

Bipolar Bozuklukta Şiddet Davranışı Riskinin Çevresel Bir Belirleyicisi Olarak Çocukluk Çağı Travması

Childhood Trauma as an Environmental Determinant of Risk of Violence in Bipolar Disorder

Neşe Burcu BAL¹, Elvan ÖZALP², Meryem Gül TEKSİN³, Zeynep KOTAN², Ersin Hatice KARSLIOĞLU¹, Ali ÇAYKÖYLÜ⁴

¹Ankara Onkoloji Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye

²Psikiyatrist, Özel Hekim, Ankara, Türkiye

³Şişli Hamidiye Etfal Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁴Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZ

Amaç: Şiddet davranışı, çocukluk çağı travması ve Bipolar Bozukluk (BB) arasındaki karmaşık etkileşim belirsizdir. Bu nedenle, BB'de şiddetin risk faktörlerini incelemeyi ve şiddet ile farklı tip çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntem: BB 1 (n=91) ve BB 2 (n=14) tanısı olan remisyonda 105 hastayı değerlendirmeye aldık. Tüm hastalara; Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) ve Şiddet Eğilimi Ölçeği (ŞEÖ) uyguladık. Şiddet davranışının belirleyicilerini tespit etmek amacıyla tek değişkenli ve çok değişkenli doğrusal regresyon analizleri yaptık.

Bulgular: Tüm hastalar ÇÇTÖ, BPSÖ ve ŞEÖ'den yüksek puan aldı. Tek

değişkenli regresyon analizinde; ÇÇTÖ toplam ve alt ölçek puanları (fiziksel ihmal hariç), yaş ve yaşam boyu intihar girişimi hem ŞEÖ hem de BPSÖ puanları ile ilişkiliydi. Duygusal ve cinsel istismar alt tipleri ile şiddet arasındaki ilişki kayda değeri. Çok değişkenli regresyon analizinde; yalnızca ÇÇTÖ toplam puanı ve yaş şiddet ile ilişkiliydi. Yaş ile şiddet arasındaki ilişki negatif yönlüydü.

Sonuç: Tüm çocukluk çağı travmaları, BB hastalarında şiddet davranışı ile ilişkili görünmektedir. Çocukluk çağı travması ve genç yaş, BB'de görülen şiddetin önemli belirleyicilerdir. Türkiye'de geliştirilen ŞEÖ, klinisyenlere olası şiddet davranışını açığa çıkarmadan belirleme imkânı sunabilir.

Anahtar Sözcükler: Bipolar bozukluk, çocukluk çağı travması, şiddet davranışı

ABSTRACT

Introduction: The complex interaction of violent behavior, childhood trauma and bipolar disorder (BD) is unclear. Therefore, we aimed to investigate the risk factors of violence in BD and studied the relationship between different types of childhood trauma and violence.

Methods: We assessed 105 remitted patients diagnosed with BD I (n=91) or BD II (n=14). All patients were evaluated with the Young Mania Rating Scale (YMRS), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ) and Violence Tendency Scale (VTS). Uni- and Multivariable Linear Regression Analyses were conducted to predict violent behavior.

Results: All patients scored high points on CTQ and violence scales. In the univariate regression analysis, CTQ total and subscale scores

(except physical neglect), age and presence of lifetime suicide attempts were correlated with both VTS and BPAQ. Emotional and sexual abuse subtypes had a significant correlation with violence. In the multivariate analysis, only CTQ total score and age were significantly correlated with violence. There was a negative relationship between age and violence.

Conclusion: All types of childhood traumas seem to be correlated with violent behavior in patients with BD. Childhood trauma and younger age are significant determinants of violence in BD. The VTS, which emerged in Turkey, may assist clinicians to detect potentially aggressive behavior before it becomes obvious.

Keywords: Bipolar disorder, childhood trauma, violent behavior

Cite this article as: Bal NB, Özalp E, Teksin MG, Kotan Z, Karslıoğlu EH, Çayköylü A. Bipolar Bozuklukta Şiddet Davranışı Riskinin Çevresel Bir Belirleyicisi Olarak Çocukluk Çağı Travması. Arch Neuropsychiatry 2023;60:344–349.

GİRİŞ

Ruhsal bozukluklar ve şiddet davranışı arasındaki ilişki daha önce birçok çalışma ile belgelenmiştir (1–5). Bipolar Bozukluk (BB) yaygın, yeti yitimine sebep olan bir bozukluktur (6) ve şiddet riskinde artış ile ilişkilidir (7,8). BB'de görülen şiddet davranışı, alkol ve madde kötüye kullanımı (1,5,9–11), çocuklukta ihmal ve istismar (cinsel, fiziksel) ve stresli yaşam olayları (2,11) gibi çeşitli risk faktörleriyle ilişkilidir. İlişkinin kesin mekanizması tam olarak anlaşılmamış olsa da erken yaşam stresinin duygudurum

bozuklukları için dayanıksızlığa neden olduğu öne sürülmüştür (12). BB'de çocukluk çağı travmasının; erken başlangıç, erken hastaneye yatış, artmış intihar eğilimi, dürtüsellik, saldırganlık ve komorbiditeler gibi tekrarlayıcı bir şekilde vurgulanan sonuçları vardır (13,14). Bununla birlikte, çocukluk çağı travması ile şiddet davranışı arasındaki ilişki, BB olan hastalarda özel olarak araştırılmamıştır.

