

T.C.  
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**UNİPOLAR VE BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN  
HASTALARIN BASKIN AFEKTİF MİZAÇ,  
MİZAÇ-KARAKTER ÖZELLİKLERİ  
VE  
ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENMELERİ  
AÇISINDAN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ**

**DR. Z. NERGİS TELLİOĞLU**

**TEZ DANIŞMANI: PROF.DR. R.PEYKAN GÖKALP**

**İSTANBUL - 2011**

# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	3
<b>1.GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
1.1.UNİPOLAR BOZUKLUK.....	5
1.1.1.TANIM.....	5
1.1.2.EPİDEMİYOLOJİ.....	5
1.1.3.RİSK FAKTÖRLERİ.....	6
1.1.4.ETİYOLOJİ.....	6
1.1.5.TANI.....	8
1.1.6.SEYİR VE PROGNOZ.....	10
1.2.BİPOLAR BOZUKLUK.....	10
1.2.1.TANIM.....	10
1.2.2.EPİDEMİYOLOJİ.....	11
1.2.3.RİSK FAKTÖRLERİ.....	11
1.2.4.ETİYOLOJİ.....	11
1.2.5.TANI.....	12
1.2.6.SEYİR VE PROGNOZ.....	14
1.3.MİZAÇ, KARAKTER VE KİŞİLİK.....	14
1.4.ÖRSELENME (TRAVMA).....	22
<b>2.AMAÇ VE HİPOTEZ.....</b>	<b>25</b>
<b>3.YÖNTEM VE GEREÇLER.....</b>	<b>25</b>
3.1.DENEKLERİN SEÇİMİ.....	25
3.2.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	27
3.3.İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRMELER.....	30
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>31</b>
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>44</b>
<b>6.SONUÇ.....</b>	<b>56</b>
<b>7.ÖZET.....</b>	<b>61</b>
<b>8.ABSTRACT.....</b>	<b>63</b>
<b>9.KAYNAKÇA.....</b>	<b>65</b>
<b>10.EKLER.....</b>	<b>79</b>

## **ÖNSÖZ**

*Uzmanlık eğitimimde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, asistanı olmaktan büyük mutluluk duyduğum Anabilim Dalı Başkanı'mız ve tez danışmanım Prof. Dr. Peykan GÖKALP'e,*

*Eğitimimde büyük katkıları olan sevgili hocam Doç. Dr. Figen KARADAĞ'a,*

*Eğitimime olan katkıları ve her konuda desteğini esirgemeyen kliniğimiz uzmanı Yard. Doç. Dr. Devran TAN'a,*

*Bu günlere gelirken her zaman yanımda olan canım aileme,*

*Tezimin bütün safhalarında bana destek olan sevgili eşim Özcan SAKA'ya,*

*Birlikte çalışmaktan her zaman onur ve mutluluk duyduğum asistan doktor arkadaşlarıma, kliniğimiz psikolog, hemşire ve yardımcı sağlık personeline,*

*Kendilerinden çok şey öğrendiğim hastalarımın saygı ve teşekkürlerimi sunarım.*

**Dr. Z. Nergis TELLİOĞLU**

## 1.GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

Duygudurum, bireyin bir süre değişik derecelerde rahat, neşeli, üzüntülü, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunuşudur. İnsanda duygudurum dört ana başlık altında sınıflandırılabilir:

Normal duygudurum: Belli sınırlar içinde dalgalanmalar gösteren, fakat kişinin kendisine ya da yakınlarının gözlemlerine göre aşırılık olmayan duygusal bir durumdur.

Taşkın duygudurum: Kişinin günlük yaşamında aşırı neşelilik, kendini iyi hissetme egemendir.

Çökkün duygudurum: Kişinin günlük yaşamında üzüntü, hüznün, elem duygusu egemendir.

Sıkıntılı, tedirgin duygudurum: Kişinin günlük yaşamında tedirginlik, sıkıntı, öfke, mutsuzluk baskındır.

Duygudurum bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinir. Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır depresyon ve mani dönemleri geçiren kişiler tanımlanabilmektedir. Melankoli deyimini ilk olarak Hipokrat kullanmıştır (İ.Ö.V. yy). Bugün ağır depresyon olarak bildiğimiz bozukluğa Hipokrat *melankoli* adını vermiş ve bunu “kara safraya” bağlamıştı. Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri İbni Sina olmuş ve ilginç olgu örnekleri vermiştir. 19. yy da Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankolinin değişik türlerini, klinik belirtilerini yazmışlarsa da hepsini *psikoz manyak depresif* adı altında toparlamayı, hastalığın belirtilerinin, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını Kraepelin (1896) başarmıştır. Kraepelin’in erken bunama (*demantia praecox*) ile manik depresif hastalığı ayırma çabaları düşünce ve duygulanımın ayırımına denk gelmekle birlikte, Kraepelin hiçbir yerde manik depresif hastalığı birincil bir duygulanım bozukluğu olarak adlandırmamıştır (Öztürk 2008).

Duygudurum bozuklukları geçirilen duygudurum ataklarının türüne göre major depresif bozukluk ve bipolar bozukluk olmak üzere iki ana gruba ayrılır (Güleç 1997).

Unipolar ve bipolar bozuklukların ayrımı Pierre Falret (1851) ve Jules Baillarger (1854) tarafından yapılan çalışmalarda kökleşmiştir. Daha sonra bipolar ve unipolar bozukluklar arasında klinik, genetik ve gidiş ve sonlanım özellikleri açısından nozolojik farklılıklar olduğunu gösteren Angst (1966), Peris (1966) ve Winokur ve ark. (1969) bu ayrımı geçerli hale getirmişlerdir.

Bununla birlikte iki hastalık grubu arasında örtüşen birçok alan mevcuttur ki bu da affektif hastalıkların depresif ve manik uçları arasında muhtemel klinik alt tiplerin olabileceği sorusunu akla getirmiştir. Manik atağı olan bipolar bozukluk ile manik veya hipomanik atağı olmayan unipolar depresyonun bir spektrumun iki ucunu temsil edebileceği ifade edilmiştir (Ceylan 2001, Merikangas 2005).

## **1.1. Unipolar Depresif Bozukluklar**

### **1.1.1.Tanım**

Çökkünlük anlamında kullanılan “depresyon ” sözcüğünün kökeni Latince “depressus” yani aşağıya çekme sözcüğünden gelmektedir. Depresyon sözcüğü farklı anlamlarda kullanılan bir sözcük olmakla birlikte psikoloji bilimi, entelektüel işlevlerde ya da psikomotor performansta azalma ile kendini gösteren optimal performans azalmasını depresyon olarak değerlendirir (Coşar 2005). En az iki depresif atak geçiren hastalar DSM-IV’te major depresif bozukluk, yineleyici tip olarak sınıflandırılırlar. DSM-IV terimi olmamakla birlikte bu durum unipolar depresif bozukluk olarak adlandırılmaktadır (Kaplan 2004).

### **1.1.2 Epidemiyoloji**

Duygudurum bozuklukları, öncelikle ruhsal çökkünlükler bütün hastalıklar arasında en sık görülen bozukluklardandır (Öztürk 2008). Yaşam boyu major depresyon prevalansı % 4,4-19,9 olarak verilmiştir. Yaşam boyu prevalans oranı erkeklerde % 5–12, kadınlarda ise % 10–25 civarındadır (Işık 2003, Kaplan 2004). Dünya Sağlık Örgütü’nün işbirliği ile Türkiye’nin de aralarında bulunduğu 14 ülkede temel sağlık hizmeti veren merkezlere başvuran hastalarda yapılmış olan geniş bir araştırmanın verilerine göre DSM-III-R’ye ( *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Mental Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı*) ya da ICD-10’a ( *International Classification of Diseases-Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması*) göre tanı konulabilen çökkünlüklerin 14 ülke için ortalama yaygınlık oranı % 10.4, Ankara Gölbaşı Sağlık Merkezi için % 11.6 bulunmuştur. Türkiye Ruh Sağlığı Profili

çalışmasının verilerine göre sağlık ocaklarına başvuran hastalarda çökkünlük oranı % 20 olarak belirlenmiştir (Öztürk 2008).

### 1.1.3 Risk faktörleri

Major depresif bozukluğun ortalama başlangıç yaşı yaklaşık 40 tır. Hastaların %50 sinde başlangıç 20-50 yaşları arasındadır. Kültür ya da ülkeden bağımsız olarak major depresif bozukluğun kadınlarda erkeklerden iki kat fazla görüldüğü hemen hemen evrensel bir gözlemdir. Genelde major depresif bozukluk yalnız, boşanmış veya ayrı yaşayan bireylerde daha siktir (Kaplan 2004) . Biyolojik akrabalarında major depresyon olanlarda hastalığın ortaya çıkma riski erkeklerde %11, kadınlarda ise %18 düzeyindedir (Işık 2003). Uzun süre devam eden ya da üst üste gelen olumsuz yaşam olayları risk etkeni olarak kabul edilmektedir. Daha önceden geçirilmiş depresif bozukluk, alkol ya da madde kötüye kullanımı, anksiyete bozukluğu, distimi, birincil uyku bozukluğu ve nörolojik hastalıkların varlığı gibi durumlar depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (Coşar 2005).

### 1.1.4. Etiyoloji

Depresif bozukluğun etyolojisinde rol oynayan etkenler biyolojik ve psikososyal etkenler olarak ayrılabilir.

#### 1.1.4.1. Biyolojik Etkenler

**a) Biyojenik aminler:** Yapılan çalışmalarda, duygudurum bozukluğu olan hastaların kan, idrar ve beyin-omurilik sıvılarındaki (BOS) biyojenik amin metabolit düzeylerinde [3-hidroksi-4hidroksi fenilglükol (MHPG), 5-hidroksiindolasetik asit (5-HIAA) ve homovalinik asit (HVA) gibi] çeşitli bozuklukların olduğu gösterilmiştir. Elde edilen bu veriler duygudurum bozukluklarında biyojenik aminlerin heterojen bozukluklarının olduğu varsayımı ile uyumludur.

Patofizyolojide en çok yeri olduğu düşünülen biyojenik aminler norepinefrin ve serotonindir. Hayvan modellerinde etkinliği gösterilmiş olan bütün somatik antidepresan tedavilerin, uzun süreli bir uygulamadan sonra postsinaptik  $\beta$ -adrenerjik ve

5-hidroksi triptamin tip 2 (5-HT<sub>2</sub>) reseptörlerinin duyarlılığını azalttıkları saptanmıştır. Hayvan modellerinde gözlenen bu geçici reseptör değişikliklerinin ortaya çıkması için geçmesi gereken süre ile depresif hastalarda klinik düzelme görülebilmesi için geçmesi gereken 1–3 haftalık süre birbiriyle aşağı yukarı çakışmaktadır. Duygudurum bozukluklarında norepinerfrin, serotonin ve dopaminin yanısıra asetilkolin bozuklukları da olabilmektedir.

Serotonine özgü gerialım inhibitörlerinin (selektif serotonin gerialım inihibitörleri-SSRI) depresyonun tedavisinde ileri derecede etkili olması depresyonun patofizyolojisinde en önemli rol üstlenen biyojenik amin nörotransmitterin serotonin olduğunu düşündürmektedir. Serotonin eksikliği depresyona zemin hazırlamaktadır.

Yapılan çalışmalardan elde edilen veriler dopamin aktivitesinin depresyonda azalmış olabileceğini düşündürmektedir. Rezerpin gibi dopamin konsantrasyonlarını azaltan ilaçlar ya da Parkinson hastalığı gibi yine dopamin konsantrasyonunun azalmasına yol açan hastalıklar depresif semptomlara neden olmaktadır (Güleç 1997).

**b) Nöroendokrin düzenleme:** Duygudurum bozukluklarında yeri olan en önemli nöroendokrin eksenler adrenal, tiroid ve büyüme hormonu (growth hormon) eksenleridir. Bunların yanısıra melatoninin noktürnal sekresyonunun azalması, triptofan uygulaması ile prolaktin salınımının azalması, follikül stimüle edici hormon (FSH) ve luteinizan hormonun (LH) bazal düzeylerinin azalmasıdır (Güleç 1997).

**c) Nöroanatomik bulgular:** Biyolojik araştırma bulguları, duygudurum bozukluklarının limbik sistem, bazal ganglionlar ve hipotalamusun patolojilerinden kaynaklandığını desteklemektedir (Güleç 1997).

#### **1.1.4.2. Psikososyal Etkenler**

**a) Yaşam olayları:** Anne ve babanın 11 yaşından önce kaybı, kişide daha sonra depresyon gelişebileceğinin öngörülmesini sağlayan en önemli yaşam olayıdır. Bir kişinin çocuğunu ya da eşini kaybetmesi ise depresyonun başlamasına neden olabilecek en önemli çevresel stres kaynağıdır (Güleç 1997)

**b) Psikanalitik kuram:** Yaşamın ilk yıllarında kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan düş kırıklıkları erişkinlik yaşamında ambivalan sevgi ilişkilerinin doğmasına yol açarak depresyona yatkınlık sağlar. Erişkinlik yaşamında da gerçek kayıplar ya da kayıp tehditleriyle karşılaşma depresyonu tetikler. Bireyler gerçek bir kaybı yaşadıklarında da yitirdikleri nesneyi içselleştirirler ve öfkelerini içselleştirdikleri nesneye dolayısıyla kendilerine yöneltirler (Çevik 2001).

**c) Bilişsel görüş:** Bu kurama göre, depresyon temelde bir duygulanım bozukluğu değil bilişsel bir bozukluktur. Depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır. Bu olumsuz kavramlar giderek olumsuz yargılara, düşüncelere ve tutumlara neden olur. Kişi her olayda önce olumsuz yönleri algılar ve düşünür (Çevik 2001, Beck 1979).

**d) Davranışçı görüş:** Öğrenilmiş çaresizlik görüşünü destekler. Çocukluktan beri acılı uyaranlarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur (Seligman 1975).

### 1.1.5. Tanısal Özellikler

Major depresif bozukluğun başlıca özelliği, manik, karma ya da hipomanik atak geçirildiğine dair bir öykü olmadan bir ya da birden fazla depresif atağın bulunmasıyla ilgili bir klinik gidişin olmasıdır (Güleç 1997).

#### **DSM IV'e Göre Major Depresif Atak Tanı Ölçütleri :**

**A.** İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

(1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. **Not:** Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.



- (2) hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması)
- (3) perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun % 5'inden fazla olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın artmış ya da azalmış olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.
- (4) hemen her gün insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması.
- (5) hemen her gün, psikomotor ajitasyonun ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)
- (6) hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması
- (7) hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma değil)
- (8) hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın söylemesi ya da başkaları tarafından gözlenmesi)
- (9) yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), özgül bir tasarı olmaksızın yineleyen intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

**B.** Bu belirtiler bir karma atak tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

**C.** Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

**D.** Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

**E.** Bu belirtiler yaşla daha iyi açıklanamaz, yani birinin yitirilmesinden sonra bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler, belirgin bir işlevsel bozulma,

değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (APA 1994).

### **1.1.6 Seyir ve Prognoz**

Unipolar major depresif atakta tedaviye rağmen tekrarlama eğilimi vardır. Bir kez depresif atak geçiren birinin tekrar bir depresif atak geçirme riski %50-60, iki kez depresif atak geçiren birinin üçüncü bir depresif atak geçirme riski %70, üç kez depresif atak geçiren birinin dördüncü bir depresif atak geçirme riski %90'dir (Segal 2003).

Başlangıç tanısı major depresif bozukluk olan hastaların yaklaşık %5-10 unda ilk depresif ataktan 6-10 yıl sonra manik atak ortaya çıkar (Kaplan 2004). Literatüre bakıldığında, ergenlik öncesinde herhangi bir psikopatolojisi olmayan genç bir kişide ortaya çıkan, özellikle psikotik özelliklerin ve psikomotor retardasyonun olduğu, akut başlangıçlı ağır bir depresyonun bipolar bozukluğa dönüşme olasılığının daha yüksek olduğunu düşündüren veriler bulunmuştur. Ailede bipolar bozukluğun olması da daha sonra bipolar bozukluğun gelişeceğini düşündürür (Güleç 1997).

Major depresif bozukluk seyrinde; geç başlangıçlı ve atakların hafif oluşu, psikotik belirtilerin yokluğu, hastanede kısa süreli yatış, aile ve arkadaşlık ilişkilerinde dengeli gidiş, hastalık öncesinde tam ya da tama yakın işlevsellik düzeyi, eşlik eden psikiyatrik bir bozukluk olmaması iyi prognostik faktörlerdir. Kötü prognoz olasılığı ise eşlik eden distimik bozukluk, alkol ve diğer madde kötüye kullanımı ve birden fazla depresif atak varsa artar. Erkeklerde kadınlardan daha fazla süregenleşme eğilimi görülür (Kaplan 2004).

## **1.2. Bipolar Bozukluklar**

### **1.2.1. Tanım**

Bipolar bozukluk tekrarlayan depresif, manik ya da karma nöbetlerle giden ve bu nöbetler arasında kişinin sağlıklı duyguduruma dönebildiği (ötimi) bir duygudurum bozukluğunu tanımlar. Bipolar I bozukluk (depresif ve manik ataklarla seyreden),

bipolar II bozukluk (hipomani ve depresif ataklarla seyreden) ve bipolar III bozukluk (somatik tedaviyle indüklenen hipomanik ataklarla ve depresif ataklarla seyreder) olarak 3 klinik alt tipi vardır (Işık 2003).

### **1.2.2. Epidemiyoloji**

Bipolar bozukluk için yaşam boyu prevalans %0.7-1.6 (ortalama %1.2) olarak saptanmıştır. Bipolar bozukluk prevalansı erkekler ve kadınlarda eşittir; fakat hızlı döngü kadınlarda daha sık görülmektedir (Szadoczky ve Papp 1998). İlk atak sıklıkla depresyonla başlamaktadır (Sadock ve Sadock 2005, Angst 2000). Genelde bipolar I bozukluğun başlangıcı major depresif bozukluktan daha erkendir. Başlangıç yaşı çocukluk çağından (5-6 yaş kadar erken) 50 yaşa kadar ve hatta nadir durumlarda daha geç yaşlara kadar değişkenlik gösterebilir. Ortalama başlangıç yaşı hem erkek hem kadınlar için 20'dir (Öztürk 2001, Işık 2003, Kaplan 2004).

### **1.2.3. Risk faktörleri**

Bipolar I bozukluğu olan hastaların birinci dereceden akrabalarında bipolar I (%4-24), bipolar II (%1-5) ve major depresyon görülme olasılığı artmıştır. Aile öyküsü varlığında erken başlangıç olasılığı yüksektir. Bipolar I bozuklukta güçlü genetik geçiş vardır. Genç yaşlarda manik ataklar daha sıkken ilerleyen yaşlarda depresif ataklar daha siktir. Erkeklerde manik ataklar daha sık, kadınlarda depresif ataklar daha sık izlenir. Ayrıca erkeklerde ilk atak genelde manik atak şeklindeyken kadınlarda depresyon şeklindedir. Bipolar I bozukluk tanısı almış kadınların postpartum dönemde yeni bir atak geçirme olasılığı çok yüksektir. Ayrı yaşayanlarda ve boşanmışlarda bipolar I riski artmıştır. Üst sosyoekonomik düzeyde belki de ön yargıdan dolayı ortalamadan daha yüksek oranda bipolar I bozukluğu görülmektedir (Işık 2003).

### **1.2.4. Etiyoloji**

#### **a) Genetik Temeller**

Bipolar bozuklukta genetik bir geçişin önemi çeşitli çalışmalarla ortaya

konmuştur. Bipolar bozukluklu probandların (bir ailede belirlenen ilk hasta) birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk görülme oranı % 4.1-14.6, unipolar depresyon görülme oranı ise % 5.4-14 olarak saptanmıştır. Unipolar depresyonlu propandların (bir ailede belirlenen ilk hasta) birinci derece akrabalarında unipolar depresyon görülme oranı % 5.5-28.4, bipolar bozukluk görülme oranı ise % 0.7-8.1 olarak saptanmıştır (Gershon 1982).

