma dönemler, madde kötüye kullanımı, fiziksel ÇÇT öyküsü ilişkili bulunmuştur (Çakır et al., 2015; Etain et al., 2017).

Travmatik yaşantıların bipolar bozuklukla ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar, belirtiler üzerinde anlamlı, uzun süreli etkileri olduğunu göstermektedir. Bugüne kadar BB tanılı olgularda çocukluk çağı travmatik yaşantıları araştırılmış ancak, işlevsellik ve tedavi üzerine etkisi incelenmemiştir. Çalışmamızın, ÇÇT'SI olan BB tanılı hastalarda işlevselliğin iyileştirilmesinde yeni veriler sunması beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Bipolar Bozukluk

2.1.1 Tanımı

BB, tekrarlayıcı ve kronik özellik gösteren; sirkadiyen ritimde düzensizlik, duygudurum dalgalanmaları, bilişsel bozukluklar, tıbbi hastalık yükünde artış ile seyreden bir hastalıktır. Hastalığın klinik seyri genellikle değişkendir ve öngörülemez. Bu değişkenliğin nedeni patofizyolojik, genetik, çevresel özelliklerin ve klinik bulguların geniş bir spektrumda yer almasıdır (Karamustafalıoğlu, 2018).

2.1.2 Bipolar Bozukluğun Tanısı ve Seyri

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; DSM V) tanı ölçütlerine göre; bipolar I bozukluk en az bir mani dönemi için belirlenen tanı kriterlerinin karşılanmış olduğu; bu dönem öncesi veya sonrasında hipomani veya major depresyon döneminin görülebileceği bir hastalıktır. Bipolar II bozukluk, o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan hipomani ve major depresyon dönemi için tanı kriterlerinin karşılanmış olduğu bir hastalıktır. Ataklar arası dönemde işlevsellik normale dönebilir ancak genelde uzun dönemde psikolojik yıkım ve yeti yitimi gözlenir (American Psychiatric Association, 2013).

2.1.3 Klinik Gidişle İlgili Kavramlar

BB, genç yaşların hastalığıdır. Sıklıkla 17-21 yaş aralığında başladığı gözlenmiştir. Hastalığın başlangıç yaşı ile cinsiyet ve BB tipi açısından fark saptanmamıştır. Hastalığın başlangıcı ile tedavi başlanması arasında geçen süre 6-10 yıl kadar sürebilmektedir (Rowland,&Marwaha., 2018).

BB'da iki temel belirti depresyon ve manidir. Depresif dönemlerin temel belirtileri

çökkün duygudurum ve anhedonidir. Bipolar depresyonda atipik depresyon özellikleri (hipersomni, hiperfaji/kilo alımı, psikomotor yavaşlama, kurşun paralizi gibi), enerji azlığı daha sık görülür; anksiyete belirtileri daha az eşlik eder. Bipolar depresyon dönemleri genelde aniden ortaya çıkar, psikotik bulgular olabilir, duygudurumda instabilite gözlenir (Vahip, 2004).

Mani dönemlerinin temel belirtisi yükselmiş, ekspansif veya irritabl duygudurumdur. Mani döneminde ayrıca amaca yönelik aktivite/enerji artışı, özgüvende artış/grandiyözite, uyku ihtiyacında azalma, konuşmada artış/baskılı konuşma, düşünce hızında artış, dikkat çelinebilirliğinde artış, olumsuz sonuçlar oluşturabilecek aktivitelerle aşırı uğraş gözlenebilir (American Psychiatric Association, 2013).

Mevsimsel özellik, en az bir hastalık döneminin düzenli mevsimsel patern göstermesiyle karakterizedir. Özellikle depresyon kış mevsimiyle, mani ilkbahar-yaz mevsimiyle ilişkilendirilmiştir (American Psychiatric Association, 2013).

Hızlı döngülülük; 12 aylık süre içerisinde en az dört duygudurum dönemi mevcut olması durumunda hızlı döngülü BB tanısı konur (American Psychiatric Association, 2013).

İntihar, BB'da intihar girişimi sıklığı genel topluma göre artmıştır. İntiharı öngördürücü özellikler; çaresizlik hissi, öfke nöbetleri, huzursuzluk, alkol-madde kullanımı, sosyallikte azalma, uyku bozukluklarıdır. Hastanın özgeçmişinde veya soygeçmişinde intihar öyküsünün bulunması risk faktörüdür. İntiharı önlemede etkili yöntem duygudurum dengeleyici tedavi düzenlenmesidir (Dome et al., 2019).

2.1.4 Bipolar Bozukluğun Tedavisi

BB tekrarlayıcı ve kronik seyirli, psikolojik yıkım ve yeti yitimine yol açan bir hastalık olduğu için erken tanısı ve etkin tedavisi çok önemlidir. Tedavinin ana ilkeleri akut duygudurum dönemlerin tedavisi, yinelemelerin önlenmesi ve hastanın işlevselliğini arttırmaktır. Her duygudurum döneminin bir sonraki dönem için yordayıcı olması ve her dönemle birlikte işlevsellikteki bozulmanın artması

nedeniyle tekrarlamaların önlenmesi önemlidir. Hastalığın klinik gidişi farklılık gösterdiği için her hastada kişiye özel tedavi planı oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.

BB'da tedavi akut dönem tedavisi ve koruyucu tedavi olarak ikiye ayrılabilir. Akut dönem tedavisi hastanın içinde bulunduğu duygudurum döneminin tedavisini içerir. Koruyucu tedavi depresme ve yinelemelerin önlenmesini, remisyonun sürdürülmesini amaçlar. Hastanın tedavi uyumunu artırmak için tedavi planı yaparken; geçirilen duygudurum dönemi özellikleri, önceden kullanılan tedavilere yanıt ve uyum, ek fiziksel hastalıklar, remisyon dönemlerinin özellikleri ve kalıntı belirtiler değerlendirilmelidir. Farmakoterapiye ek olarak yapılandırılmış psikoterapiler, hasta ve yakınlarına hastalığın doğası ile ilgili psikoegitim verilmesi, psikososyal müdahaleler önerilmektedir (Ozturk, 2016).

Akut mani tedavisinde; mani belirtilerin tamamen düzelmesi, hastalık öncesi işlevselliğin sağlanması amaçtır. Tedaviye uyum genelde bozuktur, çünkü hastalar, hasta oldukları konusunda içgörüyü sahip değildirler. Duygudurum dengeleyici ilaçlardan lityum, valproik asit ve karbamazepin tercih edilir. Lityum özellikle tipik ve hafif şiddetteki mani dönemlerinde tercih edilirken; valproik asit ve karbamazepin ağır, karma belirtili ve psikotik özellikli mani dönemlerinde tercih edilir. Duygudurum dengeleyici ilaçların antimanik etkinliği 5-12 gün içerisinde ortaya çıktığı için belirtileri şiddetli olgularda duygudurum dengeleyici ilaçlara ek olarak tipik ve atipik antipsikotik ilaçlar da kullanılabilir. Ajitasyon, uykusuzluk, saldırganlık durumunda ihtiyaç halinde benzodiazepinler de tedaviye eklenebilir (Ozturk, 2016; Rapoport et al., 2009).

Akut bipolar depresyon tedavisinde; depresif belirtilerin tamamen düzelmesi, hastalık öncesi işlevselliğin sağlanması amaçtır. Antidepresan ilaçlar manik-hipomanik kaymaya yol açabilecekleri için tek başlarına kullanılmazlar. Duygudurum dengeleyici ilaçlar, atipik antipsikotikler tercih edilir. Farmakolojik tedaviye yanıt alınamayan, intihar riski yüksek olan vakalarda elektrokonvulsif terapi (EKT) tercih edilebilir. Antidepresan ilaç kullanımı gerekiyorsa duygudurum düzenleyici etkisi olan ilaçlarda birlikte kullanılabilir (Shen, 2018).

Bipolar mani koruyucu tedavide; remisyon döneminde hangi olgulara koruyucu

tedavi başlanacağına dair farklı görüşler olmakla birlikte, pek çok tedavi kılavuzu ilk mani dönemi sonrası koruyucu tedavinin başlanmasını önermektedir (American Psychiatric Association, 2002; G. Goodwin, 2009; Malhi et al., 2009; L. Yatham et al., 2013). Koruyucu tedavide duygudurum dengeleyici ilaçlar, atipik antipsikotikler tercih edilir. Hastanın koruyucu tedaviye uyumunu sağlayabilmek için mümkünse monoterapi uygulanmalı ve istenmeyen yan etkilerin az olduğu, ek tıbbi durumları etkileme ihtimalinin az olduğu düşünülen ilaç/ilaçlar seçilmelidir (Gitlin & Frye, 2012).

Bipolar depresyon koruyucu tedavide, lityum, lamotrijin, valproat, atipik antipsikotik ilaçlar tercih edilir. Lamotrijin antimanik özelliğe kıyasla daha belirgin profilaktik antidepresan özelliğe sahip bir ilaçtır ve bu nedenle sadece bipolar depresyonun koruyucu tedavisinde kullanımına onay verilmiştir (Chang & Ha, 2011).

2.1.5 Tedaviye Uyum

Tedavi uyumu, hastanın sağlığı için hekimi tarafından yapılan önerileri kabul etmesidir. Bu kapsamda ilaçlarını önerilen saatte ve dozda kullanma, düzenli kontrollere başvurma, davranışsal önerileri uygulama tedavi uyumu tanımı içinde yer alır (Lingam & Scott, 2002). Tedavi uyumunu bozan faktörler dört başlık altında incelenebilir; hasta ile ilişkili faktörler, ilaca bağlı faktörler, çevresel faktörler, hekim ile ilişkili faktörler (Demirkol & Tamam, 2016).

BB'da duygudurum dönemlerinin şiddetini ve sayısını azaltmak, morbidite ve mortaliteyi azaltmak, işlevselliği düzeltmek için tedavi gerekmektedir. BB tedavisinde farmakoterapi ve psikoterapi birlikte kullanımı önerilmekte olup, etkin bir tedavi uygulanması durumunda hastaların %75-80'inde günlük yaşantılarını sürdürebilecek işlevsellik düzeyi sağlanabilmektedir. Tedavi etkinliği ise doğrudan tedavi uyumu ile ilişkilidir (El et al., 2009).

Yapılan çalışmalarda koruyucu tedaviye uyumsuzluk oranları %20-60 aralığında saptanmıştır (Bech et al., 1976; Chakrabarti, 2016; Connelly et al., 1982; Lingam & Scott, 2002). BB'da ilaç tedavisine uyumsuzlukla ilişkilendirilen risk faktörleri;

lityum tedavisinin ilk yılı, geçmişteki tedavi uyumsuzluğu öyküsü, erkek cinsiyet, genç yaş, grandiyözite, yükselmiş duygudurum olarak saptanmıştır. İlaç ve alkol-madde kötüye kullanımı olan hastaların tedavi uyumsuzluğu açısından daha yüksek risk taşıdığı gösterilmiştir. Yine yapılan çalışmalarda monoterapinin polifarmasiye oranla ilaç uyumunu artırdığı gösterilmiştir (Bates et al., 2010; Jawad et al., 2018; Lingam & Scott, 2002).

BB tanılı hastalarda tedavi uyumsuzluğu, işlevselliğin bozulmasına, yaşam kalitesinin düşmesine, tekrarlayan hastane yatışlarına, bakım masrafları ve mortalitenin artmasına, intihar riskinin artmasına yol açmaktadır (Demirkol & Tamam, 2016).

2.1.6 Koruyucu Sağaltımın Önemi

BB tekrarlayıcı ve kronik seyirli, psikolojik yıkım ve yeti yitimine yol açan bir hastalıktır. Hastalığın işlevselliği bozucu, yeti yitimine yol açan etkileri her duygudurum dönemiyle daha da belirginleşir. Duygudurum dönemlerinin tekrarlama ve psikososyal etkileri, intihar riski, yaşam kalitesindeki düşme, komorbid durumlar nedeniyle koruyucu tedavi mutlaka uygulanmalıdır.

Koruyucu tedavinin önemi son 50 yıl içerisinde yapılan çalışmalarla anlaşılmıştır. Önceki yıllarda yürütülen bir çalışmada taburculuk sonrasında koruyucu tedavi almayan BB tanılı hastalar 18 yıl süreyle takip edilmiş, hastaların %95'inde duygudurum dönemlerinin tekrarladığı ve ortalama 4 duygudurum dönemi yaşadıkları belirlenmiştir (Angst, 1996).

2.1.7 Koruyucu Sağaltım Uygulama Ölçütleri

Genellikle hastalığın ilk dönemi ve tanı konması arasında geçen süre uzun (6-10 yıl) olduğu ve bu süreçte fark edilmeyen duygudurum dönemleri yaşadıkları için hastaların çoğu koruma tedavisine ihtiyaç duyarlar. Duygudurum dönemi sonrasında koruyucu tedaviyi kimlerin alacağına dair farklı görüşler mevcuttur. Bu görüşler

Tablo 1’de gösterilmiştir (Aydemir et al., 2010; Bowden et al., 2002; G. M. Goodwin, 2003; National Institute for Health and Care Excellence, 2020; L. N. Yatham et al., 2006).

Tablo 1. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedaviye Alma Ölçütleri

APA	• İlk mani dönemi sonrası
NICE	• Ciddi sonuçları olan ilk mani dönemi sonrası • BB-I; İki ya da daha fazla duygudurumu dönemi • BB-II; Sık atak geçiren, yüksek intihar riski
CANMAT	• İlk mani dönemi sonrası
BAP	• İlk mani dönemi sonrası
TPD	• Şiddetli ve psikotik özellikli dönem sonrası • Hastanın yineleme durumunda onarılamaz kayıplara sebep olabilecek kritik yaşam döneminde olması • Duygudurum dönem sırasındaki belirtilerin ağır sonuçlar yaratabilecek potansiyelde olması • Aile öyküsünün varlığı • Duygudurum dönem sonrası yaşam kalitesi bozulmuş veya hastalık öncesi işlevselliğe geri dönememiş olması • Hastanın koruyucu tedavi talep ediyor olması

(APA: Amerikan Psikiyatri Birliği; NICE: Britanya Ulusal Sağlık ve Bakımda Klinik Mükemmellik Enstitüsü; CANMAT: Kanada Duygudurum ve Anksiyete Tedavileri Ağı; BAP: Britanya Psikofarmakoloji Birliği, TPD: Türk Psikiyatri Derneği)

Koruyucu tedavi planlanırken hastanın geçmiş hastalık öyküsü ve hastalığa ait klinik özellikler, kullandığı ilaçlar ve ilaçlara verdiği yanıtlar, ilaçlara bağlı gelişen yan etkiler, eşlik eden bedensel hastalıklar ve bunların tedavisinde kullanılan ilaçlar, ailedeki psikiyatrik hastalık öyküsü ve tedavi yanıtları detaylı bir şekilde

öğrenilmelidir. Edinilen bilgiler ve hasta ile ailesinin işbirliğine yatkınlığı göz önüne alınarak kişiye özel bir tedavi protokolü hazırlanmalıdır. Akut dönem tedavisinde kullanılan ek ilaçlar kesilerek koruyucu tedavide duygudurum dengeleyici ile devam edilmesi, tedavi uyumunun artırılması için polifarmasi yerine monoterapi tercih edilmesi önerilmektedir. Ancak klinik uygulamada bu durum genelde mümkün olmamaktadır. Koruyucu tedavi ömür boyu uygulanacak gibi planlanmalıdır ve hastanın çok kararlı tedaviyi durdurma isteği veya gerekçesi olmadığı sürece bu şekilde devam edilmelidir.

Hastalar ilk atak sonrası hastalığı kabullenmekte zorluk çektikleri için hastalığın doğası ile ilgili hastaya ve yakınlarına psikoeğitim verilmesi önemlidir. Psikoeğitim sayesinde duygudurum dönemlerinin öncü belirtilerinin tanınması ve önlem alınması mümkün olur, ayrıca hastanın tedaviye olan uyumunda da artış sağlanır (Gaudiano et al., 2008; Vieta, 2005).

2.1.8 Koruyucu Sağaltıma Yanıtın Değerlendirilmesi

Koruyucu sağaltımın hedefi hastanın ilacı kullandığı dönemde hiçbir belirti veya duygudurum dönemi yaşamamasıdır. Ancak şu an koruyucu sağaltımda kullanılan ilaçların hiçbiri bu düzeyde bir iyileşme sağlamamaktadır. Klinik uygulamada etkin tedavi sonucu sıklıkla duygudurum döneminin şiddetinde azalma ve süresinde kısalma gözlenmektedir.

BB'da koruyucu sağaltıma yanıtın değerlendirilmesi hastalığın doğası gibi karmaşık bir süreçtir. BB'da tam düzelme/iyileşme kavramı henüz tanımlanamamıştır. BB; mani, depresyon, hipomani, karma belirtiler ve genel bir yeti yitimi ile karakterizedir. İyileşme kavramının gerçekleşmesi için tüm bu klinik belirtilerin düzelmesi gerekmektedir. Dolayısıyla iyileşme kavramı tüm bu durumların sistematik bir biçimde değerlendirilmesiyle saptanabilir (Nierenberg et al., 2006).

2.1.9 Sağaltıma Yanıtı Değerlendirilmenin Önemi

Psikiyatride farmakoterapinin etkinliğinin araştırılmasında randomize kontrollü çalışmaların sıklıkla yapılmaya başlanması, hastalara tanı koyma, klinik izlem, tedavi yanıtı incelenmesi aşamalarında sabit ve tutarlı yöntemler kullanılmasını gerektirmiştir. Sonuçta hastaları kendilerinin ve hekimlerinin değerlendirdiği ölçekler kullanılmaya başlanmıştır. Ölçekler klinik çalışmalarda yaygın olarak kullanılmasına rağmen, klinik uygulamada tanı koyma ve hastalık sürecine dair değerlendirme sıklıkla hekimin hastadan aldığı öykü ve klinik izlemi ile olmaktadır.

Hastayı değerlendirirken sadece ölçeklere bağlı kalmak hastayı görmezden gelmek, ölçek uygulamamak da hastayı hem eksik verilerle hem de nesnel olarak değerlendirmek anlamına gelir. Ölçekleri kullanmak standardizasyonu sağlamada, uzun süreli gidişi değerlendirmede; kayıt tutmada ve ilerleyen dönemlerde kayıtları kullanmada; hastayla, hasta yakınlarıyla iletişimde; hafızaya bağımlılığı azaltmada; tekrarlayan durumlarda hasta ile hekimin ortak karar almasında kolaylık sağlar. Ancak ölçek kullanımının da görüşmedeki uyumu bozma ihtimali ve ek süre ihtiyacı, öz bildirim dayalı ölçeklerde öznel değerlendirme sonucu yanıltıcı olma ihtimali gibi sakıncaları söz konusudur (Williams & Manning, 2008).

2.1.10 Sağaltıma Yanıtı Değerlendirmedeki Güçlükler

Koruyucu sağaltımı değerlendirirken sadece duygudurum dönemlerini önlemedeki etkinliği yeterli olmamaktadır. Bazı belirtiler hastadaki duygudurum dönemi geçtikten sonra bile sürebilir ve bu belirtiler hastanın işlevselliğini, sosyal yaşantısını etkileyebilir (Fagiolini et al., 2005; Martinez-Aran et al., 2007).

Literatürde koruyucu sağaltımın etkinliği farklı yöntemlerle incelenmiştir. Koruyucu sağaltıma yanıtı ölçen ve farklı yöntemler kullanan çalışmaların her birinin kendine özgü kısıtlılıkları mevcuttur. Çalışmalarda yanıtın değerlendirilmesini zorlaştıran ve sonucunun genellenmesini kısıtlayıcı özellikler; çalışmaya dahil edilen hasta gruplarının belirli özelliklerine (örneğin, sadece yatarak tedavi gören hastalar) göre

daraltılması, ilaç uyumsuzluğunun etkisinin saptanamaması, çalışmalarda tanınal ölçeklerin ve yapılandırılmış görüşmelerin kullanılmamasıdır (Bowden et al., 2019; Ghaemi et al., 1999; Suppes et al., 2009).

Koruyucu sağaltımda kullanılan ilacın etkinliğini tam olarak belirleyebilecek ölçekler bulunmamaktadır. Sağaltımın etkinliğini belirlemedeki güçlüklerden birisi de koruyucu sağaltım yokluğunda hastalığın gidişatının bilinmemesidir. Toplam duygudurum dönemi sayısı az olan, duygudurum dönemleri arası süresi uzun olan, düzensiz duygudurum dönemleri yaşayan ve duygudurum dönemleri psikososyal stresörlerle tetiklenen hastalarda koruyucu sağaltım uygulanmadığında hastalığın gidişatı belirsizdir (Zeng et al., 2010).

Günümüzde koruyucu sağaltıma yanıtı standardize edilmiş bir biçimde ölçen ölçeklerden biri Grof ve arkadaşları tarafından geliştirilen Koruyucu Sağaltıma Yanıt Ölçeği'dir. Bu ölçek koruyucu tedavinin hastalık seyri üzerindeki iyileştirici etkisini (A ölçütü) klinik faktörleri (B ölçütleri) de hesaba katarak değerlendiren bir ölçektir. A ölçütü koruyucu tedavi sırasında geçirilen duygudurum dönemi sıklığını, 5 maddeden oluşan B ölçütü ise koruyucu tedavi öncesi duygudurum dönemi sayısını (B1), duygudurum dönemi sıklığını (B2), koruyucu tedavi süresi (B3), koruyucu tedaviye uyum (B4), ve ek tedavi kullanımı ve düzelmenin ek tedaviyle ilişkisini değerlendirir. B ölçütünün toplam puanı her maddeden alınan puanları toplamıyla saptanır. Ölçeğin toplam puanı B ölçütünden alınan puanın A ölçütünden alınan puandan çıkarılmasıyla saptanır. Toplam puan maksimum 10, minimum 0 olabilir. A ölçütünün 5'ten fazla olması sağaltıma %50 yanıt verme olarak kabul edilirken toplam puanın 7 ve üstü olması tam yanıt kabul edilmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği son derece yüksek bulunmuştur (Grof et al., 2002).