Öne Çıkan Noktalar

- Bipolar bozuklukta (BB) çocukluk çağı travması ve yaşam boyu şiddet davranışı siktir.
- Şiddet davranışı, özellikle çocukluk çağı duygusal/cinsel istismarı ile ilişkilidir.
- BB'de yaş ilerledikçe şiddet davranışı azalmaktadır.
- Şiddet Eğilimi Ölçeği ile olası şiddet davranışı BB'nin erken evrelerinde belirlenebilir.

Sonuç olarak, şiddet davranışı, çocukluk çağı travması ve bipolar bozukluk arasındaki karmaşık etkileşimin daha fazla açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Bu nedenle, bu çalışmada çocukluk çağı travması ve alt bileşenlerinin BB'de şiddet davranışını nasıl etkilediğini araştırmayı amaçladık. Şiddet davranışı ile çocukluk çağı travması arasındaki ilişkinin araştırılması, BB hastalarına yardımcı olacak yöntemlerin bulunmasına katkı sağlayacaktır.

YÖNTEM

Katılımcılar

Klinisyen görüşmesi ile Mental Bozukluklar Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) (15) kriterlerine göre BB I ve BB II tanısı konan, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi özel Bipolar Bozukluklar polikliniğinde takipli ve en az iki aydır remisyonda olan (Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD) skorlarına göre) hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir. Dışlama kriterleri; i) yaş <18 ve >65, ii) çalışmaya katılmayı reddetme veya herhangi bir zamanda onamını geri çekme, iii) Üç dakikadan fazla bilinç kaybı olan kafa travması, iv) herhangi bir majör tıbbi veya nörolojik bozukluk öyküsü ve v) alkol/madde kullanımı ve kişilik bozuklukları dâhil olmak üzere diğer komorbid psikiyatrik bozuklukların yaşam boyu varlığı idi. Yüz beş kişi, 7 Nisan 2015 tarihinde 2015-05/163 onay numarası ile Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinin etik kurulu tarafından onaylanan protokolde katılmak için yazılı bilgilendirilmiş onam vermiştir.

Klinik Değerlendirme ve Ölçme Araçları

Psikopatoloji, mani belirtilerinin şiddeti için YMRS (16), depresyon belirtilerinin şiddeti için HAMD (17) kullanılarak ölçülmüştür. YMRS'nin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Karadağ ve ark. tarafından yapılmıştır (18). HAMD'nin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise 1996 yılında Akdemir ve ark. tarafından yapılmıştır (19). Tüm hastalar HAMD ve YMRS'de eşik değerinin altında puan almıştır.

Her bir katılımcıya ait genel sosyodemografik bilgiler ve klinik veriler yarı yapılandırılmış bir anket ile toplanmıştır.

Çocukluk Çağı Travma Anketi (ÇÇTA): Çocukluk çağı travması, fiziksel istismar (Fis), duygusal istismar (Dis), cinsel istismar (Cis), fiziksel ihmal (Fih) ve duygusal ihmal (Dih) olmak üzere beş klinik alt ölçeği olan ve toplam 28 maddeden oluşan Çocukluk Çağı Travma Anketi (ÇÇTA) kısa formu ile değerlendirilmiştir (20). ÇÇTA'nın kısa formu, Bernstein tarafından 2003 yılında geliştirilen orijinal formdan üretilmiştir (21). Şar ve ark. ÇÇTA'nın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmiştir (22). Çocukluk çağı travmasının varlığını belirlemek için kesme puanlarının; Fih ve Dis için yedi puan, Dih için 12 puan ve toplam ÇÇTA puanı için 35 olarak tanımlanabileceği bildirilmiştir (22).

Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) ve Şiddet Eğilimi Ölçeği (ŞEÖ): Şiddet davranışı, hem BPSÖ-Türkçe versiyonu (23) hem de ŞEÖ

(24) kullanılarak değerlendirilmiştir. BPSÖ, Buss ve Perry tarafından 1992 yılında geliştirilen 29 maddelik bir ölçektir ve fiziksel saldırganlık (FS), sözel saldırganlık (SS), öfke (Ö) ve düşmanlığı (D) ölçen dört klinik alt ölçeği vardır (25). Maddeler, l'den (benim için hiç uygun değil) 5'e (benim için son derece uygun) kadar değişen beşli Likert sistemine göre değerlendirilir ve toplam puan 29–145 arasında değişir. Yüksek BPSÖ puanları saldırganlık düzeyinin arttığını göstermektedir. ŞEÖ, Türkiye'deki lise öğrencileri arasında şiddet eğilimini değerlendirmek için geliştirilmiş 20 maddelik bir ölçektir (Cronbach alpha=0,87). ŞEÖ'nün toplam puanı 20 ila 60 arasında değişmektedir ve yüksek puanlar bireyin şiddet eğiliminin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (24). BPSÖ şiddet davranışını ve saldırganlık düzeyini ölçerken, ŞEÖ esas olarak bireylerdeki şiddet eğilimini belirlemeye çalışmaktadır. Bu nedenle, bu çalışmada hem ŞEÖ hem de BPSÖ kullanılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Veri tabanlarını oluşturmak ve istatistiksel analizleri gerçekleştirmek için IBM Sosyal Bilimlerde İstatistik Paket Programı (SPSS) (Chicago, IL, ABD) v. 11.5 yazılım programı kullanılmıştır. Nicel değişkenler ortalama ve standart sapma olarak, nitel değişkenler ise yüzde olarak bildirilmiştir. BPSÖ ve ŞEÖ üzerinde etkili olan faktörleri belirlemek için tek ve çok değişkenli doğrusal regresyon analizleri kullanılmıştır. P-değerleri p<0,05, p<0,01 ve p<0,001 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Sosyo-demografik ve Klinik Özellikler

Bu çalışmaya, BB I (n=91) veya BB II (n=14) tanısı almış ve remisyonda olan 105 hasta dâhil edilmiştir. Tablo 1, örneklemin sosyo-demografik ve klinik özelliklerini özetlemektedir.