#### **b) Biyokimyasal nedenler:**

Serotonin aktivitesinde azalma hem depresyonda hem bipolar bozuklukta, noradrenalin aktivitesinde azalma bipolar depresyonda serotonin aktivitesi azalmışken, noradrenalin ve dopamin aktivitesinde artma manide genellikle saptanmış olan bulgulardandır. Bu konuda yapılmış çalışmalar doyurucu ve tutarlı olmaktan uzaktır ve ancak genel bir açıklama olarak kabul görmektedir. Sirkadiyen ritmi düzenleyen sistemdeki genetik bir defektin de bipolar bozukluk etiyolojisinde rolü olduğu ileri sürülmüştür (Sadock ve Sadock 2005).

#### **c) Psikososyal Etkenler ve psikodinamik açıklamalar**

Duygudurum bozuklukları için önerilen duyarlılaşma modeli (“kindling”) ilk epizodların genellikle bir çevresel stres sonrası ortaya çıkması, ancak daha sonraki epizodlarda stresör olmaksızın atak ortaya çıkabileceği gözlemine dayanır. Bu kuramda, stresin beyinde çeşitli nörokimyasal sistemlerde uzun süreli bozulmalar ya da olası nöronal kayıp yaratarak, psikososyal stresörlere duyarlılık yarattığı düşünülmektedir (Sadock ve Sadock 2005).

#### **1.2.5. Tanısal Özellikler**

Bipolar affektif bozukluk tanısı koymak için hastanın yaşamının herhangi bir döneminde en az bir manik, hipomanik veya karma atak geçirme öyküsünün olması gerekir. Tanı koymak için depresif atağın varlığı gerekli değildir.

### **DSM IV' e Göre Manik Atak Tanı Ölçütleri:**

**A.** En az 1 hafta (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) süren, olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da iritabl, ayrı bir duygudurum döneminin olması.

**B.** Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum iritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur.

(1) benlik saygısında abartılı artma ya da grandiozite

(2) uyku gereksiniminde azalma (örn. sadece 3 saat uykudan sonra kendini dinlenmiş hissederek)

(3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma

(4) fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşisıra gelmesi yaşantısı

(5) distraktibilite (dikkat dağınıklığı), yani, dikkat önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir

(6) amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal yönden, işte ya da okulda, cinsel açıdan ) ya da psikomotor ajitasyon

(7) kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma (ör: elindeki bütün parayı alışverişe yatırma, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da aptalca iş yatırımları yapma)

**C.** Bu belirtiler karma atağın tanı ölçütlerini karşılamamaktadır

**D.** Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

**E.** Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (APA 2001).

Karma atak demek için en az 1 haftalık dönem boyunca hemen hergün, hem bir manik atak hem de bir major depresif atak (süre dışında) için tanı ölçütleri karşılanmalıdır (APA 2001).

Hipomanik atakta manik ataktan farklı olarak 4 günlük süre yeterlidir. Bununla birlikte beraber toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ve psikotik özellikler içermez (APA 2001).

### **1.2.6. Seyir ve Prognoz**

Bipolar olguların mani ile başlama olasılığı % 50'nin biraz üzerindedir. Ataklar kendini sınırlayan bir özellik gösterir. Tedavi edilmeyen olgularda maninin ortalama süresi 7 ay kadardır. 6 ay süreyle remisyonda kalma oranı psikotik belirtisi olanlarda % 66, olmayanlarda % 88 olarak verilmektedir. Genel olarak ilk ataktan sonra 1 yıl remisyonda kalma olasılığı % 58, 4 yıl için ise % 42 olarak verilmektedir. Atak sayısı arttıkça döngü süresi azalır. Toplam hastalık süresi ise artar. Bipolar olgularda ortalama atak sayısı 9 olarak verilmektedir. Yinelemelerin önemli bir bölümü ilk yıl içinde olmaktadır. Olguların yaklaşık % 13'ü süregen seyir gösterir. Süregen seyir gösterenlerde hipertimik bir duygudurum zemininde yineleyen mani atakları ve yıkıma giden bir seyir izlenmektedir. Bipolar bozuklukta intihar girişimi oranı % 25, intiharla ölüm oranı da % 10 olarak verilmektedir. Hastalığın seyri sırasında lityum gibi duygudurum dengeleyicilerin erken dönemde başlanması rekürrensleri önleme açısından önemlidir (Hales 2004, Yüksel 2001).

### **1.3. Mizaç, karakter ve kişilik**

Mizaç (huy) (temperament), karakter (character) ve kişilik (personality) birbirinden farklı kavramlardır. Mizacın karşılığı olan 'temperament', 'karışım' anlamına gelen 'temperare' sözcüğünden türetilmiştir (Kesebir ve ark. 2005). Mizaç; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. Karakter ise; çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır. Dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri içerir. Kişilik ise; yapısal kurama

göre, genetik olarak gelen mizaç ile sonradan elde edilmiş karakterin zeka ile birleşmesi sonucu meydana gelmektedir (Akiskal ve ark. 1983).

Birbirinden farklı mizaç özelliklerinin olduğu Hipokrat zamanından bu yana bilinmektedir. Eski Yunanda Hipokrat'ın dört sıvı kuramı ile kara safra (melankolik), kan (kolerik, öfkeli), sarı safra (plegmatic, sakin-soğukkanlı), lenf (sanguinik, umut dolu) kişilik ve mizaç tipleri açıklanmaya çalışılmıştır.

Geçtiğimiz yüzyıla gelindiği zaman Kraepelin (1909–1915) 'kişisel görüntü' (Almanca: personliche veranlagung, çağdaş anlamda: hastalık öncesi kişilik) ve bu kavramla bağlantılı 'temel durumları' (Almanca: grundzustande, İngilizce: fundamental states) tanımlamıştır (Akdeniz ve ark. 2004). Bu kişisel yapının, kişinin hastalık olmaksızın ömür boyu taşıdığı özellikler olduğunu öne sürmüştür. Kraepelin'e göre 4 temel duygulanım görünümü (mizaç) mevcuttur: Depresif tip, hipertimik ya da manik tip, iritabl tip ve siklotimik tip. Bu kişisel yapı (mizaç), duygudurum bozuklukları için bir zemin hazırlayabilmekte (kişisel yatkınlık) (personal disposition), temelde silik ruhsal hastalık özellikleri olarak gözlenebilmekte ya da yaşam boyu bir duygulanım bozukluğu olmaksızın kişiliğin bir özelliği olabilmektedir (Von Zerssen ve Akiskal 1998).

Schneider, 1958 yılında Kraepelin'in gözlemlerini genişletmiş, depresif ve hipomanik mizaçlar tanımlamıştır. Schneider, Kraepelin'in aksine bu iki duygulanım mizacının duygudurum bozukluklarıyla genetik olarak bağlantısı olmadığını savunmuştur (Akiskal ve ark. 1983, Von Zerssen ve Akiskal 1998).

Kraepelinden sonra Cloninger ve Akiskal da mizacı ele almışlardır. Cloninger mizaç ve karakter ikilisini incelemiş, Akiskal (1998) ise 'afektif mizaç' (affective temperament) tanımlamasını yapmıştır.

Akiskal afektif mizacın duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu iddia etmiş ve beş temel afektif mizacı tanımlamıştır: Depresif, siklotimik, hipertimik (terimi Schneider'den ödünç almıştır ve bu, Kraepelin'in manik tipine karşılık gelir), sınırlı (iritabl) ve endişeli (anksiyöz) mizaç (Akiskal ve Mallya 1987). Akiskal'a göre afektif mizaçlar:

### **Hipertimik Mizaç:**

1. Erken başlangıç (<21 yaş)
2. Nadiren araya giren ötimiyle birlikte aralıklı eşik altı hipomanik özellikler
3. Az uyuma alışkanlığı (<6 saat/gün, hafta sonları da dâhil)
4. Yadsımanın (inkâr) çok fazla kullanılması
5. Schneiderian hipomanik kişilik özellikleri:
  - İrritabl, neşeli, aşırı iyimser veya coşkulu
  - Saf, kendine fazla güvenen, övünge, abartılı, gösterişli
  - Gayretli, çok plan yapan, tedbirsiz ve bitmez tükenmez bir dürtüyle koşuşturan
  - Aşırı konuşkan
  - Sıcakkanlı, insan arayan veya dışa dönük
  - Aşırı karışan ve başkalarının işine burnunu sokan
  - Baskılanmayan, uyararı arayan veya rastgele cinsel ilişkide bulunan

### **Eşikaltı Distimik Mizaç:**

1. Erken başlangıç (<21 yaş)
2. Başka bir duruma ikincil olmayan aralıklı, düşük şiddette depresyon
3. Çok uyuma alışkanlığı (>9 saat/gün)
4. Derin derin düşünme, anhedoni ve psikomotor enerji azlığına meyil (hepsi sabah saatlerinde daha belirgin)
5. Schneiderian depresif kişilik özellikleri:
  - Ümitsiz, kötümser, neşesiz veya eğlenmeyen
  - Sessiz, pasif ve kararsız
  - Şüpheli, aşırı eleştiren veya şikâyet eden
  - Derin derin düşünen ve endişelenen
  - Vicdanlı, kendi kendini disipline eden
  - Kendini eleştiren, kendini cezalandıran, kendini küçülten
  - Başarısızlıkları, yetersizlikleri ve olumsuz olaylar hakkında aşırı kafa yoran

### **İrritabl Mizaç:**

1. Erken başlangıç (<21 yaş)
2. Nadiren ötimik, çoğunlukla karamsar (irritabl ve çabuk kızan olma)



3. Derin düşüncelere dalmaya meyil
4. Aşırı eleştiren ve şikâyet eden
5. Aksi şakalar yapan
6. İstenmediği halde sokulup sıkıntı veren
7. Disforik yerinde duramama
8. Dürtüsellik
9. Antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu ölçütlerini karşılamaz

### **Siklotimik Mizaç:**

1. Erken başlangıç (<21 yaş)
2. Nadiren ötiminin olduğu, sık, kısa döngüler
3. Bir fazdan diğerine öznel ve davranışsal görünüm arasında ani geçişlerin olduğu iki dönemli hastalık
4. Öznel görünüm:

  - Letarji ya da ötoni
  - Kötümserlik ya da iyimserlik
  - Zihinsel konfüzyon ya da keskinleşmiş ve yaratıcı düşünce
  - Düşük kendine güven ya da aşırı kendine güven arasında değişen benlik saygısı

5. Davranışsal görünüm:

  - Azalmış sözel dışavurum ya da çok konuşma
  - Hipersomnia ya da uyku ihtiyacının artması
  - Nedensiz sulu gözlülük ya da aşırı şakacılık
  - İçedönük kendini soyutlama ya da sınırsız insan arama
  - Üretkenlikte belirgin değişkenlik

DSM IV-TR'ye göre duygudurum bozuklukları başlığı altında yer alan distimik ve siklotimik bozukluğun 1. eksen mi yoksa 2. eksen bir mizaç ya da kişilik özelliği olarak mı yer alması gerektiği tartışmaları günümüzde halen sürmektedir (Sayın ve Aslan 2005).

Günümüzdeki kullanımında siklotimik bozukluk teriminin, iki uçluluğun alt eşiği olan bir kişilik özelliği ya da mizaçla sınırlı olduğu belirtilmektedir (Akiskal 2001). Siklotimik özelliklerin, bipolar II bozukluğu görülmesi yönünden genetik-ailesel

yatkınlık oluşturacağı bildirilmektedir (Hantouche ve Akiskal 2008). Yapılan çalışmalar siklotimi ve bipolar II bozukluğun bir süreklilik gösterdiğini düşündürmektedir (Perugi ve Akiskal 2002, Akiskal ve ark. 2003, Hantouche ve ark. 2003, Chiaroni ve ark. 2005).

Perugi ve Akiskal (2002) bipolar II spektruma eşlik eden endişeli, siklotimik ve duygusal mizacın duygudurum bozuklukları dışında, anksiyete ve dürtü kontrol bozuklukları da dahil olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğa yol açabileceğini söylemişlerdir. Bipolar II bozukluk yelpazesinin kaynağı siklotimik-endişeli-duyarlı mizaçların karışımından oluşan bir kaynaktır. Bu temel yaş, cinsiyet ve çevresel etkenler sonucunda bipolar II bozukluk yelpazesine dönüşmektedir. En son tanımlanmış haliyle 'silik iki uçluluk (bipolarite)' yelpazesini: 1) Duygudurum olarak; kronik hipomani, hipertimik mizaç, siklotimik mizaç, kısa süreli hipomani, antidepresana bağlı hipomani 2) Endişeli-duyarlı mizaç olarak; panik-ayrılık anksiyetesi, kişiler arası hassasiyet, obsesif -kompulsif bozukluk, beden dismorfik bozukluk, sosyal fobik inhibisyon 3) Dürtü kontrolsüzlüğü olarak; uyum bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanımına dönüşebilmektedir (Perugi ve Akiskal 2002).

Duygulanım mizaçlarını değerlendirmek için ise Akiskal ve arkadaşları TEMPS-A ölçeğini (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) geliştirmiştir (Akiskal ve ark. 1998, Placidi ve ark. 1998 ). Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Vahip ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır.

Mizaç ve karakter konusunda en çok çalışma yapan kişilerden biri de kuşkusuz Cloninger'dir. Cloninger somatik bozukluğu olan hastalarda impulsif-agresif, yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarda ise obsesif-kompulsif özelliklerin sıklığına dikkat çekmiştir. Nörotisizm ve dışadönüklük kişiliğinin fenotipik yapısı olarak bilinmektedir. Eysenck'in normal ve anormal kişiliklere uygulanabilecek modelini temel almakla birlikte, Cloninger, kişilik modeli oluşturmada fenotip ve genotipik kişilik boyutlarının ele alınmasını savunmuş ve fenotipik ve genetik yapıların aynı olduğunu savunan Eysenck modelini bir kişilik modeli için eksik olarak nitelendirmiştir (Cloninger 1986).

Cloninger, mizaç ve karakter üzerine psikobiyojik bir model geliştirmeye çalışmış ve belirli birincil ulakların ve bunlarla ilgili genlerin özgün mizaç özellikleri ile bağlantısı olduğunu savunmuştur. Cloninger'e göre bir kişinin tehlikelere, yeni

gelişmelere ve ödüllendirilmelere otomatik olarak vereceği yanıt mizaç özellikleri ile doğuştan gelmektedir. Bu özellikler kişinin yaşamının ilk yıllarında belirginleşmekte ve yaşam boyu değişmeden kalmaktadır. Mizaç özellikleri sırasıyla korku, öfke, bağlanma ve hükmetme şeklindeki temel emosyonlarla ilişkilidir. Mizaç, emosyon ve öğrenme sisteminde ön özellikler oluşturmakta, bu durum da sonuçta emosyonlara dayanan otomatik davranışları yani alışkanlıkları üretmektedir. Bu modele uygun olacak şekilde geliştirdiği ilk ölçek olan “Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği” nde (Tridimensional Personality Questionnaire; TPQ) birbirinden genetik olarak bağımsız ve her biri farklı birincil ulak sistemi tarafından düzenlenen üç farklı mizaç özelliği tanımlamaktadır (Cloninger 1987). Buna göre yenilik arayışı (novelty seeking) (yenilik ve ödül ile cezanın sonlanması gibi sinyallere karşı davranış aktivasyonu) dopaminerjik, zarardan kaçınma (harm avoidance) (ceza veya ödüksüzlüğe karşı davranış inhibisyonu) serotonerjik, ödül bağımlılığı (reward dependence/önceden ödüllendirilen davranışların yeniden güçlendirme olmadan bir süre devam etmesi davranışı) noradrenerjik dizge tarafından denetlenmektedir.

Cloninger, başlangıçta ödül bağımlılığının bir alt grubu olarak düşündüğü sebat etmeyi (persistence), daha sonra ödül bağımlılığının diğer alt başlıkları ile bağlantılı olmadığını görünce, dördüncü mizaç grubu haline getirmiştir (Cloninger ve ark. 1993). Cloninger’e göre bu dört mizaç özelliği birbirinden genetik olarak bağımsızdır, yaşamın erken dönemlerinde şekillenir ve kişiliğin biyolojik temelini oluşturur.

Mizaç özelliği olarak tanımlanan yenilik arayışı puanları yaşla birlikte yeni uyaranlara ilginin azalmasıyla her on yılda 1 puan azalmaktadır (Cloninger ve ark. 1991).

Cloninger ‘kişilik’ tanımlaması yerine bu kavramın psikodinamik formulasyonlarda sıkça kullanılan şeklini, yani ‘karakter’i ele almıştır. Karakterin, mizacın aksine kalıtsal yönü daha azdır. Belirgin biçimde sosyal öğrenme, kültür ve bireye özgü yaşam olaylarından etkilenmekte, yaşla birlikte olgunlaşmaktadır. Olgun kişiliği tanımlayacak olan üç karakter özelliği kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendi kendini aşma olarak tanımlanmaktadır. Bu karakter özellikleri yaşla birlikte artış göstermekte, kişisel ve sosyal etkinliği belirlemekte, zorluklarla dolu bir yaşam olayı karşısında kişiyi güçlü kılmaktadır. Bu özelliği düşük olan bireyler ise materyalist başarılar için uygun kişiliklerdir.

Cloninger bu dört mizaç boyutundan oluşan özgün modelinin kişilik özelliklerini yeterince açıklamadığını gözlemlemiştir; aynı mizaca sahip bireylerin farklı davranışlar sergileyebildiği bulgusundan yola çıkarak, ölçeğe üç karakter boyutu kendini yönetme (self-directedness), işbirliği yapma (cooperativeness), kendini aşma (self-transcendence) eklemiştir ve ismini 'Mizaç ve Karakter Envanteri' (Temperament and Character Inventory; TCI) olarak değiştirmiştir (Cloninger ve ark. 1993). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Köse ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır.

Cloninger, mizaç modeli ile anksiyete bozukluğu olan bireylerin daha yüksek zarardan kaçınma, daha düşük yenilik arayışı ve ödül bağımlılığı puanlarına sahip olabileceğini öne sürmektedir (Cloninger 1986). Yüksek zarardan kaçınma puanlarına sahip kişiler, gelecek problemleri ile ilgili olumsuz kaygılar, kaçınma davranışı, kesin olmayana karşı korku, yabancılara karşı utangaçlık ve yüksek oranda dayanıksızlık göstermekte ve 'anksiyeteli kişilik', anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluk karakteristikleri geliştirebilmektedirler (Cloninger ve ark. 1993).

Cloninger'in 7 boyutlu kişilik modelinin yanı sıra Eysenck tarafından 'kişiliğin üç boyutlu modeli' ve Costa ve McCrae'nin 'beş faktör modeli' de kişilik modelleri olarak tanımlanmıştır.

Eysenck'in kuramı kişilik ile ilgili üç temel boyuttan bahsetmektedir: Nevrotizm, içe dönüklük ya da dışa dönüklük ve psikotizm. Bu kuramda kişilik 'bireyin çevreye, kendine özgü bir tarzda uyumunu tayin eden karakter, mizaç, zeka ve beden yapısının dengeli ve kalıcı bir örgütü' olarak tanımlanmıştır (Eysenck 1967). Otonomik sinir sistemi aşırı aktif olanların nevrozizm, şartlandırılmış cevaplar vermeye eğilimli olanların ise psikotizme yatkın olduğunu söylemiştir (Eysenck 1991, Millon ve Davis 1996).