2.1.11 İşlevsellik ve Bipolar Bozukluk

İşlevsellik, mesleğinin gereklerini yerine getirebilme, ders çalışabilme, kendi ihtiyaçlarını giderebilme, sosyal ilişkiler geliştirebilme gibi farklı özellikleri kapsayan geniş bir tanımdır (Ustün & Kennedy, 2009). İşlevsellik kaybı Amerikan Tıp Birliği tarafından "Bireyin kişisel, sosyal veya mesleki gereksinimleri karşılama

kapasitesindeki azalma” olarak tanımlanmıştır (Streeton, 1994). BB tekrarlayıcı depresyon, mani, hipomani dönemleri ile seyreden ve hasta ile ailesinin yaşamını ciddi düzeyde etkileyebilen bir hastalıktır. Bipolar bozukluğun erkek ve kadınlarda sırasıyla yedinci ve sekizinci en sık işlevsellikte bozulma nedeni olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmalara göre BB tanılı hastaların %30-60’ı farklı düzeylerde işlevsellikte bozulma yaşamaktadır. Bipolar bozuklukta işlevsellik kaybı şizofreni harici diğer psikiyatrik bozukluklardan daha fazladır (B. L. Henry et al., 2013).

Bipolar bozuklukta işlevselliği değerlendirmede kullanılabilecek ölçekler:

- **Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği**
- **Yaşam Kalitesi Ölçeği**
- **Global Değerlendirme Skalası**
- **Kısa Form 36**
- **Özgül İşlevsellik Düzeyi Ölçeği**
- **Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği**
- **Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği**

Bipolar bozukluğun belirtileri kişinin çalışma yetisini olumsuz etkileyebilir. Bipolar bozuklukta 12 aylık sürede işe gidilmeyen gün sayısı diğer psikiyatrik bozukluklardan yüksek saptanmıştır. Elinson ve arkadaşları tarafından öz bildirime dayalı değerlendirme yapılan 1855 olgunun incelendiği örnekleme, çalışan bipolar bozukluk tanılı olguların çalışmayanlara kıyasla daha kısa bir hastalık süresine sahip olduğunu saptamıştır. Mevcut çalışma durumu bilişsel işlevsellik, belirti şiddeti, hastaneye yatış öyküsü, duygudurum dönemleri arasındaki iyileşme, psikotik belirtilere ait içgörü, ilaç nedenli gelişen işlevsellik kaybı, ailede şizofreni öyküsü, yaşam boyu madde bağımlılığı ve yaşam boyu tekrarlayıcı yasadışı ilaç kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca BB tanılı hastalarda aktif sigara kullanımı ile kötü klinik gidiş ve yaşam boyu sigara kullanımı ile de daha kötü global işlevsellik ilişkilendirilmiştir (Elinson et al., 2007). Bununla birlikte depresyon, mani, karma dönemlerin veya hızlı döngülü belirtilerin çalışma yetisi üzerindeki etkisinin hastalık seyri değişkenleri ile birlikte analiz edilmesi gerekmektedir.

Bipolar bozukluğun klinik özellikleri (özellikle depresif belirtiler) sosyal hayatı ve aile hayatını etkileyebilir. Toplumda BB tanısı olan kişiler arasında depresif belirtiler, mani belirtilerden daha fazla aile ve sosyal işlevsellikte bozulmaya neden olur (Calabrese et al., 2004). BB tanılı hastalar üzerinde yapılan 20 yıl süreli doğal gözlem ileriye dönük çalışma sonucunda depresyon, mani, hipomani belirtilerin psikososyal işlevsellikte eşit derecede kayba neden olduğu saptanmıştır (Judd et al., 2005). Yine aynı çalışmada eşik altı mani ve hipomani belirtilerin değil, eşik altı depresif belirtilerin psikososyal işlevsellikte önemli düzeyde azalma ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Eşik altı depresif belirtilerin sosyal ve ailevi işlevler üzerindeki etkisi Altshuler ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışma ile gösterilmiştir. Tekrarlayan değerlendirmelerde, hem depresif hem de mani ve hipomani belirtilerinin psikososyal işlevsellik üzerindeki olumsuz etkileri kanıtlanmıştır; ancak mani ve hipomani belirtileri etkileri depresif belirtileri ile kıyaslandığında zayıf kalmaktadır (Altshuler et al., 2006).

Bipolar bozukluklu hastaların sosyodemografik özellikleri iş, sosyal yaşam ve aile yaşantısındaki bozukluklarla da ilişkilidir. İşlevsellikteki bozulma erkeklerde kadınlara kıyasla, ilköğretim düzeyinde eğitim alanlarda daha yüksek düzeylere kıyasla daha fazladır. Bipolar bozukluğun eğitim hayatının daha erken sona ermesi ile önemli düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçları işlevselliklerini koruyan BB tanılı hastaların yaş ortalamasının genç olup/ olmadığı konusunda görüş birliğine varamamıştır. İki adet çalışma bipolar bozukluklu hastalarda iş sahibi olma ile eğitim düzeyi arasında bir ilişki saptamasa da, başka bir çalışma hâlihazırda iş sahibi olan BB tanılı hastaların iş sahibi olmayanlara kıyasla daha yüksek bir eğitim düzeyine sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca başka bir çalışma anne eğitim düzeyi ile hâlihazırda iş sahibi olma arasında ilişki saptamıştır. Sosyoekonomik düzeyin yüksek olması mani veya karma dönem nedeniyle hastaneye yatış ardından daha hızlı ve daha yüksek oranda iyileşme ile ilişkili bulunmuştur (Elinson et al., 2007; Morgan et al., 2005; Simon et al., 2007).

Klinik uygulamada işlevsellikle ilgili klinik ve sosyodemografik değişkenlerin değerlendirilmesi daha etkin terapötik veya koruyucu müdahalelerin uygulanmasını sağlayabilir.

2.2 Çocukluk Çağı Travmaları

2.2.1 Tanım ve Tarihçesi

ÇÇT kişinin 18 yaşından önce karşılaştığı fiziksel, cinsel ve duygusal ihmal ve istismarını; ayrıca ebeveyninden ayrı kalma, ebeveyn kaybı gibi durumları kapsayan, kişinin gelişimini etkileyen olaylardır (Wang et al., 2018). Genelde ani ortaya çıkarlar, bireyin bedensel veya ruhsal bütünlüğünü tehdit ederler. Çocuğun ihmal veya istismarı; bakım vereni tarafından çocuğa yöneltilen, uygun olmayan ve zarar verebilecek nitelikte olan, çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranış veya davranışta bulunmama durumu ve bunların sonucu olarak çocuğun fiziksel, cinsel veya sosyal açıdan zarar görmesidir. İhmal ile istismarın arasındaki fark, ihmal pasif, istismar ise aktif bir eylemdir. ÇÇT tekrar edilebilirliği, çoğunlukla çocuğun yakın çevresinden gelmesi ve çocuk üzerinde yaşam boyu kalıcı etki bırakması nedeniyle tanısı ve tedavisi zor ama bir o kadar da önemli olan bir travma türüdür (Celik & Hocaoglu, 2018).

DSÖ'ne göre çocuk istismarı, “Bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar” olarak tanımlanır (URL-1, 2017).

Çocuk istismarı tanımlanmasında kültürel özelliklerin, inanışların çeşitliliği nedeniyle zorluk yaşanmakla birlikte, çekirdek özellikler; tekrar edilebilirlik, kasıtlı olması ve çocuğun fiziksel, zihinsel, psikososyal gelişimi ve genel sağlığı üzerinde negatif etkileri olması olarak kabul edilebilir. ÇÇT için tanımlanan hazırlayıcı etkenler; düşük sosyoekonomik düzey, göç, geniş aile yapısı, düşük eğitim düzeyi, ebeveyn kaybı veya ebeveyninden ayrı kalma, ebeveyn-çocuk ilişkisinin zayıf olması, erken yaşta ebeveyn olma ve ebeveynde alkol-madde kötüye kullanım öyküsü bulunmasıdır (Pelendecioglu ve ark, 2009).

ÇÇT insanlık tarihi kadar eski olmakla birlikte, ruhsal travmalar hakkında 1940 öncesi döneme ait çok az bilgi mevcuttur. Eski çağlarda çocukların kötüye kullanıldığı, kurban edildiği, öldürüldüğü sık görülür. Bu durumun oluşmasında kültürün ve inançların önemi büyüktür. İslamiyet öncesi Arap toplumunda kız

çocuklarının diri diri toprağa gömülmesi bu duruma örnektir. Dünya savaşlarının çocuklar üzerindeki etkilerinin fark edilmesi ve bu dönemden sonra çocukları korumayı amaçlayan uluslararası kuruluşların faaliyet göstermeye başlaması bu alanda atılan en önemli adımlardır. Kempe 1962 yılında ‘hırpalanmış çocuk’ terimini kullanmış, sonra zaman içinde bu terim yerini çocuk istismarı terimine bırakmıştır. 1960’lı yıllarda cinsel travmaya maruz kalan çocukların saptanması üzerine bu konu üzerine çalışılmaya başlanmıştır. ÇÇT konusunda yaşanan en önemli gelişme ise 1989 yılında Birleşmiş Milletler’in kabul ettiği “Çocuk Hakları Sözleşmesi”dir (Nimkin, 2001; Worthington, 2006).

2.2.2 Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi

Çocuk istismarı ve ihmali hakkında kültüre ve topluma bağlı farklı uygulamaların olması, çoğunlukla çocuklara yakın kişiler tarafından yapılıyor olması, araştırmalarda farklı tanımlar ve yöntemler kullanılıyor olması nedeniyle karşılaştırılabilir veri elde etmek zordur. Çocuk istismarı ve ihmali yaygınlığı ile ilgili görüş birliği sağlanamamaktadır. Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Sistemi’nin 2018 raporunda 678000 çocuğun istismar veya ihmale maruz kaldığı bildirilmiştir. Mağdurların %84,5’inin tek tip ihmal veya istismara maruz kaldığı; %60,8’inin sadece ihmale, %10,7’sinin sadece fiziksel istismara maruz kaldığı, %7’sinin sadece cinsel istismara maruz kaldığı, %15,5’inin de birden çok ihmal veya istismara maruz kaldığı saptanmıştır. 2018 yılında ABD’de 1770 çocuğun ihmal veya istismar nedeniyle hayatını kaybettiği bildirilmiştir. Bu raporda çocuk istismar ve ihmali için 21 adet risk faktörü belirlenmiş olup en sık saptanan risk faktörü bakım verenin alkol-madde kullanımıdır. Bakım verende alkol-madde kullanımı istismar ve ihmale bağlı mortalitenin %25,2’sinde saptanmıştır (U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, 2020).

DSÖ’nün yaptığı çalışmalar neticesinde dünya genelinde her dört yetişkinden birinin çocukluğunda fiziksel istismara maruz kaldığını saptamıştır. Elde edilen verilere göre

dünya genelinde çocukların %23'ü fiziksel istismara, %36'sı duygusal istismara, %16'sı fiziksel ihmale, kız çocuklarının %18'i ve erkek çocuklarının %8'i cinsel istismara maruz kalmaktadır ve her yıl 15 yaşın altındaki 41000 çocuğun istismar ve ihmal nedeniyle hayatını kaybettiği rapor edilmektedir. Yanlış belgelenme gibi başka nedenlerle tespit edilemeyen mortaliteyle birlikte bu sayının daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. DSÖ'nün saptadığı risk faktörleri; bakım verenin çocukken istismar ve ihmale maruz kalması, bakım verende alkol-madde kötüye kullanımının olması, bakım verenin partner şiddeti gibi şiddetin farklı türlerine maruz kalması, işsizliğin ve şiddetin yüksek olduğu toplumlarda yaşamak, aileler için destek servislerinin olmadığı toplumlarda yaşamak, düşük sosyoekonomik düzeyi olan toplumlarda yaşamaktır (World Health Organization, 2017).

Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığına ait çalışmalar son yıllarda başlamıştır. Çalışmaların gözden geçirildiği bir araştırmada incelenen kesitteki fiziksel istismar oranı %15-75, cinsel istismar oranı %20 saptanmıştır. Poliklinik başvurusunda bulunan çocukların %52'sinde duygusal istismar, %36'sında fiziksel istismar saptanmıştır. En sık rastlanan duygusal istismar türleri bağırma, aşağılama, küfretme, korkutma, tehdit etme, alay etme ve küçük düşürmedir. En sık rastlanan fiziksel istismar türleri çimdikleme, biber sürme, saç ve kulak çekme ve tokat atmadır. Ülkemizde çocuklara bakım veren kişiler genelde anneler olduğu için istismar ve ihmali uygulayan kişilerin sıklıkla kadınlar olması beklenen bir durumdur. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun yaptığı çalışmaya göre Türkiye genelinde çocukların %45'inin istismara maruz kaldığı saptanmıştır (Koç et al., 2012; Oral et al., 2010; Pekdoğan, n.d.).

Literatürde ÇÇT ile ilgili çalışmalarda duygusal istismar ve ihmalin üzerinde en az durulan konular olduğu gözlenmekle birlikte en sık rastlanan istismar ve ihmal türü olabileceği düşünülmektedir. ÇÇT alt tipleri içinde en sık saptanan duygusal istismardır. Duygusal istismarı sırayla fiziksel istismar, ihmal ve cinsel istismar izler. Duygusal istismar diğer istismar türlerine sıklıkla eşlik etmektedir. Duygusal istismar ve ihmali saptamak zor olduğu için etkileri net olarak belirlenememektedir (Reddy et al., 2006; United Nations Children's Fund, 2012; Wright et al., 2009).

Türkiye'de 2011 yılında yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre DSM-IV tanı

ölçütlerine göre bir psikiyatrik bozukluk tanısı alan hastalarda; %65,7 oranında çocukluk çağında en az bir istismar türüne maruz kalındığı, %6,1 oranında duygusal, fiziksel ve cinsel istismar türlerinin tümüne maruz kalındığı saptanmıştır. Yine aynı çalışmada %81,6 oranında duygusal ihmale, %72,1 oranında fiziksel ihmale maruz kalındığı saptanmıştır (Örsel et al., 2011).

2.2.3 Sınıflama

2.2.3.1 Fiziksel İstismar

Fiziksel istismarla ilgili birçok tanım olmakla birlikte bu tanımların ortak özellikleri; çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkilemesi, kaza dışı olması, çocuğun vücudunda yaralanmaya neden olmasıdır. DSÖ tanımına göre fiziksel istismar; çocuğa yönelik bilerek yapılan fiziksel güç kullanımı sonucunda çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru bakımından zarar görmesidir. En sık rastlanan fiziksel istismar çocuğun dövülmesidir. Bunun dışında yakma, zehirlenme, boğma, ısırma vb de fiziksel istismar tanımı içine dahildir (Hancı, 2002; Topbas, 2004).

Fiziksel istismar genellikle otorite sağlama, cezalandırma ve öfke boşaltma amacıyla uygulanır. En sık görüldüğü dönemler bebeklik ve okul öncesi dönemdir. Bu durumun nedeni çocukların savunmasız ve problemi ifade edemeyecek olmalarıdır. Fiziksel istismar fark edilmesi en kolay ÇÇT olmasına rağmen kültürel özelliklere göre algılanmasında farklılık olabileceği için tespiti zorlaşmaktadır (Hancı İH, 2002).

Fiziksel istismar için riski artırdığı gösterilmiş olan durumlar; genç yaşta ebeveyn olma, ebeveynlerin çocukluğunda istismar öyküsü bulunması, ebeveynde alkol-madde kötüye kullanımı olması, düşük sosyoekonomik düzey, sosyal destek yokluğu, kırsal bölgelerde yaşamak, geniş aile veya parçalanmış aile yapısı ve ailede ruhsal veya fiziksel hastalık olmasıdır (Hancı, 2002).

Fiziksel istismar mağdurlarında sonraki dönemlerde sık gözlenen sorunlar; saldırgan ve suça yönelik davranışlar, sosyal işlevsellikte düşme, sorun çözme becerilerinin yetersizliği, bilişsel yetilerde bozulma ve akademik başarıda düşme, alkol-madde kötüye kullanımı, anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite

bozukluğu, intihar düşüncesi ve girişiminde artıştır. Fiziksel istismara uğrayan kişilerde, kendine zarar verme davranışında topluma kıyasla artmış oran saptanmıştır. Bu durumun yaşadığı yoğun sıkıntıyı kontrol etmek ve kendini cezalandırmak için olduğu belirtilmektedir (Kaplan et al., 1999; Lewis, 1992).

2.2.3.2 Cinsel İstismar

Cinsel istismar, cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun, erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanma, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılmasıdır. Cinsel istismar diğeri üzerinde belirgin bir güç veya kontrol üstünlüğünün olması halinde bir çocuk tarafından da gerçekleştirilebilir. Bu durumda çocuklar arasında 4 veya daha fazla yaş farkı, küçük çocuğun ikna ya da zorlama ile cinsel haz amacı güden aktivitelere maruz bırakılması mevcutsa cinsel istismar olarak değerlendirilir. İstismarcının çocuğun direkt olarak veya giysileri üzerinden vücuduna dokunması yeterlidir. Sözel olarak tacizde bulunmak, cinsel içerikli görsel içerik izlettirmek de cinsel istismar kapsamına dahildir. İstismar interfemoral ilişki, cinsel penetrasyon ve cinsel sömürü şeklinde olabilmektedir (Aktepe, 2009; Avcı, 2007; Çetin, 2008).

Cinsel istismara uğrama yaşı en sık 8-12 arası olmakla birlikte her yaşta cinsel istismar gerçekleşebilir. Yaş arttıkça maruz kalınan istismar çeşidi genelde artmaktadır. İstismarın sıklıkla aile içinde ve çocuğun kan bağı olan kişiler tarafından uygulanması tanımlanmasını zorlaştırmaktadır. Yapılan çalışmalarda sıklıkla çocuğun aynı kişi tarafından birden çok defa istismara maruz kaldığı gösterilmiştir. Çocuk terkedilme, cezalandırma korkuları nedeniyle genellikle yetişkinliğe kadar istismarı saklar (Akbaş, 2009; Glaser, 2002; Özen & Şener, 1997).

Kız çocuklarında cinsel istismara maruz kalma sıklığı erkek çocuklarından dört kat fazladır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada erkek çocuklarında anal sürtünme, kız çocuklarında dokunma-okşama ve öpmenin sık olduğu saptanmıştır. Kız çocuklarında yaş arttıkça vajinal penetrasyon şeklindeki istismarın sıklığının arttığı gösterilmiştir (Akbaş, 2009).

Cinsel istismar için riski artırdığı gösterilmiş olan durumlar; annenin eğitim düzeyinin düşük olması, çocuğun fiziksel veya engelinin bulunması, çocuğun ilgi gereksinimi olması, çocuğun erken yaşta cinsel olgunluğa erişmesidir (Zara, 2004).

Cinsel istismar mağdurlarında sonraki dönemlerde sık gözlenen sorunlar; travma sonrası stres bozukluğu, düşük benlik algısı, kişilerarası ilişkilerde bozulma, yalnızlık ve utanç hissi, depresyon, anksiyete bozuklukları, uyku bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları, intihar düşüncesi ve girişiminde artıştır. Sınır kişilik bozukluğuna sahip bireylerde çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalma oranı anlamlı düzeyde yüksektir (Zara, 2004).

2.2.3.3 Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuk ve gençlerin psikolojik olarak kötüye kullanılması, yapılan veya yapılması gerekli olup da ihmal edilen toplumsal ya da bilimsel standartlara göre psikolojik açıdan zarar verici davranışlar olarak Uluslararası Duygusal İstismar Toplantısında (1983) tanımlanmıştır. Bağırma, hakaret etme, değer vermeme, aşırı baskı kurma, lakap takma; çocuğu reddetme, aşağılama, korkutma, tehdit etme, küçük düşürme, gereken değeri vermeme, çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, çocuktan kapasitesinin üzerinde sorumluluklar bekleme, kardeş ayrımı yapma sık görülen duygusal istismar türleridir. En sık görülen duygusal istismar türü bağırmadır (Dağlı, 2016).

Duygusal istismarı diğer istismar türlerinden ayıran özellikleri; somut fiziksel bulguların olmayışı ve fiziksel-cinsel istismar uzantısı olarak duygusal istismar gelişebilmesidir. Fiziksel-cinsel istismarın belirtileri iyileştikten sonraki süreçte hatta bazı olgularda ömür boyu duygusal istismar etkileri gözlenebilir. Fiziksel istismar ve ihmal olgularının %90'ında duygusal istismar ve ihmal de saptanmıştır. Duygusal istismar genellikle çocuk üzerinde otorite sahibi olan, çevresindeki insanlar tarafından gerçekleştirilir. Diğer istismar türlerinden daha sık olmakla birlikte, saptanması daha zor ve potansiyel olarak daha zarar vericidir (Dedeler et al., 2016; Taner & Gökler, 2004).