Tablo 1. Örneklemin sosyo-demografik ve klinik özellikleri

	Ortalama	StS
Yaş (yıl)	41,20	±12,87
Eğitim (yıl)	11,76	±3,68
BB başlangıç yaşı (yıl)	26,27	±9,64
Hastalık süresi (yıl)	14,68	±10,26
Hastane yatış sayısı	1,56	±2,19
Geçmiş epizot sayısı	5,65	±6,89
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	65	61,9
Erkek	40	38,1
Çalışma durumu		
Evet (düzenli iş)	39	37,1
Hayır (öğrenci, işsiz veya emekli)	66	62,9
Medeni durum		
Bekar	38	36,2
Evlü	55	52,4
Dul/boşanmış	12	11,4
Yaşam çevresi		
Aile üyeleriyle	90	85,7
Yalnız	9	8,6
Diğer	6	5,7
İlk epizodun tipi		
Mani/hipomani	66	62,9
Depresyon	39	37,1
BB tipi		
BB I	91	86,7
BB II	14	13,3
Yaşam boyu intihar girişimi	23	22,3

BB: Bipolar Bozukluk; StS: Standart Sapma

Tablo 2. Örneklemin çocukluk çağı travmaları ve şiddet davranışı puanları

	Ortalama	Sts
ÇÇTA toplam puan	40,60	±12,76
Dis	7,88	±3,61
Fis	6,07	±2,42
Dih	12,36	±5,37
Fih	8,20	±3,45
Cis	6,16	±2,78
BPSÖ toplam puanı	55,31	±18,60
FS	12,38	±5,78
SS	11,33	±3,93
Ö	16,71	±5,88
D	14,74	±5,62
ŞEÖ toplam puanı	26,66	±6,33

BPSÖ: Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği; Cis: Cinsel İstismar; ÇÇTA: Çocukluk Çağı Travmaları Anketi; D: Düşmanlık; Dih: Duygusal İhmal; Dis: Duygusal İstismar; Fih: Fiziksel İhmal; Fis: Fiziksel İstismar; FS: Fiziksel Saldırganlık; Ö: Öfke; Sts: Standart Sapma; SS: Sözel Saldırganlık; ŞEÖ: Şiddet Eğilimi Ölçeği.

Tablo 3a. ŞEÖ toplam puanı için tek değişkenli doğrusal regresyon analizi

	β	SH	P	%95 GA β		R ²
				Alt Sınır	Üst Sınır	
Yaş	-0,114	0,048	0,018*	-0,209	-0,020	0,054
Cinsiyet	-2,337	1,277	0,070	-4,869	0,196	0,032
Eğitim	0,371	0,472	0,434	-0,566	1,307	0,006
Medeni durum	-0,156	0,749	0,836	-1,643	1,331	0,001
BB başlangıç yaşı	-0,119	0,065	0,069	-0,247	0,010	0,033
BB tipi	1,618	1,832	0,379	-2,017	5,254	0,008
Geçmiş epizot sayısı	-0,041	0,086	0,636	-0,211	0,129	0,002
Yaşam boyu intihar girişimi	3,252	1,473	0,030*	0,330	6,173	0,046
Dis	0,823	0,158	<0,001***	0,510	1,135	0,211
Fis	0,509	0,255	0,049*	0,003	1,015	0,038
Dih	0,238	0,114	0,039*	0,012	0,463	0,041
Fih	0,015	0,181	0,936	-0,345	0,374	0,001
Cis	1,005	0,201	<0,001***	0,606	1,405	0,196
ÇÇTA toplam puanı	0,170	0,046	<0,001***	0,078	0,261	0,117

BB: Bipolar Bozukluk; Cis: Cinsel İstismar; ÇÇTA: Çocukluk Çağı Travmaları Anketi; Dis: Duygusal İstismar; Dih: Duygusal İhmal; Fih: Fiziksel İhmal; Fis: Fiziksel İstismar; GA: Güven Aralığı; SH: Standart Hata; ŞEÖ: Şiddet Eğilimi Ölçeği. İstatistiksel Anlamlılık: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Tablo 3b. ŞEÖ toplam puanı için çok değişkenli doğrusal regresyon analizi

	β	SH	P	%95 GA β		R ²
				Alt Sınır	Üst Sınır	
Sabit	24,833	2,609	<0,001***	19,656	30,010	0,172
Yaş	-0,122	0,045	0,007**	-0,211	-0,034	
ÇÇTA toplam puanı	0,168	0,045	<0,001***	0,078	0,258	

ÇÇTA: Çocukluk Çağı Travmaları Anketi; GA: Güven Aralığı; SH: Standart Hata; ŞEÖ: Şiddet Eğilimi Ölçeği. İstatistiksel Anlamlılık: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Örneklemin Çocukluk Çağı Travması ve Şiddet Davranışı Alt Tiplerinin Dağılımı