Costa ve McCrae (1997) kişilik kavramına boyutsal yaklaşım getiren günümüz kuramcılarındandır. 1978'de geliştirdikleri kişilik modeli 'nevrozizm', 'dışa dönüklük' (extroversion) ve 'deneyime açıklık' (openness) kavramlarını kapsarken, daha sonra bu kavramlara, 'uzlaşabilirlik' (agreeableness) ve 'sorumluluk' (conscientiousness) kavramlarını da eklemiştir. Model kişilik özelliklerinin genetik ve çevresel nedenler ve içeriklerle oluştuğunu öne sürmektedir. Bu model üzerinde çalışmalar sürmektedir.

Kişilik ve mizaç ile duygudurum bozuklukları birlikteliğini araştırmak için pek çok çalışma yapılmıştır. Mendlowicz ve ark. (2005), 94 major depresyonlu ve 59

bipolar bozukluklu (32 Bipolar-I, 24 Bipolar-II) hastaya TEMPS-A vererek yaptıkları çalışmada siklotimik mizaç bipolar bozukluk grubunda major depresyon grubundan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Bu sonuç da bipolar depresyonlu hastaların ataklar arası duygudurum değişimlerini daha fazla yaşadığını göstermektedir şeklinde yorumlanmıştır.

Mendlowicz (2005), duygudurum bozukluğu gelişmesi riski yüksek olan bir popülasyon olan bipolar hastaların sağlıklı akrabalarında mizaç düzensizliği varlığını incelediği çalışmasında, klinik olarak iyileşmiş bipolar hastaları ve normal kontrolleri de karşılaştırmıştır. Depresif ve irritabl mizaç puanları iyileşmiş bipolar hastalar ve bipolar hastaların sağlıklı akrabaları ya da normal kontroller arasında fark göstermiştir. Bu çalışmanın bulguları, TEMPS-A'da tanımlandığı gibi depresif ve irritabl mizaçların bipolar bozukluk için hastalık öncesi bir durum olamayabileceğini ancak majör duygudurum ataklarının davranışsal komplikasyonlarını temsil edebileceğini düşündürmüştür. Alternatif olarak duygudurumda labil siklotiminin subklinik bir bipolar görünüm olduğunun da düşünülebileceği belirtilmiştir. Yine Mendlowicz'in aynı çalışmasında ayrıca iyileşmiş bipolar probandlar ve bipolar probandların sağlıklı akrabalarında anksiyöz mizaç alt skalası puanlarının da normal kontrollerden yüksek olduğu bulunmuştur.

Zarardan kaçınmanın unipolar depresyona yatkınlığı artıran bir kişilik boyutu olduğu söylenmektedir. Bu durumu test etmek için “Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği” (*Tridimensional Personality Questionnaire*, TPQ) kullanılarak iyileşmiş bipolar bozukluk ve unipolar bozukluklu hastaları karşılaştıran bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada her iki grupta da zarardan kaçınma puanları sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak her iki hasta grubu arasında bir fark tespit edilememiştir. Bunun ötesinde yenilik arayışı puanları sağlıklı kontrol grubuna ve unipolar gruba göre bipolar grupta daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar da zarardan kaçınmanın duygudurum bozukluklarıyla yenilik arayışının da bipolar bozuklukla ilişkili olabileceğini göstermiştir (Young ve ark. 1995).

Akdeniz ve ark. (2004), hasta ve kontrol grubuna TEMPS-A uygulayarak yaptıkları çalışmada unipolar major depresyon ve tek atak major depresyon gruplarında diğer gruplara göre depresif mizaç daha sık, hasta gruplarında kontrol grubuna göre siklotimik mizaç daha sık ve hipertimik mizaç ise sadece bipolar bozukluk grubunda

görülmüştür. Her iki depresyon grubunun depresif ve anksiyöz mizaç puan ortalamaları bipolar bozukluk ve kontrol grubununkinden daha yüksek ve hipertimik mizaç puan ortalaması ise daha düşüktür. Hasta gruplarının siklotimik mizaç puan ortalamaları kontrol grubununkinden daha yüksektir. Tek atak major depresyon grubunun irritabl mizaç puan ortalaması diğer gruplardan daha yüksektir.

Belçika'da 1998 yılında depresyonlu hastalarla sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılarak TCI (*Temperament and Character Inventory*-Mizaç ve karakter Envanteri) ile mizaç boyutlarının incelendiği bir çalışmada depresyonlu hastalarda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek zarardan kaçınma ve kendini aşma puanları ve daha düşük kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları tespit edilmiştir.

Engström ve ark. (2004) nın yaptığı bir başka çalışmada bipolar bozukluk grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek zarardan kaçınma ve düşük ödül bağımlılığı, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları tespit edilmiştir.

Birçok çalışmada TCI'da yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendi kendini yönetme puanlarının depresyona meyilli olmanın güçlü yordayıcıları olduğu bildirilmiştir. Cloninger ve ark. (2006), 631 erişkine başlangıçta ve 1 yıl sonra TCI ve Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Skalası uygulayarak yaptıkları bir çalışmada 1 yıllık izlemin sonunda; yüksek zarardan kaçınma, düşük kendini yönetme ve yüksek sebatkarlık puanlarının çıkabilecek bir depresyonu yordadıkları tespit edilmiştir (Farmer 2003, Mayumi 2000).

#### **1.4. Örselenme (Travma)**

Örselenme (travma) kavramı bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çok değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan her türlü olay için kullanılmaktadır. Zorlanma (stres) ise organizmanın denge durumunu (homeostazis) bozan herhangi bir etmendir. Bireyin ağır örseleyici bir durumdan etkilenmesi olayın şiddeti, benlik (ego) gücü, kalımsal yapısı, gelişimsel özellikleri, baş etme mekanizmaları ile yakından ilişkilidir. Çocukluktaki engelleme ve çatışmaların kimileri örseleyici nitelikte olabilir. Örseleyici nitelikte olan engelleme ve çatışmalar benliğin gelişmesini bozan, saptıran, yavaşlatan, durduran ya da geriletken süreçlerdir (Öztürk ve Uluşahin 2008).

Çocuklarda ve ergenlerde örseleme yaratacak kötüye kullanımlar *Fiziksel Kötüye Kullanım, Duygusal Kötüye Kullanım, Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal ve Cinsel Kötüye Kullanım* olarak tanımlanmıştır. Fiziksel kötüye kullanım çocuğa bakım verenler tarafından kullanılan fiziksel olarak cezalandırma, zarar verme davranışlarını kapsar. Duygusal kötüye kullanım çocuğa bakım verenlerin çocuğun duygusal ve ruhsal sağlığını tehlikeye sokacak biçimde aşırı sözel tehditler, alay etmeler, küçük düşürücü eleştiriler ve yorumlarda bulunmasıdır. Duygusal ihmal çocuğun sevgi, destek, ilgi, bağlanma, bakım gibi gereksinmelerinin uygun biçimde yerine getirilmemesidir. Fiziksel ihmal çocuğun beslenme, eğitim, tıbbi bakım gibi gereksinimlerinin uygun biçimde yeterli olarak karşılanmamasıdır. Cinsel kötüye kullanım çocuk ya da ergenin kendisinden en az beş yaş büyük birisi tarafından cinsel organının okşanması, uyarılması, çocuğa cinsel organını göstermesi veya çocuğun göstermeye zorlanması, vajinal veya anal ilişkiye girilmesi ya da çocuğun pornografi aracılığıyla kötüye kullanılması olarak tanımlanır (Walker ve ark. 1988).

Çocuklukta uğranan kötü muamele ve yaşamın ilk yıllarındaki örseleyici olaylar her türlü psikopatoloji için risk oluşturmaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2008).

Literatüre bakıldığında duygudurum bozukluklarının cinsel ve fiziksel kötüye kullanım, ihmal, erken yaşta ebeveyn kaybı gibi çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile sıklıkla ilişkili olduğu görülmektedir. (Kessler ve ark. 1997, Brown ve Moran 1994, Turner ve Lloyd 2004).

Bernet ve Stein (1999) major depresyonlu hastalar ile sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları bir çalışmada hasta grubunda duygusal kötüye kullanım, fiziksel kötüye kullanım ve duygusal ihmal toplam puanlarının kontrol grubuna göre önemli derecede yüksek olduğunu bulmuşlardır. Yine bu çalışmada çocukluk çağı travmaları şiddeti ile ilk atak geçirme yaşı ve atakların yineleme riski arasındaki ilişkiye dikkat çekmişlerdir. Ayrıca duygusal kötüye kullanımın depresyonun yinelemesinde bir yordayıcı olabileceğini belirtmişlerdir.

Moskvina ve arkadaşları (2007) ise unipolar depresyonlu hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların %79.9'unda en az bir travma öyküsünü tespit etmişlerdir. Çocukluk çağı travmaları olan grupta; sırasıyla fiziksel ihmal, duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmal en sık saptananlardır. Çocukluk çağı travmaları olan grupta depresyon başlangıç yaşının daha erken olduğu görülmüştür. Ayrıca travmanın şiddeti ile

depresyonun daha erken yaşlarda başlaması arasında da anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Çalışmada, ilk atak yaşı için duygusal kötüye kullanım ve fiziksel ihmalin önemli yordayıcılar olabileceğine vurgu yapılmıştır.

Major depresyon tanısı almış 1230 hastada yapılan bir çalışmada depresyonun kronikleşmesi ile duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmalin yüksek ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Yine bu çalışmada çocukluk çağı travmaları ile ilk atak yaşının erken olması ve depresif semptomların şiddeti arasında yüksek bir ilişki saptanmıştır (Wiersma 2009).

Bostancı ve arkadaşları (2006) üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtiler üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında, çocukluk çağı duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile depresif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Literatüre bakıldığında cinsel kötüye kullanım ile depresyon ilişkisinin saptandığı başka çalışmalar da mevcuttur (Leviton ve Parikh 1998, Baker ve ark. 2009).

Neria ve arkadaşlarının (2005) psikotik bulguların eşlik ettiği bipolar bozukluklu hastalarda yaptığı bir çalışmada örneklemin %28'inin (kadınlarda %34,5 ve erkeklerde %19,6) 16 yaşından önce cinsel ya da fiziksel kötüye kullanım yaşadıkları ya da bir silahla tehdit edildikleri bildirilmiştir. Çocukluk çağı travması tiplerinden en sık %37 oranında duygusal kötüye kullanım, daha sonra %24 fiziksel kötüye kullanım, %24 duygusal ihmal, %21 cinsel kötüye kullanım ve %12 fiziksel ihmal saptanmıştır (Goldberg ve Garino 2005).

Çocukluk çağında şiddetli kötüye kullanım öyküsü olan bipolar hastalarda hastalık başlangıç yaşının daha erken olduğu, daha fazla hızlı döngülülük örüntülerinin olduğu, daha fazla özkiyim girişimleri, ek psikiyatrik ve tıbbi hastalıkları olduğu ve hastalık gidişinin daha kötü olduğu bulunmuştur. (Leverich ve ark. 2002, Goldberg ve ark. 2005, Dienes ve ark. 2006). 13 yaşından önce travmaya maruz kalmış olan bipolar hastaların böyle bir travmaya maruz kalmayanlara göre daha düşük stres düzeyleriyle yineleme (relaps) yaşadıkları gösterilmiştir (Dienes ve ark. 2006).

Çocukluk çağı travması olan bipolar hastaların ilk tedavi olmalarına kadar geçen sürenin daha uzun (ortalama 13 yıl) olduğu; çocukluk çağı travması olmayanlarda ise bu sürenin daha kısa (ortalama 8 yıl) olduğu bildirilmiştir (Leverich ve ark. 2002). Ayrıca bipolar bozukluk hastalarında çocukluk çağı travmasının, hastaneye yatış sıklığını ve



hastalık dönemleri arasındaki depresif belirtileri yordadığı belirtilmiştir (Maguire ve ark. 2008).

## **2. AMAÇ VE HİPOTEZ**

Ruhsal bozukluklar, özellikle duygudurum bozuklukları ile kişilik, karakter ve mizaç arasındaki ilişki uzun yıllardır ilgi çekmiştir. Unipolar ve bipolar bozukluğun ayırt edici özelliklerinin ve yordayıcılarının belirlenmesi önem arz etmektedir. Bu çalışmada hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, baskın afektif mizaç ve mizaç-karakter özellikleri yönünden değerlendirilerek, benzer sosyodemografik özelliklere sahip sağlıklı kişilerin baskın afektif mizaç ve mizaç karakter özellikleri ile karşılaştırılmasını amaçlamaktadır. Afektif mizaç tiplerinin duygudurum bozukluğunun varlığını ve doğasını etkileyebileceğini düşünmekteyiz. Aynı zamanda belirli mizaç boyutlarının varlığının karakter gelişimini de etkileyebileceği ve unipolar ve bipolar bozukluk hastaları arasında TCI'nın boyutlarından aldıkları puanların birbirinden farklılaştığını gözleyeceğimizi tahmin ediyoruz.

Çocuklukta uğranan kötü muamele ve yaşamın ilk yıllarındaki örseleyici olaylar her türlü psikopatoloji için risk oluşturmaktadır. Literatürde duygudurum bozuklukları ile çocukluk çağı travması ilişkisini bildiren çeşitli yayınlar mevcuttur. Bu çalışmada unipolar ve bipolar bozukluk hastalarının çocukluk çağı travmaları açısından kendi aralarında ve benzer sosyodemografik özelliklere sahip sağlıklı kişiler ile karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Çocukluk çağında yaşanan olumsuz yaşantıların, travmaların alt tipleri açısından unipolar ve bipolar bozukluk hastaları arasında farklılıklar yaratacağını düşünmekteyiz.

## **3.YÖNTEM VE GEREÇLER**

### **3.1.Deneklerin seçimi**

Çalışmaya, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Kliniği'nde Şubat 2010-Temmuz 2010 tarihleri arasında ayaktan tedavi görmekte olan rastgele yöntemle seçilmiş, DSM IV tanı ölçütlerine göre unipolar ve bipolar

bozukluk tanısı konmuş ve en az 8 haftadır tam remisyonda olan 35 unipolar bozukluk, 38 bipolar bozukluk hastası ile kontrol grubunu oluşturan 36 sağlıklı kişi olmak üzere toplam 109 kişi dahil edilmiştir. Görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından yapılmıştır. Kişiler çalışmaya alınmadan önce çalışma hakkında bilgilendirilerek, kabul edenlere projenin etik kurul başvuru dosyasında bir örneği bulunan bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

### **3.1.1. Hasta Grubunda Çalışmaya Alınma Ölçütleri**

- 1- 18-65 yaş arasında olmak
- 2- SCID I (DSM-IV için yapılandırılmış görüşme) ile DSM-IV'e göre Bipolar bozukluk ve Unipolar bozukluk tanısı almak
- 3- Çalışmaya alındığı sırada en az 8 haftadır tam iyilik döneminde olmak, 17maddelik Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği'nde 7 ve daha altında puan almak, Young Mani Değerlendirme Ölçeği'nde 5 ve altında puan almak (Çalışmaya alındığı sırada ötimik olmak)
- 4- Okur-yazar olmak
- 5- Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

### **3.1.2.Hasta Grubunda Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri**

- 1- Eşlik eden şizofreni veya benzer psikotik hastalığın bulunması
- 2- Alkol /madde bağımlılığının bulunması
- 3- Görüşmeyi engelleyecek demans, mental retardasyon gibi mental ya da fiziksel hastalığın bulunması

### **3.1.3.Kontrol Grubunda Çalışmaya Alınma Ölçütleri**

- 1- 18-65 yaş arasında olmak
- 2- Okur-yazar olmak
- 3-Şizofreni,d diğer psikotik hastalıklar, alkol/madde bağımlılığı ve görüşmeyi engelleyecek diğer ağır mental ya da fiziksel hastalığın bulunmaması

- 4- Ailede duygudurum bozukluğu öyküsü bulunmaması
- 5- Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak.

### **3.2. Veri Toplama Araçları**

#### **3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Bu araştırma için hazırlanan 21 maddelik soru listesinde bireyin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği, gibi demografik özellikler ve psikiyatrik durumu ve öyküsü ile ilgili bilgiler sorgulanmıştır (Ek-1).

#### **3.2.2. SCID-I/Klinik Versiyonu (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders, clinical version- SCID-I/CV)**

Major DSM IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir (First ve ark. 1996). Toplam 38 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Bir sosyodemografik veri kılavuzu ile başlamakta ve mizaç bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol madde ile ilgili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları olmak üzere yedi tanı grubunu kapsamaktadır. Modüler yapısı sayesinde, gerektiğinde tek bir tanıya ait bölümü de kullanılabilir. SCID-I'in 18 yaşından büyük bireylere uygulanması önerilmektedir. Ağır bilişsel kusurlarda, ağır psikotik belirtileri olan ve ajite bireylerde kullanımı uygun değildir. Ortalama uygulama süresi 45-90 dakikadır. Bilgi kaynakları arasında hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamdaki gözlemler ve tıbbi kayıtlar kabul edilmektedir. Kullanımı yarı yapılandırılmış görüşme biçiminde olduğundan, görüşmeci ek sorular sorarak araştırmayı sürdürebilir. SCID-I, distimik bozukluk dışında I. Eksen tanısının yaşam boyu ve şu anda varlığını ya da yokluğunu saptamaktadır. Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Çorapçioğlu ve ark.1999).

### **3.2.3. SCID-I/Nonpatient Versiyonu (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Disorders, nonpatient version – SCID-I/NP)**

DSM III-R’de belirtilen psikiyatrik bozuklukları dışlamak amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir (Spitzer ve ark. 1990). Türkçe uyarlaması Sorias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Sorias 1990)

### **3.2.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)**

Hamilton gözetiminde Williams tarafından geliştirilmiştir (Williams 1978). En sık 17 soruluk formu kullanılmaktadır. Her soru için 0-4 arası puan verilmektedir, 0-13 puan arası depresyon olmadığını, 14-27 puan arası hafif, 28-41 puan arası orta, 42-53 arası ağır şiddette depresyon varlığını gösterir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Akdemir ve ark. 1996).

### **3.2.5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)**

Manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. Young ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Yükselmiş duygudurum, hareket ve enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, iritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, düşünce içeriği, yıkıcı ve saldırgan davranış, dış görünüm, içgörü gibi alt gruplar bulunmaktadır. Bu maddelerin yedisi beşli Likert tipinde, diğer dördü dokuzlu Likert tipinde sağlamaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmış bir ölçektir (Young ve ark. 1978, Karadağ ve ark. 2001).

### **3.2.6. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire)**

TEMPS-A baskın afektif mizacı (dominant affective temperament) değerlendirmek için Akiskal ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Akiskal ve ark.

1998, Placidi ve ark. 1998). Anket depresif, hipertimik, sınırlı (irritabl), siklotimik ve endişeli (anksiyöz) mizaçları belirlemek için düzenlenmiş 99 maddeden oluşur. Kişi tüm yaşamını düşünerek maddeleri ‘doğru’ ya da ‘yanlış’ olarak cevaplandırır. Bir kişide baskın depresif (18 madde), siklotimik (19 madde), hipertimik (20 madde), sınırlı (18 madde) ve endişeli (24 madde) mizaç özelliklerinin varlığını belirlemek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır. Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Vahip ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Vahip ve ark. 2005). (Ek-2)

### **3.2.7. TCI (Temperament and Character Inventory, Mizaç Karakter Envanteri)**

Cloninger’in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği TCI, dört mizaç: yenilik arayışı (novelty seeking), zarardan kaçınma (harm avoidance), ödül bağımlılığı (reward dependence), sebat etme (persistence) ve üç karakter: (kendi kendini yönetme (self-directedness), iş birliği yapma (cooperativeness), kendini aşma (self-transcendence) boyutu olan 7-faktörlü, 240 maddeden oluşan “doğru” ya da “yanlış” şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Zaman sınırlaması yoktur. TCI içerik olarak 15 yaş ve üstü bireyler için uygulama alanına sahiptir. TCI’ nin 125 maddeli kısa formu, 140 maddeli formu ve en yaygın olarak kullanılan 240 maddeli formu olmak üzere üç adet formu mevcuttur (Cloninger 1994) . Ölçeğin Türkçe uyarlaması Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Köse 2004)

Mizaç bölümü; yenilik arayışı (toplam 40 madde): YA1- keşfetmekten heyecan duyma (11 madde), YA2- dürtüsellik (10 madde), YA3- savurganlık (9 madde), YA4- düzensizlik (10 madde); zarardan kaçınma (toplam 35 madde): ZK1- beklenti endişesi ve karamsarlık (11 madde), ZK2- belirsizlik korkusu (7 madde), ZK3- yabancılardan çekinme (8 madde), ZK4- çabuk yorulma ve dermansızlık (9 madde); ödül bağımlılığı (toplam 24 madde): ÖB1- duygusallık (10 madde), ÖB2- bağlanma (8 madde), ÖB3- bağımlılık (6 madde) ve (SE)sebat etme (8 madde) olarak ayrılmaktadır.