Duygusal istismar için riski artırdığı gösterilmiş olan durumlar; düşük sosyoekonomik düzey, annenin düşük eğitim düzeyi, ebeveynlerin ÇÇT öyküsü olması, ebeveynlerin kendilik algısında bozulma bulunması, ebeveynde dürtüsellik olması, çocuğun zor mizaç özellikleri göstermesi ve çocukta öğrenme güçlüğü olmasıdır (Dağlı, 2016).

Duygusal istismar mağdurlarında sonraki dönemlerde sık gözlenen sorunlar; beden algısında bozulma, kendilik saygısında azalma, bağımlı kişilik özellikleri, depresyon, anksiyete bozuklukları, yeme davranışlarında değişikliklerdir (Dedeler et al., 2016).

2.2.3.4 İhmal

Çocukluk ihmali, çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin çocuğun sağlıklı gelişimi için gerekli olan korunma, beslenme, giyim, eğitim gibi ihtiyaçlarını yeterince karşılamaması ve çocuğu tehlikelere karşı korumaması olarak adlandırılabilir (Dereboy et al., 2018). İstismar ile ayrımında istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir süreç olması önemli bir özelliktir. Fiziksel, eğitimsel ve duygusal ihmal olarak üç ana başlıkta toplanabilir. Fiziksel ihmal; çocuğun yetersiz besleme, giydirme, temizlik ya da bakım verme sonucunda zarara uğratılmasıdır. Eğitimsel ihmal; çocuğun eğitimiyle ilgili ideal koşulların sağlanmaması sonucu zarara uğratılmasıdır. Duygusal ihmal; çocuğun psikolojik ihtiyaçlarına yanıt verilmemesi, çocuğun ihtiyacı olan sevgi, ilgi ve yakınlığın gösterilmemesi sonucu zarara uğratılmasıdır (Dereboy et al., 2018).

İhmal çocukluk çağında en sık bildirilen ruhsal travmadır. Çocuk istismarına bağlı ölümlerin yaklaşık yarısının nedeninin ihmal olduğu bildirilmiştir. Evlilik dışı doğan ve istenmeyen çocuğun ölüme terkedilmesi ihmalin ciddi sonuçlarının olabileceğine örnektir. Özellikle gelişme geriliği olan, psikososyal uyumda zorluk yaşayan, akademik hayatta ihtiyaçları karşılanmayan çocuklarda akla gelmelidir. İhmal edilmiş çocuklarda istismara uğramış çocuklara göre daha ağır bilişsel bozukluklar, akademik başarıda daha fazla düşme, daha fazla sosyal izolasyon saptanmıştır (Bifulco et al., 2002; Taner & Gökler, 2004).

İhmal özellikle bir yaş altında olduğunda geri dönüşsüz ve ciddi gelişimsel hasara yol açabilmektedir. İhmalin şiddeti ve süresi çocukta bırakacağı etkiyi belirler (Scannapieco & Connell-Corrick, 2014).

İhmal için riski artırdığı gösterilmiş olan durumlar; kalabalık aile yapısı, evde 0-3 yaş arası başka çocuklar olması, anne yaşının küçük ve annenin ebeveynlik bilgisinin az olması, sosyal destek yokluğu, ebeveynde alkol-madde kötüye kullanımı olması, ebeveynde depresyon gibi psikiyatrik hastalıkların bulunmasıdır (Mulder et al., 2018).

İhmal mağdurlarında sonraki dönemlerde sık gözlenen sorunlar; bağlanmada ve yakın ilişkileri yürütmede problemler, depresif belirtiler, davranış bozuklukları, alkol-madde kullanımında artış, düşük benlik saygısı, intihar düşüncesi ve girişiminde artış, kendine zarar verme davranışında artıştır (Dumaret & Tursz, 2011).

2.2.4 Çocukluk Çağı Travmaları Risk Faktörleri

Çocuğa bağlı, aileye bağlı, sosyal ve toplumsal risk faktörlerinin birlikteliği çocuk istismarı ve ihmalinin gelişimine etki eder. Bu faktörler ÇÇT için doğrudan neden değildir, ortaya çıkışını kolaylaştırıcı etkenlerdir. DSÖ risk faktörlerini çocuğa bağlı faktörler, aileye veya bakım verene bağlı faktörler, ilişkilere bağlı faktörler, sosyal ve toplumsal faktörler olarak dört grupta incelemiştir (URL-2, 2020).

2.2.4.1 Çocuğa Bağlı Faktörler

Çocuk istismarı veya ihmali söz konusu olduğunda çocuğun mağdur olduğunu unutmamak ve onu hiçbir zaman suçlamamak gerekir. Çocukta istismar veya ihmale maruz kalma olasılığını artırabilecek özellikler (URL-2, 2020):

- **Dört yaşın altında veya ergen olmak.**
- **İstenmeyen çocuk olmak veya ebeveynlerin beklentilerini karşılayamamak.**

- **Özel ihtiyaçları olması, sürekli ağlaması veya anormal fiziksel özellikleri olmasıdır.**

2.2.4.2 Aileye veya Bakım Verene Bağlı Faktörler

Ailede veya bakım verende bulunan ve çocuğun istismar veya ihmale maruz kalma olasılığını artıracabilecek faktörler (URL-2, 2020):

- **Yenidoğanla bağ kurmada zorluk yaşamak.**
- **Çocuk yetiştirmede yetersiz bilgiye sahip olmak.**
- **Çocuklukta istismar veya ihmale maruz kalmış olmak.**
- **Çocuk yetiştirmede farkındalık azlığı veya aşırı beklentiye sahip olmak.**
- **Gebelik dönemi dahil olmak üzere alkol-madde kötüye kullanımı öyküsü.**
- **Suçla ilişkili aktivitelerde bulunma öyküsü.**
- **Sosyoekonomik düzeyin düşük olması.**

2.2.4.3 İlişkilere Bağlı Faktörler

Aile, partnerler, arkadaşlar arası ilişki özelliklerinden çocuğun istismar veya ihmale maruz kalma olasılığını artıracabilecek faktörler (URL-2, 2020):

- **Aile bireylerinden birinde fiziksel, gelişimsel veya ruhsal sağlık problemi varlığı.**
- **Parçalanmış aile veya aile içi şiddet öyküsü varlığı.**
- **Toplumsal izolasyon veya sosyal destek azlığı.**
- **Geniş aile yapısından ötürü çocuğa gereken desteğin verilememesi.**

2.2.4.4 Sosyal ve Toplumsal Faktörler

Sosyal ve toplumsal özelliklerden çocuğun istismar veya ihmale maruz kalma olasılığını artıracı faktörler (URL-2, 2020):

- Sosyal eşitsizlik ve cinsel eşitsizlik varlığı.
- Aileleri ve kurumları destekleyici servislerde yetersizlik.
- İşsizlik ve fakirlik oranlarının yüksek olması.
- Alkol ve maddeye ulaşımın kolay olması.
- Çocuk istismar ve ihmalini, çocuk pornografisini, çocuklarda seks işçiliğini, çocuk işçiliği önleyecek yasal düzenlemelerin yetersiz olması.
- Başkasına yönelik şiddeti, cinsel eşitsizliği yüceltten, çocuk-ebeveyn ilişkisinde çocuğun rolünü azaltıcı sosyal ve kültürel özelliklerin varlığı.
- Yaşam standardını düşüren, sosyoekonomik dengesizliği artıran sosyal, ekonomik, sağlık ve eğitim politikalarının varlığı.

2.2.5 Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikiyatrik Hastalıklar

Çocukluk çağında karşılaşılan travmalar duyguları düzenlemede kronik bir başarısızlığa, sosyal ilişkilerde bozulmalara yol açmaktadır. Çocuklar travmanın etkilerine daha duyarlıdır. Bu dönemde karşılaşılan travmatik yaşantılar yetişkin dönemde psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlar. Travmanın süresi ve şiddetinin fazla olması sonuçların daha ağır olmasına yol açar. Travmaya maruz bırakan kişi sayısı arttıkça yetişkinlikte depresif dönem sayısında da artma olduğu saptanmıştır. Travma sonrasında psikiyatrik hastalıkların gelişmesi, mağdurun sosyal desteğinin özellikleri, istismar veya ihmal uygulayan kişi ile mağdurun ilişkisinin özellikleri uzun dönem prognozu etkileyen faktörlerdir. Yapılan çalışmalarda psikiyatri hastaları arasında ÇÇT bildirilme oranının, kontrol gruplarına göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Dumaret & Tursz, 2011; Scannapieco & Connell-Corrick, 2014).

Travmatik yaşantıya ilk tepki aşırı uyarılma veya dissosiyasyondur. Travmanın

duygusal sonuçları; depresyon, kaygı, korku, benlik saygısında azalma, öfke, suçluluk ve utançtır. Araştırmalar ÇÇT'nın psikiyatrik hastalıkların gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğunu öne sürmesine rağmen, aradaki ilişki tam olarak açıklanamamıştır (Dumaret & Tursz, 2011; Paolucci et al., 2001).

Fiziksel istismar ve ihmale maruz kalmış çocuklarda madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları, tehlikeli davranışlar gibi sorunların yanında anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), TSSB gibi psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığı artar. DEHB tanılı çocuklarda yaralanma ihtimali dikkatsizlik ve hiperaktiviteye bağlı yüksektir. Bu yaralanmalarda fiziksel ihmal ve istismarın rolünü ayırt etmek zor olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada fiziksel istismar ve ihmalin, cinsel istismarın varsanılarla ilişkisi araştırılmış olup cinsel istismarın işitsel, görsel ve dokunma ile ilgili varsanılarla ilişkili olduğu, fiziksel istismarın ise dokunma ile ilgili varsanılarla ilişkili olduğu saptanmıştır (Dereboy et al., 2018; Norman et al., 2012).

Cinsel istismar ve ihmalin maruz kalan çocuklarda ergenlik döneminde ve sonrasında ortaya çıkabilecek etkilerini Kendall-Tackett ve Marshall yedi alt grup olarak tanımlamıştır (Kendall-Tackett et al., 1993):

- 1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu**
- 2. Bilişsel bozukluklar (düşük özsaygı, umutsuzluk gibi)**
- 3. Duygusal distres (depresyon, kaygı, korku, fobi, okb, öfke gibi)**
- 4. Bozulan benlik duygusu**
- 5. Kaçınma (disosiasyon, travmatik olayla ilgili bellekte boşluklar gibi)**
- 6. Kişilerearası zorluklar (sosyal ilişkilerde bozulmalar gibi)**
- 7. Sağlık problemleri (beynin yapısındaki değişim sonucu, bağışıklık sisteminde yetersizlikler, kronik yorgunluk hissi, artmış somatik yakınmalar gibi)**

Çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalan çocuklarda depresyon, anksiyete, düşük benlik algısı, yalnızlık hissi, madde kötüye kullanımı, dürtüsel davranışlar, uyku bozuklukları, kendine ve başkalarına zarar verme davranışları, cinsel işlev

bozuklukları, intihar girişimleri artmış olarak saptanır. Sınır kişilik bozukluğuna sahip kişilerin çocukluk çağında cinsel travma sıklığı diğer popülasyondan fazladır (Kendall-Tackett et al., 1993; Norman et al., 2012).

Duygusal istismar ve ihmalin maruz kalan çocuklarda benlik algısında bozulma, depresyon, distimi ve kaygı (özellikle sosyal fobi) sıklığında artma gözlenir. Duygusal travmalar her iki cinsiyette de beden algısında bozulmalara, benlik saygısında azalmaya yol açar. Çocuklukta yaşanan duygusal travmalar aleksitimiye yol açabilir, duygusal oluşum sürecini etkileyerek bozulmalara neden olabilir, beden memnuniyetsizliği ve yeme davranışında değişikliklere yol açabilir. Yapılan bir çalışmada en az bir psikiyatrik tanıyı karşılayan hastalar arasında duygusal istismar öyküsü olanlarda duygudurum ve anksiyete bozukluklarının anlamlı olarak daha sık görüldüğü ve bu grupta ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün de anlamlı olarak yüksek saptandığı bildirilmiştir (Dağlı, 2016; Norman et al., 2012).

2.3 Bipolar Bozukluk, Çocukluk Çağı Travması ve İşlevsellik

Çocukluk çağı travmalarının çeşitli psikiyatrik hastalıklarda kolaylaştırıcı etkisi olduğu kabul edilmiştir. 2010 yılında Fisher ve arkadaşları BB ve ÇÇT ilişkisini araştıran 6 adet güçlü çalışma saptamıştır. (Fisher & Hosang, 2010). O tarihten itibaren kanıt düzeyini artırmak amacıyla pek çok çalışma yapılmıştır (Bücker et al., 2013; Cotter et al., 2014; Erten et al., 2014).

Çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların bipolar bozukluktaki erken başlangıç, psikotik özellikler, hızlı döngülülük, hastaneye yatış sayısında artış, artmış somatik yakınmalar, artmış yaşam boyu toplam duygudurum dönemi sayısı, artmış intihar düşüncesi ve girişimi gibi özelliklerle ilişkili olduğuna dair tutarlı çalışmalar mevcuttur (Álvarez et al., 2011; Garino et al., 2005). Ancak, bu çalışmalarda elde edilen verilerin geçerliliğini sorgulatan kısıtlayıcı faktörler de mevcuttur. Daruy-Filho ve arkadaşları tarafından yapılan ve 18 çalışmayı inceleyen bir sistematik derlemede bu çalışmaların olası kısıtlılıkları gösterilmiştir. Bu kısıtlılıklar; tanısal süreçte yapılandırılmış klinik görüşme uygulanmaması, travma değerlendirmesinin

stantardize edilmiş olmaması ve örneklem küçüklüğüdür. Bu kısıtlılıkların göz önüne alındığı geniş örneklemli bir çalışmada çocukluk çağı travmasının bipolar bozukluk üzerine etkileri araştırılmış ve çocukluk çağı travması varlığı daha ağır klinik özellikler, erken başlangıç, yaşam boyu en az bir intihar girişimi için artmış oran, hızlı döngülülük, madde kötüye kullanımı ve duygudurum dönemi sayısında artış ile ilişkili bulunmuştur (Daruy-Filho et al., 2011).

Çocukluk çağı travmasının bipolar bozukluktaki klinik gidiş üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda tekrarlayıcı biçimde ilişkili çıkan üç özellik; erken başlangıç, artmış intihar girişimi riski ve komorbid madde kötüye kullanımıdır. Cinsel istismar varlığında tedavi başlangıcında gecikme, duygusal istismar varlığında özellikle kannabis kullanımında artış, duygusal ve istismar varlığında artmış depresyon dönemi sayısı saptanan diğer özelliklerdir (Larsson et al., 2013; Saddichha & Schuetz, 2014).

Çocukluk çağı travmasıyla ilişkili bulunan artmış intihar girişimi riski ve komorbid madde kötüye kullanımı bipolar bozukluğa özgü olmayabilir. Yeni Zelanda’da 1265 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada cinsel ve fiziksel istismarın 16-25 yaş aralığında madde kullanımında en önemli risk faktörü olduğu saptanmıştır (Fergusson et al., 2003).

2.4 Bipolar Bozukluk, Çocukluk Çağı Travması ve Koruyucu Tedavi

ÇÇT ve onun klinik etkileri duygudurum bozukluklarına terapötik müdahalelerde önemli olabilir. Özellikle erken başlangıç, hızlı döngülülük, madde kullanım bozukluğu ek tanısı, psikotik özellikli duygudurum dönemi varlığında negatif çocukluk çağı yaşantıları düşünülmeli ve detaylı anamnez alınmalıdır (Álvarez et al., 2011; Bebbington et al., 2004). ÇÇT’sı çocukluk döneminde işlevsellikte düşüşle ilişkili olduğu için, bu olgulara hastalık ortaya çıkmadan önce ulaşmak ve travmaya yönelik müdahalelerde bulunmak ileride ortaya çıkacak hastalığın klinik şiddetini azaltabilir ve olasılıkla hastalığın ortaya çıkışını önleyebilir.

Literatürde var olan veriler Eye Movement Desensitization and Reprocessing,

Travma Odaklı Bilişsel-Davranışçı Terapi gibi girişimlerin çocukluk çağı travmalarının negatif sonuçlarını önleyebildiğini/tedavi edebildiğini gösterse de BB tanılı örneklerde yapılan çalışmalar az sayıdadır (Ehring et al., 2014; Macdonald et al., 2012). Mueser ve arkadaşları TSSB eştanılı duygudurum bozukluğu, şizoaffektif bozukluk ve şizofreni tanılı 108 hasta ile yürüttükleri çalışmada standart tedaviye ek olarak 54 kişiye travma odaklı Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT) uygulamışlardır. 3. ve 6. aylardaki kontrollerde BDT uygulanan hastalarda anlamlı düzeyde iyileşme farkı saptanmıştır (Mueser et al., 2008).

Yakın tarihli çalışmalar ÇÇT varlığının psikiyatrik bozukluklarda tedavi direncinde önemli bir etkisi olduğunu göstermiştir. Kim ve Lee, BB için de bu durumun geçerli olacağını öne sürmüştür ve bu durumu çocukluk çağı travmasının hastalığın erken başlangıcına olan etkisi ve daha ciddi mani, depresyon duygudurum dönemlerinin varlığıyla ilişkilendirmiştir (Kim & Lee, 2016). Conus ve arkadaşları ilk dönem psikotik özellikli mani ile tedavi edilen bipolar tip I bozukluk tanılı hastalarda ÇÇT prevalansını araştırmış olup, ÇÇT olan hastalarda premorbid işlevselliğin daha kötü olduğunu ve tedavi uyumsuzluğunun daha fazla olduğunu saptamışlardır (Conus et al., 2010).

Çakır ve arkadaşları bipolar tip I bozukluk tanılı 135 hastada ÇÇT ve lityum ile tedaviye yanıt ilişkisini değerlendirmişlerdir. ÇÇTÖ puanı ile uzun dönem lityum ile tedaviye yanıt arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır ancak TSSB tanısının lityuma zayıf yanıt ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Çakır et al., 2015). Yapılan diğer çalışmalarda duygudurum düzenleyicilere zayıf yanıt ile özellikle duygusal ve fiziksel istismar ilişkili bulunmuştur (Aas et al., 2016). Etain ve arkadaşları iki veya daha fazla travmatik yaşantısı olan hastaların lityuma zayıf yanıt için beş kat daha fazla risk altında olduğunu saptamıştır (Etain et al., 2017).

2.5 Çalışmanın Amacı ve Hipotezleri

2.5.1 Amaç

Bu çalışmanın amacı bipolar bozukluk tanısıyla takip edilen hastalarda çocukluk çağı travması varlığının; hastalığın klinik özellikleri, hastanın işlevselliği ve koruyucu tedavi üzerine olan etkisinin incelenmesidir.

2.5.2 Hipotezler

1. Çocukluk çağı travması saptanan hastalarda ÇÇT olmayan hastalara kıyasla;
 - a. İşlevsellikteki bozulma daha fazladır.
 - b. Koruyucu tedaviye yanıt daha düşüktür.
 - c. Hastalık başlangıcı daha erken yaştadır ve toplam duygudurum dönemi daha fazla sayıdadır.
 - d. Hastalık başlangıcı ile ilk tedavi arasındaki süre daha uzundur.
 - e. Hızlı döngülülük, psikotik özellikli duygudurum dönemleri, intihar girişimi öyküsü daha sıktır.
 - f. Madde kötüye kullanımı ek tanısı daha sıktır.
2. Çocukluk çağı travması olan hasta grubunda en sık rastlanan travma alt tipi duygusal istismardır.
3. Hastalarda işlevsellikteki bozulma arttıkça, koruyucu tedavi uyumu ve yanıt azalmaktadır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Çalışma Örneklemi

Çalışmaya 10.7.2019-21.12.2020 tarihleri arasında Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine ardışık sıra ile başvuran, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan, ölçeklerin uygulanması için yapılacak görüşmeyi sürdürebilecek seviyede konuşma ve kendilerini ifade etme becerilerine sahip duygudurum dengeleyici ilaç kullanan ve kan ilaç düzeyleri terapötik aralıkta olan BB tanılı 52 hasta dahil edilmiştir. DSM-5'e göre bipolar I ya da bipolar II bozukluk tanısını karşılamak, bu tanıyla en az 6 aydır izleniyor olmak, 18-65 yaşları arasında bulunma, görüşme yapmaya ya da ölçeğin uygulanmasına engel bir durumun bulunmaması, çalışmaya katılmayı kabul etmesi en az 3 aydır remisyonda olması çalışmaya dahil edilme koşuludur. Aktif hastalık döneminde olan BB tanılı hastalar, aktif psikotik özellikleri bulunan hastalar, demans tanısıyla takip edilen hastalar, zeka geriliği olan hastalar, nörolojik hastalığı olanlar, kronik böbrek yetmezliği ve sistemik lupus eritematozus gibi sistemik kronik hastalığı olanlar değerlendirme dışı bırakılmıştır. Dışlama ölçütleri arasında herhangi bir nörolojik ya da bedensel hastalığı olmak ve araştırma yönergesini anlama ve ölçekleri doldurmada sorun yaratacak bilişsel kusuru olması olarak belirlenmiştir. Remisyon evresi son üç ayda herhangi bir duygudurum dönemi geçirilmemesi biçiminde tanımlanmıştır. Çalışma öncesi RTEÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (03.07.2019, 2019/108) çalışma ile ilgili gerekli izinler alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen tüm olgulara çalışma ile ilgili detaylı bilgiler verilerek yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır. Bu çalışmada yapılan tüm uygulamalar kurumsal ve/veya ulusal araştırma komitesinin etik standartlarına ve 1964 Helsinki Bildirgesi'ne ve daha sonraki düzeltmelerine veya karşılaştırılabilir etik standartlara uygun yapılmıştır.