Tablo 2, örneklemin çocukluk çağı travmaları ve şiddet davranışı puanlarını göstermektedir. Şar'ın değerlendirmesine göre (Fih ve Dis için 7 puan, Dih için 12 puan ve toplam ÇÇTA puanı için 35 puan); örneklemimizin %61,9'unda (n=65) herhangi bir çocukluk çağı travması öyküsü bulunmaktadır. Travma türüne göre alt ölçek kesme puanlarının üzerinde olanların oranı aşağıdaki gibidir: Örneklemin %39'u (n=41) Dis, %29,5'i (n=31) Fis, %42,9'u (n=45) Dih, %46,7'si (n=49) Fih ve %29,5'i (n=31) Cis bildirmiştir (22).

BB'de Şiddet Davranışının Öngördürücüleri

Tablo 3a'da gösterildiği gibi; yaş, yaşam boyu intihar girişimi varlığı, ÇÇTA toplam puanı ve Dis, Fis, Dih, Cis alt ölçek puanları tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde ŞEÖ toplam puanını yordamıştır.

Çocukluk çağı travma anketi toplam puanı ÇÇTA alt ölçek puanlarını temsil ettiğinden, ŞEÖ toplam puanı için yapılan çok değişkenli doğrusal regresyon analizine yaş ve yaşam boyu intihar girişimleri ile birlikte sadece ÇÇTA toplam puanı dâhil edilmiştir. Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi sonucunda, yaş ve ÇÇTA toplam puanı modelde ŞEÖ toplam puanı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur ve bu iki değişken birlikte

Tablo 4a. BPSÖ toplam puanı için tek değişkenli doğrusal regresyon analizi

	β	SH	P	%95 GA β		
				Alt Sınır	Üst Sınır	R ²
Yaş	-0,366	0,139	0,010*	-0,641	-0,091	0,065
Cinsiyet	2,957	3,810	0,440	-4,602	10,515	0,006
Eğitim	0,588	1,385	0,672	-2,159	3,335	0,002
Medeni durum	1,100	2,183	0,615	-3,231	5,432	0,003
BB başlangıç yaşı	-0,414	0,188	0,030*	-0,788	-0,041	0,046
BB tipi	6,044	5,321	0,259	-4,514	16,601	0,013
Geçmiş epizot sayısı	0,125	0,262	0,635	-0,395	0,644	0,002
Yaşam boyu intihar girişimi	14,277	4,210	0,001**	5,924	22,630	0,103
Dis	3,233	0,395	<0,001***	2,449	4,017	0,396
Fis	2,299	0,725	0,002**	0,861	3,736	0,090
Dih	1,153	0,322	0,001**	0,514	1,791	0,112
Fih	1,024	0,524	0,053	-0,015	2,063	0,036
Cis	2,457	0,614	<0,001***	1,239	3,674	0,136
ÇÇTA toplam puanı	0,704	0,125	<0,001***	0,455	0,953	0,236

BB: Bipolar Bozukluk; BPSÖ: Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği; Cis: Cinsel İstismar; ÇÇTA: Çocukluk Çağı Travmaları Anketi; Dis: Duygusal İstismar; Dih: Duygusal İhmal; Fih: Fiziksel İhmal; Fis: Fiziksel İstismar; GA: Güven Aralığı; SH: Standart Hata. İstatistiksel Anlamlılık: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Tablo 4b. BPSÖ toplam puanı için çok değişkenli doğrusal regresyon analizi

	β	SH	P	%95 GA β		
				Alt Sınır	Üst Sınır	R ²
Constant	43,091	7,389	<0,001***	28,418	57,763	0,323
Yaş	-0,413	0,124	0,001**	-0,660	-0,166	
ÇÇTA toplam puanı	0,714	0,123	<0,001***	0,469	0,959	

BPSÖ: Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği; ÇÇTA: Çocukluk Çağı Travmaları Anketi; GA: Güven Aralığı; SH: Standart Hata. İstatistiksel Anlamlılık: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

ŞEÖ toplam puanındaki varyansın %17,2'sini açıklamaktadır ($R^2=0,172$) (Tablo 3b). Tablo 3b; hastanın yaşı bir birim arttıkça ŞEÖ toplam puanının 0,122 birim azaldığını; ÇÇTA toplam puanı bir birim arttıkça ŞEÖ toplam puanının 0,168 birim arttığını göstermektedir.

Tablo 4a, tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde BPSÖ toplam puanını; yaş, BB başlangıç yaşı, yaşam boyu intihar girişimleri, ÇÇTA toplam puanı ve Dis, Fis, Dih, Cis alt ölçek puanlarının yordadığını göstermektedir. Önceki analizlere benzer şekilde, BPSÖ için yaş ve yaşam boyu intihar girişimleri ile birlikte yalnızca ÇÇTA toplam puanı çok değişkenli doğrusal regresyon analizine dâhil edilmiştir. ŞEÖ'de olduğu gibi, BPSÖ için yapılan çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde, yaş ve ÇÇTA toplam puanı BPSÖ toplam puanını yordamıştır (Tablo 4b). Bu iki değişken birlikte BPSÖ toplam puanındaki değişimin %32,3'ünü açıklamaktadır ($R^2=0,323$). Tablo 4b'ye göre; hastanın yaşı bir birim arttıkça BPSÖ toplam puanı 0,413 birim azalmakta ve ÇÇTA toplam puanı bir birim arttıkça BPSÖ toplam puanı 0,714 birim artmaktadır.