Karakter bölümü ise; kendini yönetme (toplam 44 madde): KY1- sorumluluk alma (8 madde), KY2- amaçlılık (8 madde), KY3- beceriklilik (5 madde), KY4- kendini kabullenme (11 madde), KY5- uyumlu ikincil huylar (12 madde); işbirliği yapma (toplam 42 madde): İY1- sosyal onaylama (8 madde), İY2- empati duyma (7 madde), İY3- yardımseverlik (8 madde), İY4- acıma (10 madde), İY5- erdemlilik, vicdanlılık (9 madde); kendini aşma (toplam 33 madde): KA1- kendilik kaybı (11 madde), KA2-

kişiler arası özdeşim (9 madde), KA3- manevi kabullenme (13 madde) olarak ayrılmaktadır. (Ek-3)

### **3.2.8.CTQ-28 (Childhood Trauma Questionnaire, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği)**

Çocukluk çağındaki duygusal, fiziksel, cinsel kötüye kullanım ve fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren 28 soruluk öz bildirim ölçeğidir (Bernstein ve ark. 1994). Her çocukluk çağı travması tipi için olası puanlar 1 ile 5 arasında değişir. Toplam puan ise 5 ile 25 arasında değişir. Ayrıca travmanın minimizasyonunun değerlendirildiği üç soru bulunmaktadır. Kişinin bu sorulardan kaç tanesine 5 puan verdiği hesaplanarak elde edilen travmanın minimizasyonu puanı, kişinin inkar düzeyini göstermektedir.

Madde bağımlılığı ve sınır kişilik bozukluğu hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir araştırmada ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin yüksek olduğu bulunmuştur (Aslan ve Alpaslan 2000). Başka bir araştırmada ise test-yeniden test değerleri yüksek tutarlılık göstermiştir (Şar ve ark. 2009a). (Ek-4)

### **3.3.İstatistiksel İncelemeler**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student t test kullanıldı. Üç grubun birbiri ile karşılaştırılması için Anova ve Ki-kare testleri uygulandı. Anova ile fark yaratan grubun saptanması için her grup diğer gruplar ile tek tek bağımsız değişkenler için t testi ile tekrar karşılaştırıldı. İlişki (korelasyon) analizlerinde Pearson ve Spearman's rho testi kullanıldı. Anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

## 4.BULGULAR

Çalışmaya Şubat 2010 ile Temmuz 2010 tarihleri arasında 18 ile 65 yaşları arasında değişmekte olan 74'ü (%67,9) kadın ve 35'i (%32,1) erkek olmak üzere toplam 109 kişi katılmıştır. Olgular “Unipolar Bozukluk” (n=35), “Bipolar Bozukluk” (n=38) ve “Kontrol” (n=36) olmak üzere üç grup altında incelenmiştir. Olguların ortalama yaşları 38,5 (SS: 10,1; 19-61), ortalama eğitim süreleri ise 10,6 (SS: 3,3; 4-18) yıldır. Tüm çalışma örnekleminin sosyodemografik verileri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Araştırma örnekleminin demografik özelliklerinin dağılımı

Tablo 1a.

		N	%
Medeni Durum	Bekar	35	32,1
	Evli	62	56,9
	Diğer	12	11,0
Cinsiyet	Kadın	74	67,9
	Erkek	35	32,1
İş Durumu	Çalışmıyor	62	56,9
	Çalışıyor	38	34,8
	Öğrenci	9	8,3

Olguların %32,1’i bekar, %56,9’ü evliydi. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde olguların %67,9’u kadın, %32,1’i erkekti. Olguların %56,9’u çalışmıyor, %34,8’i çalışıyor, %8,3’ü ise öğrenciydi (Tablo 1a).

Tablo 1b.

	Ort	SS
Yaş	38,5	10,1
Eğitim süresi(yıl)	10,6	3,3

Olguların yaş ortalaması 38,5 (SS: 10,1) ve ortalama eğitim süreleri ise 10,6 (SS: 3,3) yıldır. (Tablo 1b).

Tablo 2. Demografik özelliklere göre grupların değerlendirilmesi

Tablo 2a.

		UB Grubu		BB Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	df	P
		N=35		N=38		N=36				
		n	%	n	%	n	%			
Medeni Durum	Bekar	5	14,3	18	47,4	12	33,3	14,76	4	0,005
	Evli	22	62,9	17	44,2	23	63,9			
	Diğer	8	22,9	3	7,9	1	2,8			
Cinsiyet	Kadın	27	77,1	28	73,7	19	52,8	5,73	2	0,057
	Erkek	8	22,9	10	26,3	18	47,2			
İş Durumu	Çalışmıyor	29	82,9	20	52,6	13	36,1	20,20	4	<0,001
	Çalışıyor	6	17,1	12	31,6	20	55,6			
	Öğrenci	0	0	6	15,8	3	8,3			

Gruplar medeni durumları açısından değerlendirildiğinde UB grubunda daha az sayıda bekar bulunmaktaydı. Hem UB hem de BB grubunda çalışmıyor olma sayısı yüksekti. Tüm gruplarda kadın cinsiyet çoğunlukta olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 2a).

Tablo 2b.

	UB Grubu		BB Grubu		Kontrol Grubu		F	df	P
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS			
Yaş	41,8	10,5	36,6	10,3	37,2	9,1	2,86	2	0,062
Eğitim süresi (yıl)	9,7	3,0	11,4	3,6	10,8	3,2	2,52	2	0,085

Hasta ve kontrol grupları arasında UB grubu biraz daha yaşlı olmakla birlikte yaş ve ortalama eğitim süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 2b).



Tablo 3. Klinik özellikleri açısından grupların değerlendirilmesi

Tablo 3a.

	UB Grubu		BB Grubu		T	df	P	
	Ort	SS	Ort	SS				
Hastalık başlangıç yaşı	32,5	10,1	27,5	7,9	5,55	1	<b>0,021</b>	
Hastalık süresi (ay)	111,4	54,2	109,6	72,9	0,02	1	0,903	
Tedavi başlangıç yaşı	34,4	10,3	28,1	7,8	8,60	1	<b>0,005</b>	
Atak sayısı	Depresif	3,3	1,3	1,7	1,2	32,75	1	<b>&lt;0,001</b>
	Toplam	3,3	1,3	4,8	2,9	7,56	1	<b>0,008</b>

Hastalık ve tedavi başlangıç yaşı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulundu. BB grubunda hastalık (27,5; SS: 7,9) ve tedaviye başlangıç yaşı (28,1; SS: 7,8) daha erken bulunmuştu . UB grubunda ortalama depresif atak sayısı 3,3 (SS: 1,3), BB grubunda ortalama manik atak sayısı 2,8 (SS: 2,3), karma atak sayısı ise 0,2 (SS: 0,7) olarak bulundu. Toplam atak sayıları yönünden karşılaştırıldığında BB grubunda ortalama toplam atak sayısı 4,8 (SS: 2,9) olarak bulundu. UB grubu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (Tablo 3a).

Tablo 3b.

	UB Grubu N=35		BB Grubu N=38		Kontrol Grubu N=36		$\chi^2$	df	P	
	n	%	n	%	n	%				
İntihar girişimi varlığı	7	20,0	13	34,2	0	0,0	14,54	2	<b>0,001</b>	
Psikotik bulgulu atak öyküsü	1	2,90	20	52,6	–	–	22,03	1	<b>&lt;0,001</b>	
Yatış öyküsü	8	22,9	33	86,8	–	–	30,30	1	<b>&lt;0,001</b>	
EKT öyküsü	5	14,3	26	68,4	–	–	21,85	1	<b>&lt;0,001</b>	
Ek tıbbi hastalık öyküsü	17	48,6	18	47,4	–	–	0,01	1	0,918	
Ailede DD bozukluğu öyküsü	1.derece	13	37,1	8	21,1	–	–	2,9	1	0,129
	2.derece	3	8,60	7	18,4	–	–	1,50	1	0,221
Ailede başka psikiyatrik hastalık öyküsü	3	8,60	8	21,1	–	–	2,22	1	0,136	

Gruplar intihar girişimi varlığı, psikotik bulgulu atak geçirme, yatış ve EKT öyküsü açısından değerlendirildiğinde, BB grubunda oranlar istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. BB grubunda hastaların %34,2'si en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştu, %52,6'sı en az bir kez psikotik bulgulu atak geçirmişti, %86,8'i en az bir kez yatarak tedavi görmüş ve %68,4'ünde ise en az bir kez EKT uygulanmıştı. Ek tıbbi hastalık, ailede duygudurum bozukluğu ve ailede başka psikiyatrik hastalık öyküsü açısından karşılaştırılığında gruplar arasında istatistiksel açıdan fark saptanmadı (Tablo 3b).

Tablo 4. Grupların HAM-D ve YMDÖ puanları açısından karşılaştırılması

	UB Grubu		BB Grubu		Kontrol Grubu		F	P*	Bonferroni
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS			
HAM-D	3,2	1,6	2,8	1,7	3,5	2,3	1,40	0,252	
YMDÖ	0,6	0,8	2,1	1,3	0,9	0,9	21,12	<b>&lt;0,001</b>	2>1 2>3

\*df=2

BB grubunda YMDÖ ortalama puanları 2,1 (SS: 1,7) olarak bulundu ve diğer gruplar ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (Tablo 4).

Tablo 5. Grupların baskın afektif mizaç tipleri açısından karşılaştırılması

	UB Grubu N:35		BB Grubu N:38		Kontrol Grubu N:36		$\chi^2$	P*
	n	%	n	%	n	%		
Depresif	8	22,9	3	7,9	0	0,0	10,53	<b>0,005</b>
Siklotimik	1	2,9	1	2,6	0	0,0	1,01	0,604
İrritabl	3	8,6	4	10,5	0	0,0	3,81	0,149
Anksiyöz	7	20,0	5	13,2	0	0,0	7,52	<b>0,023</b>

\*df=2

Gruplar baskın afektif mizaç tipleri açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunda herhangi bir baskın mizaç bulunmazken, hasta grupları arasında depresif ve anksiyöz mizaç tiplerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. UB grubunda 8 kişide (%22,9) depresif mizaç, 7 kişide (%20,0) anksiyöz mizaç baskın olarak bulundu. Olguların hiçbirinde hipertimik mizaç saptanmadı (Tablo 5).

Tablo 6. Grupların TEMPS-A puanları açısından karşılaştırılması

	UB Grubu		BB Grubu		Kontrol Grubu		F	P*	Bonferroni
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS			
Depresif	10,1	3,2	7,9	3,7	4,2	2,5	31,56	<b>&lt;0,001</b>	1>2 1>3 2>3
Siklotimik	12,2	3,6	10,6	4,9	5,9	5,2	24,29	<b>&lt;0,001</b>	1>3 2>3
Hipertimik	8,5	4,6	8,6	4,1	10,5	4,7	2,37	0,98	
İrritabl	6,3	3,8	5,7	4,4	2,1	2,0	14,33	<b>&lt;0,001</b>	1>3 2>3
Anksiyöz	12,6	5,4	9,7	6,2	4,3	4,3	21,31	<b>&lt;0,001</b>	1>3 2>3

\*df=2

Gruplar mizaç puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde UB grubunun depresif mizaç puanları BB ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Siklotimik mizaç puanları istatistiksel olarak anlamlı olamamakla birlikte UB grubunda BB grubuna göre daha yüksekti. İrritabl ve hipertimik mizaç puanlarında hasta grupları arasında anlamlı fark bulunmadı. Anksiyöz mizaç puanları UB grubunda daha yüksek bulundu. Hipertimik mizaç dışındaki tüm mizaç puanları hasta gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo 6).

Tablo 7.Gruplara göre TCI (Mizaç ve Karakter Envanteri) puanlarının değerlendirilmesi

	UB Grubu		BB Grubu		Kontrol Grubu		F	P*	Bonferroni
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS			
Keşfetmekten heyecan duyma (YA1)	4,8	2,4	5,6	1,6	6,0	2,3	3,24	<b>0,043</b>	3>1
Dürtüsellik (YA2)	4,7	1,9	4,6	1,7	3,6	1,9	4,20	<b>0,018</b>	1>3
Savurganlık (YA3)	4,1	2,1	4,4	2,0	3,9	2,1	0,57	0,568	
Düzensizlik (YA4)	3,5	2,0	4,1	1,6	3,7	1,8	0,83	0,438	
Toplam yenilik arayışı (YA)	17,1	5,1	18,6	4,0	17,2	5,8	1,04	0,358	
Beklenti endişesi (ZK1)	7,2	2,2	6,4	2,4	4,9	1,9	9,99	<b>&lt;0,001</b>	1>3 2>3
Belirsizlik korkusu (ZK2)	5,2	1,7	4,6	1,6	4,1	1,4	4,12	<b>0,021</b>	1>3
Yabancılardan çekinme (ZK3)	4,3	2,6	4,4	2,1	2,8	1,7	5,95	<b>0,004</b>	1>3 2>3
Çabuk yorulma dermansızlık (ZK4)	5,7	2,4	5,3	2,2	3,1	1,7	14,97	<b>&lt;0,001</b>	1>3 2>3
Toplam zarardan kaçınma (ZK)	22,3	6,7	20,7	5,6	15,0	4,6	16,66	<b>&lt;0,001</b>	1>3 2>3
Duygusalılık (ÖB1)	7,3	1,6	7,6	1,4	6,7	1,9	3,03	0,052	
Bağlanma (ÖB2)	3,6	1,7	3,8	1,5	5,0	1,5	7,94	<b>0,001</b>	3>1 3>2
Bağımlılık (ÖB3)	2,4	1,4	2,6	1,5	3,0	1,1	2,15	0,121	
Toplam ödül bağımlılığı (ÖB)	13,3	3,0	14,0	2,6	14,7	2,7	2,24	0,111	
Toplam sebat etme (SE)	4,7	2,2	4,4	1,7	5,4	2,1	2,3	0,105	

Sorumluluk alma (KY1)	3,6	1,9	4,0	2,2	5,5	2,1	8,18	<b>&lt;0,001</b>	3>1 3>2
Amaçlılık (KY2)	4,8	2,1	5,2	2,1	6,1	1,4	4,55	<b>0,013</b>	3>1
Beceriklilik (KY3)	2,7	1,6	2,6	1,4	3,6	1,4	5,91	<b>0,004</b>	3>1 3>2
Kendini kabullenme (KY4)	5,9	2,2	5,7	2,5	6,0	3,0	0,21	0,811	
Uyumlu ikincil huylar (KY5)	7,5	2,1	7,8	2,4	9,4	1,8	8,7	<b>&lt;0,001</b>	3>1 3>2
Toplam kendini yönetme (KY)	26,3	5,8	25,1	7,7	30,6	6,0	9,89	<b>&lt;0,001</b>	3>1 3>2
Sosyal kabullenme (İY1)	5,2	1,8	5,3	1,8	6,3	1,5	4,38	<b>0,015</b>	3>1 3>2
Empati (İY2)	3,7	1,2	3,6	1,3	4,4	1,1	4,73	<b>0,011</b>	3>2
Yardımseverlik (İY3)	4,4	1,1	4,3	1,5	4,9	1,0	2,82	0,064	
Acıma (İY4)	6,7	3,0	7,3	2,5	7,3	2,4	0,61	0,546	
Vicdan (İY5)	7,2	1,2	6,7	1,4	6,7	1,4	1,85	0,163	
Toplam işbirliği yapma (İY)	27,3	4,9	27,2	6,3	29,2	4,1	2,62	0,077	
Kendini kaybetme (KA1)	5,9	2,4	6,3	2,5	4,9	2,5	2,84	0,063	
Özdeşim (KA2)	5,2	2,4	5,3	2,3	4,4	2,2	1,48	0,233	
Manevi kabullenme (KA3)	7,5	2,3	7,5	3,4	6,8	3,2	0,76	0,469	
Toplam kendini aşma (KA)	18,6	5,5	19,1	6,4	16,6	6,4	2,40	0,096	

\*df=2

Gruplar arasında TCI (Mizaç ve Karakter Envanteri) mizaç ve karakter özelliklerinin karşılaştırılması sonucunda toplam yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, sebat

etme, işbirliği yapma ve kendini aşma puanları arasında anlamlı fark bulunmazken; toplam zarardan kaçınma puanları hem UB hem de BB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksekti. UB grubunda toplam zarardan kaçınma puanları ise istatistiksel olarak anlamlı olamamakla birlikte BB grubuna göre daha yüksek bulundu. BB grubunun toplam kendini aşma ve ödül bağımlılığı puanları da yine istatistiksel olarak anlamlı olamasa da UB grubuna göre daha yüksekti. Grupların toplam kendini yönetme puanları karşılaştırıldığında kontrol grubunun puan ortalamaları hasta gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo 7).

TCI'nin mizaç ve karakter alt birimlerinin incelenmesinde; yenilik arayışı alt birimi keşfetmekten heyecan duyma (YA1) puanları BB grubunda UB grubuna göre anlamlı olmamakla birlikte daha yüksekti. Kontrol grubunda ise UB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Dürtüsellik (YA2) puanları UB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunurken, BB grubu ile birbirine yakındı.

Zarardan kaçınma alt biriminde beklenti endişesi (ZK1), belirsizlik korkusu (ZK2) puanları anlamlı düzeyde olmamakla birlikte UB grubunda BB grubuna göre yüksekti. Beklenti endişesi (ZK1), belirsizlik korkusu (ZK2), yabancılardan çekinme (ZK3) ve çabuk yorulma-dermansızlık (ZK4) puanları genel olarak hasta gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulundu. Ödül bağımlılığı alt biriminde ise bağlanma (ÖB2) puanları hasta gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşüktü.

Kendini yönetme alt biriminde sorumluluk alma (KY1), beceriklilik (KY3) ve uyumlu ikincil huylar (KY5) puanları hasta gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde daha düşük bulundu. İşbirliği yapma alt biriminde ise sosyal kabullenme (İY1) puanı kontrol grubunda hasta gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksekti. Empati (İY2) puanı ise yine kontrol grubunda hasta gruplarına göre daha yüksek bulundu. Bu fark BB grubu ile istatistiksel olarak anlamlıydı. Kendini kaybetme (KA1) alt biriminin puanlarında ise UB, BB ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 7).