3.2 Gereçler

1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu: Hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalığın klinik özellikleri (hastanın kullanmakta olduğu ilaç, hastalık başlangıç yaşı, hastane yatış sayısı, vb.) gibi araştırmanın bağımsız değişkenleri hakkında veri toplamak amacıyla, geçmiş tarihli verilerden yararlanılarak, çalışmacıların hazırlanmış olduğu bir anket formu kullanılmıştır.

2.Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ): YMDÖ içeriğinde 11 başlık mevcut olup, her bir başlıkta belirtiler 1-5 arası şiddet derecesinde değerlendirilir. Ölçekteki başlıklar, BB'un mani dönemindeki tanımlanmış çekirdek belirtileri kapsamaktadır. Ölçeğin uygulanması hastanın son 48 saat içerisindeki öznel durumu esas alınarak yapılan görüşmeye ve görüşme esnasında klinisyenin gözlemlerine dayanarak yapılır. İki bağımsız görüşmecinin toplam puanlar arasındaki doğrusal bağıntı katsayısı 0,93 ve her bir madde puanları arasındaki doğrusal bağıntı katsayılarının 0,66–0,92 arasında değiştiği bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında iç tutarlık katsayısı %79 olarak bulunmuş, çalışmacıların ölçek maddeleri arasındaki fikir birliği % 63,3-% 95,5, kappa değerleri 0,114-0,849 arasında bulunmuştur (Karadağ et al., 2002).

3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HADD): Klinisyen tarafından uygulanan, 17 başlıktan oluşan, hastanın depresif duygudurumunun düzeyini ve şiddetini değerlendirir. Hamilton tarafından 1960 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirliği, iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değerleri 0,75, Sperman Brown güvenirlik katsayısı 0,76'dır. Değerlendiriciler arası güvenirlik katsayısı 0,86 ile 0,98 değerleri arasındadır (Akdemir et al., 1996).

4.Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ) Çalışmada Türkçe için güvenirlik ve geçerliği gösterilmiş olan BBİÖ kullanılmıştır. Ölçek 52 maddeli üçlü Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir ve 11 boyuttan oluşmaktadır: duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler,

arkadaşlarla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve iş. Yüksek puan iyi işlevselliği göstermektedir (R et al., 2007).

5. Koruyucu Sağaltıma Yanıt Ölçeği (KSYÖ): Grof ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Koruyucu sağaltımın hastalık seyri üzerindeki iyileştirici etkisini (A ölçütü) klinik faktörleri (B ölçütleri) de hesaba katarak değerlendiren bir ölçektir. A ölçütü koruyucu sağaltım sırasında geçirilen duygudurum dönem sıklığını 0 ile 10 puan üzerinden değerlendirmektedir. B ölçütü ise 5 maddeden oluşur ve her maddeye verilen yanıt 0,1 ya da 2 puan verilir. B1 ölçütü koruyucu sağaltım öncesi dönem sayısını, B2 ölçütü dönem sıklığını değerlendirir. Bu iki maddeden alınan puanların yüksek olması hastanın etkin sağaltım görmediği durumda morbidite riskinin de yüksek olacağını gösterir. B3 ölçütü koruyucu sağaltımın süresini ölçer. Böylelikle düzelmenin ilaçtan bağımsız hastalığın doğal seyrine bağlı olup olmadığı değerlendirilmiş olur. B4 ölçütü koruyucu ilaca uyumu değerlendirir. B5 ölçütü ise ek sağaltım kullanımını ve düzelmenin ek sağaltıma bağlı olup olmadığını değerlendirir. B ölçütünün toplam puanı her maddeden alınan puanları toplamıyla saptanır. Ölçeğin toplam puanı B ölçütünden alınan puanın A ölçütünden alınan puandan çıkarılmasıyla saptanır. Toplam puan en çok 10, en az 0 olabilir. Ölçeğin güvenilirliği son derece yüksektir, uygunluk oranı %90 ve kappa değeri 0,80'dir (Grof et al., 2002).

6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ): Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu değerlendirme aracı üç itemi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ile duygusal ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Önceki biçimi 53 maddeden oluşmakta olan, ancak sonradan özgün yazarınca kısaltılan bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ile Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği 2012 yılında Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Değerlendirilmesi de Şar ve arkadaşları çalışmasında bildirdiği kesme puanları ve değerlendirme yöntemleri doğrultusunda yapılmıştır (Şar et al., 2012).

3.3 Yöntem

Recep Tayip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde BB tanısı ile izlenen hastalara çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildikten sonra çalışmanın ölçütlerini karşılayan ve aydınlatılmış onam formunu doldurarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara sosyodemografik veri toplama formu, YMDÖ, HADD, BBIÖ, KSYÖ ve ÇÇTÖ içeren test bataryası uygulanmıştır.

3.4 İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS versiyon 20.0 istatistik programı kullanılmıştır. Çalışmanın tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde, sürekli sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma ve ortanca, minimum (min), maksimum (maks) değerler, kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%) kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin dağılımları Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. İki grup arasında normal dağılım göstermeyen sürekli sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında Independent-Samples Mann-Whitney U Test kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Chi-square Test ve Fisher's Exact Test kullanılmıştır. Sürekli sayısal değişkenlerin korelasyonları Spearman korelasyon analizi kullanılarak yapılmıştır. İstatistik anlamlılık sınır değeri olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1 Çalışmaya Dâhil Edilen Hasta Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya dâhil edilen hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 2’de sunulmuştur. Hastaların yaş ortalaması $40,25 \pm 12,54$ yıl iken, 22’si (%42,3) erkek, 30’u (%57,7) kadındır. Hastaların 3’ü (%5,8) okuryazar, 21’i (%40,4) ilkokul, 6’sı (%11,5) ortaokul, 11’i (%21,2) ve 11’i (%21,2) yükseköğretim mezunudur. Hastaların 30’u (%57,7) bekâr ve 22’si (%42,3) evlidir. Hastaların 37’si (%71,2) herhangi bir işte çalışmazken, 15’i (%28,8) herhangi bir işte çalışmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Özellik		Sayı	Yüzde
Yaş (yıl)	30 yaş altı	11	21,2
	30-39 yaş	15	28,8
	40-49 yaş	14	26,9
	50 yaş ve üzeri	12	23,1
Ortalama: $40,25 \pm 12,54$ Ortanca:39,50 Minimum:20,00 Maksimum:65,00			
Cinsiyet	Erkek	22	42,3
	Kadın	30	57,7
Öğrenim durumu	Okuryazar	3	5,8
	İlkokul	21	40,4
	Ortaokul	6	11,5
	Lise	11	21,2

	Yükseköğretim	11	21,2
Medeni durum	Bekâr	30	57,7
	Evli	22	42,3
Çalışma durumu	Çalışmıyor	37	71,2
	Memur/İşçi	6	11,5
	Serbest meslek	6	11,5
	Emekli	3	5,8
Toplam		52	100,0

4.2 Hastaların Özgeçmiş, Soygeçmiş ve Klinikleri İle İlgili Bulgular

Tablo 3'te çalışmaya alınan hastaların özgeçmiş özellikleri verilmiştir. Hastaların 29'u (%55,8) sigara kullanmazken, 6'sı (%11,5) 1-20 adet arası, 8'i (%15,4) 20 adet, 9'u (%17,3) 21 ve üzeri adet sigara içmektedir. Hastaların 3'ü (%5,8) nadiren alkol kullanmaktayken, hiçbiri uyuşturucu madde kullanmamaktadır. Yalnızca 1 (%1,9) hastada psikiyatrik ek bir hastalık var iken, 22'sinde (%42,3) en az bir ek tıbbi hastalık mevcuttur. Hastaların 11'inde (%21,2) intihar girişimi öyküsü mevcuttur (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların Özgeçmiş Özellikleri

Özellik		Sayı	Yüzde
Sigara kullanımı (adet)	0	29	55,8
	1-20 arası	6	11,5
	20	8	15,4
	21 ve üzeri	9	17,3
Alkol kullanımı	Yok	49	94,2
	Nadiren	3	5,8
Uyuşturucu madde kullanımı	Yok	52	100,0
	Var	0	0,0
Psikiyatrik ek tanı	Yok	51	98,1
	Var	1	1,9
Ek tıbbi hastalık	Yok	30	57,7
	Var	22	42,3
İntihar girişimi	Yok	41	78,8
	Var	11	21,2
Toplam		52	100,0

Tablo 4’te hastaların soygeçmiş özellikleri sunulmuştur. Hastaların 33’ünün (%63,5) ailesinde bipolar bozukluk, 7’sinin (%13,5) ailesinde intihar öyküsü mevcuttur. Hastaların hiçbirinin ailesinde alkol ya da madde kötüye kullanımı mevcut değildir

(Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların Soygeçmiş Özellikleri

Özellik		Sayı	Yüzde
Ailede bipolar bozukluk öyküsü	Yok	19	36,5
	Var	33	63,5
Ailede intihar öyküsü	Yok	45	86,5
	Var	7	13,5
Ailede alkol/madde kötüye kullanımı	Yok	52	100,0
	Var	0	0,0
Toplam		52	100,0

Tablo 5’te hastaların klinik özellikleri verilmiştir. Buna göre, çalışmaya dâhil edilen 52 hastanın 49’u (%94,2) Tip I, 3’ü (%5,8) ise Tip II Bipolar Bozukluk tanısı almıştır. Hastaların 16’sında (%30,8) ilk epizod depresif, 19’unda (%36,5) mani ve 17’sinde (%32,7) karma karakterdedir. Hastaların 12’sinde (%23,1) son epizod depresif, 23’ünde (%44,2) mani ve 17’sinde (%32,7) karma karakterdedir. Hastaların 20’sinde (%38,5) mevsimsellik, 3’ünde (%5,8) hızlı döngülülük ve 39’unda (%75,0) psikotik özellik saptanmıştır. Çalışmaya dâhil edilen hastaların hastalık süresi ortalaması $13,15 \pm 8,65$ yıl ve tedavisiz geçen süresi ortalaması $6,87 \pm 22,33$ aydır. Hastaların ortalama hastaneye yatış sayısı ise 1’dir (minimum=0, maksimum=25) (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların Klinik Özellikleri

Özellik		Sayı	Yüzde
Tanı	Bipolar bozukluk tip I	49	94,2
	Bipolar bozukluk tip II	3	5,8
İlk epizod	Depresif	16	30,8
	Mani	19	36,5
	Karma	17	32,7
Son epizod	Depresif	12	23,1
	Mani	23	44,2
	Karma	17	32,7
Mevsimsellik	Yok	32	61,5
	Var	20	38,5
Hızlı döngülülük	Yok	49	94,2
	Var	3	5,8
Psikotik özellik	Yok	13	25,0
	Var	39	75,0
Hastalık süresi (yıl)	5 yıl ve altı	15	28,8
	6-10 yıl	8	15,4
	11-15 yıl	9	17,3
	16-20 yıl	9	17,3

	21 yıl ve üzeri	11	21,2
Ortalama:13,15±8,65 Ortanca:12,00 Minimum:1,00 Maksimum:31,00			
Tedavisiz geçen süre (ay)	0	32	61,5
	1-6 ay	13	25,0
	7-12 ay	3	5,8
	13 ay ve üzeri	4	7,7
Ortalama:6,87±22,33 Ortanca:0,00 Minimum:0,00 Maksimum:132,00			
Hastane yatış sayısı	0	18	34,6
	1	16	30,8
	2	7	13,5
	3 ve üzeri	11	21,2
Ortalama:2,33±4,19 Ortanca:1,00 Minimum:0,00 Maksimum:25,00			
Toplam		52	100,0

Tablo 6’da hastaların HADD ve YMDÖ ölçeklerine ait bulguları verilmiştir. Buna göre HADD ölçeğine göre 44 (%84,6) hastada semptom görülmemişken, 5 (%9,6) hastada hafif depresyon, 3 (%5,8) hastada ise orta düzey depresyon saptanmıştır. YMDÖ ölçeğine göre hastaların hiçbirinde semptom saptanmamıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların HADD ve YMDÖ Ölçeklerine Ait Bulguları

Özellik		Sayı	Yüzde
HADD	Semptom yok	44	84,6
	Hafif depresyon	5	9,6
	Orta depresyon	3	5,8
Ortalama:3,96±4,64 Ortanca:2,50 Minimum:0,00 Maksimum:20,00			
YMDÖ	Semptom yok	52	100,0
Ortalama:1,17±2,24 Ortanca:0,00 Minimum:0,00 Maksimum:12,00			
Toplam		52	100,0

Tablo 7’de hastaların ÇÇTÖ ile ilgili bulguları sunulmuştur. ÇÇTÖ toplam puanına göre 25 (%48,1) hastada çocukluk çağı travması saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarına göre analizlerde; 14 (%26,9) hastada duygusal ihmal, 26 (%50,0) hastada duygusal istismar, 19 (%36,5) hastada fiziksel ihmal, 22 (%42,3) hastada fiziksel istismar, 11 (%21,2) hastada ise cinsel istismar olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların ÇÇTÖ İle İlgili Bulguları

Özellik		Sayı	Yüzde
ÇÇTÖ toplam	Yok	27	51,9
	Var	25	48,1
Ortalama:40,37±12,27 Ortanca:34,50 Minimum:25,00 Maksimum:71,00			
Duygusal ihmal	Yok	38	73,1
	Var	14	26,9
Ortalama:11,04±3,98 Ortanca:10,00 Minimum:5,00 Maksimum:22,00			
Duygusal istismar	Yok	26	50,0
	Var	26	50,0
Ortalama: 8,73±3,97 Ortanca:7,50 Minimum:5,00 Maksimum:20,00			
Fiziksel ihmal	Yok	33	63,5
	Var	19	36,5
Ortalama:7,04±2,25 Ortanca:6,50 Minimum:5,00 Maksimum:15,00			
Fiziksel istismar	Yok	30	57,7
	Var	22	42,3
Ortalama: 6,60±2,93 Ortanca:5,00 Minimum:5,00 Maksimum:22,00			
Cinsel istismar	Yok	41	78,8

Var

11

21,2

Ortalama:6,96±4,60 Ortanca:5,00 Minimum:5,00 Maksimum:25,00

Toplam	52	100,0
---------------	----	-------

4.3 Çocukluk Çağı Travması Olan ve Olmayan Grubun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırması

Tablo 8’de hastaların çocukluk çağı travması olma durumlarına göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre, ÇÇT olan ve ÇÇT olmayan gruplar arasında, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum ve çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların Çocukluk Çağı Travması Olma Durumlarına Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellik		ÇÇT olmayan (n=27)	ÇÇT olan (n=25)	χ^2/U	p
		n (%) / Ortanca (min-maks)	n (%) / Ortanca (min-maks)		
Yaş (yıl)		40,0 (20,0-65,0)	38,0 (20,0-64,0)	276,0	0,260
Cinsiyet	Erkek	12 (44,4)	10 (40,0)	0,105	0,746
	Kadın	15 (55,6)	15 (60,0)		
Öğrenim durumu	Ortaokul ve altı	18 (66,7)	12 (48,0)	1,853	0,173
	Lise ve üzeri	9 (33,3)	13 (52,0)		

Medeni durum	Bekâr	15 (55,6)	15 (60,0)	0,105	0,746
	Evli	12 (44,4)	10 (40,0)		
Çalışma durumu	Çalışmayan	18 (66,7)	19 (76,0)	0,551	0,458
	Çalışan	9 (33,3)	6 (24,0)		

Tablo 9’da hastaların çocukluk çağı travması olma durumlarına göre özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin karşılaştırılması sunulmuştur. Buna göre, ÇÇT olan ve ÇÇT olmayan gruplar arasında, sigara kullanımı, ek tıbbi hastalık varlığı, intihar girişimi öyküsü, ailesinde bipolar bozukluk öyküsü ve ailede intihar öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların Çocukluk Çağı Travması Olma Durumlarına Göre Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellik			ÇÇT olmayan (n=27)	ÇÇT olan (n=25)	χ^2	p
			n (%) / Ortanca (min-maks)	n (%) / Ortanca (min-maks)		
Sigara	Kullanmayan		17 (63,0)	12 (48,0)	1,178	0,278
	Kullanan		10 (37,0)	13 (52,0)		
Ek tıbbi hastalık	Yok		13 (48,1)	17 (68,0)	2,096	0,148
	Var		14 (51,9)	8 (32,0)		
İntihar girişimi	Yok		22 (81,5)	19 (76,0)	0,234	0,629
	Var		5 (18,5)	6 (24,0)		

Aile bipolar	Yok	10 (37,0)	9 (36,0)	0,006	0,938
bozukluk	Var	17 (63,0)	16 (64,0)		
öyküsü					
Ailede intihar	Yok	23 (85,2)	22 (88,0)	0,088	>0,999
öyküsü	Var	4 (14,8)	3 (12,0)		

4.4 Hastaların Klinik Özelliklerle İlgili Bulguları

Tablo 10’da hastaların çocukluk çağı travması olma durumlarına göre özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre, ÇÇT olan ve ÇÇT olmayan gruplar arasında, bipolar bozukluk alt tipi (Tip I / Tip II), hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı ve hastaneye yatış sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bununla beraber, ÇÇT olmayan hastalarda ortalama tedavisiz geçen süre 0,0 ay iken, ÇÇT olan grupta ise ortalama tedavisiz geçen süre 1,0 aydır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,013$) (Tablo 10).

Tablo 10. Hastaların Çocukluk Çağı Travması Olma Durumlarına Göre Hastalık Dönem ve Klinik Gidiş Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellik		ÇÇT olmayan (n=27)	ÇÇT olan (n=25)	χ^2/U	p
		n (%) / Ortanca (min- maks)	n (%) / Ortanca (min- maks)		
Tanı	Tip I	24 (88,9)	25 (100,0)	2,948	0,236

Tip II	3 (11,1)	3 (0,0)		
Hastalık süresi (yıl)	12,0 (1,0-30,0)	12,0 (3,0-31,0)	349,5	0,826
Hastalık başlangıç yaşı (yıl)	28,0 (12,0-50,0)	20,0 (8,0-60,0)	261,0	0,161
Tedavisiz geçen süre (ay)	0,0 (0,0-3,0)	1,0 (0,0-132,0)	455,5	0,013
Hastane yatış sayısı	1,0 (0,0-25,0)	1,0 (0,0-10,0)	298,5	0,458

Tablo 11’de hastaların hastalık dönem ve gidiş özelliklerinin ÇÇT varlığına göre karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre, ÇÇT olan ve ÇÇT olmayan gruplar arasında, mevsimsel özellik, hızlı döngülülük ve psikotik özellik varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların Hastalık Dönem ve Gidiş Özelliklerinin ÇÇT Varlığına Göre Karşılaştırılması

Özellik		ÇÇT olmayan (n=27)	ÇÇT olan (n=25)	χ^2	p
		n (%) / Ortanca (min-maks)	n (%) / Ortanca (min-maks)		
Mevsimsel özellik	Yok	18 (66,7)	14 (56,0)	0,624	0,430
	Var	9 (33,3)	11 (44,0)		
Hızlı döngülülük	Yok	26 (96,3)	23 (92,0)	0,441	0,603
	Var	1 (3,7)	2 (8,0)		

Psikotik	Yok	6 (22,2)	7 (28,0)	0,231	0,631
özellik	Var	21 (77,8)	18 (72,0)		

Tablo 12’de çalışmada kullanılan ölçek puanlarının korelasyon analizi, Şekil 1’de saçılım grafiği verilmiştir. Buna göre, ÇÇTÖ duygusal istismar alt boyutu ile ÇÇTÖ duygusal ihmal alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı orta düzey pozitif yönlü ($R=0,468$, $p<0,001$), ÇÇTÖ fiziksel istismar alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı yüksek düzey pozitif yönlü ($R=0,654$, $p<0,001$), ÇÇTÖ fiziksel ihmal alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı düşük düzey pozitif yönlü ($R=0,392$, $p=0,004$), ÇÇTÖ cinsel istismar alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı düşük düzey pozitif yönlü ($R=0,381$, $p<0,001$), ÇÇTÖ toplam puanı arasında istatistik olarak anlamlı yüksek düzey pozitif yönlü ($R=0,787$, $p<0,001$), BBİÖ ölçeği arasında istatistik olarak anlamlı düşük düzey negatif yönlü ($R=-0,389$, $p=0,004$), KSDÖ-A alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı düşük düzey negatif yönlü ($R=-0,382$, $p=0,005$) korelasyon saptanmıştır.

ÇÇTÖ duygusal ihmal alt boyutu ile ÇÇTÖ fiziksel istismar alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı orta düzey pozitif yönlü ($R=0,428$, $p=0,002$), ÇÇTÖ fiziksel ihmal alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı orta düzey pozitif yönlü ($R=0,452$, $p=0,004$), ÇÇTÖ toplam puanı arasında istatistik olarak anlamlı yüksek düzey pozitif yönlü ($R=0,759$, $p<0,001$), BBİÖ ölçeği arasında istatistik olarak anlamlı orta düzey negatif yönlü ($R=-0,441$, $p=0,004$) korelasyon bulunmuştur.

ÇÇTÖ fiziksel istismar alt boyutu ile ÇÇTÖ fiziksel ihmal alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı orta düzey pozitif yönlü ($R=0,452$, $p=0,001$), ÇÇTÖ toplam puanı arasında istatistik olarak anlamlı orta düzey pozitif yönlü ($R=0,591$, $p<0,001$) korelasyon saptanmıştır.