TARTIŞMA

Bipolar bozukluk ve şiddet davranışı eğilimi arasındaki ilişki iyi bilinen ve önemli bir konudur. Önceki çalışmalar, çocukluk çağı travmasının da ruhsal hastalıklarda şiddet davranışına katkıda bulunan bir faktör olduğunu bildirmiştir (2,11). Ancak, bipolar bozukluk için çocukluk çağı travması ve şiddet arasındaki ilişkiye dair çok az açıklama bulunmaktadır. Çalışmamızın ana bulgusu, bipolar bozuklukta çocukluk çağı travma öyküsü ile iki farklı ölçekle değerlendirdiğimiz şiddet davranışı arasında pozitif bir korelasyon olmasıdır. Buna ek olarak çalışmamızda, bipolar bozukluk hastalarında yaş ile şiddet davranışı arasında negatif bir korelasyon saptadık.

Volavka, şiddet ve saldırganlık terimlerinin birbirinin yerine kullanıldığını öne sürmüştür (7). Buss-Perry saldırganlık ölçeği ile ilgili ilk raporda,

Buss ve Perry saldırgan davranışın bileşenlerini tanımlamıştır (25). Bu rapora göre, başkalarını incitmeyi ve zarar vermeyi amaçlayan fiziksel ve sözel saldırganlık, şiddet davranışının araçsal ve motor bileşenini temsil etmektedir. Fizyolojik uyarılmayı ve saldırganlığa hazırlığı içeren öfke, duygusal ve affektif bileşeni temsil etmektedir. Kötü niyet ve adaletsizlik duygularından oluşan düşmanlık ise son olarak bilişsel bileşeni temsil etmektedir. Bu nedenle hem saldırganlığı hem de şiddet eğilimini ölçmek istedik, bu da iki farklı ölçek gerektirdi: ŞEÖ ve BPSÖ.

ŞEÖ, Türkiye'deki lise öğrencilerinde şiddet eğilimini değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir (24) ve bariz şiddet davranışı olmaksızın şiddeti öngörme konusunda klinisyenler için değerli olabilir. Ancak, ölçeğin BB hastaları için geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulunmamaktadır. Ölçeğin kesme noktası olmadığından ve çalışmamızda kontrol grubu bulunmadığından, örneklemimizdeki şiddet eğiliminin düzeyini kesin olarak belirleyemedik. Bununla birlikte, ŞEÖ toplam puan ortalamasının düşük olması (ortalama=26 puan, ölçek puan aralığı=20–60 puan) nedeniyle örneklemimizdeki eğilimin hafif düzeyde olduğu sonucuna varabiliriz.

Örneklemimizin BPSÖ toplam puan ortalaması 55,31'di ve Öfke, tüm alt ölçekler arasında en yüksek puan ortalamasına sahipti. Örneklemimizin ortalama BPSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları önceki bir çalışma ile uyumluydu (26). Buna karşılık, BB hastalarında yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, örneklemimizin ortalama BPSÖ alt ölçek puanları daha düşüktü (8,27). Örneklem grubumuzda şiddet düzeyinin düşük olmasının birkaç nedeni olabilir: Birincisi, örneklemimizin remisyonda olması. İkincisi, örneklem grubumuzun Türkiye'nin başkenti olan ve Orta Anadolu Bölgesi'nde yer alan bir metropol olan Ankara'da yaşayan hastalardan oluşmasıdır. Diğer bölgelere (örneğin Doğu Anadolu Bölgesi) ve ülke ortalamasına kıyasla, daha yüksek bir eğitim seviyesi ve daha düşük işsizlik oranları vardır (28). Türkiye'nin Doğu Bölgesinde aile içi şiddet de daha yaygındır (29). Üçüncü olarak, örneklem grubumuz,

bireysel psiko-eğitimin rutin bir uygulama olduğu ayaktan bipolar bozukluklar birimimizde düzenli şekilde tedavi ve takipte olan hastalardan oluşmuştur. Bu özelleşmiş birimdeki takipler, bu hastalar için daha fazla terapötik müdahaleye katkıda bulunmuş olabilir.

Adıgüzel ve ark. tarafından BB hastalarında yapılan çalışmada, ÇÇTA skorları bizim bulduğumuzdan daha yüksektir. Onların çalışmasında ve bizim çalışmamızda BPSÖ puanları arasındaki farka ilişkin yukarıda verdiğimiz nedenlerin aynı zamanda ÇÇTA puanları arasındaki farkı da açıklayabileceğini düşünüyoruz (27). Her iki çalışmada da ÇÇTA skorlarının bipolar bozukluk hastalarında şiddet davranışı ile bağlantılı olduğunu görüyoruz. Bu da bizi, çocukluk çağı travması ile şiddet davranışı arasındaki ilişkinin BB'de önemli olduğu sonucuna götürmektedir. Bu ilişkinin daha ayrıntılı olarak araştırılması, bu ilişkiyi hangi faktörlerin etkileyebileceğini belirlemek veya çoklu çocukluk çağı travması olan hastalarda şiddet davranışıyla mücadelede yöntemler geliştirebilmek için önemli ve gerekli görünmektedir.