Tablo 8. Grupların CTQ-28 (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği) puanları açısından karşılaştırılması

	UB Grubu		BB Grubu		Kontrol Grubu		F	P*	Bonferroni
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS			
Fiziksel kötüye kullanım	1,3	0,6	1,4	0,7	1,2	0,2	1,61	0,206	
Duygusal kötüye kullanım	1,8	0,8	1,9	0,9	1,2	0,2	9,93	<b>&lt;0,001</b>	1>3 2>3
Fiziksel ihmal	1,6	0,5	1,4	0,5	1,1	0,1	12,17	<b>&lt;0,001</b>	1>3 2>3
Duygusal ihmal	2,7	1,1	2,2	0,9	1,5	0,6	18,47	<b>&lt;0,001</b>	1>2 1>3 2>3
Cinsel kötüye kullanım	1,2	0,4	1,1	0,4	1,0	0,1	1,85	0,162	
Toplam	8,0	2,6	8,0	2,7	6,0	0,9	14,71	<b>0,001</b>	1>3 2>3
Minimizasyon	0,4	0,8	0,8	1,0	0,9	1,0	3,04	0,052	

\*df=2

Gruplar CTQ-28 puanları açısından karşılaştırıldığında fiziksel kötüye kullanım, fiziksel ihmal, duygusal kötüye kullanım, duygusal ihmal ortalama puanları hasta gruplarında kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Duygusal ihmal puanları UB grubunda anlamlı ölçüde daha yüksekti. Cinsel kötüye kullanım puanlarında üç grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Toplam puan ortalamaları ise hasta gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde daha yüksekti. Travmanın minimizasyon puanı hasta gruplarına göre kontrol grubunda anlamlıya yakın düzeyde yüksekti. Kontrol grubu UB grubuna göre daha fazla minimize etmekteydi (Tablo 8).



Tablo 9. TEMPS-A ile TCI puanları arasındaki ilişki

	Depresif		Siklotimik		Hipertimik		İrritabl		Anksiyöz	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Yenilik arayışı	-0,255	<b>0,007</b>	-0,024	0,804	0,309	<b>0,001</b>	-0,013	0,893	-0,137	0,156
Zarardan kaçınma	0,682	<b>0,000</b>	0,475	<b>0,000</b>	-0,576	<b>0,000</b>	0,372	<b>0,000</b>	0,632	<b>0,000</b>
Ödül bağımlılığı	-0,155	0,107	-0,118	0,224	0,028	0,776	-0,161	0,095	0,055	0,573
Sebat Etme	-0,133	0,167	-0,045	0,641	0,369	<b>0,000</b>	0,107	0,268	0,005	0,956
Kendini yönetme	-0,607	<b>0,000</b>	-0,716	<b>0,000</b>	0,171	0,075	-0,572	<b>0,000</b>	-0,585	<b>0,000</b>
İşbirliği yapma	-0,152	0,115	-0,201	<b>0,036</b>	0,046	0,632	-0,416	<b>0,000</b>	-0,107	0,267
Kendini aşma	-0,275	<b>0,004</b>	0,494	<b>0,000</b>	0,363	<b>0,000</b>	0,343	<b>0,000</b>	0,433	<b>0,000</b>

Afektif mizaç puanları ile TCI puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde depresif mizacın yenilik arayışı, kendini yönetme ve kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki gösterirken; zarardan kaçınma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki gösterdiği bulundu (Tablo 9).

Siklotimik mizacın zarardan kaçınma, kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki gösterirken; kendini yönetme, işbirliği yapma ile anlamlı negatif ilişki gösterdiği bulundu (Tablo 9).

Hipertimik mizacın yenilik arayışı, sebat etme, kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki gösterdiği bulundu (Tablo 9).

İrritabl mizacın zarardan kaçınma, kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki gösterirken; kendini yönetme, işbirliği yapma ile anlamlı negatif ilişki gösterdiği bulundu (Tablo 9).

Anksiyöz mizacın zarardan kaçınma, kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki gösterirken; kendini yönetme ile anlamlı negatif ilişki gösterdiği bulundu (Tablo 9).

Tablo 10. TEMPS-A ile CTQ-28 puanları arasındaki ilişki

	Depresif		Siklotimik		Hipertimik		İrritabl		Anksiyöz	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Fiziksel kötüye kullanım	0,131	0,174	0,155	0,107	-0,049	0,610	0,191	<b>0,047</b>	0,166	0,085
Duygusal kötüye Kullanım	0,289	<b>0,002</b>	0,310	<b>0,001</b>	-0,167	0,083	0,242	<b>0,011</b>	0,252	<b>0,008</b>
Fiziksel İhmal	0,351	<b>0,000</b>	0,266	<b>0,005</b>	-0,282	<b>0,003</b>	0,297	<b>0,002</b>	0,300	<b>0,002</b>
Duygusal ihmal	0,349	<b>0,000</b>	0,398	<b>0,000</b>	-0,261	<b>0,006</b>	0,319	<b>0,001</b>	0,342	<b>0,000</b>
Cinsel kötüye kullanım	0,231	<b>0,016</b>	0,223	<b>0,020</b>	-0,001	0,990	0,223	<b>0,020</b>	0,215	<b>0,025</b>
Toplam	0,372	<b>0,000</b>	0,374	<b>0,000</b>	-0,220	<b>0,022</b>	0,342	<b>0,000</b>	0,358	<b>0,000</b>

Afektif mizaç puanları ile CTQ-28 puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde depresif , siklotimik ve anksiyöz mizacın duygusal kötüye kullanım, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel kötüye kullanım ve toplam puanlar ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki gösterdiği bulundu (Tablo 10).

Hipertimik mizacın fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam puanlar ile istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki gösterdiği bulundu (Tablo 10).

İrritabl mizacın CTQ-28'in tüm alt grupları ve toplam puanlar ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki gösterdiği bulundu (Tablo 10).

Tablo 11. TCI ile CTQ-28 puanları arasındaki ilişki

		Yenilik arayışı	Zarardan kaçınma	Ödül bağımlılığı	Sebat etme	Kendini yönetme	İşbirliği yapma	Kendini aşma
Fiziksel kötüye kullanım	r	-0,131	0,037	-0,152	-0,019	-0,071	-0,155	0,088
	p	0,176	0,701	0,114	0,845	0,46	0,108	0,361
Duygusal kötüye kullanım	r	0,007	0,186	-0,067	-0,186	-0,268	-0,249	0,199
	p	0,941	0,052	0,487	0,053	<b>0,005</b>	<b>0,009</b>	<b>0,038</b>
Fiziksel ihmal	r	-0,005	0,328	-0,119	-0,223	-0,273	-0,276	0,059
	p	0,958	<b>0,001</b>	0,219	<b>0,020</b>	<b>0,004</b>	<b>0,004</b>	0,539
Duygusal ihmal	r	0,023	0,282	-0,108	-0,226	-0,318	-0,301	0,062
	p	0,811	<b>0,003</b>	0,263	<b>0,018</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	0,519
Cinsel kötüye kullanım	r	0,073	0,118	-0,198	-0,046	-0,179	0,02	0,153
	p	0,448	0,223	<b>0,039</b>	0,635	0,063	0,834	0,113
Toplam	r	-0,016	0,267	-0,148	-0,192	-0,306	-0,28	0,15
	p	0,873	<b>0,005</b>	0,124	<b>0,046</b>	<b>0,001</b>	<b>0,003</b>	0,119
Minimizasyon	r	-0,061	-0,123	0,228	0,127	0,079	0,033	-0,048
	p	0,526	0,203	<b>0,017</b>	0,188	0,412	0,737	0,623

TCI ile CTQ-28 puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde duygusal kötüye kullanımın kendini yönetme ve işbirliği yapma ile istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki gösterirken; kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki gösterdiği bulundu (Tablo 11).

Fiziksel ve duygusal ihmalin sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma ile istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki gösterirken; zarardan kaçınma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki gösterdiği bulundu (Tablo 11).

Travmanın minimizasyonu ile ödül bağımlılığı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki gösterdiği bulundu (Tablo 11).

## 5.TARTIŞMA

### 5.1. Demografik ve Klinik Özellikler

Çalışmaya baskın afektif mizaç, mizaç- karakter özellikleri ve çocukluk çağı örselenmeleri karşılaştırılmak üzere unipolar bozukluk (UB), bipolar bozukluk (BB) hastaları ve sağlıklı kontrollerden oluşan üç grup alınmıştır. Literatür bilgilerimize göre bu anlamda yapılan ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır. Üç grubu sosyodemografik açıdan değerlendirdiğimizde yaş, cinsiyet, eğitim durumu açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Bununla birlikte kadın cinsiyet her iki hasta grubunda da daha fazla sayıda bulunmuştur. Kültür ya da ülkeden bağımsız olarak major depresif bozukluğun kadınlarda erkeklerden iki kat fazla görüldüğü hemen hemen evrensel bir gözlemdir. Bipolar bozukluk prevalansı ise erkekler ve kadınlarda eşittir; fakat hızlı döngü kadınlarda daha sık görülmektedir (Szadoczky ve Papp 1998).

Genelde major depresif bozukluk yalnız, boşanmış veya ayrı yaşayan bireylerde daha sıktır (Kaplan 2004) . Ayrı yaşayanlarda ve boşanmışlarda bipolar I riski artmıştır (Işık 2003). Tüm gruplar medeni durumları açısından değerlendirildiğinde UB grubunda daha az sayıda bekar bulunmaktadır. Hem UB hem de BB grubunda çalışmıyor olma sayısı yüksek saptanmıştır. Eğitim süreleri açısından bakıldığında UB grubunda ortalama eğitim süresi daha düşüktür (9,7 yıl; SS: 3,0).

Hastalık başlangıç yaşıyla ilgili yapılan çalışmalarda hastalığın genel olarak BB grubunun UB grubundan daha genç yaşta başladığı belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada BB hastalarının yaş ortalamaları 38.1 (SS: 5,0) bulunurken UB grubunun yaş ortalaması 49.7 (SS: 3,0) bulunmuştur (Akiskal ve ark. 1985, Cvjetkoviç-Bosnjak 1998, Cuellar ve ark 2005, Ben ve ark. 2006). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak hastalık başlangıç yaşı BB grubunda (27,5; SS: 7,9) UB grubuna (27,5; SS: 7,9) göre anlamlı derecede daha erkendir (p=0,021). Gruplar tedaviye başlagıç yaşı açısından karşılaştırıldığında BB grubunda (28,1; SS: 7,8) UB grubuna göre anlamlı derecede daha erken bulunmuştur (p=0,005). Akdeniz ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışmada da bulgularımızı destekler nitelikte BB grubunun hastalık ve tedaviye başlangıç yaşı UB grubundan daha düşük saptanmıştır.

Yapılan araştırmalarda BB hastalarında intihar öyküsünün ve öldürücü intihar

girişiminin UB hastalarına göre daha fazla olduğu gösterilmektedir. Anksiyete ve depresyon puanları unipolar olgularda yüksek olmasına karşın ölüm riski bipolar olgularda yüksektir (Raja ve Azzoni 2004, Ben ve ark. 2005). Yine literatüre bakıldığında BB' ta psikotik özellikli atağın UB' a göre daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. (Akiskal ve ark. 1985, Benazzi 1999, Raja ve Azzoni 2004, Mandimore 2005). Çalışmamızda intihar girişimi UB grubunda %20,0 iken BB grubunda %34,2 ( $p=0,001$ ); psikotik bulgulu atak öyküsü ise UB grubunda %2,90 iken BB grubunda %52,6 ( $p<0,001$ ) olarak bulunmuş ve istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Bulgularımız literatürle de uyumludur.

Yatış ve EKT öyküsü açısından değerlendirildiğinde, BB grubunda oranlar istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ). BB grubunda hastaların %86,8'i en az bir kez yatarak tedavi görmüş ve %68,4'ünde ise en az bir kez EKT uygulanmıştır. Literatürde BB olgularında hastaneye yatışın, UB olgularına göre daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Ben ve ark. 2005). Bizim çalışmamızda BB grubunun intihar girişimi ve psikotik bulgulu atak öyküsünün anlamlı derecede yüksek olmasının EKT uygulanma oranlarını da yükselttiği düşünülebilir.

Çok sayıdaki araştırmada bipolar bozukluğun genetik yüklülüğünün daha fazla olduğu bildirilmiştir (Cvjetkoviç-Bosnjak 1998, Ben ve ark. 2005:86-87, Goldberg ve ark. 2001). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise UB olgularında birinci derece akrabada duygudurum bozukluğu öyküsü BB olgularına göre daha yüksek bulunmuştur (Akdeniz ve ark 2004). Bizim çalışmamızda da ailede birinci derece akrabada duygudurum bozukluğu öyküsü UB grubunda (%37,1) BB grubundan (%21,1) daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu konuda daha net sonuçların elde edilebilmesi için geniş örneklemlili çalışmalara gereksinim vardır.

## **5.2. Mizaç, Kişilik ve Karakter Özellikleri**

Baskın afektif mizaç tiplerinin bipolar ya unipolar bozukluktan bağımsız olarak yineleyici duygudurum dönemleri ve hastalık süresi ile ilişkili olacağı beklenmektedir (Goodwin ve Jamison 1990, Akiskal 1995). Genel olarak hasta gruplarında kontrol grubuna göre baskın afektif mizaç daha sık gözlenmektedir (Akdeniz ve ark. 2004, Kesebir ve ark. 2005). Çalışmamızda kontrol grubunda herhangi bir baskın mizaç

bulunmazken, hasta grupları arasında depresif ( $p=0,005$ ) ve anksiyöz ( $p=0,023$ ) mizaç tiplerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. UB grubunda 8 kişide (%22,9) depresif mizaç, 7 kişide (%20,0) anksiyöz mizaç baskın olarak bulunmuştur. Cassano ve arkadaşları (1989) , benzer şekilde unipolar depresyon hastalarında depresif mizacın daha sık olduğunu bildirmiştir. Yine depresif hasta gruplarında anksiyöz mizaç görülme sıklığının diğer gruplardan yüksek bulunduğu çalışmalar bildirilmiştir (Akdeniz ve ark 2005, Vahip ve ark. 2005). Çalışmada anksiyöz ve depresif mizacın, BB grubuna göre UB grubunda anlamlı olarak yüksek bulunması literatür bilginizi destekler niteliktedir.

Çalışmamızda baskın siklotimik ve irritabl mizaç açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Siklotimik mizacın bipolarite ile en bağlantılı mizaç tipi olduğu bildirilse de (Akiskal 2003), bipolar ve unipolar olgularında benzer oranlarda görülen çalışmalar da bulunmaktadır (Akdeniz ve ark 2005)

Çalışmamızda hem UB hem de BB grubunda hipertimik mizaç saptanmamıştır. UB olgularında bu durumun literatür ile uyumlu olduğu düşünülebilir. BB grubunda ise 3 olguda (%7,9) depresif mizaç bulunurken hipertimik mizaç görülmemesi çalışmamızın ilginç sonuçlarından biridir. Uygulanan afektif mizaçı ölçeğinin (TEMPS-A) değerlendirilmesinde depresif mizaç ile ilgili olan 18 maddeden 13 tanesi “evet” olarak cevaplandırıldığında depresif mizaç tanısı konmaktadır. Ancak hipertimik mizaç tanısı koyabilmek için hipertimik mizaçla ilgili 20 sorudan hepsinin “evet” diye yanıtlanması gerekmektedir. Bu durum hipertimik mizaç tanısını güçleştirmektedir. Bize göre bu farklılıklar mizaç puan ortalamalarında daha anlamlı değerlendirilebilir. Bununla birlikte hastaların remisyonda olup olmadıklarının da titizlikle değerlendirilmesinin buna anlamlılık yönünde katkı sağlayacağı kanısındayız.

Literatüre bakıldığında duygudurum bozuklukları ve mizaç ilişkisini inceleyen çalışmaların bulguları çeşitlilik göstermektedir. Gassab ve arkadaşlarının (2008) bipolar I, bipolar II ve unipolar olgularında yaptığı bir çalışmada siklotimik mizaç puanlarında farklılık bulunmazken; Savitz ve arkadaşlarının (2008) yaptığı bir aile çalışmasında bipolar ve tek atak major depresyon grubu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda irritabl (Evans ve ark. 2005, Savitz ve ark. 2008 ), depresif (Mazzarani ve ark. 2009, Evans ve ark. 2005) ve anksiyöz (Evans ve ark. 2005) mizaç puanları BB grubunda UB grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Gassab ve arkadaşları (2008) ile Mazzarini ve arkadaşları (2009) depresif mizaç

puanlarını bipolar I ve bipolar II olgularında unipolar olgularına göre anlamlı ölçüde düşük saptamışlardır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da yineleyici ve tek atak depresif grubun depresif ve anksiyöz mizaç puanları bipolar ve kontrol grubundan daha yüksek ve hipertimik mizaç puanları ise daha düşük bulunmuştur. Hasta gruplarının siklotimik mizaç puan ortalamaları kontrol grubunununkinden daha yüksektir (Akdeniz ve ark. 2004).

Bizim çalışmamızda UB grubunun depresif mizaç puanları BB ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Anksiyöz mizaç puanları da UB grubunda BB grubuna göre daha yüksek olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda irritabl mizaç puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da UB grubunda BB grubuna göre daha yüksek bulunması , bu bulgunun süreklilik göstermesinden çok durumsal olduğunu düşündürmektedir. İyileşme dönemindeki depresif hastaların rezidüel belirtileri arasında sıklıkla anksiyete, irritabilite gözlenmiştir (Fava ve ark. 1994, Paykel ve ark. 1995). Ayrıca Parker (2003), bir grup depresyon hastasında irritabilitenin köklerinin anksiyetenin içinde olduğunu ileri sürmüştür.

Siklotimik mizaç puanları istatistiksel olarak anlamlı olamamakla birlikte UB grubunda BB grubuna göre daha yüksek bulunmuştur . Hipertimik mizaç puanları da UB ve BB gruplarında birbirine çok yakın bulunmuştur. Goto ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmanın sonucunda bulgular, siklotimik ve hipertimik mizacın bipolariteyi yordayabileceğini destekler niteliktedir.

Çalışmamızdaki siklotimik ve hipertimik mizaç puanlarındaki bu durum UB grubundaki olguların Akiskal'in tanımladığı bipolar spektrumun major depresyonla bipolar bozukluk sınırında olabileceğini düşündürmektedir.

Grupların TEMPS-A açısından değerlendirilmesinde bu çalışmanın belki en önemli bulgusu hipertimik mizaç haricindeki tüm mizaç tiplerinin puan ortalamalarının hasta gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmasıdır ( $p<0,001$ ). Bu durum başlangıçta da belirttiğimiz gibi baskın afektif mizaç tiplerinin bipolar ya da unipolar bozukluktan bağımsız olarak yineleyici duygudurum dönemleri ve hastalık süresi ile ilişkili olabileceği görüşünü destekler niteliktedir.

TCI mizaç ve karakter özellikleri açısından değerlendirildiğinde ; yapılan bir çok çalışmada sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında unipolar depresyon grubunda zarardan kaçınma puanlarının daha yüksek, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında bipolar grupta ise kendini aşma ve işbirliği yapma puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (Hansenne ve ark. 1999 , de Winter ve ark. 2007, Smith ve ark. 2005, Sayın ve ark. 2007). Bir grup çalışma TCI'da yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetme puanlarının depresyona meyilli olmanın güçlü yordayıcıları olduğu bildirmiştir (Farmer 2003, Mayumi 2000). Genel olarak zarardan kaçınma unipolar depresyon için bir yatkınlık faktörü olarak görülse de Young ve arkadaşları tarafından (1995) yapılan BB ve UB' lu hastaları karşılaştıran bir çalışmada her iki grupta da zarardan kaçınma puanları sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak her iki hasta grubu arasında bir fark tespit edilememiştir. Bunun ötesinde yenilik arayışı puanları sağlıklı kontrol grubuna ve unipolar gruba göre bipolar grupta daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar da zarardan kaçınmanın genel olarak duygudurum bozukluklarıyla yenilik arayışının bipolar bozukluk ile ilişkili olabileceğini göstermiştir. Bir başka karşılaştırmalı çalışmada da kendini aşma puanları unipolar olgulara göre bipolar olgularda daha yüksek bulunmuştur (Nowakowska ve ark. 2005). Çalışmamızda da gruplar arasında anlamlı farklılık olmamakla birlikte, BB grubunda toplam kendini aşma puanı UB grubuna göre daha yüksektir. Görüldüğü üzere bu konudaki yayınlar genel olarak heterojen görünümündedir ancak tek ortak nokta olarak UB'ta zarardan kaçınma, BB'ta da yenilik arayışı puanlarının daha yüksek olması alınabilir ki bizim çalışmamız da zarardan kaçınma (ZK) ve yenilik arayışı (YA) toplam puanları açısından iki hasta grubu arasındaki bu farkı istatistiksel olarak anlamlı olmasa da destekler niteliktedir. Çalışmamızın ilginç bulgularından biri mizacın yenilik arayışı alt birimlerine bakıldığında dürtüsellik (YA2) puanlarının UB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmasıdır (p=0,018). Akiskal'a (1996) göre siklotimik mizaç gergin duygudurum, patlayıcılık, öfke nöbetleri ve dürtüsellik ile ilişkilidir. UB grubunun TEMPS-A ile değerlendirmesinde siklotimik mizaç ortalama puanının kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunması dikkate alındığında bu durum Akiskal'in varsayımı ile uyumlu gözükmektedir.