ÇÇTÖ fiziksel ihmal alt boyutu ile ÇÇTÖ cinsel istismar alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı düşük düzey pozitif yönlü ($R=0,333$, $p=0,016$), ÇÇTÖ toplam puanı arasında istatistik olarak anlamlı yüksek düzey pozitif yönlü ($R=0,660$,

$p<0,001$), KSYÖ-A alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı orta düzey negatif yönlü ($R=-0,440$, $p=0,001$), KSYÖ-B alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı düşük düzey negatif yönlü ($R=-0,300$, $p=0,031$) korelasyon bulunmuştur.

ÇÇTÖ cinsel istismar alt boyutu ile ÇÇTÖ toplam puanı arasında istatistik olarak anlamlı orta düzey pozitif yönlü ($R=0,572$, $p<0,001$), KSYÖ-A alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı orta düzey negatif yönlü ($R=-0,410$, $p=0,003$), KSYÖ-B alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı düşük düzey negatif yönlü ($R=-0,358$, $p=0,009$) korelasyon saptanmıştır.

ÇÇTÖ toplam puanı ile BBİÖ ölçeği arasında istatistik olarak anlamlı orta düzey negatif yönlü ($R=-0,436$, $p=0,001$), KSYÖ-A alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı orta düzey negatif yönlü ($R=-0,429$, $p=0,002$), KSYÖ-B alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı düşük düzey negatif yönlü ($R=-0,320$, $p=0,021$) korelasyon bulunmuştur.

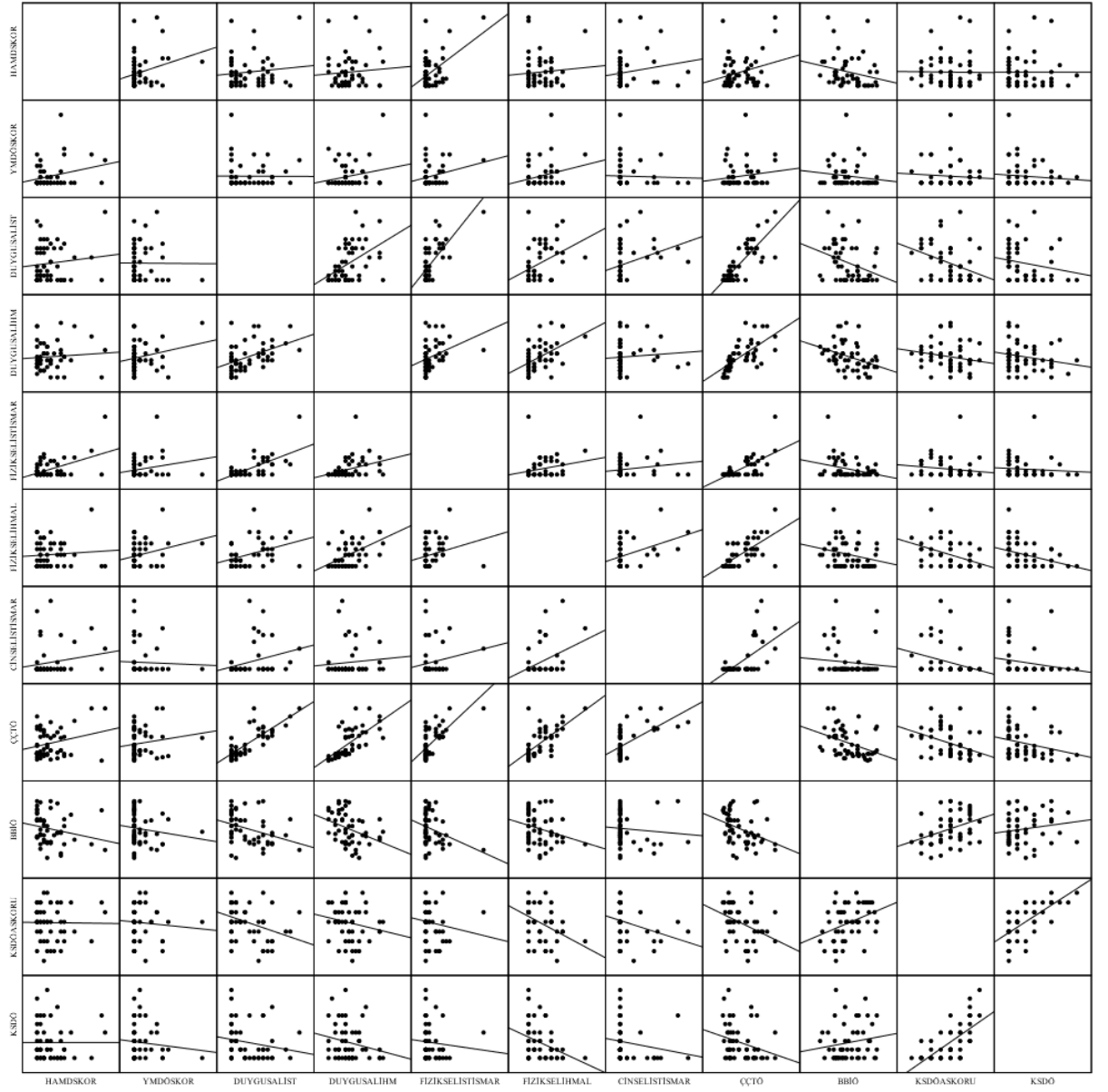
BBİÖ ölçeği ile KSYÖ-A alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı düşük düzey pozitif yönlü ($R=0,385$, $p=0,005$) saptanmıştır.

KSYÖ-A alt boyutu ile KSDÖ-B alt boyutu arasında istatistik olarak anlamlı yüksek düzey pozitif yönlü ($R=0,690$, $p<0,001$) bulunmuştur (Tablo 12, Şekil 1).

Tablo 12. Çalışmada Kullanılan Ölçek Puanlarının Korelasyonları*

		HADD	YMDÖ	D.İST	D.İHM	F.İST	F.İHM	C.İST	ÇÇTÖ	BBİÖ	KSYÖ-A
YMDÖ	R	0,179									
	p	0,205									
	n	52									
D.İST	R	0,022	0,046								
	p	0,879	0,748								
	n	52	52								
D.İHM	R	0,093	0,102	0,468							
	p	0,513	0,473	<0,001							
	n	52	52	52							
F.İST	R	0,095	0,128	0,654	0,428						
	p	0,505	0,365	<0,001	0,002						
	n	52	52	52	52						
F.İHM	R	0,058	0,220	0,392	0,452	0,305					
	p	0,684	0,118	0,004	0,001	0,028					
	n	52	52	52	52	52					
C.İST	R	0,137	<0,001	0,381	0,163	0,172	0,333				
	p	0,332	0,999	0,005	0,250	0,224	0,016				
	n	52	52	52	52	52	52				
ÇÇTÖ	R	0,087	0,119	0,787	0,759	0,591	0,660	0,572			
	p	0,539	0,402	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001			
	n	52	52	52	52	52	52	52			
BBİÖ	R	-0,317	-0,223	-0,389	-0,441	-0,237	-0,257	-0,195	-0,436		
	p	0,022	0,111	0,004	0,001	0,090	0,066	0,165	0,001		
	n	52	52	52	52	52	52	52	52		
KSDÖ-A	R	-0,114	0,017	-0,382	-0,256	-0,257	-0,440	-0,410	-0,429	0,385	
	p	0,421	0,902	0,005	0,066	0,066	0,001	0,003	0,002	0,005	
	n	52	52	52	52	52	52	52	52	52	
KSDÖ-B	R	-0,114	0,086	-0,229	-0,203	-0,195	-0,300	-0,358	-0,320	0,185	0,690
	p	0,421	0,544	0,102	0,150	0,165	0,031	0,009	0,021	0,188	<0,001
	n	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52

* Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır



Şekil 1. Çalışmada Kullanılan Ölçek Puanlarının Saçılım Grafiği

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada BB tanılı hastalarda ÇÇT varlığının klinik özellikler, işlevsellik ve koruyucu tedavi üzerindeki etkileri incelenmiştir. ÇÇT olan grupta tedavisiz geçen süre anlamlı olarak daha uzun olmakla birlikte, incelenen diğer klinik özellikler açısından anlamlı fark saptanmamıştır. ÇÇT varlığının BB tanılı hastaların işlevselliği ve koruyucu tedavi yanıtı üzerine anlamlı negatif etkileri olduğu belirlenmiştir.

5.1 Sosyodemografik Verilere ait Özellikler

Çalışmamızın sosyodemografik verileri incelendiğinde hastaların yaş ortalaması $40,25 \pm 12,54$ yıl iken, 22'si (%42,3) erkek, 30'u (%57,7) kadındır. Hastaların eğitim durumu incelendiğinde 30'u (%57,7) ortaokul ve daha düşük eğitim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Hastaların 30'u (%57,7) bekâr ve 37'si (%71,2) herhangi bir işte çalışmamaktadır. Önceki tarihli çalışmalarda cinsiyet ve etnik köken ile BB arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Altshuler et al., 2010; Merikangas et al., 2007; Miller et al., 2014). Duygudurum dönemleri açısından bakıldığında mani/hipomani dönem sayısı açısından yine fark olmadığı ancak kadınların erkeklere kıyasla fazla depresif dönem geçirdiğini ve erkeklerin de kadınlara kıyasla daha fazla ötimik kaldığını belirten çalışmalar mevcuttur (Altshuler et al., 2010; Marsh et al., 2009). BB örnekleminde bekâr olma oranının topluma kıyasla daha yüksek olduğu, hastaların işlevselliğindeki düşüşe bağlı olarak çalışmama oranının da topluma kıyasla yüksek olduğu belirtilmiştir (Kessler et al., 1997; Tohen et al., 1990). BB tanılı hastaların eğitim durumlarının toplum geneliyle karşılaştırıldığı çalışmaların sonuçları çeşitlilik göstermektedir. BB tanılı hastalarda eğitim durumunun topluma kıyasla fark göstermediğini bildiren çalışmalar olmakla birlikte (Dell'Aglia Jr. et al., 2013; Schoeyen et al., 2011; Wingo et al., 2009), BB tanısının eğitim durumu ile negatif ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Altshuler et al., 2010; Merikangas et al., 2007). Çalışmamızın örneklemini eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde %57,7'si ortaokul ve daha düşük eğitim düzeyine sahiptir. Toplum genelinde bu oran %49,4 olarak saptanmıştır (URL-3, 2020).

5.2 Hastaların Özgeçmiş, Soygeçmiş ve Klinik Özellikleri İle İlgili Bulgular

Örneklemi oluşturan hastaların %44,2'sinin sigara kullandığı belirlenmiştir. BB tanılı hastalarda sigara kullanımının araştırıldığı çok sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların ortak sonucu topluma kıyasla BB örnekleminde sigara kullanımının daha fazla olmasıdır. Bu çalışmalarda BB örneklemelerinde sigara kullanım oranı %30-70 aralığında olduğu belirtilmiştir (Heffner et al., 2011; Lasser et al., 2015; McClave et al., 2010; Thomson et al., 2015). Bizim çalışmamızda saptanan %44,2 oranında sigara kullanımı literatür verileriyle uyum göstermektedir. Örneklemimizdeki hastaların %5,8'i nadiren alkol kullanımı tariflemiş olup, madde kullanımı tarifleyen hasta bulunmamaktadır. BB tanılı hastalarda alkol ve madde kötüye kullanımının araştırıldığı çalışmalarda topluma kıyasla alkol ve madde kötüye kullanımının daha sık olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalarda eşlik eden alkol kötüye kullanımı oranı %42-69 ve eşlik eden madde kötüye kullanımı %33,8-%61 olarak saptanmıştır (Cassidy et al., 2001; Cerullo & Strakowski, 2007; Farren et al., 2012; Sherwood Brown et al., 2001). Çalışmamızda belirlenen alkol ve madde kullanım oranların önceki tarihli çalışmalardan düşük olması, çalışmanın yürütüldüğü bölgenin sosyokültürel özellikleri ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda intihar girişimi hastaların %21,2'sinde mevcuttur. BB tanılı hastalarda intiharın araştırıldığı çalışmalarda intihar girişimi varlığı %20-60, tamamlanmış intihar %4-19 oranında bulunmuştur (Dome et al., 2019; Latalova et al., 2014). Örneklemimizde bulunmuş olan %21,2 oranında intihar girişimi literatür verileriyle uyum göstermektedir. Örneklemimizdeki hastaların %75'inin en az bir kez psikotik özellikli duygudurumu dönemi yaşadığı, %38,5'inin mevsimsel özellik, %5,8'inin hızlı döngülülük özelliği gösterdiği saptanmıştır. Hastaların %65,5'inin en az bir defa hastane yatışı mevcuttur. Hastaların %63,5'inin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. BB tanılı hastaların ailelerinde psikiyatrik hastalık prevalanslarının araştırıldığı çalışmalarda %33-72 oranında ailede psikiyatrik hastalık varlığı bildirilmiştir (Amiri et al., 2014; Birmaher et al., 2009; Küng et al., 2019; Mesman et al., 2013; Vandeleur et al., 2012). Aile öyküsü açısından değerlendirildiğinde de çalışmamızın sonucu literatür verileriyle uyum göstermektedir.

5.3 Çocukluk Çağı Travması ve Travma Alt Tipleri

Hayvan modelleri, travmatik olayların bipolar bozuklukla ilişkilendirilen belirtiler üzerinde anlamlı etkileri olduğunu göstermektedir (D. Liu et al., 1997). Travma gibi psikososyal streslerin mevcut BB'un nörobiyolojisini zaman içinde değiştirebileceği de bildirilmiştir (Post, 1992). Bugüne kadar yapılan çalışmalarda bildirilen ÇÇT oranları arasında farklılıklar olmakla birlikte, genel olarak BB hastalarında ÇÇT varlığı oranının %45-%69 arasında olduğu görülmektedir (Erten et al., 2014; Etain, Aas, et al., 2013; Garino et al., 2005; Leverich et al., 2002; Y. Neria et al., 2005; Yuval Neria et al., 2002). Bizim çalışmamızda örnekleme ÇÇT oranı %48,1 olup, literatürle uyum göstermektedir.

Geçmiş tarihli ÇÇT alt tiplerinin araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde fiziksel istismar oranının %24-%71,8 arasında, fiziksel ihmal oranının %12-%39,7 arasında, duygusal istismar oranının %33-%37 arasında, duygusal ihmal oranının %24-%39,7 arasında, cinsel istismar oranının %15,4-%21 arasında olduğu görülmektedir (Erten et al., 2014; Garino et al., 2005; Tekin et al., 2018). Çalışmamıza katılan hastaların %42,3'ünün fiziksel istismara, %36,5'inin fiziksel ihmale, %50,0'sinin duygusal istismara, %26,9'unun duygusal ihmale, %21,2'sinin ise cinsel istismara maruz kaldığı belirlenmiştir. Veriler değerlendirildiğinde duygusal istismarın literatüre kıyasla daha sık izlendiği, diğer travma alt tiplerinin literatürle uyum gösterdiği izlenmektedir.

5.4 Çocukluk Çağı Travması ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi

Çalışmamızda ÇÇT olma durumuna göre sosyodemografik veriler incelendiğinde ÇÇT olan ve olmayan gruplar arasında yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum ve çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Konu ile ilgili diğer çalışmalar incelendiğinde BB tanılı hastalarda ÇÇT'nin etkilerinin cinsiyete göre farklılık gösterebileceği; kadınların ÇÇT varlığını erkeklere kıyasla daha fazla bildirdiği ve duygudurum bozukluğu ortaya çıkma ihtimalinin (tekrarlayan MDB, BB ve özellikle Tip II BB) daha yüksek olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Etain, Aas, et al., 2013; Fisher & Hosang, 2010). Yalnız bir çalışmada

cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bildirilmemiştir(Álvarez et al., 2011).

5.5 Çocukluk Çağı Travması ve Özgeçmiş, Soygeçmiş, Klinik Özellikler ile İlişkisi

Çalışmamıza dahil edilen ÇÇT olan ve ÇÇT olmayan gruplar arasında, sigara kullanımı, ek tıbbi hastalık varlığı, intihar girişimi öyküsü, ailesinde bipolar bozukluk öyküsü ve ailede intihar öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Literatür taraması sonucunda ÇÇT tarifleyen BB tanılı hastaların ÇÇT tariflemeyenlere kıyasla daha fazla dürtüsellik ve affektif labilite (duygusal istismara maruz kalanlarda daha sık olmak üzere) gösterdiği bilgisine ulaşılmıştır (Aas et al., 2014; Etain et al., 2008; R. T. Liu, 2019; S. Marwaha et al., 2016; Steven Marwaha et al., 2020). Affektif labilite BB tanılı hastalarda artmış intihar girişimi, erken başlangıç yaşı, yaşam boyu görülen komorbidite sayısında artış (özellikle anksiyete bozukluğu ve alkol-madde kullanımı) ile ilişkilendirilmiştir (Aas et al., 2017; C. Henry et al., 2008). Affektif labilitenin genetik aktarılmasının araştırıldığı bir ikiz çalışmasında; affektif labilite varlığı üzerinde çevresel faktörlerin (ÇÇT gibi) genetik duyarlılıktan daha etkili olduğu gösterilmiştir(Coccaro et al., 2012). Dürtüsellüğün araştırıldığı çalışmalarda BB tanılı hastaların klinik dışı örneklemelere kıyasla daha fazla dürtüsellik sergilediği gösterilmiş ve bu durumun daha kötü klinik özellikler gösterme, intihar girişimi ve madde kötüye kullanımı ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (Etain, Mathieu, et al., 2013; Saddichha & Schuetz, 2014). Hastaların soygeçmiş özellikleri incelendiğinde ebeveynde duygudurum bozukluğu tanısı olmasının, çocukluk çağında ebeveyn kaybının komorbid somatik hastalıklarla ilişkili olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Etain, Aas, et al., 2013). Literatürdeki çalışmalarla kıyaslandığında çalışmamızda ÇÇT olan grupta intihar girişimi, alkol-madde kötüye kullanımı oranlarının daha az olması önceki çalışmaların gerçekleştirildiği coğrafi bölgelerle bizim çalışmamızı gerçekleştirdiğimiz coğrafi bölge arasındaki sosyokültürel farklılıklara bağlı olabilir. Türkiye’de özellikle Doğu Asya, Avrupa ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri ile karşılaştırıldığında intihar girişimi, tamamlanmış intihar ve alkol-madde kötüye kullanımı oranları daha düşüktür (Harmancı, 2015; Ögel, 2005).

Çalışmamızda ÇÇT olan ve ÇÇT olmayan gruplar arasında, bipolar bozukluk alt tipi (Tip I / Tip II), hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı ve hastaneye yatış sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bununla beraber, tedavisiz geçen süreler değerlendirildiğinde ÇÇT olmayan hastalarda ortalama 0,0 ay iken, ÇÇT olan grupta ise ortalama 1,0 aydır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde benzer özellikleri araştıran çalışmalar incelendiğinde BB tanılı hastalarda ÇÇT varlığı (özellikle fiziksel ve cinsel istismar) hastalığın daha erken başlangıcı, artmış hastane yatış sayısı, tanı koyma ve tedavi başlangıcı süresindeki gecikme ile ilişkili bulunmuştur (Aas et al., 2016; Garino et al., 2005; Leverich et al., 2002; Perroud et al., 2016). Bahsedilen çalışmaların birinde bipolar bozukluk, borderline kişilik bozukluğu, DEHB tanılı hastalarda 5-HT3A reseptör genindeki DNA metilasyon durumunun hastalıkların klinik özellikleriyle ilişkisi ve ÇÇT varlığının bahsedilen gendeki DNA metilasyonu üzerine etkisi araştırılmıştır. Çalışma sonucunda BB tanılı hastalarda ÇÇT varlığının daha fazla duygudurum dönemi yaşanması, intihar girişimi sayısında artış, hastane yatış sayısında artış, erken başlangıç ile ilişkili olduğu ve bu durumun 5-HT3A reseptör genindeki iki CpG adacığında var olan artmış metilasyona bağlı olduğu gösterilmiştir (Perroud et al., 2016). Bu konuda yapılan genom çapında ilişkilendirme çalışmalarında ÇÇT varlığının DNA'daki metilasyonu artırarak yetişkinlikte daha fazla sağlık sorunuyla karşılaşmaya yol açtığı gösterilmiştir (Suderman et al., 2014; Yang et al., 2013). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar literatür verileriyle karşılaştırıldığında ÇÇT olan grupta tedavisiz geçen süredeki artışın geçmiş verilerle uyum gösterdiği görülmektedir. Literatürde ÇÇT varlığında hastane yatış sayısında anlamlı artış belirtilmekle birlikte bizim örneklemimizde yatış sayısı açısından istatistiksel anlamlılık bulunmama nedeni örneklem özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamıza dahil edilme şartları arasında en az altı aydır takip ediliyor olmak ve ölçülebilir ilaç kan ilaç düzeyleri terapötik düzeyde olması mevcuttur. Dolayısıyla tedavi uyumu düşük olan, takiplerine düzenli başvurmeyen hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Tedavi uyumsuzluğunun BB tanılı hastalarda yinleme ve depresmenin en sık nedenlerinden birisi olduğu bilinmektedir (Col et al., 2014). Örneklemimizin tedavi uyumunun görece yüksek olması literatürle olan farklılığı açıklayabilir.

Hastane yatış sayısı ve hastalık başlangıç yaşı ile ilgili bulgularımızla literatürdeki farklılığı açıklayabilecek nedenlerden birisi de örneklem boyutudur.