Şar'ın puanlama önerisine göre, örneklemimizin %61,9'unun çocukluk çağı travması yaşadığını ve Fih'in tüm travma alt tipleri arasında %46,7'lik oranla en sık görülen tip olduğunu söyleyebiliriz (22). Bir çalışmada, çoklu travmaların BB'de (%63) kontrol grubuna göre daha sık olduğu gösterilmiştir (20). Aas ve ark., tüm alt bileşenleriyle çocukluk çağı travmasının BB ile yüksek oranda ilişkili görüldüğünü bildirmiştir (30). Biz çalışmamızda, tüm ÇÇTA alt ölçek puanlarının kesme noktasının üzerinde olduğunu ve ortalama puanların diğer çalışmalarla tutarlı olduğunu bulduk (30,31). BB'de çocukluk çağı istismarının yüksek oranda görülmesinde çeşitli faktörlerin rolü olabilir. BB'nin genetiği ile bağlantılı karmaşık özellikler göz önüne alındığında (32), muhtemel ebeveyn psikopatolojisini temsil eden potansiyel saldırgan davranışların çocukluk çağı istismarından sorumlu olması mümkündür. Buna ek olarak, bozukluğun prodromal özellikleri çocuklukta ortaya çıktığında, yüksek düzeyde görülen duygusal dışavurumu, BB hastalarına karşı saldırgan davranışlara ve sözel veya duygusal düşmanlığa katkıda bulunabilir (33). Bipolar bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı istismarı ve şiddet davranışının yüksek oranları göz önünde bulundurulduğunda, çocukluk çağı istismarının şiddeti öngördürüp öngördürmediğinin açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Tek değişkenli regresyon analizinde, ortalama ÇÇTA toplam puanı, Dis, Cis, Fis ve Dih alt ölçek puanlarının hem ŞEÖ hem de BPSÖ toplam puanları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca yaş ve yaşam boyu intihar girişimi varlığı da BB'de ŞEÖ ve BPSÖ ile ölçülen şiddet ile anlamlı şekilde ilişkiliydi. Şiddet eğilimi ölçeği ve BPSÖ değerlendirmeleri arasında sadece bir farklı bulgu vardı: BB'nin başlangıç yaşı BPSÖ toplam puanı ile korelasyon gösterirken, ŞEÖ toplam puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon göstermemiştir. Ayrıca, yaşam boyu intihar girişimi varlığı ve hastalık başlangıç yaşı değişkenleri hem ŞEÖ hem de BPSÖ için yapılan çok değişkenli regresyon analizlerinde anlamlılığını koruyamamıştır. Çok değişkenli regresyon analizlerinde yalnızca ÇÇTA toplam puanı ve yaşın hem ŞEÖ hem de BPSÖ ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. BPSÖ, ruhsal bozukluklarda şiddet davranışını değerlendirmek için sıklıkla kullanılan değerli bir ölçektir. Çalışmamızda; ŞEÖ ve BPSÖ ile benzer bulguların saptanması, ŞEÖ'nün, şiddet davranışı aleni hale gelmeden önce, BB'de şiddeti tahmin etmek için de değerli bir ölçek olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Bu, klinisyenin şiddet davranışı için önlem almasını ve önleme için gerekli adımları atmasını sağlayabilir.

Herhangi bir olumsuz çocukluk olayının varlığının, ağır ruhsal bozukluklarda şiddet riskini iki katına çıkardığı bildirilmiştir (11). Ruhsal rahatsızlığı olmayan gençler üzerinde yapılan bir çalışmada, çocuklukta fiziksel istismarın gençlerde saldırganlık için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (34). Çalışmamızda, Fih hariç tüm çocukluk çağı travma alt tipleri şiddetle ilişkilendirilmiş, Dis ve Cis ile olan korelasyonlar diğerlerine göre istatistiksel olarak daha anlamlı bulunmuştur. Önceki çalışmalar çocukluk çağı duygusal istismar ve/veya ihmalinin BB'de affektif labilité

(35) ve saldırgan özellikler (36) ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Dis, bipolar bozukluk hastalarında affektif labilitéye katkıda bulunarak agresif ve şiddet içeren davranışları artırabilir. Biz çalışmamızda BB'de Cis'in şiddetle önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulurken, önceki çalışmalar bunun özellikle intihar eğilimi ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür (37,38). Çocukluk çağı travması ile intihar eğilimi arasında iyi bilinen bir ilişki olduğu için (37-39) bu faktörün etkisini ortadan kaldırmak için çok değişkenli regresyon analizi yaptık. Yaşam boyu intihar girişimi varlığı tek değişkenli regresyon analizlerinde şiddetle ilişkiliyken, çoklu regresyon modelinde kontrol edildiğinde istatistiksel olarak anlamlılığını yitirdi. Sadece herhangi bir çocukluk çağı travması öyküsü ve yaş, BB'de şiddet için risk faktörleri olarak tespit edildi. Ayrıca, çocukluk çağı travmalarının birçok psikiyatrik durum için etiyolojik bir risk faktörü olduğu düşünüldüğünde, erken dönem travmaların hem intihar eğilimi hem de şiddet için bir risk oluşturduğu söylenebilir. Bu travmalar aynı zamanda, en azından bozukluğun seyri sırasında, bipolar bozukluk hastalarında bu davranışların dışavurumunu öngördüren önemli risk faktörleridir.