Engström ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada BB grubunda kontrol



grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek zarardan kaçınma ve düşük ödül bağımlılığı, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da zarardan kaçınma puanları sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında BB grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Toplam kendini yönetme ve alt birimlerinden sorumluluk alma (KY1;  $p < 0,001$ ), beceriklilik (KY3;  $p = 0,004$ ), uyumlu ikincil huy (KY5;  $p < 0,001$ ) puanları hasta gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşüktür. Uyumlu ikincil huy (KY5) biriminde yüksek puan alanlar hedefleriyle uyumlu, iyi alışkanlıkları olan, böylece otomatik olarak uzun süreli değer ve hedeflerine uygun davranan bireylerdir. Buna kendi kendine disiplin ile ulaşılır ancak genellikle otomatik hale gelir (ikinci mizaç) (Köse 2003). Çalışmamızda ödül bağımlılığının bağlanma (ÖB2) alt birimi puanı sağlıklı kontrollerde hasta gruplarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p = 0,001$ ). Bağlanma (ÖB2) alt biriminde yüksek puan alanlar sıcak ve uzun süren sosyal bağları tercih eden, reddedilmeye duyarlı bireyler olarak tanımlanmıştır (Köse 2003). Bu anlamda hasta gruplarının genel olarak kendini yönetme ve bağlanma (ÖB2) puanlarının düşüklüğü beklenen bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Afektif mizaç puanları ile TCI puanları arasındaki ilişkiye baktığımızda; depresif mizaç yenilik arayışı ve kendini yönetme, kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki gösterirken (sırasıyla  $p = 0,007$  ;  $p = 0,000$ ;  $p = 0,004$ ), zarardan kaçınma ile anlamlı pozitif bir ilişki göstermiştir ( $p = 0,000$ ).

Siklotimik mizacın zarardan kaçınma, ve kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkili ( $p = 0,000$ ); kendini yönetme ve işbirliği yapma ile anlamlı negatif ilişkili bulunmuştur (sırasıyla  $p = 0,000$  ;  $p = 0,036$ ).

Hipertimik mizaç yenilik arayışı, sebat etme, ve kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki gösterirken (sırasıyla  $p = 0,001$ ;  $p = 0,000$ ;  $p = 0,000$ ); zarardan kaçınma ile anlamlı negatif bir ilişki göstermiştir ( $p = 0,000$ ).

İrritabl mizaç zarardan kaçınma ve kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki gösterirken ( $p = 0,000$ ) ; kendini yönetme ve işbirliği yapma ile anlamlı negatif bir ilişki göstermiştir ( $p = 0,000$ ).

Anksiyöz mizaç ise zarardan kaçınma ve kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkili ( $p = 0,000$ ) ; kendini yönetme ile de anlamlı negatif ilişkili bulunmuştur ( $p = 0,000$ ).

Literatüre bakıldığında afektif mizaç tipleri ile TCI puanları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar çok kısıtlıdır. Rozsa ve arkadaşlarının (2008) yaptığı bir çalışmada depresif mizaç ile yenilik arayışı ve kendini yönetme arasında anlamlı negatif ilişki, zarardan kaçınma ile anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. Siklotimik mizaç ile yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve kendini aşma arasında anlamlı olarak pozitif ilişki; kendini yönetme ile anlamlı negatif ilişki gösterilmiştir. Hipertimik mizaç ile sebat etme, kendini yönetme ve kendini aşma arasında anlamlı pozitif ilişki bulunurken; zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı ile anlamlı negatif ilişki saptanmıştır. İrritabl mizaç ve sebat etme arasında anlamlı olarak pozitif ilişki gösterilmişken; kendini yönetme ve işbirliği yapma ile anlamlı negatif ilişki bulunmuştur. Yine aynı çalışmada anksiyöz mizaç ile zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı arasında anlamlı pozitif ilişki gösterilmişken, kendini yönetme ile anlamlı negatif ilişki bulunmuştur. Bulgularımız genel olarak Rozsa ve arkadaşlarının (2008) çalışması ile uyumlu olmakla birlikte örneklemin özelliklerinden kaynaklandığını düşündüğümüz farklı sonuçlar da bulunmaktadır. Bu konuda daha geniş örneklemlerle çalışmalara gereksinim vardır.

Mizaç ve kişilik özellikleri ile duygudurum bozukluğu ilişkisini araştırmanın bazı yöntem güçlükleri vardır. Hastalığın altında yattığı iddia edilen mizaç ve kişiliği tam ve güvenilir olarak değerlendirmek zordur. Bu çalışmada hastalar DSM-IV’ de göre remisyonda değerlendirilmiş olsa da eşik altı biçimlerden ayırdetmek kolay değildir. Depresyon sırasında “her zamanki” hal ile ilgili algının hastalığın olumsuz bilişsel şemaları nedeniyle çarpıtıldığı bilinmektedir. Yine mizaç tipleri ile duygudurum bozuklukları arasında kurulan bağlantının hastalığın bir nedeni mi yoksa bir sonucu mu sorusunun yanıtını vermek ve bu konuda durum ile sürekliliği ayırmak zordur. Ayrıca kişilik özelliklerinin kuşkusuz kültürel boyutunun da olduğu unutulmamalıdır. Kişilik araştırmalarında kullanılan birçok aracın farklı kültürlerde geçerlilikleri gösterilmiş olsa da bu yöndeki değerlendirmelerin daha sağlıklı yapılabilmesi için daha geniş örneklemlerle çalışmalara gereksinim vardır.

### 5.3. Çocukluk Çağı Örselenmeleri (Travmaları)

Çocuklukta uğranan kötü muamele ve yaşamın ilk yıllarındaki örseleyici olaylar her türlü psikopatoloji için risk oluşturmaktadır. Bu anlamda duygudurum bozukluklarının da cinsel ve fiziksel kötüye kullanım, ihmal, erken yaşta ebeveyn kaybı gibi çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile sıklıkla ilişkili olduğu görülmektedir. (Öztürk ve Uluşahin 2008, Kessler ve ark. 1997, Brown ve Moran 1994, Turner ve Lloyd 2004).

Bernet ve Stein (1999) major depresyonlu hastalar ile sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları bir çalışmada hasta grubunda duygusal kötüye kullanım, fiziksel kötüye kullanım ve duygusal ihmal toplam puanlarının kontrol grubuna göre önemli derecede yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca duygusal kötüye kullanımın depresyonun yinelemesinde bir yordayıcı olabileceğini belirtmişlerdir. Araştırmalar arasında en yaygın çocukluk çağı travması alt tipine dair farklılıklar bulunmaktadır. Duygusal kötüye kullanımı (Goldberg ve Garno 2005), fiziksel kötüye kullanımı (Zavaschi ve ark. 2006) ve cinsel kötüye kullanımı (Lu ve ark. 2008) en sık olarak bildiren yayımlar bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan iki çalışmada ise en sık bildirilen çocukluk çağı travması duygusal ihmaldir (Zoroğlu ve ark 2001, Yanık ve Özmen 2002). Levitan ve arkadaşları duygusal ihmal ile depresyonun yinelemesi arasında diğer çocukluk çağı travmalarına göre daha yüksek bir ilişki saptamışlardır. Bizim çalışmamızda sıklık açısından değerlendirilmemekle birlikte ortalama puanlar açısından hem UB hem de BB grubunda duygusal ihmal puanları ilk sıradadır ve UB grubunda BB ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Duygusal kötüye kullanım puanları ise hasta gruplarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksektir ( $p<0,001$ ). Duygusal ihmal çocuğun sevgi, destek, ilgi, bağlanma, bakım gibi gereksinmelerinin uygun biçimde yerine getirilmemesidir. Çocukluğun erken dönemlerinde ruhsal gelişimde önemli olan sevilme, güven duyma, kendini yeterli, değerli hissetme gibi duygusal ihtiyaçlarının doyurulmaması nedeniyle bireyin kendisine, dünyaya olan kognitif ve emosyonel yapıları zarar görmekte, bu da bireylerde depresyon oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Bireyler yakın ilişki kurmakta güçlükler çeker, duygusal yoğunluğu az olan ilişkiler kurar, benlik duyguları ve kendilerine olan güvenleri azalır. Kendilik değerindeki bu azalma nedeniyle depresyon

erken yaşlarda ortaya çıkmaya başlar. Her depresif atak inançların pekişmesine ve depresyonun yinelemesine katkıda bulunur. Bu nedenle çocukluk çağı travmalarının erken başlangıçlı, yineleyen ve kronik depresif bozukluğu olan bireylerde detaylı araştırılması gerekmektedir. Çocukluk çağı travmasının tespiti durumunda ise uygun doz ve sürede gerekli psikofarmakolojik ajanların kullanılması, travmaya yönelik psikoterapi yöntemlerinin uygulanması ve bireylerin düzenli takibi tedaviye önemli katkılar sunacaktır.

Levitan ve arkadaşlarının (1998) bipolar ve unipolar bozukluklu olgularda yaptığı bir çalışmada; fiziksel ve cinsel kötüye kullanım öyküsü atipik özellikli major depresyon ile ilişkili bulunmuş, ancak fiziksel kötüye kullanım ortalama puanları BB olgularında daha yüksek bildirilmiştir. Genel olarak duygudurum bozukluğunda , BB olgularında daha belirgin olmak üzere, fiziksel kötüye kullanımın sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (Zavaschi ve ark. 2006 , Hyun ve ark. 2000, Hall ve ark. 1993, Wise ve ark. 2001)). Bipolar bozukluk ortaya çıkmadan önceki eşik-altı belirtilerin davranış sorunları nedeniyle ebeveynlerin daha fazla fiziksel şiddet uygulamasına neden olduğu ve bu bağlamda çocukluk çağında travmatik yaşantıların daha sık bulunduğu düşünülebilir (Etain ve ark. 2008). Oysa ki çalışmamızda fiziksel kötüye kullanım puanları gruplar arasında birbirine yakındır, aralarında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Bizim ülkemizde fiziksel kötüye kullanımın çok yaygın olması, toplumsal kabul görmesi ve bunun bir eğitim biçimi olarak görülmesinin bu bulguda önemli rolü olduğunu düşünmekteyiz. Diğer yandan travma alt tipleri cinsiyete göre de farklılık göstermektedir. Erkeklerde fiziksel kötüye kullanım daha yüksek olarak bildirilirken kadınlarda ise cinsel kötüye kullanım daha yüksektir (Leverich ve ark. 2002; Brown ve ark. 2005; Lu ve ark. 2008). Bizim örneklemimizde genel olarak kadın sayısının yüksek olmasının da bu duruma etkisi olabilir diye düşünmekteyiz. Ayrıca çalışmamızda fiziksel ihmal puanları kontrol grubuna göre hasta gruplarında anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ( $p<0,001$ ), UB grubunda daha yüksek olmakla birlikte hasta grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Cinsel kötüye kullanım ile ilgili bulgulara dair çalışmalarda farklılıklar görülmektedir. Genel olarak sağlıklı kontrollere göre duygudurum bozukluklarında cinsel kötüye kullanımın daha sık olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte; bazı yayınlar depresif bozukluk, bazıları da bipolar bozukluk hastalarında daha yüksek

oranlarda bildirmişlerdir. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadınlarda erkekler göre daha sık olduğu ile ilgili yayınlar çoğunlukta ise de benzer oranlar da bildirilmiştir (Hyun ve ark 2000, Wexler ve ark. 1997, Mueser 1998, Zavaschi ve ark. 2006, Benedict ve ark. 1999). Çalışmamızda cinsel kötüye kullanım puanlarında hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonucun örneklem özelliklerinden kaynaklandığı düşünülebileceği gibi, kullanılan ölçek öz bildirime dayalı olsa da cinsel travmaların genel olarak daha zor ifade edilebilir olması da bu duruma katkı sağlayabilir.

Genel olarak toplam travma puanları ise kontrol grubuna göre hasta gruplarında anlamlı olarak yüksektir ( $p=0,001$ ). UB ve BB grupları arasında ise fark bulunmamıştır.

Olumsuz yaşam olaylarının, özellikle de erken çocukluk döneminde, nörolojik yolaklar ve sistemde disfonksiyon ile birlikte kişilik gelişimi üzerine negatif etkisinde şüphe yoktur (De Bellis ve ark. 1994). Bununla birlikte dürtüsel ya da agresif kişilik özellikleri ve çocukluk çağı kötüye kullanımı arasında da güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Mann ve arkadaşları (2005) kötüye kullanılmış duygudurum bozukluklu hastalarında yaşam boyu agresyon puanlarını ve hastalık başlangıç yaşını anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır. Literatürde , çocukluk çağı travmaları ve mizaç- karakter özellikleri ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar oldukça kısıtlı sayıdadır. Pompili ve arkadaşlarının (2009), akut psikiyatri hastalarında çocukluk çağı fiziksel-cinsel kötüye kullanımı ile afektif mizaç profili, kişilik özellikleri ve intihar riskini araştırmışlardır. Bulgularına göre cinsel ya da fiziksel kötüye kullanımı olan hastalarda TEMPS-A depresif/siklotimik/anksiyöz mizaç puanları daha yüksek bulunmuştur. Ancak kötüye kullanımı olmayan hastalara göre siklotimik mizaç puanları anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Bu hastalar daha dürtüsel, engellenme eşiği daha düşük, gergin bireyler olarak değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda, fiziksel kötüye kullanımla ilişkisi bulunan tek mizaç tipi irritabl mizaçtır ve aralarında anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır ( $p=0,047$ ). Cinsel kötüye kullanım ise depresif ( $p=0,016$ ), siklotimik ( $p=0,020$ ), irritabl ( $p=0,020$ ) ve anksiyöz mizaç ( $p=0,025$ ) ile anlamlı pozitif ilişkili olduğu görülmüştür . Duygusal kötüye kullanım da hipertimik mizaç dışındaki diğer mizaç tiplerinin tümüyle anlamlı pozitif ilişkili bulunmuştur. Fiziksel ( $p=0,003$ ) ve duygusal ( $p=0,006$ ) ihmal ; hipertimik mizaç ile anlamlı negatif , diğer mizaç tipleri ile anlamlı pozitif ilişkili bulunmuştur. Farklı bir yaklaşımda bulunarak hipertimik mizacın

fiziksel ve duygusal ihmal için bir direnç oluşturabileceği düşünülebilir. Bunun yanısıra fiziksel ya da duygusal ihmale uğramayan bireylerin daha sık hipertimik mizaçlı olabileceği de varsayılabilir. Ayrıca toplam travma puanı ve hipertimik mizaç arasında da anlamlı negatif ( $p=0,022$ ), diğer mizaç tipleriyle pozitif bir ilişki görülmüştür. Bu durum da hipertimik mizaç ile ilgili düşüncemizi destekler niteliktedir.

Literatürde bakıldığında Kökçü ve Kesebir' in (2010) BB olgularında bağlanma biçimi ve mizaç, kişilik özellikleri ilişkisine yönelik yaptığı bir çalışmada, güvensiz bağlanan olgularda depresif, siklotimik, iritabl ve anksiyöz mizaç puanları daha yüksek bulunmuştur. Güvensiz bağlanma ile hipertimik mizaç negatif ilişkili bulunmuş, bu da hipertimik mizacın güvensiz bağlanma için bir direnç oluşturabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Genel olarak güvensiz bağlanma biçimi yaşamın ilerleyen dönemlerinde her türlü psikopatolojinin ortaya çıkışı ile ilişkili olabileceği gibi duygudurum bozukluklarıyla birbirini çift yönlü olarak olumsuz etkilediği de bilinmektedir (Kökçü ve Kesebir 2010). Bağlanma biçimi ve mizaç yaşamın ilk yıllarından başlayarak var olan ve süreklilik gösterdiği düşünülen oluşumlardır. Mizacın bağlanmayı güvenli ya da güvensiz olarak yordayabilme gücü olduğu düşünülmektedir (Mangelsdorf ve Frosch 1999). Bağlanma biçimleri yüklü yaşam olaylarının, çocukluk çağı ihmal ve kötüye kullanımlarının izlerini taşır. Nitekim bunların tümü depresyon ve bipolar bozukluk etiyojisinde önemlidir (Kökçü ve Kesebir 2010, Gilbert ve ark. 2007).

Çocukluk çağı travma puanları ile TCI puanları arasındaki ilişkiye baktığımızda; fiziksel ve duygusal ihmalin zarardan kaçınma ile anlamlı pozitif ilişkili olduğu görülürken (sırasıyla  $p=0,001$  ;  $p=0,003$ ), sebat etme ( $p=0,020$  ;  $p=0,018$ ), kendini yönetme ( $p=0,004$  ;  $p=0,001$ ) ve işbirliği yapma ( $p=0,004$  ;  $p=0,001$ ) arasında anlamlı negatif ilişki bulunmuştur. Duygusal kötüye kullanım ile kendini yönetme ve işbirliği yapma arasında anlamlı negatif ilişki gösterirken (sırasıyla  $p=0,005$  ;  $p=0,009$ ), kendini aşma ile de anlamlı pozitif ilişki göstermiştir ( $p=0,038$ ). Kendini aşma genel olarak ; insanların kendilerini bütünüyle evrenin bir parçası olarak algılamalarını göstermektedir. Kendini aşan bireyler adaletli, anlayışlı, inançlı, sade ve alçak gönüllüdürler. Kendi sınırlarını aşma eğilimindedirler, bazı kişilerce idealist olarak nitelendirilirler (Köse 2003). Duygusal kötüye kullanımın çocuğa bakım verenlerin çocuğun duygusal ve ruhsal sağlığını tehlikeye sokacak biçimde aşırı sözel tehditler,

alay etmeler, küçük düşürücü eleştiriler ve yorumlarda bulunması dikkate alındığında bireylerin sonrasında belki de tepkisel bir çeşit reaksiyon geliştirerek kendini aşma eğiliminde oldukları düşünülebilir.

Cinsel kötüye kullanım ile ödül bağımlılığı arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur ( $p=0,009$ ). Ödül bağımlılığının en önemli özelliklerinden biri sosyal ilişkilerde sevgisini kolayca belli edebilen ve başkaları için gerçekten endişelenen özellikleri ile sosyal ilişkilere olan duyarlılıklarıdır. Düşük ödül bağımlılığı olan bireyler ise sosyal içe çekilme, ayrılma eğilimi gösterirler. Bu anlamda çalışmamızın bulgusu cinsel açıdan kötüye kullanan bireylerde beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda toplam travma puanları ile zarardan kaçınma arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunurken ( $p=0,005$ ); sebat etme , kendini yönetme ve işbirliği yapma arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,046$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,003$ ).