Hastalık dönem ve gidiş özelliklerinin ÇÇT varlığına göre karşılaştırılması yapıldığında örneklemimizde bulunan ÇÇT olan ve ÇÇT olmayan gruplar arasında; mevsimsel özellik, hızlı döngülülük ve psikotik özellik varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Literatürde önceki tarihli çalışmalar tarandığında ÇÇT varlığının hızlı döngülülüğü ve psikotik özellik varlığını artırabildiği bilgisine ulaşılmıştır (Bebbington et al., 2004; Garno et al., 2005; Janssen et al., 2004; Ry, 1998; Shevlin, 2007). ÇÇT alt tipleri ile BB tanılı hastalarda hızlı döngülülük ve psikotik özellik varlığı üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmaların sonuçları farklılık göstermektedir. Yapılan bir çalışmada duygusal ihmal ve istismar ile hızlı döngülülük ve psikotik özellik varlığı arasında anlamlı düzeyde ilişkiye rastlanmıştır (Jaworska-Andryszewska & Rybakowski, 2018). Başka bir çalışmada özellikle fiziksel istismar ve cinsel istismar hızlı döngülülük ve psikotik özellik varlığı ile ilişkilendirilmiştir (Daruy-Filho et al., 2011). Literatürde ÇÇT varlığı ile BB tanılı hastaların mevsimsel özellik göstermesi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Geçmiş tarihli araştırmalar incelendiğinde BB tanılı hastalarda psikotik özellikli duygudurum dönemi sıklığının %53-%68 arasında, hızlı döngülü BB sıklığının da %12-%24 arasında olduğu saptanmıştır (M. Bauer et al., 2008; Burton et al., 2018; Dunayevich & Keck, 2000; Keck et al., 2003; Lee et al., 2010). Çalışmamızın örneklem boyutu ve dahil edilen hastalarda psikotik özellikli duygudurum dönemi tanımlayanlarının oranının (Toplam %75, ÇÇT olan grupta %72, ÇÇT olmayan grupta %77,8) geçmiş çalışmalara kıyasla fazla olması; hızlı döngülü BB tanımlayan hastaların oranının (Toplam %5,7, ÇÇT olan grupta %8, ÇÇT olmayan grupta %3,7) geçmiş çalışmalara kıyasla az olması anlamlı bir ilişki saptanmamasına neden olmuş olabilir.

5.6 Çocukluk Çağı Travması ve Koruyucu Tedavi Üzerine Etkisi

Literatür tarandığında ÇÇT varlığının BB tanılı hastalarda koruyucu tedaviye yanıt üzerindeki etkisinin değerlendirildiği dört çalışmaya rastlanmıştır(Aas et al., 2016;

Çakır et al., 2015; Etain, Aas, et al., 2013; Kim & Lee, 2016). Bu çalışmalarda varılan ortak nokta, ÇÇT varlığının BB tanılı hastalarda koruyucu tedaviye yanıt olumsuz yönde etkilediğidir. Bahsedilen çalışmaların yalnızca birinde ÇÇT alt tipleri ile koruyucu tedavi yanıtı arasındaki ilişki araştırılmış olup; duygusal istismar ve fiziksel istismar ile antikonvülzan tedaviye yanıt arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Çakır et al., 2015). Çalışmamızda ise duygusal istismar, cinsel istismar ve fiziksel ihmal ile koruyucu tedaviye yanıt arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Mevcut bulgularımız daha eski tarihli bu konuda yürütülen çalışma sonuçlarıyla kısmen uyum göstermektedir. ÇÇT varlığının diğer psikiyatrik bozukluklarda tedaviye direnç ile ilişkili olması göz önüne alındığında, BB tanılı hastalarda da tedavi direnciyle ilişkili olması olasıdır (Douglas & Porter, 2012; Hassan & Luca, 2015; Semiz et al., 2013).

5.7 Çocukluk Çağı Travması Alt Tipleri ve İşlevsellik İlişkisi

ÇÇT varlığının BB tanılı hastalarda erken başlangıç, psikotik özellikler, hızlı döngülülük, hospitalizasyonda artış, duygudurum dönemi sayısında artış, intihar düşüncesi ve girişiminde artış, tıbbi komorbiditelerde artış gibi özelliklerle ilişkili olduğuna dair tutarlı çalışmalar mevcuttur (Álvarez et al., 2011; Bebbington et al., 2004; Brown et al., 2005; Etain et al., 2010; Garino et al., 2005; Janssen et al., 2004; Shevlin, 2007). Ancak, travma alt tipleriyle işlevsellik arasındaki ilişkinin araştırıldığı sadece bir çalışmaya mevcuttur (Larsson et al., 2013). 141 hastanın dahil edildiği çalışmanın bulguları incelendiğinde ÇÇT alt tiplerinden duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar skorları ve ÇÇTÖ toplam puanı ile hastaların işlevselliği arasında anlamlı yönde negatif ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda ise, duygusal istismar, duygusal ihmal puanları ve ÇÇTÖ toplam puanı ile BBİÖ puanı arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki; ayrıca fiziksel istismar puanı ile ÇÇTÖ toplam puanı arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır. Çalışmamız ile Larsson ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmanın bulguları büyük ölçüde örtüşmektedir. Özellikle duygusal istismar ve duygusal ihmal ile işlevsellikteki bozulma arasındaki ilişki dikkat çekicidir. Ancak iki çalışmada da BB hastalarının tümüne genelleme yapılmasını önleyen ortak olan bazı kısıtlılıklar mevcuttur;

travmalar geçmişe dönük olarak sorgulandığı için hatırlama yanlılığı ihtimali vardır, her iki çalışmada da maruz kalınan travma tarihi sorgulanmamıştır. Travmaya maruz kalınan yaş aralığının travmanın kişide oluşturacağı etkide değişkenliğe yol açabileceği önceki tarihli çalışmalarda gösterilmiştir (Andersen et al., 2008; Andersen & Teicher, 2008).

5.8 Koruyucu Tedavi ve İşlevsellik İlişkisi

Literatür taraması sonucunda BB tanılı hastalarda koruyucu tedavi ve tedavi yanıtı ile işlevselliğin araştırıldığı dört çalışma saptanmıştır. Bu çalışmaların sonuçları incelendiğinde koruyucu tedaviye uyum ve tedavi yanıtı ile işlevsellik arasında pozitif yönlü ilişki varlığının tespit edildiği görülmüştür (Dean et al., 2004; Montes et al., 2013; Sanchez-Moreno et al., 2009; Selvakumar et al., 2018). Tedaviye uyumdaki azalma ayrıca atak riskinde artış, hastane yatış sayılarında artış, intihar girişimlerinde artış ile de ilişkilendirilmiştir. Çalışmamızda da tedavi uyumu ve yanıtı ile işlevsellik arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır. Tedavi uyumu bozuk hastalarda işlevselliğin, ideal tedavi alan hastalara kıyasla daha bozuk olması beklenen bir durumdur. BB tanılı hastalarda tedavi uyumunu ve dolayısıyla işlevselliği artırmak için, koruyucu tedavi düzenlenirken klinik uygulamada gözden kaçabilecek eşik altı belirtilerin de sorgulanması gerekmektedir. BB tanılı hastalarda tedavi uyumun araştırıldığı çalışmalarda tedavi uyumu bozuk hastalarda %40 oranında eşik altı belirti varlığı saptanmıştır (Montes et al., 2013). Yine başka bir çalışmada ötimik dönemdeki hastalarda işlevsellik kaybı %44 oranında bulunmuştur (Martinez-Aran et al., 2007). Başta eşik altı depresif belirtiler olmak üzere eşik altı belirtilerin varlığı depresme riskinde artış, işlevsellikte azalma ve komorbid fiziksel hastalıklarda artış ile ilişkilendirilmiştir (Altshuler et al., 2006; M. S. Bauer et al., 2001; Fagiolini et al., 2005). Tedavi uyumu iyi olan ötimik hastalarda dahi işlevsellik kaybının yüksek oranda izlenmesi eşik altı belirtilerin önemine vurgu yapmakta ve BB'un yeti yitimine neden olan psikiyatrik bozukluklar arasında neden 6. sırada olduğunu açıklamaktadır (Rehm & Shield, 2019).

5.9 Araştırmamızın Kısıtlılıkları

Araştırmamızın en önemli kısıtlılığı örneklemin literatürdeki bazı araştırmalara kıyasla az sayıda hasta içermesidir. Bu durum araştırılan ilişkilerin bir kısmının istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasına yol açmış olabilir. Araştırmanın yürütüldüğü zaman aralığında gelişen pandemi nedeniyle hastane poliklinik başvurularının azalması, araştırmaya dahil edilen hasta sayısının kısıtlı kalmasına neden olmuştur. Örneklemin genişletilmesi ile istatistiksel olarak anlamsız bulunan bazı sonuçların durumu değişebileceği gibi mevcut bulguların geçerliliğinin de artırılması sağlanabilir.

Araştırmamızın önemli bir kısıtlılığı da bipolar bozukluğun başlangıç yaşı, ilk duygudurum dönemi, hastane yatış sayısı, mevsimsellik, hızlı döngülülük gibi klinik özelliklerinin ve çocukluk çağı travmalarının geçmişe yönelik incelenmesidir. Bu durum elde edilen verilerin kişilerin otobiyografik bellek hatalarından daha fazla etkilenmesine neden olabilir. Bu hatayı en aza indirmek için çalışmaya dahil edilme şartları arasına ötimik dönemde olma koşulu eklenmiştir.

Araştırmanın tek merkezli olarak uygulanması elde edilen verilerin bipolar bozukluk tanılı hastaların tümüne genellenebilirliğini kısıtlar.

Araştırmanın uygulandığı bölgenin sosyokültürel özellikleri göz önüne alındığında ÇÇT bildirimini tam olarak doğruyu yansıtmayabilir. Özellikle fiziksel istismarın bazı kültürlerde normal karşılandığı, dolayısıyla travma olarak bildirilmeyebileceği; kişinin cinsel istismara maruz kalsa dahi utanç, suçlanma gibi kaygılarla istismarı bildirmeyebileceği unutulmamalıdır.

5.10 Araştırmamızın Güçlü Yanları

Araştırmamızın örneklemini oluşturulurken sadece ötimik hastalar dahil edilmiş ve bu sayede duygudurum döneminde görülebilecek işlevsellik düşüşünün etkileri, olası bellek sorunları en aza edilmiştir. Ayrıca araştırma esnasında görüşmeler tek bir

klinisyen tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu şekilde olası klinik uygulama farklılıklarının önüne geçilmesi amaçlanmıştır.



6. SONUÇLAR

1. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda en sık travma alt tipi duygusal istismar olarak saptanmıştır.

2. BB tanılı hastalar ÇÇT varlığına göre iki gruba ayrıldığında:

a. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, mesleki durum açısından fark saptanmamıştır.

b. Alkol-madde kullanımı, ek tıbbi hastalık, aile öyküsü açısından fark saptanmamıştır.

c. Hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi ve yatış sayısı açısından fark saptanmamıştır.

d. ÇÇT var olan grupta ilk duygudurum dönemi ardından tedavisiz geçen sürenin daha uzun olduğu saptanmıştır.

e. Mevsimsellik, psikotik özellik, hızlı döngülülük, intihar girişimi açısından fark saptanmamıştır.

3. ÇÇT varlığının işlevsellik ve koruyucu tedaviye yanıt üzerine negatif etkisi olduğu saptanmıştır.

4. Travma alt tiplerinden duygusal istismar varlığının işlevsellik ve koruyucu tedaviye yanıt üzerine negatif etkisi olduğu saptanmıştır.

5. Travma alt tiplerinden duygusal ihmal varlığının işlevsellik üzerine negatif etkisi olduğu saptanmıştır.

6. Travma alt tiplerinden cinsel istismar ve fiziksel ihmal varlığının koruyucu tedaviye yanıt üzerine negatif etkisi olduğu saptanmıştır.

7. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda işlevsellik ve koruyucu tedavi yanıtı arasında karşılıklı pozitif ilişki varlığı saptanmıştır.

Sonuç olarak, BB tanılı hastalarda ÇÇT varlığı tedavi başlangıcının gecikmesine, hastaların işlevselliğinde bozulmaya neden olmaktadır. Hastalarda ÇÇT varlığı hem farmakolojik hem de psikoterapötik tedavileri planlarken önem arz etmektedir. Özellikle erken başlangıçlı, hızlı döngülü, intihar düşüncesi-girişimi öyküsü bulunan, madde kullanım bozukluğu ek tanısı olan hastalarda tedavi planlanmadan önce ÇÇT sorgulanmalıdır. Tedavi planlanırken çocukluk çağı travması varlığının tedavi yanıtını olumsuz etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. BB tanılı hastalar değerlendirilirken olası bir ÇÇT varlığının göz ardı edilmemesi ve ÇÇT saptanması durumunda uygun terapötik müdahalelerin yapılması ile birlikte hastaların tedavi uyumu ve yanıtında artış sağlanabilir. Tedavi uyumu ve yanıtında artışın sonucu olarak işlevsellikte düzelmeye birlikte hastaların yaşam kalitesinde artış sağlanabilir. BB'ta koruyucu sağaltım yanıtları ve işlevsellik son zamanlarda üzerinde oldukça durulan bir konudur. Sağaltım yanıtını değerlendirmeyi amaçlayan çok sayıda çalışma yapılmasına karşın, gelecekte değerlendirme ölçütlerini belirleyecek daha geniş örneklemlerli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Aas, M., Aminoff, S., Vik Lagerberg, T., Etain, B., Agartz, I., Andreassen, O., & Melle, I. (2014). Affective lability in patients with bipolar disorders is associated with high levels of childhood trauma. *Psychiatry Research*, 218(1–2), 252–255. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.03.046>
- Aas, M., Henry, C., Andreassen, O., Bellivier, F., Melle, I., & Etain, B. (2016). The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*, 4(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40345-015-0042-0>
- Aas, M., Henry, C., Bellivier, F., Lajnef, M., Gard, S., Kahn, J. P., Lagerberg, T. V., Aminoff, S. R., Bjella, T., Leboyer, M., Andreassen, O. A., Melle, I., & Etain, B. (2017). Affective lability mediates the association between childhood trauma and suicide attempts, mixed episodes and co-morbid anxiety disorders in bipolar disorders. *Psychological Medicine*, 47(5), 902–912. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003081>
- Agnew-Blais, J., & Danese, A. (2016). Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 342–349. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00544-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00544-1)
- Akbaş. (2009). Adli makamlarca çocuk psikiyatrisi polikliniğine gönderilen cinsel istismara uğramış çocukların, istismar şekilleri, ruhsal ve fiziksel muayene özellikleri. *Adli Bilimler Dergisi*, 8, 24–32.
- Akdemir, A., Örsel, D. S., Dağ, İ., Türkçapar, M. H., İşcan, N., & Özbay, H. (1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)’nin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı. In *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* (Vol. 4, Issue 4, pp. 251–259).
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(2), 95–119. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskguncel/article/view/5000076421>
- Altshuler, L. L., Kupka, R. W., Hellemann, G., Frye, M. A., Sugar, C. A., McElroy,

- S. L., Nolen, W. A., Grunze, H., Leverich, G. S., Keck, P. E., Zerneno, M., Post, R. M., & Suppes, T. (2010). Gender and depressive symptoms in 711 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 708–715. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010105>
- Altshuler, L. L., Post, R. M., Black, D. O., Keck, P. E., Nolen, W. A., Frye, M. A., Suppes, T., Grunze, H., Kupka, R. W., Leverich, G. S., McElroy, S. L., Walden, J., & Mintz, J. (2006). Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: Results of a large, multisite study. *Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/JCP.v67n1009>
- Álvarez, M. J., Roura, P., Osés, A., Foguet, Q., Solà, J., & Arrufat, F. X. (2011). Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(3), 156–161. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31820c751c>
- American Psychiatric Association. (2002). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *The American Journal of Psychiatry*, 159(4 Suppl), 1–50.
- American Psychiatric Association. (2013). American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. In *Arlington*.
- Amiri, S., Ghoreishizadeh, M. A., Alavizadeh, Y., & Saedi, F. (2014). Lifetime prevalence of psychiatric disorders among parents of children with bipolar i disorder: Parental difference. *Scientific World Journal*, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/256584>
- Andersen, S. L., Ph, D., Tomada, A., Ph, D., Vincow, E. S., Valente, E., Polcari, A., Ph, D., Teicher, M. H., & Ph, D. (2008). *Preliminary Evidence for Sensitive Periods in the Effect of Childhood Sexual Abuse on Regional Brain Development*. 292–301.

- Andersen, S. L., & Teicher, M. H. (2008). *Stress , sensitive periods and maturational events in adolescent depression. March,* 183–191. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2008.01.004>
- Angst, J. (1996). Comorbidity of mood disorders: A longitudinal prospective study. *British Journal of Psychiatry.* <https://doi.org/10.1192/s0007125000298383>
- Avcı A. (2007). Cinsel İstismar. In *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* (pp. 721–736).
- Aydemir, Ö., Uluşahin, A., & Akdeniz, F. (2010). Psikososyal ve Psikoterapötik Girişimler. *İKİ Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu,* 83–95. http://tpdyayin.psikiyatri.org.tr/BookShopData/11_BpbzkTedaviKilavuz.pdf
- Bates, J. A., Whitehead, R., Bolge, S. C., & Kim, E. (2010). Correlates of medication adherence among patients with bipolar disorder: results of the bipolar evaluation of satisfaction and tolerability (BEST) study: a nationwide cross-sectional survey. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 12*(5). <https://doi.org/10.4088/PCC.09m00883yel>
- Bauer, M., Beaulieu, S., Dunner, D. L., Lafer, B., & Kupka, R. (2008). Rapid cycling bipolar disorder - Diagnostic concepts. *Bipolar Disorders, 10*(1 PART 2), 153–162. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00560.x>
- Bauer, M. S., Williford, W. O., Dawson, E. E., Akiskal, H. S., Altshuler, L., Fye, C., Gelenberg, A., Glick, H., Kinosian, B., & Sajatovic, M. (2001). Principles of effectiveness trials and their implementation in VA Cooperative Study #430: “Reducing the Efficacy-Effectiveness Gap in Bipolar Disorder.” *Journal of Affective Disorders, 67*(1–3), 61–78. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00440-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00440-2)
- Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T., Singleton, N., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., & Meltzer, H. (2004). Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: Evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *British Journal of Psychiatry, 185*(SEPT.), 220–226. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.3.220>

- Bech, P., Vendsborg, P. B., & Rafaelsen, O. J. (1976). Lithium maintenance treatment of manic-melancholic patients: its role in the daily routine. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 53(1), 70–81. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1976.tb00060.x>
- Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66(3), 241–258. <https://doi.org/10.1521/bumc.66.3.241.23366>
- Birmaher, B., Axelson, D., Monk, K., Kalas, C., Goldstein, B., Hickey, M. B., Obreja, M., Ehmann, M., Iyengar, S., Shamseddeen, W., Kupfer, D., & Brent, D. (2009). Lifetime psychiatric disorders in school-aged offspring of parents with bipolar disorder the Pittsburgh bipolar offspring study. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 287–296. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.546>
- Bowden, C. L., Calabrese, J. R., McElroy, S. L., Gyulai, L., Wassef, A., Petty, F., Pope, H. G., Chou, J. C. Y., Keck, P. E., Rhodes, L. J., Swann, A. C., Hirschfeld, R. M. A., Wozniak, P. J., Alexander, P. E., Clothier, J., Cooke, R., Coryell, W., Crow, S., Delgado, P., ... Downs, J. (2019). A randomized, placebo-controlled 12-month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder. *Bipolar Disorder: The Science of Mental Health*, 57(May), 241–250. <https://doi.org/10.4324/9781315054308-25>
- Bowden, C. L., Gitlin, M. J., Keck, P. E., Perlis, R. H., Suppes, T., Thase, M. E., McIntyre, J. S., Charles, S. C., Altshuler, K., Cook, I., Cross, C. D., Landau, B. J., Moench, L. A., Twemlow, S. W., Woods, S., & Yager, J. (2002). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, 159(4 SUPPL.), 1–50. <https://doi.org/10.1176/foc.1.1.64>
- Brown, G. R., McBride, L., Bauer, M. S., & Williford, W. O. (2005). *Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder : A replication study in U . S . veterans B. 89*, 57–67. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.06.012>
- Bücker, J., Kozicky, J., Torres, I. J., Kauer-Sant’Anna, M., Silveira, L. E., Bond, D. J., Lam, R. W., & Yatham, L. N. (2013). The impact of childhood trauma on

- cognitive functioning in patients recently recovered from a first manic episode: Data from the Systematic Treatment Optimization Program for Early Mania (STOP-EM). *Journal of Affective Disorders*, 148(2–3), 424–430. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.022>
- Burton, C. Z., Ryan, K. A., Kamali, M., Marshall, D. F., Harrington, G., McInnis, M. G., & Tso, I. F. (2018). Psychosis in bipolar disorder: Does it represent a more “severe” illness? *Bipolar Disorders*, 20(1), 18–26. <https://doi.org/10.1111/bdi.12527>
- Çakır, S., Tasdelen Durak, R., Ozyildirim, I., Ince, E., & Sar, V. (2015). Childhood Trauma and Treatment Outcome in Bipolar Disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 17(4), 397–409. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1132489>
- Calabrese, J. R., Hirschfeld, R. M. A., Frye, M. A., & Reed, M. L. (2004). Impact of depressive symptoms compared with manic symptoms in bipolar disorder: Results of a U.S. community-based sample. *Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/JCP.v65n1109>
- Cassidy, F., Ahearn, E. P., & Carroll, B. J. (2001). Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 3(4), 181. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2001.030403.x>
- Celik F.G.H & Hoccoğlu, Ç. (2018). Çocukluk Çağı Travmaları : Bir Gözden Geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 695–711.
- Cerullo, M. A., & Strakowski, S. M. (2007). The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 2(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-2-29>
- Çetin FÇ. (2008). Cinsel İstismar. In *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* (pp. 470–477).
- Chakrabarti, S. (2016). Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach. *World Journal of Psychiatry*, 6(4), 399–409. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i4.399>