Nispeten daha genç psikiyatri hastalarının şiddete daha yatkın olduğu görülmektedir (4,40,41) çünkü genç yaşlarda endişe veya korku gibi olumsuz duyguları kontrol etmekte zorluk çekilmektedir (24). Literatürle uyumlu olarak, örneklemimizde genç yaş şiddet için bir risk faktörü olarak ortaya çıkmaktadır. Şiddet genellikle gençlerin bir sorunu olarak algılanmaktadır. Duygudurum bozukluğu, madde bağımlılığı, aile, akran ve akademik etki, medya etkisi, çocukluk çağı istismarı genç saldırganlığı için tanımlanan risk faktörlerinden bazılarıdır (34). Bulgularımıza göre, şiddet yaşla birlikte azalmaktadır ve sorunlarla başa çıkma becerisi yaşla birlikte gelişebilmektedir. Bununla birlikte, Alzheimer gibi organik akıl hastalığı olan 65 yaş üstü kişilerin şiddet davranışı sergileme olasılığı diğer psikiyatrik hasta gruplarına göre daha yüksektir (42,43). Örneklemimizde 65 yaş üstü hastalar zaten hariç tutulmuştu ve diğer organik ruhsal hastalık tanıları yoktu.

Bu çalışmanın sınırlılıkları arasında hem şiddet davranışı hem de çocukluk çağı travması verilerinin öz bildirim anketlerinden elde edilmiş olması yer almaktadır. Çocukluk çağı travmasına ilişkin geçmişe dönük değerlendirmeler kontrol edilemeyen hatırlama yanlılığından etkilenmiş olabilir. Öte yandan hem BPSÖ hem de ÇÇTA'nın yüksek güvenilirlik ve geçerliğe sahip olduğu gösterilmiştir (21,25). BB'de şiddet davranışının öngördürücülerini belirlemek için ileriye dönük bir çalışma gereklidir. Yine de çalışmamızdaki çok değişkenli regresyon analizi bulgularına göre, çocukluk çağı travma öyküsü ve nispeten daha genç yaş, bipolar bozuklukta şiddet davranışının orta düzeyde belirleyicileri olarak tanımlanabilir. Vurgulanması gereken diğer kısıtlılıklar ise örneklem sayısının küçük olması ve kontrol grubunun bulunmamasıdır ki, bu da şiddet davranışı açısından BB I ve BB II arasındaki farkı tanımlamamızı engellemiştir. Hastaların BB tanılarını doğrulamak için SCID-5 uygulanmaması çalışmanın bir diğer kısıtlılığıdır. Ayrıca, yaşam boyu alkol ve uyuşturucu kullanımı olan hastaların örneklemden çıkarılması, sonuçların şiddet davranışının ciddiyeti açısından genelleştirilmesini engelleyebilir.

Sonuç olarak, çalışmamızın bulguları, çocukluk çağındaki travmatik olayların bipolar bozuklukta şiddet davranışı üzerindeki önemini göstermektedir. Her tür çocukluk çağı travması, bipolar bozukluk hastalarında şiddet davranışı ile ilişkili görünmektedir. Buna ek olarak, hastanın yaşı büyüdükçe şiddet davranışının azaldığını tespit ettik. Ayrıca, şiddet eğilimini ölçen ŞEÖ'nün klinisyene olası şiddet davranışlarını bu tür davranışlar belirgin hale gelmeden önce belirleme imkânı verebileceğini belirttik. Özetle, hastalara çocukluk çağındaki travmatik olayların varlığını sormak, BB'de şiddet davranışını öngörmek açısından önemlidir. Bu nedenle, çocukluk çağı travmalarının değerlendirilmesinin bipolar bozukluk hastalarının klinik değerlendirmesine dâhil edilmesini öneriyoruz.

Etik Komite Onayı: 7 Nisan 2015 tarihinde Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından 2015-05/163 onay numarası ile onaylandı.

Hasta Onamı: Katılımcılar protokole katılmak için yazılı bilgilendirilmiş onam vermiştir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir- EÖ, AÇ, ZK; Tasarım- EÖ, ZK, EHK; Denetleme- EÖ, NBB, MGT; Kaynaklar- NBB, MGT; Malzemeler- NBB, MGT; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi- NBB, MGT; Analiz ve/veya Yorum- EÖ, NBB, MGT; Literatür Taraması- EÖ, NBB, MGT; Yazıyı Yazan- NBB, EÖ, EHK; Eleştirel İnceleme- EÖ, AÇ, EHK, ZK.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Çalışmanın hiçbir aşamasında finansal destek kullanılmamıştır.