Çalışmanın ilginç sonuçlarından biri de travmanın minimizasyonu ile ödül bağımlılığı arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmasıdır ( $p=0,017$ ). Bu durumda travma na kadar çok minimize ediliyor ise bireyin sosyal ilişkilerdeki duyarlılığı, uyumu da o kadar yüksek, içe çekilme ve ayrılması o denli düşük düzeydedir gibi düşünülebilir.

Genel olarak çocukluk çağı travmaları ve duygudurum bozuklukları alanında daha önceki çalışmaların çoğunluğu ABD’nde yapılmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çok az çalışma bulunmaktadır. Bulgulardaki farklılıkların araştırmaların yapıldığı ülkelerdeki gelişmişlik düzeyi ve kültürel farklılıklar nedeniyle olabileceğini düşünmekteyiz.

## 6. SONUÇ

Duygudurum bozuklukları ve mizaç-karakter özellikleri ya da duygudurum bozuklukları ve çocukluk çağı travmaları üzerine yapılmış çalışmalar literatürde çok olmakla birlikte; bildiğimiz kadarıyla çalışmamız, unipolar ve bipolar bozukluk hastalarında mizaç-karakter özellikleri ve çocukluk çağı travmalarını birlikte araştıran ilk çalışma olma özelliğindedir.

Çalışmamızda kontrol grubunda herhangi bir baskın mizaç bulunmazken, hasta grupları arasında depresif ve anksiyöz mizaç tiplerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Çalışmada anksiyöz ve depresif mizacın, BB grubuna göre UB grubunda anlamlı olarak yüksek bulunması literatür bilginizi destekler niteliktedir. Çalışmamızda baskın siklotimik ve irritabl mizaç açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Her iki hasta grubunda da hipertimik mizaç bulunmamıştır.

Afektif mizaç puanları değerlendirildiğinde; çalışmamızda UB grubunun depresif mizaç puanları BB ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Anksiyöz mizaç puanları da UB grubunda BB grubuna göre daha yüksek olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. İrritabl mizaç puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da UB grubunda BB grubuna göre daha yüksek bulunması , bu bulgunun süreklilik göstermesinden çok durumsal olduğunu düşündürmektedir. Literatürde iyileşme dönemindeki depresif hastaların rezidüel belirtileri arasında sıklıkla anksiyete, irritabilite gözlendiği bildirilmektedir. Ayrıca irritabilitenin köklerinin anksiyetenin içinde olduğunu ileri süren yayınlar da bildirilmiştir. Siklotimik mizaç puanları istatistiksel olarak anlamlı olamamakla birlikte UB grubunda BB grubuna göre daha yüksek bulunmuştur . Hipertimik mizaç puanları da UB ve BB gruplarında birbirine çok yakın bulunmuştur. Bu anlamda bulgularımız siklotimik ve hipertimik mizacın bipolariteyi yordayabileceğini destekler niteliktedir ve bu olguların bipolar spektrumun major depresyonla bipolar bozukluk sınırında olabileceğini düşündürmektedir. TEMPS-A değerlendirmesinde belki de en önemli bulgu; hipertimik mizaç haricindeki tüm mizaç tiplerinin puan ortalamalarının hasta gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmasıdır. Bu durum başlangıçta da belirttiğimiz gibi baskın afektif mizaç tiplerinin bipolar ya da unipolar



bozukluktan bağımsız olarak yineleyici duygudurum dönemleri ve hastalık süresi ile ilişkili olabileceği görüşünü destekler niteliktedir.

Gruplar TCI puanları açısından değerlendirildiğinde; gruplar arasında anlamlı farklılık olmamakla birlikte, BB grubunda toplam kendini aşma puanı UB grubuna göre daha yüksektir. Bu konudaki yayınlar genel olarak heterojen görünümündedir ancak tek ortak nokta olarak UB' ta zarardan kaçınma, BB' ta da yenilik arayışı puanlarının daha yüksek olması alınabilir ki bizim çalışmamız da zarardan kaçınma(ZK) ve yenilik arayışı (YA) toplam puanları açısından iki hasta grubu arasındaki bu farkı istatistiksel olarak anlamlı olmasa da destekler niteliktedir. Çalışmamızın ilginç bulgularından biri mizacın yenilik arayışı alt birimlerine bakıldığında dürtüsellik (YA2) puanlarının UB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmasıdır. Akiskal'a (1996) göre siklotimik mizaç gergin duygudurum, patlayıcılık, öfke nöbetleri ve dürtüsellik ile ilişkilidir. UB grubunun TEMPS-A ile değerlendirmesinde siklotimik mizaç ortalama puanının kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunması dikkate alındığında bu durum Akiskal'in varsayımı ile uyumlu gözükmektedir.

Toplam kendini yönetme ve alt birimlerinden sorumluluk alma (KY1), beceriklilik (KY3), uyumlu ikincil huy (KY5) puanları hasta gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşüktür. Çalışmamızda ödül bağımlılığının bağlanma (ÖB2) alt birimi puanı sağlıklı kontrollerde hasta gruplarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu anlamda hasta gruplarının genel olarak kendini yönetme ve bağlanma (ÖB2) puanlarının düşüklüğü beklenen bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Afektif mizaç puanları ile TCI puanları arasındaki ilişkiye baktığımızda; depresif mizaç yenilik arayışı ve kendini yönetme, kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki gösterirken, zarardan kaçınma ile anlamlı pozitif bir ilişki göstermiştir. Siklotimik mizaç zarardan kaçınma ve kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkili; kendini yönetme ve işbirliği yapma ile anlamlı negatif ilişkili bulunmuştur. Hipertimik mizaç yenilik arayışı, sebat etme, ve kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki gösterirken; zarardan kaçınma ile anlamlı negatif bir ilişki göstermiştir. İrritabl mizaç zarardan kaçınma ve kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki gösterirken; kendini yönetme ve işbirliği yapma ile anlamlı negatif bir ilişki göstermiştir. Anksiyöz mizaç ise zarardan kaçınma ve kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişkili; kendini yönetme ile

de anlamlı negatif ilişkili bulunmuştur. Literatüre bakıldığında afektif mizaç tipleri ile TCI puanları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar çok kısıtlıdır. Bulgularımız genel olarak Rozsa ve arkadaşlarının (2008) çalışması ile uyumlu olmakla birlikte örneklemin özelliklerinden kaynaklandığını düşündüğümüz farklı sonuçlar da bulunmaktadır. Bu konuda daha geniş örneklemlerle çalışmalara gereksinim vardır.

Çocukluk çağı travmaları açısından CTQ-28 puanları değerlendirildiğinde; çalışmamızda hem UB hem de BB grubunda duygusal ihmal puanları ilk sıradadır ve UB grubunda BB ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durum duygusal ihmalin depresif atak sırasında olumsuz inançların pekişmesine ve depresyonun yinelemesine katkıda bulunduğu bilgisini destekler. Duygusal kötüye kullanım puanları ise hasta gruplarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksektir. Çalışmamızda fiziksel kötüye kullanım puanları gruplar arasında birbirine yakındır, aralarında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Bizim ülkemizde fiziksel kötüye kullanımın çok yaygın olması, toplumsal kabul görmesi, bunun bir eğitim biçimi olarak görülmesinin ve örnekleminizde genel olarak kadın cinsiyetin egemen olmasının bu duruma etkisi olabilir diye düşünmekteyiz. Çalışmamızda cinsel kötüye kullanım puanlarında hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonucun örneklem özelliklerinden kaynaklandığı düşünülebileceği gibi, kullanılan ölçek özbildirime dayalı olsa da cinsel travmaların genel olarak daha zor ifade edilebilir olması da bu duruma katkı sağlayabilir.

Genel olarak toplam travma puanları ise kontrol grubuna göre hasta gruplarında anlamlı olarak yüksektir. UB ve BB grupları arasında ise fark bulunmamıştır. Bulgularımıza göre; çocukluk çağı travmalarının unipolar ya da bipolar bozukluk olarak ayırmadan genel olarak duygudurum bozukluğunun yordayıcısı olduğunu düşünülebilir. Ayrıca araştırmaların yapıldığı ülkelerdeki gelişmişlik düzeyi ve kültürel özelliklerin de genel olarak bulgularda farklılık yaratacağını dikkate almak gerekir.

Çocukluk çağı travmaları ve mizaç- karakter özellikleri ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar oldukça kısıtlı sayıdadır. Bizim çalışmamızda, fiziksel kötüye kullanım ile ilişkisi bulunan tek mizaç tipi irritabl mizaçtır ve aralarında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. Cinsel kötüye kullanımın ise depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç ile anlamlı pozitif ilişkili olduğu görülmüştür. Duygusal kötüye kullanım da hipertimik mizaç dışındaki diğer mizaç tiplerinin tümüyle anlamlı pozitif ilişkili

bulunmuştur. Fiziksel ve duygusal ihmal ; hipertimik mizaç ile anlamlı negatif , diğer mizaç tipleri ile anlamlı pozitif ilişkili bulunmuştur. Farklı bir yaklaşımda bulunarak hipertimik mizacın fiziksel ve duygusal ihmal için bir direnç oluşturabileceği düşünülebilir. Ya da fiziksel ya da duygusal ihmale uğramayan bireylerin daha hipertimik mizaçlı olabileceği de varsayılabılır. Ayrıca toplam travma puanı ve hipertimik mizaç arasında da anlamlı negatif, diğer mizaç tipleriyle pozitif bir ilişki görülmüştür. Bu durum da hipertimik mizaç ile ilgili düşüncemizi destekler niteliktedir.

Çocukluk çağı travma puanları ile TCI puanları arasındaki ilişkiye baktığımızda; fiziksel ve duygusal ihmalin zarardan kaçınma ile anlamlı pozitif ilişkili olduğu görülürken, sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma ile anlamlı negatif ilişkili bulunmuştur. Duygusal kötüye kullanım ile kendini yönetme ve işbirliği yapma arasında anlamlı negatif ilişki gösterirken, kendini aşma ile de anlamlı pozitif ilişki göstermiştir. Duygusal açıdan kötüye kullanılan bireylerin belki de tepkisel bir çeşit reaksiyon geliştirerek kendini aşma eğiliminde oldukları düşünülebilir.

Cinsel kötüye kullanım ile ödül bağımlılığı arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. Düşük ödül bağımlılığı olan bireyler ise sosyal içe çekilme, ayrılma eğilimi gösterirler. Bu anlamda çalışmamızın bulgusu cinsel açıdan kötüye kullanan bireylerde beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda toplam travma puanları ile zarardan kaçınma arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunurken; sebat etme , kendini yönetme ve işbirliği yapma arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur.

Çalışmanın ilginç sonuçlarından biri de travmanın minimizasyonu ile ödül bağımlılığı arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmasıdır. Bu durumda travma na kadar çok minimize ediliyor ise bireyin sosyal ilişkilerdeki duyarlılığı, uyumu da o kadar yüksek, içe çekilme ve ayrılması o düşük düzeydedir gibi düşünülebilir.

Sonuç olarak, mizaç ve karakter özelliklerinin ya hastalığa yatkınlık yaratan bir durum olduğu ya da hastalığın bir görünümü olduğu yönünde farklı görüşler sunulmaktadır. Yine hastalığın kendisinin mizaç ve karakteri değiştirdiği ya da mizaç ve karakterin hastalığın tipini etkilediği konusu da tartışmalıdır. Her iki durumda da unipolar ve bipolar bozukluk arasındaki bu özellikler temelinde yapılacak bir ayırım hastalığın seyri ve tedavi seçenekleri konusunda klinisyeni yönlendirmesi açısından önemlidir.

Genel olarak duygudurum bozukluğu olan bireylerde çocukluk çağı travmalarının araştırılması büyük önem taşır. Travmanın bulunması halinde duygudurum bozukluğu tedavisiyle birlikte travmaya yönelik psikoterapötik yaklaşımların da uygulanması hastalığın yinleme riskini azaltabilir ve bu anlamda seyrine olumlu katkı sağlayabilir diye düşünmekteyiz.

Çalışmadaki örneklem sayısının yüksek olmaması, değerlendirmelerin geriye dönük hatırlama yanlılığına açık ve hastalar tarafından doldurulan ölçeklerle yapılıyor olması; kullandığımız ölçeklerde, anketi dolduran kişilere tüm yaşamlarını göz önüne almaları hatırlatıldığı halde, hastalık öncesi kişilik özelliklerini değerlendirmede zorluklar yaşayabilmeleri ve hastaların remisyon öncesi mizaç, karakter özelliklerinin değerlendirilmemiş olması, yani kesitsel bir çalışma olması çalışmamızın kısıtlılıkları arasında sayılması gereken noktalardır. Daha büyük örneklerle, uzunlamasına çalışmaların yapılması ve sonuçların desteklenmesi, elde edilecek verilerin geçerlilik ve çeşitliliğini arttıracaktır.

## 7.ÖZET

Çalışmamızın amacı; unipolar bozukluğu ile bipolar bozukluğu hastalarının hem kendi aralarında hem de sağlıklı kontrol grubu ile sosyodemografik ve klinik özellikleri, baskın afektif mizaç, mizaç-karakter özellikleri ve çocukluk çağı travmaları yönünden karşılaştırılmasıdır.

Çalışmaya, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Kliniği'nde Şubat 2010-Temmuz 2010 tarihleri arasında ayaktan tedavi görmekte olan rastgele yöntemle seçilmiş, DSM IV tanı ölçütlerine göre unipolar ve bipolar bozukluk tanısı konmuş ve en az 8 haftadır tam remisyonda olan 35 unipolar bozukluk, 38 bipolar bozukluk hastası ile kontrol grubunu oluşturan 36 sağlıklı kişi olmak üzere toplam 109 kişi dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan kişilerin tümüne baskın afektif mizacın değerlendirilmesi için TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire), mizaç ve karakter özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla TCI (Temperament and Character Inventory), çocukluk çağı travmaları açısından değerlendirmek üzere CTQ-28 uygulanmıştır.

Afektif mizaç puanları değerlendirildiğinde; çalışmamızda hipertimik mizaç haricindeki tüm mizaç tiplerinin puan ortalamaları hasta gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Depresif mizaç puanları BB ve kontrol grubuna göre UB grubunda anlamlı derecede yüksekti. Anksiyöz, irritabl ve siklotimik mizaç puanları UB grubunda BB grubuna göre daha yüksekti. Hipertimik mizaç puanları da UB ve BB gruplarında birbirine çok yakın bulundu.

Gruplar TCI puanları açısından değerlendirildiğinde; toplam zarardan kaçınma (ZK) puanları UB grubunda, toplam kendini aşma (KA), yenilik arayışı (YA) puanları BB grubunda daha yüksekti. Grupların toplam kendini yönetme (KY) puanları karşılaştırıldığında kontrol grubunun puan ortalamaları hasta gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu .

TCI'nin mizaç ve karakter alt birimlerinin incelenmesinde; UB grubunda yenilik arayışı alt birimi keşfetmekten heyecan duyma (YA1) puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük, dürtüsellik (YA2) puanları ise anlamlı derecede yüksek bulundu.

Çocukluk çağı travmaları açısından CTQ-28 puanları değerlendirildiğinde; çalışmamızda duygusal ihmal puanları UB grubunda, BB ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Duygusal kötüye kullanım puanları ise hasta gruplarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksekti. Çalışmamızda fiziksel kötüye kullanım puanları gruplar arasında birbirine yakındır, aralarında anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamızda cinsel kötüye kullanım puanlarında hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmadı. Genel olarak toplam travma puanları ise kontrol grubuna göre hasta gruplarında anlamlı olarak yüksekti.

Sonuç olarak, mizaç ve karakter özelliklerinin ya hastalığa yatkınlık yaratan bir durum olduğu ya da hastalığın bir görünümü olduğu yönünde farklı görüşler sunulmaktadır. Yine hastalığın kendisinin mizaç ve karakteri değiştirdiği ya da mizaç ve karakterin hastalığın tipini etkilediği konusu da tartışmalıdır. Her iki durumda da unipolar ve bipolar bozukluk arasındaki bu özellikler temelinde yapılacak bir ayırım hastalığın seyri ve tedavi seçenekleri konusunda klinisyeni yönlendirmesi açısından önemlidir.

Genel olarak duygudurum bozukluğu olan bireylerde çocukluk çağı travmalarının araştırılması büyük önem taşır. Travmanın bulunması halinde duygudurum bozukluğu tedavisiyle birlikte travmaya yönelik psikoterapötik yaklaşımların da uygulanması hastalığın yineleme riskini azaltabilir ve bu anlamda seyrine olumlu katkı sağlayabilir diye düşünmekteyiz.

## 8. ABSTRACT

In this study, we aimed to evaluate sociodemographic data, clinical features, affective temperaments, the psychometric properties of temperament-character and childhood trauma in patients with unipolar and bipolar disorder compared to healthy controls.

This study was conducted at the outpatient clinic in the Department of Psychiatry of Maltepe University Hospital between February-July 2010. Thirty five patients with unipolar disorder, 38 patients with bipolar disorder that were diagnosed according to DSM-IV criteria and 36 healthy controls, totally 109 people were included in this study. The patients were in remission at least 8 weeks. All the patients and healthy controls were selected randomly.

Patients and controls completed several psychometric questionnaires, including TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire), Temperament and Character Inventory (TCI) to evaluate the properties of temperament-character and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28) for childhood trauma.

In comparison of the mean scores of TEMPS-A; the scores of the depressive, irritable, cyclothymic and anxious factors were significantly higher in the patients' groups than the control group. The scores of depressive temperament were significantly higher in unipolar disorder group than the other groups. The scores of anxious, irritable and cyclothymic temperaments are higher in unipolar patients than bipolar patients. The scores of hypertimic temperament were similar both in unipolar and bipolar disorder groups.

In comparison of the mean scores of TCI; harm avoidance (HA) scores were higher in unipolar disorder group, novelty seeking (NS) and self-transcendence (ST) scores were higher in bipolar disorder group. The scores of self-directedness (SD) were significantly higher in controls compared to the patients groups.

In comparison of the mean scores of subscales of TCI; the exploratory excitability (NS1) scores were significantly lower and the impulsiveness (NS2) scores were significantly higher in unipolar disorder group than control group.

In comparison of the mean scores of CTQ-28; the scores of emotional neglect were significantly higher in unipolar disorder group than the other groups. The scores of emotional abuse were significantly higher in the patients' groups compared to the healthy controls. The scores of psysical abuse were similar in the all study groups. The significantly difference was not to be found in scores of sexual abuse among study groups. The total scores of CTQ-28 were significantly higher in patients' groups compared to healthy controls.

In conclusion, there are different views that temperament and character properties may either predispose to mood disorders or be the reflection of mood disorders. Also, it's an argument that either illness itself changes temperament and character or temperament and character affect the type of illness. The differentiation between these situations based on unipolar and bipolar disorders is important for clinicians to determine the treatment choices and the progress of illness.

Generally, it is important to investigate chidhood trauma in patients with mood disorders. We suppose that, in the treatment of mood disorders, the application of psychotherapy may decrease the risk of recurrence and contributes the progresss of the illness positively.



## 9.KAYNAKÇA

Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H (1996) Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4:251–259.

Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S, Gönül AS (2004) Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15:183–190.

Akiskal HS, Walker P, Puzantian VR, King D, Rosenthal TL, Dranon M (1983) Bipolar outcome in the course of depressive illness: phenomenologic, familial, and pharmacologic predictors. *J Affect Disord*, 5: 115-128.

Akiskal HS (1995) Toward a temperament based approach to depression: implications for neurobiologic research. *Adv Biochem Psychopharmacol*, 49: 99-112.

Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI (1983) The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 40:801- 810.

Akiskal HS, Mallya G (1987) Criteria for the soft bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull*, 23:68–73.

Akiskal HS, Placidi GF, Maremmani I, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R ve ark. (1998) TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive and irritable temperaments in a nonpatient population. *J Affect Disord*, 51:7–19.