- Chang, J., & Ha, K. (2011). Management of bipolar depression. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 33(1), 11–17. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.85390>
- Coccaro, E. F., Ong, A. D., Seroczynski, A. D., & Bergeman, C. S. (2012). Affective intensity and lability: Heritability in adult male twins. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1011–1016. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.042>
- Col, S. E., Caykoylu, A., Karakas Ugurlu, G., & Ugurlu, M. (2014). Factors affecting treatment compliance in patients with bipolar I disorder during prophylaxis: A study from Turkey. *General Hospital Psychiatry*, 36(2), 208–213. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.11.006>
- Connelly, C. E., Davenport, Y. B., & Nurnberger, J. I. J. (1982). Adherence to treatment regimen in a lithium carbonate clinic. *Archives of General Psychiatry*, 39(5), 585–588. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290050057011>
- Conus, P., Cotton, S., Schimmelmann, B. G., Berk, M., Daglas, R., McGorry, P. D., & Lambert, M. (2010). Pretreatment and outcome correlates of past sexual and physical trauma in 118 bipolar I disorder patients with a first episode of psychotic mania. *Bipolar Disorders*, 12(3), 244–252. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00813.x>
- Cotter, J., Kaess, M., & Yung, A. R. (2014). Childhood trauma and functional disability in psychosis, bipolar disorder and borderline personality disorder: A review of the literature. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 21–30. <https://doi.org/10.1017/ipm.2014.74>
- Dağlı, F. Ş. (2016). Duygusal İhmal , İstismar v e Çocuk Hekiminin Rolü. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(2), 18–27.
- Daruy-Filho, L., Brietzke, E., Lafer, B., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6), 427–434. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01756.x>
- Dean, B. B., Gerner, D., & Gerner, R. H. (2004). *A systematic review evaluating*

health-related quality of life , work impairment , and health- care costs and utilization in bipolar disorder. 20(2), 139–154.
<https://doi.org/10.1185/030079903125002801>

Dedeler, M., Öpöz, T., & Öztürk, C. (2016). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarına Yönelik Tedavi ve Önleme Yaklaşımları: Bir Gözden Geçirme*. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 3(1), 1–16. <https://doi.org/10.31682/ayna.470637>

Dell’Aglia Jr., J. C., Basso, L. A., Argimon, I. I. de L., & Arteche, A. (2013). Systematic review of the prevalence of bipolar disorder and bipolar spectrum disorders in population-based studies. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(2), 99–105. <https://doi.org/10.1590/s2237-60892013000200002>

Demirkol, M. E., & Tamam, L. (2016). Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 8(1), 85. <https://doi.org/10.18863/pgy.49806>

Dereboy, Ç., Şahin Demirkapı, E., Şakiroğlu, M., & Şafak Öztürk, C. (2018). Çocukluk Çağı Travmalarının, Kimlik Gelişimi, Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikopatoloji ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi = Turkish Journal of Psychiatry*, 29(4), 269–278.

Dome, P., Rihmer, Z., & Gonda, X. (2019). Suicide risk in bipolar disorder: A brief review. *Medicina (Lithuania)*, 55(8), 8–10. <https://doi.org/10.3390/medicina55080403>

Douglas, K. M., & Porter, R. J. (2012). The effect of childhood trauma on pharmacological treatment response in depressed inpatients. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 1058–1061. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.06.015>

Dumaret, A. C., & Tursz, A. (2011). [Long-term consequences of child abuse and neglect]. *La Revue Du Praticien*, 61(5), 663–666. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21698901>

Dunayevich, E., & Keck, P. E. (2000). Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania. *Current Psychiatry Reports*, 2(4), 286–290. <https://doi.org/10.1007/s11920-000-0069-4>

- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review, 34*(8), 645–657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004>
- El, C. O. N., Orientaciones, T. Y., Equipo, D. E. L., Un, D. E. S. D. E., & Mental, N. D. E. S. (2009). *Bipolar Affective Disorder: Medication Adherence and Satisfaction With. 17*(4), 548–556.
- Elinson, L., Houck, P., & Pincus, H. A. (2007). Working, receiving disability benefits, and access to mental health care in individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 9*(1–2), 158–165. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00431.x>
- Erten, E., Funda Uney, A., Saatçioğlu, Ö., Özdemir, A., Fistikçi, N., & Çakmak, D. (2014). Effects of childhood trauma and clinical features on determining quality of life in patients with bipolar i disorder. *Journal of Affective Disorders, 162*, 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.046>
- Etain, B., & Aas, M. (2020). *Childhood Maltreatment in Bipolar Disorders*. https://doi.org/10.1007/7854_2020_149
- Etain, B., Aas, M., Andreassen, O., Lorentzen, S., Dieset, I., Gard, S., Kahn, J., Bellivier, F., Leboyer, M., Melle, I., & Henry, C. (2013). Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08353>
- Etain, B., Henri, G., Chenevier, M., Mathieu, F., Henry, C., Germain, A., Leboyer, M., & Bellivier, F. (2010). *Preferential Association Between Childhood Emotional Abuse and Bipolar Disorder. 23*(3), 376–383. <https://doi.org/10.1002/jts>.
- Etain, B., Henry, C., Bellivier, F., Mathieu, F., & Leboyer, M. (2008). Beyond genetics: Childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 10*(8), 867–876. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00635.x>
- Etain, B., Lajnef, M., Brichant-Petitjean, C., Geoffroy, P., Henry, C., Gard, S., Kahn,

- J., Leboyer, M., Young, A., & Bellivier, F. (2017). Childhood trauma and mixed episodes are associated with poor response to lithium in bipolar disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(4), 319–327. <https://doi.org/10.1111/acps.12684>
- Etain, B., Mathieu, F., Liqueur, S., Raust, A., Cochet, B., Richard, J. R., Gard, S., Zanouy, L., Kahn, J. P., Cohen, R. F., Bougerol, T., Henry, C., Leboyer, M., & Bellivier, F. (2013). Clinical features associated with trait-impulsiveness in euthymic bipolar disorder patients. *Journal of Affective Disorders*, 144(3), 240–247. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.005>
- Fagiolini, A., Kupfer, D. J., Masalehdan, A., Scott, J. A., Houck, P. R., & Frank, E. (2005). Functional impairment in the remission phase of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7(3), 281–285. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00207.x>
- Farren, C. K., Hill, K. P., & Weiss, R. D. (2012). Bipolar disorder and alcohol use disorder: A review. *Current Psychiatry Reports*, 14(6), 659–666. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0320-9>
- Fergusson, D. M., Beautrais, A. L., & Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33(1), 61–73. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006748>
- Fisher, H., & Hosang, G. (2010). Childhood Maltreatment and Bipolar Disorder: A Critical Review of the Evidence. *Mind & Brain: The Journal of Psychiatry*, 1(1), 75–85. <https://www.researchgate.net/publication/228479478>
- Garno, J. L., Goldberg, J. F., Ramirez, P. M., & Ritzler, B. A. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 186(FEB.), 121–125. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.2.121>
- Gaudiano, B. A., Weinstock, L. M., & Miller, I. W. (2008). Improving treatment adherence in bipolar disorder: a review of current psychosocial treatment efficacy and recommendations for future treatment development. *Behavior Modification*, 32(3), 267–301. <https://doi.org/10.1177/0145445507309023>

- Ghaemi, S. N., Boiman, E. E., & Goodwin, F. K. (1999). Kindling and second messengers: An approach to the neurobiology of recurrence in bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 45(2), 137–144. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(98\)00256-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00256-X)
- Gitlin, M., & Frye, M. A. (2012). Maintenance therapies in bipolar disorders. *Bipolar Disorders*, 14(SUPPL.2), 51–65. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2012.00992.x>
- Glaser. (2002). Child Sexual Abuse. In M. Rutter & T. Taylor (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (4nd ed., pp. 340–358). Blackwell Publishing Company.
- Goodwin, G. (2009). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition--recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 23(4), 346–388. <https://doi.org/10.1177/0269881109102919>
- Goodwin, G. M. (2003). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 17(2), 149–173. <https://doi.org/10.1177/0269881103017002003>
- Grof, P., Duffy, A., & Cavazzoni, P. (2002). Is response to prophylactic lithium a familial trait? *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 4(5), 203.
- Hancı, İH. (2002). Adli Tıp ve Adli Bilimler. In *Adli Tıp ve Adli Bilimler* (pp. 263–284).
- Harmancı, P.(2015). Dünya'daki ve Türkiye'deki İntihar Vakalarının Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal , 1st National Health Sciences Congress Book , <https://dergipark.org.tr/en/pub/husbfd/issue/7891/103855>

- Hassan, A. N., & Luca, V. De. (2015). The effect of lifetime adversities on resistance to antipsychotic treatment in schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, 161(2–3), 496–500. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.10.048>
- Heffner, J. L., Strawn, J. R., Delbello, M. P., Strakowski, S. M., & Anthenelli, R. M. (2011). The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: Phenomenology and treatment considerations. *Bipolar Disorders*, 13(5–6), 439–453. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00943.x>
- Henry, B. L., Minassian, A., & Perry, W. (2013). Everyday functional ability across different phases of bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 210(3), 850–856. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.04.006>
- Henry, C., Van den Bulke, D., Bellivier, F., Roy, I., Swendsen, J., M'Bailara, K., Siever, L. J., & Leboyer, M. (2008). Affective lability and affect intensity as core dimensions of bipolar disorders during euthymic period. *Psychiatry Research*, 159(1–2), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.11.016>
- Jamison, K. R., & Ph, D. (2007). Manic-Depressive Illness Bipolar Disorders and Recurrent Depression. *Manic-Depressive Illness Bipolar Disorders and Recurrent Depression*, 188–196.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., De Graaf, R., & Van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(1), 38–45. <https://doi.org/10.1046/j.0001-690X.2003.00217.x>
- Jawad, I., Watson, S., Haddad, P. M., Talbot, P. S., & McAllister-Williams, R. H. (2018). Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(12), 349–363. <https://doi.org/10.1177/2045125318804364>
- Jaworska-Andryszewska, P., & Rybakowski, J. K. (2018). Childhood adversity and clinical features of bipolar mood disorder. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 20(2), 13–19. <https://doi.org/10.12740/APP/85244>
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Leon, A. C., Solomon, D. A.,

- Coryell, W., Maser, J. D., & Keller, M. B. (2005). Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: A prospective, comparative, longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 62(12), 1322–1330. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.12.1322>
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1214–1222. <https://doi.org/10.1097/00004583-199910000-00009>
- Karadağ, F., Oral, T., Yalçın, F. A., & Erten, E. (2002). [Reliability and validity of Turkish translation of Young Mania Rating Scale]. *Türk Psikiyatri Dergisi = Turkish Journal of Psychiatry*, 13(2), 107–114. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12794663>
- Karamustafalıoğlu, O. (2018). Bipolar Bozukluk. In *Temel ve Klinik Psikiyatri* (pp. 283–291).
- Keck, P. E., McElroy, S. L., Havens, J. R., Altshuler, L. L., Nolen, W. A., Frye, M. A., Suppes, T., Denicoff, K. D., Kupka, R., Leverich, G. S., Rush, A. J., & Post, R. M. (2003). Psychosis in bipolar disorder: Phenomenology and impact on morbidity and course of illness. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 263–269. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00089-0](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00089-0)
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of Sexual Abuse on Children: A Review and Synthesis of Recent Empirical Studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164–180. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>
- Kessler, R. C., Rubinow, D. R., Holmes, C., Abelson, J. M., & Zhao, S. (1997). The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychological Medicine*, 27(5), 1079–1089. <https://doi.org/10.1017/s0033291797005333>
- Kim, J. S., & Lee, S. (2016). Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological

Psychiatry Influence of interactions between genes and childhood trauma on refractoriness in psychiatric disorders. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2016.01.013>

Koç, F., Aksit, S., Tomba, A., Aydin, C., Koturoğlu, G., Çetin, S. K., Aslan, A., Halicioğlu, O., Erşahin, Y., Turhan, T., Çelik, A., Şenol, E., Kara, S., & Solak, U. (2012). Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases: One-year experience of The Hospital-Based Child Protection Team of Ege University, Turkey. *Türk Pediatri Arsivi*, 47(2), 119–124. <https://doi.org/10.4274/tpa.640>

Küng, A. L., Pham, E., Cordera, P., Hasler, R., Aubry, J. M., Dayer, A., Perroud, N., & Piguet, C. (2019). Psychiatric disorders among offspring of patients with Bipolar and Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 75(10), 1810–1819. <https://doi.org/10.1002/jclp.22817>

Larsson, S., Aas, M., Klungsøyr, O., Agartz, I., Mork, E., Steen, N. E., Barrett, E. A., Lagerberg, T. V., Røssberg, J. I., Melle, I., Andreassen, O. A., & Lorentzen, S. (2013). *Patterns of childhood adverse events are associated with clinical characteristics of bipolar disorder*.

Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., & Bor, D. H. (2015). Smoking and mental illness. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 23(1), 2606–2610. <https://doi.org/10.1177/1039856214565568>

Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Suicide in bipolar disorder: A review. *Psychiatria Danubina*, 26(2), 108–114.

Lee, S., Tsang, A., Kessler, R. C., Jin, R., Sampson, N., Andrade, L., Karam, E. G., Mora, M. E. M., Merikangas, K., Nakane, Y., Popovici, D. G., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., Zarkov, Z., & Petukhova, M. (2010). Rapid-cycling bipolar disorder: Cross-national community study. *British Journal of Psychiatry*, 196(3), 217–225. <https://doi.org/10.1192/bjbp.109.067843>

Leverich, G. S., McElroy, S. L., Suppes, T., Keck, P. E., Denicoff, K. D., Nolen, W.

- A., Altshuler, L. L., Rush, A. J., Kupka, R., Frye, M. A., Autio, K. A., & Post, R. M. (2002). Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological Psychiatry*, 51(4), 288–297. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01239-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01239-2)
- Lewis, D. O. (1992). From Abuse to Violence: Psychophysiological Consequences of Maltreatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(3), 383–391. <https://doi.org/10.1097/00004583-199205000-00001>
- Lingam, R., & Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(3), 164–172. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.1r084.x>
- Liu, D., Diorio, J., Tannenbaum, B., Caldji, C., Francis, D., Freedman, A., Sharma, S., Pearson, D., Plotsky, P. M., & Meaney, M. J. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science*, 277(5332), 1659–1662. <https://doi.org/10.1126/science.277.5332.1659>
- Liu, R. T. (2019). Childhood Maltreatment and Impulsivity: A Meta-Analysis and Recommendations for Future Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(2), 221–243. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0445-3>
- Macdonald, G., Higgins, J. P., Ramchandani, P., Valentine, J. C., Bronger, L. P., Klein, P., O'Daniel, R., Pickering, M., Rademaker, B., Richardson, G., & Taylor, M. (2012). Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001930.pub3>
- Malhi, G., Adams, D., Lampe, L., Paton, M., O'Connor, N., Newton, L., Walter, G., Taylor, A., Porter, R., Mulder, R., & Berk, M. (2009). Clinical practice recommendations for bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 439, 27–46. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01383.x>
- Marsh, W. K., Ketter, T. A., & Rasgon, N. L. (2009). Increased depressive symptoms

- in menopausal age women with bipolar disorder: Age and gender comparison. *Journal of Psychiatric Research*, 43(8), 798–802. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.11.003>
- Martinez-Aran, A., Vieta, E., Torrent, C., Sanchez-Moreno, J., Goikolea, J. M., Salamero, M., Malhi, G. S., Gonzalez-Pinto, A., Daban, C., Alvarez-Grandi, S., Fountoulakis, K., Kaprinis, G., Tabares-Seisdedos, R., & Ayuso-Mateos, J. L. (2007). Functional outcome in bipolar disorder: The role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disorders*, 9(1–2), 103–113. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00327.x>
- Marwaha, S., Gordon-Smith, K., Broome, M., Briley, P. M., Perry, A., Forty, L., Craddock, N., Jones, I., & Jones, L. (2016). Affective instability, childhood trauma and major affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 190, 764–771. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.024>
- Marwaha, Steven, Briley, P. M., Perry, A., Rankin, P., Diflorio, A., Craddock, N., Jones, I., Broome, M., Gordon-Smith, K., & Jones, L. (2020). Explaining why childhood abuse is a risk factor for poorer clinical course in bipolar disorder: A path analysis of 923 people with bipolar i disorder. *Psychological Medicine*, 50(14), 2346–2354. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002411>
- McClave, A. K., McKnight-Eily, L. R., Davis, S. P., & Dube, S. R. (2010). Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: Results from the 2007 national health interview survey. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2464–2472. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.188136>
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M. A., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543–552. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543>
- Mesman, E., Nolen, W. A., Reichart, C. G., Wals, M., & Hillegers, M. H. J. (2013). The dutch bipolar offspring study: 12-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 170(5), 542–549. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030401>

- Miller, S., Dell’Osso, B., & Ketter, T. A. (2014). The prevalence and burden of bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 169(S1), S3–S11. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(14\)70003-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(14)70003-5)
- Montes, J. M., Maurino, J., & Dios, C. De. (2013). *Suboptimal treatment adherence in bipolar disorder : impact on clinical outcomes and functioning*. 89–95.
- Morgan, V. A., Mitchell, P. B., & Jablensky, A. V. (2005). The epidemiology of bipolar disorder: Sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disorders*. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00229.x>
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H., Jankowski, M. K., Bolton, E. E., Lu, W., Hamblen, J. L., Rosenberg, H. J., McHugo, G. J., & Wolfe, R. (2008). A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Treatment for Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental Illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 259–271. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.259>
- Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G. J. J. M., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect*, 77(December 2017), 198–210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). Bipolar disorder: assessment and management. *Australian Family Physician*, 36(4), 12–19.
- Neria, Y., Bromet, E. J., Carlson, G. A., & Naz, B. (2005). Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: Findings from the suffolk county mental health project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(5), 380–383. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00530.x>
- Neria, Yuval, Bromet, E. J., Sievers, S., Lavelle, J., & Fochtmann, L. J. (2002). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: Findings from a first-admission cohort. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 246–251. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.246>

- Nierenberg, A. A., Ostacher, M. J., Borrelli, D. J., Iosifescu, D. V., Perlis, R. H., Desrosiers, A., Armistead, M. S., Calkins, A. W., & Sachs, G. S. (2006). The integration of measurement and management for the treatment of bipolar disorder: a STEP-BD model of collaborative care in psychiatry. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 Suppl 1, 3–7.
- Nimkin, K. (2001). Imaging of child abuse. *Pediatric Musculoskeletal Radiology*, 39(4), 841–864. <https://doi.org/10.1016/j.frad.2016.07.001>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 9(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Ögel, K. (2005). Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 1(47), 61–64.
- Oral, Ü. K., Engin, P., & Büyükyazıcı, Z. (2010). Türkiye’ de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması (The research on child abuse and domestic violence in Turkey). *Turkish Social Services and Child Protection Agency*. <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>
- Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğulları, A. K., & Aktaş, E. A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi = The frequency of childhood trauma and relationship with psychopathology in psychiatric patients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 130–136. sibelorsel@yahoo.com
- Özen, & Şener. (1997). Çocuk ve Ergen Cinsel İstismar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 2(4), 473–493.
- Ozturk, O. (2016). İKİ UÇLU BOZUKLUKTA SAĞALTIM. In *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (pp. 315–326).
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 135(1), 17–36.

<https://doi.org/10.1080/00223980109603677>

Pekdoğan, S. (n.d.). *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi Öğretmen Adaylarının Çocukluk Çağı Örselenmeleri ile Psikolojik Belirti Düzeylerinin İncelenmesi Investigating Childhood Abuse and Psychological Symptom Level of Teacher Candidates.*

Pelendecioglu ve ark. (2009). Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(1).
<https://doi.org/10.17240/aibuefd...-5000091413>

Perroud, N., Zewdie, S., Stenz, L., Adouan, W., Bavamian, S., Prada, P., Nicastro, R., Hasler, R., Nallet, A., Piguet, C., Paoloni-Giacobino, A., Aubry, J. M., & Dayer, A. (2016). Methylation of serotonin receptor 3A in ADHD, Borderline personality, and bipolar disorders: Link with severity of the disorders and childhood maltreatment. *Depression and Anxiety*, 33(1), 45–55.
<https://doi.org/10.1002/da.22406>

Post, M. (1992). of Psychosocial of Recurrent Disorder. *Depression*, August, 999–1010.

R, Ö. A. İ., Eren, İ., Ş, H. S., Kalkan, N., Lu, O. Ğ. U. Ğ., Koçal, N., Devr, H., Özgüven, İ. M. C. İ., Akkaya, C., Terz, B. A. Ş., Karlida, R. Ğ., Lmez, Y. E. N. İ., & Kora, K. (2007). 16. *Türk Psikiyatri Derg (2007) Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenilirlik ve Geçerliliği*. 18(4), 344–352.

Rapoport, S. I., Basselin, M., Kim, H. W., & Rao, J. S. (2009). Bipolar disorder and mechanisms of action of mood stabilizers. *Brain Research Reviews*, 61(2), 185–209. <https://doi.org/10.1016/j.brainresrev.2009.06.003>

Reddy, M. K., Pickett, S. M., & Orcutt, H. K. (2006). Experiential avoidance as a mediator in the relationship between childhood psychological abuse and current mental health symptoms in college students. *Journal of Emotional Abuse*, 6(1), 67–85. https://doi.org/10.1300/J135v06n01_04

Rehm, J., & Shield, K. D. (2019). Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(2), 1–7.