KAYNAKLAR

- Alniak İ, Erkiran M, Mutlu E. Substance use is a risk factor for violent behavior in male patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2016;193:89-93. [Crossref]
- Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57:979-986. [Crossref]
- Elbogen EB, Dennis PA, Johnson SC. Beyond mental illness: Targeting stronger and more direct pathways to violence. *Clin Psychol Sci.* 2016;4:747-759. [Crossref]
- Pinna F, Tusconi M, Dessi C, Pittaluga G, Fiorillo A, Carpiniello B. Violence and mental disorders. A retrospective study of people in charge of a community mental health center. *Int J Law Psychiatry.* 2016;47:122-128. [Crossref]
- Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One.* 2013;8:e55942. [Crossref]
- Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018;20:97-170. [Crossref]
- Volavka J. Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatr Danub.* 2013;25:1-33.
- Ballester J, Goldstein T, Goldstein B, Obreja M, Axelson D, Monk K, et al. Is bipolar disorder specifically associated with aggression? *Bipolar Disord.* 2012;14:283-290. [Crossref]
- Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66:152-161. [Crossref]
- Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Långström N. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67:931-938. [Crossref]
- Van Dorn R, Volavka J, Johnson N. Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47:487-503. [Crossref]
- Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry.* 2001;49:1023-1039. [Crossref]
- Goldberg JF, Garno JL. Development of posttraumatic stress disorder in adult bipolar patients with histories of severe childhood abuse. *J Psychiatr Res.* 2005;39:595-601. [Crossref]
- Pascual MA, Levenson JC, Merranko J, Gill MK, Hower H, Yen S, et al. The effect of traumatic events on the longitudinal course and outcomes of youth with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2020;274:126-135. [Crossref]
- APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. [Crossref]
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J psychiatry.* 1978;133:429-435. [Crossref]
- Hamilton M. A rating scale for depression. *View Artic. J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23:56-62. [Crossref]
- Karadağ F, Oral T, Aran Yalçın F, Erten E. Reliability and Validity of Turkish Translation of Young Mania Rating Scale. *Turkish J Psychiatry.* 2001;13:107-114.
- Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar HM, İşcan N, Özbay H. Validity, reliability and clinical use of the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). *J Psychiatry Psychol Psychopharmacol.* 1996;4:251-259.
- Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry.* 1994;151:1132-1136. [Crossref]
- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 2003;27:169-190. [Crossref]
- Şar V, Öztürk PE, İkikardeş E. Validity and reliability of the Turkish Version of the childhood trauma questionnaire. *Türkiye Klin J Med Sci.* 2012;32:1054-1063. [Crossref]
- Madran HA. Reliability and Validity of the Buss-Perry Aggression Questionnaire-Turkish Version. *Turkish J Psychiatry.* 2013;24:124-129.
- Haskan Ö, Yıldırım İ. Development of Violence Tendency Scale. *Educ Sci.* 2012;37:165-177.
- Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol.* 1992;63:452-459. [Crossref]
- Johnson SL, Sandel DB, Zisser M, Pearlstein JG, Swerdlow BA, Sanchez AH, et al. A brief online intervention to address aggression in the context of emotion-related impulsivity for those treated for bipolar disorder: Feasibility, acceptability and pilot outcome data. *J Behav Cogn Ther.* 2020;30:65-74. [Crossref]
- Adigüzel V, Özdemir N, Şahin ŞK. Childhood traumas in euthymic bipolar disorder patients in Eastern Turkey and its relations with suicide risk and aggression. *Nord J Psychiatry.* 2019;73:490-496. [Crossref]
- TSI - Geographical Statistics Portal [Internet]. [cited 2022 Sep 18]. Available from: <https://cip.tuik.gov.tr/>
- Laleoğlu A, Özmete E, Demirci Akyol E. Mobbing ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Sultan II. Abdülhamid döneminde sosyal politika uygulamaları. Social Policy Studies.* 2013;13:9-48.
- Aas M, Henry C, Andreassen OA, Bellivier F, Melle I, Etain B. The role of childhood trauma in bipolar disorders. *Int J Bipolar Disord.* 2016;4:2. [Crossref]
- Watson S, Gallagher P, Dougall D, Porter R, Moncrieff J, Ferrier IN, et al. Childhood trauma in bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48:564-570. [Crossref]
- Faraone SV, Tsuang MT. Heterogeneity and the genetics of bipolar disorder. *Am J Med Genet Part C (Semin Med Genet).* 2003;123C:1-9. [Crossref]
- Kim EY, Miklowitz DJ. Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *J Affect Disord.* 2004;82:343-352. [Crossref]
- Sharma MK, Marimuthu P. Prevalence and psychosocial factors of aggression among youth. *Indian J Psychol Med.* 2014;36:48-53. [Crossref]
- Aas M, Aminoff SR, Lagerberg TV, Etain B, Agartz I, Andreassen OA, et al. Affective lability in patients with bipolar disorders is associated with high levels of childhood trauma. *Psychiatry Res.* 2014;218:252-255. [Crossref]
- Garno JL, Gunawardane N, Goldberg JF. Predictors of trait aggression in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2008;10:285-292. [Crossref]
- Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck Jr PE, Denicoff KD, Nolen WA, et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiatry.* 2002;51:288-297. [Crossref]
- Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry.* 2005;186:121-125. [Crossref]
- Álvarez M-J, Roura P, Osés A, Foguet Q, Solà J, Arrufat F-X. Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *J Nerv Ment Dis.* 2011;199:156-161. [Crossref]
- Biancosino B, Delmonte S, Grassi L, Santone G, Preti A, Miglio R, et al. Violent behavior in acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *J Nerv Ment Dis.* 2009;197:772-782. [Crossref]
- Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers L. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric inpatient aggression. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;127:255-268. [Crossref]
- O'Callaghan CE, Richman A V, Majumdar B. Violence in older people with mental illness. *Adv Psychiatr Treat.* 2010;16:339-348. [Crossref]
- Rosen T, Makaroun LK, Conwell Y, Betz M. Violence in older adults: scope, impact, challenges, and strategies for prevention. *Health Aff (Millwood).* 2019;38:1630-1637. [Crossref]