<https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>

- Ry, I. N. A. (1998). *Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation*. 3–7.
- Saddichha, S., & Schuetz, C. (2014). Is impulsivity in remitted bipolar disorder a stable trait? A meta-analytic review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1479–1484. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.010>
- Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Tabarés-Seisdedos, R., Torrent, C., Vieta, E., & Ayuso-Mateos, J. L. (2009). Functioning and disability in bipolar disorder: An extensive review. In *Psychotherapy and Psychosomatics*. <https://doi.org/10.1159/000228249>
- Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1054–1063. <https://doi.org/10.5336/medsci.2011-26947>
- Scannapieco, M., & Connell-Corrick, K. (2014). Do collaborations with schools of social work make a difference for the field of child welfare? Practice, retention and curriculum. *Charting the Impacts of University-Child Welfare Collaboration*, 1359(April), 35–51. <https://doi.org/10.4324/9781315044019-8>
- Schoeyen, H. K., Birkenaes, A. B., Vaaler, A. E., Auestad, B. H., Malt, U. F., Andreassen, O. A., & Morken, G. (2011). Bipolar disorder patients have similar levels of education but lower socio-economic status than the general population. *Journal of Affective Disorders*, 129(1–3), 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.012>
- Selvakumar, N., Menon, V., & Kattimani, S. (2018). *A Cross-sectional Analysis of Patterns and Predictors of Medication Adherence in Bipolar Disorder: Single Center Experience from*. 16(2), 168–175.
- Semiz, U. B., Inanc, L., & Bezgin, C. H. (2013). *Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive – compulsive disorder?* <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0787-7>

- Shen, Y. C. (2018). Treatment of acute bipolar depression. *Tzu Chi Medical Journal*, 30(3), 141–147. https://doi.org/10.4103/tcmj.tcmj_71_18
- Sherwood Brown, E., Suppes, T., Adinoff, B., & Rajan Thomas, N. (2001). Drug abuse and bipolar disorder: Comorbidity or misdiagnosis? *Journal of Affective Disorders*, 65(2), 105–115. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00169-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00169-5)
- Shevlin, M. (2007). Trauma and Psychosis: An Analysis of the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 166. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.1.166>
- Simon, G. E., Bauer, M. S., Ludman, E. J., Operskalski, B. H., & Unützer, J. (2007). Mood symptoms, functional impairment, and disability in people with bipolar disorder: Specific effects of mania and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0811>
- Streeton, J. A. (1994). Guidelines to the evaluation of permanent impairment. *The Medical Journal of Australia*, 160(10), 658. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1994.tb125886.x>
- Suderman, M., Borghol, N., Pappas, J. J., Pinto Pereira, S. M., Pembrey, M., Hertzman, C., Power, C., & Szyf, M. (2014). Childhood abuse is associated with methylation of multiple loci in adult DNA. *BMC Medical Genomics*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1755-8794-7-13>
- Suppes, T., Vieta, E., Liu, S., Brecher, M., & Paulsson, B. (2009). Maintenance treatment for patients with bipolar I disorder: Results from a North American study of quetiapine in combination with lithium or divalproex (trial 127). *American Journal of Psychiatry*, 166(4), 476–488. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020189>
- Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali psikiyatrik yönleri. Derleme. *Hacettepe Tıp Derg.* 2004 35:82-86. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82–86.
- Tekin, A., Özdiş Demiryürek, E., Güleken, M. D., Bakım, B., Özer, Ö. A., & Karamustafalıoğlu, O. (2018). 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>
- Thomson, D., Berk, M., Dodd, S., Rapado-Castro, M., Quirk, S. E., Ellegaard, P. K., Berk, L., & Dean, O. M. (2015). Tobacco use in bipolar disorder. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 13(1), 1–11. <https://doi.org/10.9758/cpn.2015.13.1.1>
- Tohen, M., Waternaux, C. M., & Tsuang, M. T. (1990). Outcome in Mania. A 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Archives of General Psychiatry*, 47(12), 1106–1111. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810240026005>
- Topbas, M. (2004). İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı: Çocuk İstismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4), 76–80.
- U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families. (2020). Child Maltreatment 2018. *Child Welfare Information Gateway*, 39. <https://www.acf.hhs.gov/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>
- United Nations Children’s Fund. (2012). *Measuring and monitoring child protection systems: proposed regional core indicators for East Asia and Pacific*. https://resourcecentre.savethechildren.net/node/7852/pdf/measuring_and_monitoring.pdf
- URL-1. (2017). *Child Maltreatment*. <https://apps.who.int/violence-info/child-maltreatment/> (28.01.2021)
- URL-2. (2020). *Child Maltreatment*. 8 June 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> (29.01.2021)
- URL-3. (2020). 2019 yılı eğitim durumu istatistikleri. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=130&locale=tr> (12.02.2021)
- Ustün, B., & Kennedy, C. (2009). What is “functional impairment”? Disentangling

- disability from clinical significance. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(2), 82–85.
<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00219.x>
- Vahip, S. (2004). Bipolar Depresyon. *Klinik Psikiyatri, Ek 1*, 41–44.
- Vandeleur, C., Rothen, S., Gholam-Rezaee, M., Castelao, E., Vidal, S., Favre, S., Ferrero, F., Halfon, O., Fumeaux, P., Merikangas, K. R., Aubry, J.-M., Burstein, M., & Preisig, M. (2012). Mental disorders in offspring of parents with bipolar and major depressive disorders. *Bipolar Disorders*, 14(6), 641–653.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2012.01048.x>
- Vieta, E. (2005). Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66 Suppl 1, 24–29.
- Wang, D., Lu, S., Gao, W., Wei, Z., Duan, J., Hu, S., Huang, M., Xu, Y., & Li, L. (2018). The Impacts of Childhood Trauma on Psychosocial Features in a Chinese Sample of Young Adults. *Psychiatry Investigation*, 15(11), 1046–1052. <https://doi.org/10.30773/pi.2018.09.26>
- Williams, J. W., & Manning, J. S. (2008). Collaborative mental health and primary care for bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 14 Suppl 2(May), 55–64. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000320127.84175.20>
- Wingo, A. P., Harvey, P. D., & Baldessarini, R. J. (2009). Neurocognitive impairment in bipolar disorder patients: Functional implications. *Bipolar Disorders*, 11(2), 113–125. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00665.x>
- World Health Organization. (2017). Child Maltreatment infography. *Journal of Digestive Endoscopy*, 3(5), 53.
- Worthington, R. (2006). Standards of Healthcare and Respecting Children’s Rights. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99(4), 208–210.
<https://doi.org/10.1258/jrsm.99.4.208>
- Wright, M. O. D., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The

- mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 59–68.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.007>
- Yang, B. Z., Zhang, H., Ge, W., Weder, N., Douglas-Palumberi, H., Perepletchikova, F., Gelernter, J., & Kaufman, J. (2013). Child abuse and epigenetic mechanisms of disease risk. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(2), 101–107.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.10.012>
- Yatham, L., Kennedy, S., Parikh, S., Schaffer, A., Beaulieu, S., Alda, M., O'Donovan, C., Macqueen, G., McIntyre, R., Sharma, V., Ravindran, A., Young, L., Milev, R., Bond, D., Frey, B., Goldstein, B., Lafer, B., Birmaher, B., Ha, K., ... Berk, M. (2013). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disorders*, 15(1), 1–44.
<https://doi.org/10.1111/bdi.12025>
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., O'donovan, C., Parikh, S. V., Macqueen, G., McIntyre, R. S., Sharma, V., Beaulieu, S., Alda, M., Baruch, P., Daigneault, A., Milev, R., Young, T. L., Ravindran, A., Schaffer, A., Connolly, M., & Gorman, C. P. (2006). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: Update 2007. *Bipolar Disorders*, 8(6), 721–739. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00432.x>
- Zara, A. (2004). Çocuk Cinsel İstismarı: Cinsel İstismara Neden Olan Etkenler ve Cinsel İstismarın Çocuklar Üzerindeki Etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 7(13), 103–113.
- Zeng, M., Tez, L. U. U., Dani, T. E. Z., & Prof, M. (2010). *Bipolar bozuklukta koruyucu sağaltım*. 2(2), 206–236.



8. EKLER

BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARI İÇİN SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Tarih:

Sıra No:

Adı – soyadı:

Telefon:

Adres:

- 1) Cinsiyeti: (1) erkek (2) kadın
- 2) Yaşı:
- 3) Doğum tarihi:
- 4) Eğitim durumu: (1) okuryazar değil (2) okuryazar (3) ilkokul
(4) ortaokul (5) lise (6) yüksekokul
- 5) Medeni hali: (1) bekar (2) evli
- 6) Mesleği: (1) çalışmıyor (2) memur/işçi (3) serbest meslek (4) emekli
- 7) Tanı: (1) Bipolar I bozukluk (2) Bipolar II bozukluk
- 8) Alışkanlıklar: A. Sigara kullanımı:
(1) yok (2) <20adet/gün (3) 20adet/gün (4) >20adet/gün
B. Alkol kullanımı:
(1) yok (2) nadiren (3) haftada 1-2 (4) her gün

C. Uyuşturucu madde kullanımı:

(1) yok (2) var

9) Diğer psikiyatrik ek tanılar: (1) yok (2) var

Var ise:

10) Bilinen başka tıbbi hastalıklar: (1) yok (2) var

Var ise tanısı / süresi / tedavisi :

11) Geçirilmiş ameliyat öyküsü var mı? (1) yok (2) var

Var ise:

12) Hastalık süresi (yıl):

13) Hastalığın başlama yaşı:

14) Tedavisiz geçen süre:

15) Hastaneye yatış sayısı:

16) Hastaneye son yatış tarihi:

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

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

19) Mevsimsellik var mı?: (1) yok (2) var

20) Hızlı döngülülük var mı?: (1) yok (2) var

21) Psikotik özellikli epizodlar var mı? (1) yok (2) var

22) Kullandığı ilaçlar (son 6 aydır):

23) İntihar girişimi öyküsü var mı?: (1) yok (2) var

Var ise sayısı / yöntemi :

24) Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı? (1) yok (2) var

Var ise tanısı:

25) Ailede İntihar girişimi öyküsü var mı? (1) yok (2) var

Var ise kim olduğu / biliniyorsa muhtemel tanı ve tedavisi:

26) Ailede alkol/ madde bağımlılık veya kötüye kullanımı öyküsü var mı? (1) yok (2) var

Var ise kim olduğu / madde cinsi ve kullanım miktarı:



YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

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

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

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

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

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

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkâr ediyor

5) İritabilite

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

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı, durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

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

8) Düşünce içeriği

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

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

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

10) Dış görünüm

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

11) İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor

2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkâr ediyor



HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

- 0- Yok
- 1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.
- 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
- 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
- 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

- 0- Yok
- 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
- 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
- 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
- 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

- 0- Yok
- 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
- 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
- 3- İntiharını düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
- 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

- 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
- 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
- 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
- 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
- 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
- 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
- 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

- 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
- 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
- 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
- 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
- 4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

- 0- Yok
- 1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
- 2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psikik anksiyete

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
- 2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
- 3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- İlmli
- 3- Şiddetli
- 4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

Hasta Adı soyadı:

Tarih:

DUYGUSAL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
1	Çevrenizde gelişen olaylara yönelik uygun duygusal tepkiler gösterebiliyor musunuz? (ağlanacak şeylere ağlıyor, gülüneceklere gülebiliyor musunuz?)			
2	Çevrenizdekiler duygularınızın küntleştğini söylüyorlar mı?			
3	Arkadaş ortamında duygusal katılımınız size göre yeterli düzeyde oluyor mu?			

ZİHİNSEL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
4	Kitap yada gazete okurken, anlamakta güçlük çekiyor musunuz?			
5	Alışverişte basit hesapları zihninizden yapabiliyor musunuz?			
6	Sizden istenenleri kafanızda toparlayıp yerine getirmekte güçlük çekiyor musunuz?			
7	Sohbet ortamında, çevrenizde konuşulanlara yeterince			

	kendinizi verebiliyor musunuz?			
--	--------------------------------	--	--	--

CİNSEL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
8	Cinselliğe eskisi kadar ilgi duyuyor musunuz?			
9	Cinsel ilişkinin başlangıcında nefsinizin uyanmasında eskiye göre güçlük çekiyor musunuz?			
10	Cinsel ilişki sırasında eskisi kadar zevk alıyor musunuz?			
11	Cinsel ilişkinin sonunda eskisi kadar tatmin oluyor musunuz?			

DAMGALANMA HİSSİ

		Evet	Kısmen	Hayır
12	Hastalığınız nedeniyle kendinizi yetersiz ya da eksik gibi hissediyor musunuz?			
13	Çevrenizdeki diğer kişiler, sizin hastalığınızı biliyor olsalar, bu durum nedeniyle sizi aşağılar ya da eksikmiş gibi görürler mi?			
14	Başkaları hastalığınızı bilseler, bu durum evlenme konusunda sizin daha fazla zorluk yaşamanıza neden olabilir mi?			
15	Başkalarının hastalığınızı bilmeleri sizin bir işe alınmanızı daha fazla zorlaştırır mı?			

İÇE KAPANIKLIK

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
16	Günlük faaliyetlerinizi ne ölçüde başkalarıyla geçiriyorsunuz?			
17	Topluluk içinde ne kadar sohbete katılıyorsunuz?			
18	Misafir geldiğinde, onların yanında ne kadar bulunuyorsunuz?			

EV İÇİ İLİŞKİLER

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
19	Aile üyelerinin yanında ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
20	Ev içi sohbete ne ölçüde katılıyorsunuz?			
21	Ev içi işlere ne kadar yardım ediyorsunuz?			
22	Evde günlük ihtiyaçlara ne kadar katkıda bulunuyorsunuz?			
23	Evde ne kadar kendinizle ilgili konuşuyor, duygularınızı ifade ediyorsunuz?			
24	Evdeki genel sorunlarla ne ölçüde ilgileniyorsunuz?			

ARKADAŞLARIYLA İLİŞKİLER

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
25	Arkadaşlarınızla ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			

26	Arkadaşlarınızla ne derecede iyi geçiniyorsunuz?			
27	Arkadaşlarınızın sorunlarıyla ne kadar ilgileniyorsunuz?			
28	Arkadaşlarınızla birlikte olmaktan ne derecede memnun oluyorsunuz?			
29	Akrabalarınızla ne derecede ilişkilerinizi sürdürüyorsunuz?			

TOPLUMSAL ETKİNLİKLERE KATILIM

		Nadiren	Bazen	Sıklıkla
30	Arkadaşlarla gezmeye gider misiniz?			
31	Arkadaşlarla parka gider misiniz?			
32	Arkadaşlarla kahveye gider misiniz?			
33	Arkadaşlarla maç seyretmeye gider misiniz?			
34	Arkadaşlarla kafeye/pastaneye gider misiniz?			
35	Arkadaşlarla sinemaya/tiyatroya gider misiniz?			
36	Arkadaşlarınız ne sıklıkta size ziyarete gelir?			
37	Ne sıklıkta dernek/kulüp faaliyetlerine katılırsınız?			

GÜNLÜK ETKİNLİKLER ve HOBİLER

	Aşağıdaki etkinliklere ne ölçüde katılıyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
38	Alışverişe çıkma			
39	Evin faturalarını yatırma			

40	Müzik aleti çalma			
41	Çiçek yada bitki yetiştirme			
42	El işleriyle uğraşma			
43	Spor yapma			
44	Tamir işleriyle uğraşma			
45	Benzer etkinlikler için kurslara katılma (resim, boyama, daktilo vb)			

İNİSİYATİF ALMA ve POTANSİYELİNİ KULLANABİLME

	Aşağıdaki etkinlikleri ne ölçüde yerine getiriyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
46	Kendisi için alışverişe çıkma			
47	İşsizse, iş başvurusunda bulunma			
48	Banka işlerini görme			

İŞ

		Evet	Kısmen	Hayır
49	Çalıştığınız işte emeğinizin karşılığını alıyor musunuz?			
50	Çalıştığınız işte sorumluluk alabiliyor musunuz?			
51	Çalıştığınız işte aktif/üretken görevde misiniz?			
52	Sık sık iş değiştirmek ve iş aramak durumunda kalıyor musunuz? (6 aydan kısa süreli iş deneyimleri)			

Not: Eğer işsizse, son çalıştığı dönem için sorgulayın.

KORUYUCU SAĞALTIMA YANIT ÖLÇEĞİ

A kriteri klinik iyileşme ile koruyucu sağaltım arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için kullanılır.B1-B5 kriterleri iyileşme ile sağaltım arasında nedensel bir ilişki olup olmadığını saptamada kullanılır.

A. Aşağıda yer alan 10luk puanlama sistemine göre yanıt(uygun koruyucu tedavi sırasında hastalık aktivitesi) derecesini belirle:

10. Tam yanıt; uygun koruyucu sağaltım sırasında hiç rekurrens yok; iş ve ev hayatında tam düzelme, hiç rezidüel semptom yok
9. Çok iyi yanıt; hiç rekurrens yok, ancak geçici anksiyete, uyku bozukluğu, disfori, irritabilite gibi minimal rezidüel semptomlar(bu semptomlar müdahale gerektirmez)
8. Çok iyi yanıt; hastalık aktivitesi %90dan fazla azalmıştır
7. İyi yanıt; hastalık aktivitesi %80-90 oranında azalmıştır
6. İyi yanıt; hastalık aktivitesi %65-80 oranında azalmıştır
5. Orta derecede yanıt; hastalık aktivitesinde %50den fazla(%50-%65) azalma
4. Orta derecede iyileşme(%35-50), hastalık aktivitesinde üçte bir oranında azama
3. Ilımlı iyileşme, hastalık aktivitesinde %20-35 oranında azalma
2. Ilımlı iyileşme(%10-20)
1. Hafif iyileşme(%0-10)
0. Yanıt yok; koruyucu sağaltım sırasında atakların sıklığı, sürekliliği ve ciddiyeti değişmedi ya da arttı

B. Yanıt güvenilirliğinin değerlendirilmesi-her bir maddeden 0,1 veya 2 puan çıkar

B1: Koruyucu sağaltımdan önceki atak sayısı

0= 4 veya daha fazla

1= 2 veya 3

2= 1

B2: Koruyucu sağaltımdan önceki atak sıklığı

0= Ortalamanın üstünde, hızlı döngülü dahil

1= Nadir, 3 yıl veya daha uzun spontan remisyon ortalama

2= Sadece 1 atak; rekurrens risk saptanamaz

B3: Koruyucu sağaltım süresi

0= 2 yıl veya daha fazla

1= 1-2 yıl

2= 1 yıldan az

B4: Stabil kalınan periyod süresince uyum

0= Mükemmel; dökümante edilmiş, terapötik aralıkta yer alan serum ilaç düzeyleri

1= İyi; serum düzeylerinin %80den fazlasının terapötik aralıkta yer alıyor olması

2= Kötü; 1 haftadan daha uzun süren koruyucu tedavi alınmayan dönemler; serum ilaç düzeylerinin %80den fazlasının terapötik aralıkta yer almıyor olması

B5: Stabil kalınan dönem boyunca ek ilaç kullanım

0= Düzensiz alınan uyku ilaçları hariç(haftada 1 doz veya daha az); duygudurum bozukluğu için duygudurum düzenlecisi, antidepresanlar veya antipsikotikler kullanılmamış

1= Önlem amacıyla düşük doz antidepresan veya antipsikotik kullanımı veya uzamış uyku ilacı kullanımı

2= Ek duygudurum düzenleyici, antipsikotik veya antidepresan ilaç kullanımı

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

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

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5

8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailemdelikler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailemdelikler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Ailemdelikler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiğı oluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5

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



T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 40465587-050.01.04-187
Konu : Etik Kurul

31.07.2019

Sayın Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz **“Bipolar Bozukluklu Hastalarda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Klinik Özellikler, İşlevsellik Ve Koruyucu Tedavi Üzerine Olan Etkisinin İncelenmesi ”** isimli başvurunuz etik kurulumuz yönergesine göre **03.07.2019** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, **2019/108** karar numarası ile bilimsel ve etik yönden **uygun** bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

e-imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Atilla TOPÇU
Başkan

Tel : Fax :

Bilgi : BURAK HANKAYA

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Kodu : DC28CDD6-C685-434A-B33C-B9FB55FE7640 - <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulan>





RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bipolar bozukluklu hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının klinik özellikler, işlevsellik ve koruyucu tedavi üzerine olan etkisinin incelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	81

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Çiçek HOCAOĞLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	RTEÜ Tıp Fakültesi			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Fatih ÖZDEMİR			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	-----			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	-----			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	-----			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	-----			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	-----			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	-----			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Atilla TOPÇU

9. ÖZGEÇMİŞ

İlköğretimini Güzelordu İlköğretim Okulu ve Durugöl İlköğretim Okulu'nda tamamladı. Ortaöğretimini Ordu Fen Lisesi'nde tamamladı. 2016 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimini tamamladı. 30.09.2016-03.04.2017 tarihleri arasında Yusufeli Devlet Hastanesi'nde pratisyen hekim olarak görev yaptı. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimine 13.04.2017 tarihinde Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nda araştırma görevlisi olarak başladı. 10.12.2018 tarihinden itibaren Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nda araştırma görevlisi olarak eğitime devam etmektedir.