Akiskal HS (2001) Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *J Affect Disord*, 62:17–31.

Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF (2003) Bipolar II with and without cyclothymic temperament: ‘dark’ and ‘sunny’ expressions of soft bipolarity. *J Affect Disord*, 73:49-57.

APA (American Psychiatric Assosiation) (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM IV). Washington DC, (Çev. ed: E K roğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2001) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.  eviri: K roğlu E. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IV TR) D rd nc  Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 151-183.

Angst J, Sellaro R (2000) Historical perspektif and natural history of bipolar disorder. Biol Psychiatry 48: 445-457.

Angst J, Clayton PJ (1986) Premorbid personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. Compr Psychiatry, 27: 511–532.

Aslan H, Alparslan ZN (2000) Initial validity and reliability of the Turkish version of the childhood Trauma Questionnaire. Ann Med Sciences, 9: 113119.

Baker CK, Norris FH, Jones EC, Murphy AD (2009) Childhood trauma and adulthood physical health in Mexico. J Behav Med, 32:255–269.

Beck AT, Rush AJ, Shaw B, Emery G (1979) Cognitive therapy of depression. NewYork: Guilford Pres.

Ben AT, Ellouze F, Amri H, Krid G, Zouari A, M'Rad MF (2006) Unipolar versus bipolar depression clues toward predicting bipolarity disorder. Encephale , 32: 962-5.

Benazzi F (1999) Bipolar versus unipolar psychotic outpatient depression. J Affect Disord, 55: 63-66.

Benedict MI, Paine LL, Paine LA, Brandt D, Stallings R (1999) The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcomes. *Child Abuse Negl*, 23(7):659-70.

Bernet CZ, Stein MB (1999) Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depress Anxiety*, 9(4):169-74.

Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K ve ark. (1994) Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*, Aug;151(8):1132-6.

Bostancı N, Albayrak B, Bakoglu İ, Çoban S (2006) Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. *Yeni Symposium*, 44: 189-195.

Brown GW, Moran P (1994) Clinical and psychosocial origins of choronic depressive episodes: I. a community survey. *British Journal of Psychiatry*, 165:447-456.

Brown GR, McBride L, Bauer MS, Williford WO; Cooperative Studies Program 430 Study Team (2005) Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: a replication study in U.S. veterans. *J Affect Disord*, 89(1-3):57-67.

Ceylan ME, Oral ET (2001) Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 4.cilt Duygudurum Bozuklukları. İstanbul: Copyrighy by M. Emin Ceylan, 28-69.

Chiaroni P, Hantouche EG, Gouvernet J, Azorin JM, Akiskal HS (2005) The cyclothymic temperament in healthy controls and familially at risk individuals for mood disorder: endophenotype for genetic studies? *J Affect Disord*, 85:135-145.

Cloninger CR (1986) A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*, 3:167–226.

Cloninger CR (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry*, 44:573-588.

Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM (1991) The Tridimensional Personality Questionnaire: US normative data. *Psychol Rep*, 69:1047-1057

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993) A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50:975-990.

Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD (1994) The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality. Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St Louis.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybec TR (2006) Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *J Affect Disord* , 92: 35-44.

Costa PT, McCrae RR (1997) Stability and change in personality assessment: the revised NEO Personality Inventory in the year 2000. *J Pers Assess*, 68:86-94.

Coşar B. (2005) *Cep Tıp Depresyon*, Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 9-42.

Cuellar AK, Johnson S, Winters R (2005) Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clinical Psychology Review* , 25: 307-339.

Cvjetković-Bosnjak M (1998) Clinical characteristics of unipolar and bipolar depression. *Med Pregl* , 51: 329-32.

Çevik A, Volkan VD (2001) Depresyonun psikodinamik etyolojisi. *Galenos Tıp Dergisi*, 5:44-6.

Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E (1999) DSM IV Eksen I Bozuklukları (SCID I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyon. Hekimler Birliği Yayınevi, Ankara

De Bellis MD, Chrousos GP, Dorn LD, Burke L, Helmers K, Kling MA ve ark. (1994) Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *J Clin Endocrinol Metab*, 78(2):249-55.

De Winter Remco FP, Wolterbeek R, Spinhoven P, Zitman FG, Goekoop JG (2007) Character and temperament in major depressive disorder and a highly anxious - retarded subtype derived from melancholia. *Compr Psychiatry*, 48: 426-35

Dienes KA, Hammen C, Risha MH, Cohen AN, Daley HS (2006) The stress sensitization hypothesis: Understanding the course of bipolar disorder. *J Affect Disord*, 95: 4349

Evans L, Akiskal HS, Keck PE Jr, McElroy SL, Sadovnick AD, Remick RA, Kelsoe JR (2005) Familiality of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. *J Affect Disord*, 85(1-2):153-68

Eysenck HJ (1967) *The biological basis of personality*. Springfield, IL: CC Thomas

Eysenck HJ (1991) Dimensions of personality: 16, 5 or 3 criteria for a taxonomic paradigm. *Pers Individ Dif*, 12:773–790.

Engström C, Brändström S, Sigvardsson S, Cloninger R, Nylander P (2004) Bipolar disorder I. Temperament and character. *J Affect Disord*, 82: 131-134.

Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M (2008) Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 10(8):867-76.

Farmer A, Mahmood A, Redman K, Harris T, Sadler S , McGuffin P (2003) A sib-pair study of the Temperament and Character Inventory in major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 60: 490–496.

Fava GA, Grandi S, Zielezny M, Canestrari R, Morphy MA (1994) Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 151(9):1295-9

First, Michael B, Spitzer, Robert L, Gibbon Miriam, and Williams, Janet BW (1996) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington DC, American Psychiatric Press, Inc.

Gassab L, Mechri A, Bacha M, Gaddour N, Gaha L (2008) Affective temperaments in the bipolar and unipolar disorders: distinctive profiles and relationship with clinical features. *Encephale*, 34(5):477-82

Gershon ES (1982) A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control propands. *Arch Gen Psychiatry* 39: 1157-1167

Gilbert P, McEwan K, Hay J, Irons C, Cheung M (2007) Social rank and attachment in people with a bipolar disorder. *Clin Psychol Psychother*, 14, 48-53

Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE (2001) Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *Am J Psychiatry* 2001, 158: 1265–70.

Goldberg JF, Garno JL (2005) Development of posttraumatic stress disorder in adult bipolar patients with histories of severe childhood abuse. *J Psychiatric Research*, 39: 595– 601.

Goodwin RD, Hoven CW, Murison R, Hotopf M (2003) Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. *Am J Public Health*, 93:1065-1067.

Goodwin FK, Jamison KR (1990) Manic-depressive Illness. Oxford University Press, New York

Goto S, Terao T, Hoaki N, Wang Y (2010) Cyclothymic and hyperthymic temperaments may predict bipolarity in major depressive disorder: A supportive evidence for bipolar III/2 and IV. J Affect Disord. (yayında)

Güleç C, Köroğlu E (1997) Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 1, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 389-428.

Hales RE, Yudofsky SC (eds). (2004) Essentials of Clinical Psychiatry. İstanbul: Sigma Publishing Danışmanlık ve Organizasyon Dış Tic., 250-284.

Hall LA, Sachs B, Rayens MK, Lutenbacher M (1993) Childhood physical and sexual abuse: their relationship with depressive symptoms in adulthood. Image J Nurs Sch, 25(4):317-23.

Hansenne M, Reggers J, Pinto E, Kjiri K, Ajamier A, Ansseau M (1999) Temperament and character inventory (TCI) and depression. Journal of Psychiatric Research, 33: 31-36

Hantouche EG, Angst J, Akiskal HS (2003) Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum. J Affect Disord, 73:39-47.

Hantouche EG, Akiskal HS (2008) Toward a definition of a cyclothymic behavioral endophenotype: which traits tap the familial diathesis for bipolar II disorder? J Affect Disord, 105:315.

Hyun M, Friedman SD, Dunner DL (2000) Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. Bipolar Disord ,2: 131-135.

Işık E (2003) Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 6-498.

Kaplan HI, Sadock BJ (2004) Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Çeviri: Abay E. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 159-177.

Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F (2001) Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’ de geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi,13:107-114.

Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z (2005) Bipolar Bozuklukta Mizaç ile Klinik Özelliklerin İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 16:164–169.

Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z, Alkan M, Akiskal H (2005) Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: a controlled study. J Affect Disord, 85(1-2):127-33

Kessler RC, Davis CG, Kendler KS (1997) Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the United States National Comorbidity Survey, Psychological Medicine, 27:1101-1119.

Kökçü F, Kesebir S (2010) İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: kontrollü bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 21(4):309-18

Köse S (2003) A psychobiological model of temperament and character: TCI. Yeni Symposium, 41: 86-97.

Köse S, Sayar K, Ak I (2004) Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 14:107-131.

Leibenluft E (2000) Women and bipolar disorder: An update. Bulletin of the Menninger Clinic, 64: 5-17.

Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck PE Jr, Denicoff KD, Nolen WA ve ark. (2002) Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. Biol Psychiatry, 51: 288–297.



- Leverich GS, Post RM, Keck PE Jr, Altshuler LL, Frye MA, Kupka RW ve ark. (2007) The poor prognosis of childhood-onset bipolar disorder. *J Pediatr*, 150(5):485-90.
- Levitan RD, Parikh SV (1998) Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse relationship to neurovegetative features, mania and gender. *Am J Psychiatry*, 155:1746-1752
- Lu W, Mueser KT, Rosenberg SD, Jankowski MK (2008) Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. *Psychiatr Serv* , 59(9):1018-26.
- Maguire C, McCusker C, Meenagh C, Mulholland C, Shannon C (2008) Effects of trauma on bipolar disorder: The mediational role of interpersonal difficulties and alcohol dependence. *Bipolar Disord*, 10: 293–302.
- Mann JJ, Bortinger J, Oquendo MA, Currier D, Li S, Brent DA (2005) Family history of suicidal behavior and mood disorder in probands with mood disorders. *Am J Psychiatry*, 162(9):1672-9.
- Mangelsdorf SC, Frosch CA (1999) Temperament and attachment: one construct or two? *Adv Child Dev Behav*, ;27:181-220.
- Mayumi N, Nobuhiko K, Toshinori K (2000) Temperament and Character Inventory (TCI) as predictors of depression among Japanese college students. *Journal of Clinical Psychology*, 56: 1579-1585
- Mazzarini L, Pacchiarotti I, Colom F, Sani G, Kotzalidis GD, Rosa AR ve ark. (2009) Predominant polarity and temperament in bipolar and unipolar affective disorders. *J Affect Disord*, 119(1-3):28-33
- Millon T, Davis RD (1996) Disorders of personality DSM-IV and beyond. Wiley-Interscience Publication, 2. baskı, s: 60.

Merikangas K, Yu K (2005) Challenges in the genetics of bipolar disorder. In Marneros A, Godwin F (eds). *Bipolar Disorders: Mixed States, Rapid Cycling and Atypical Forms*. United Kingdom: Cambridge University Press, 4, 280.

Mendlowicz MV, Akiskal HS, Kelsoe JR, Rapaport MH, Jean-Louis G, Christian GJ (2005) Temperament in the clinical differentiation of depressed bipolar and unipolar major depressive patients. *J Affect Disord*, 84: 219- 223.

Mendlowicz MV (2005) A comparison of recovered bipolar patients, healthy relatives of bipolar probands, and normal controls using the short Temp-A. *J Affect Disord*, 85: 147-151.

Mondimore FM (2005) Unipolar depression/ bipolar depression: Connections and controversies. *International Review of Psychiatry*, 17: 39-47.

Moskvina V, Farmer A, Swainson V, O'leary J, Gunasinghe C, Owen M ve ark. (2007) Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. *Depression and Anxiety*, 24: 163-168

Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, Rosenberg SD, Osher C, Vidaver R ve ark. (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*, 66(3):493-9.

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

Nowakowska C, Strong CM, Santosa CM, Wang Po W, Ketter Terence A (2005) Temperamental commonalities and differences in euthymic mood disorder patients, creative controls, and healthy controls. *J Affect Disord*, 85: 207- 215.

Nystrom S, Lindegard B (1975) Predisposition to mental syndromes: a study comparing predisposition to depression, neurasthenia and anxiety state. *Acta Psychiatr Scand*, 51: 69-76.

Öztürk MO (2008) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Cilt 1, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti, 337-427.

Öztürk M, Orhan, Uluşahin A (2008) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Basım, Ankara, Cilt I, 496-497.

Parker G (2003) Modern diagnostic concepts of the affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 108 (suppl.418):24-8.

Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A (1995) Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med*, 25(6):1171-80.

Perugi G, Akiskal HS (2002) The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am*, 25:713–737.

Placidi GF, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, Maremmani I, Akiskal HS (1998) The semistructured affective temperament interview (TEMPS-I): The reliability and psychometric properties in 1010 14-26 year-old students. *J Affect Disord*, 47:1–10.

Pompili M, Iliceto P, Innamorati M, Rihmer Z, Lester D, Akiskal HS (2009) Suicide risk and personality traits in physically and/or sexually abused acute psychiatric inpatients: a preliminary study. *Psychol Rep*, 105(2):554-68.

Raja M, Azzoni A (2004) Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *J Affect Disord*, 82: 437-442.

Rózsa S, Rihmer Z, Gonda X, Szili I, Rihmer A, Ko N ve ark. (2008) A study of affective temperaments in Hungary: internal consistency and concurrent validity of the TEMPS-A against the TCI and NEO-PI-R. *J Affect Disord*, 106::45-53.

Savitz J, van der Merwe L, Ramesar R (2008) Hypomanic, cyclothymic and hostile personality traits in bipolar spectrum illness: a family-based study. *J Psychiatr Res* , 42(11):920-9.

Sayın A, Kuruoğlu AÇ, Güleç Yazıcı M, Aslan S (2007) Relation of temperament and character properties with clinical presentation of bipolar disorder. *Compr Psychiatry*, 48:446-51

Sayın A, Aslan S (2005) Duygudurum Bozuklukları ile Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16: 276–283.

Segal ZV, Pearson JL, Thase ME (2003) Challenges in preventing relapse of National Institute of Mental Health Workshop on state of science of relapse prevention in major depression. *J Affect Disord* 77:97-108.

Seligman MEP (1975) *Helplessness*, Freeman, San Francisco

Sadock B, Sadock V (2005) *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, eighth edition, volume 1, Mood disorders, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia USA

Smith DJ, Duffy L, Stewart ME, Muir WJ, Blackwood DH (2005) High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression. *J Affect Disord*, 87: 83-9.

Sorias S, Saygılı R, Elbi H (1990) *DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi*, Türkçe versiyonu. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova

Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB, Davies M, Borus J ve ark. (1990) *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Non-Patient Edition (SCID-NP, Version 1,0)*. Washington DC, American Psychiatric Press

Szadoczky E, Papp Z (1998) The prevalence of major depressive and bipolar disorder in

Hungary. *J Affective Disord*, 50:155-162

Şar V, İslam S, Öztürk E (2009a) Childhood emotional abuse and dissociation inpatients with conversion symptoms. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63(5):670-7.

Tanskanen A, Hintikka J, Honkalampi K, Haatainen K, Koivumaa-Honkanen H, Viinamäki H (2004) Impact of multiple traumatic experiences on the persistence of depressive symptoms-a population-based study. *Nord J Psychiatry*, 58(6):459-64.

Turner RJ, Lloyd DA (2004) Stress burden and lifetime incidence of psychiatric disorder in young adults: racial/ethnic contrasts. *Archives of General Psychiatry*, 61:481-488

Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazici O, Akiskal KK, Akiskal HS (2005) Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord*, 85: 113–125.

Von Zerssen D, Akiskal HS (1998) Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. *J Affect Disord*, 51: 1–5.

Walker CE, Bonner BL, Kaufman KL (1988) *The physically and sexually abused child*. New York, Pargamon Press, s.7-8.

Wexler BE, Lyons L, Lyons H, Mazure CM (1997) Physical and sexual abuse during childhood and development of psychiatric illnesses during adulthood. *J Nerv Ment Dis.*, 185(8):522-4.

Williams BW (1978) A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*, 45: 742–747.

Wiersma JE (2009) The Importance Of Childhood Trauma and Childhood Life Events for Chronicity of Depression in Adults. *J Clin Psychiatry*, 70 (7): 983-989

Wise LA, Zierler S, Krieger N, Harlow BL (2001) Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: a case-control study. *Lancet*, 15;358(9285):881-7.

Yanık M, Özmen M (2002) Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihtimal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3:140

Young LT, Bagby RM, Cooke RG, Parker JD, Levitt AJ, Joffe RT (1995) A comparison of Tridimensional Personality Questionnaire dimensions in bipolar disorder and unipolar depression. *Psychiatry Res*, 58: 139-143.

Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA (1978) A rating scale for mania: reliability, validity, and sensitivity. *Br J Psychiatry*,133:429-435.

Yüksel N (2001) *Ruhsal Hastalıklar*. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi San. ve Tic.Ltd. Şti., 209-441.

Zavaschi ML, Graeff ME, Menegassi MT, Mardini V, Pires DW, Carvalho RH ve ark. (2006) Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Rev Bras Psiquiatr*, 28(3):184-90.

Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Sar V, Öztürk M, Eröcal Kora M, Alyanak B (2001) “Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları”, *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2(2): 69-78.

## 10.EKLER

### Ek-1

#### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1)Adı Soyadı:

2)Adres:

Telefon:

3)Cinsiyet: 1.Kadın 2.Erkek

4)Doğum Yeri:

5)Yaşı:

6)Eğitim Düzeyi: ..... yıl

7)İşi: 1. çalışmıyor 2. çalışıyor 3. öğrenci 4. emekli 5. ev hanımı

8)Medeni Durumu: 1. bekar 2. evli 3. boşanmış-dul-diğer

9)DSM-IV' e göre hastalığın tanısı: 1. Unipolar bozukluk 2. Bipolar bozukluk

10)Unipolar/Bipolar bozukluğun başlangıç yaşı/süresi: ..... yaş/..... ay

11)Hastalık epizodlarının tipi ve sayısı:

Manik epizod:

Depresif epizod:

Mikst epizod:

12)Psikotop ilaç kullanma yaşı:

13)Suisid girişimi: 1. var 2. yok

14)Psikotik bulgu: 1. var 2. yok

15)Psikiyatri servisine yatış: 1. var 2. yok

16)EKT öyküsü: 1. var 2. yok

17)Ek tıbbi hastalık öyküsü : 1. var ..... 2. Yok

18)Ailede duygudurum bozukluğu öyküsü:

1. derece akraba: 1. var 2. yok

2. derece akraba: 1. var 2. yok

19)Ailede başka psikiyatrik hastalık öyküsü: 1. var 2. yok

20)HAM-D puanı:

21)YMDÖ puanı:



## Ek-2

### TEMPS-A

Aşağıdaki soruları, **yaşamınızın büyük bir bölümü için size kesinlikle uyuyorsa doğru (D), tam olarak uymuyor ya da yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa yanlış (Y)** olarak cevaplayınız.

1. (D) (Y) Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. (D) (Y) İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. (D) (Y) Hayatım boyunca çok çektim.
4. (D) (Y) İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. (D) (Y) Kolay pes ederim.
6. (D) (Y) Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. (D) (Y) Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. (D) (Y) Başka insanlar kadar çok enerjimi olduğumu sanmıyorum.
9. (D) (Y) Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. (D) (Y) Grup içinde konuşmaktansa başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. (D) (Y) Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. (D) (Y) Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. (D) (Y) Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. (D) (Y) Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. (D) (Y) Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. (D) (Y) İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. (D) (Y) Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. (D) (Y) Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. (D) (Y) Normal olarak günde 9 saatten fazla uykuya ihtiyacım vardır.

20. (D) (Y) Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
21. (D) (Y) Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
22. (D) (Y) Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
23. (D) (Y) Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
24. (D) (Y) Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
25. (D) (Y) Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
26. (D) (Y) Sıklıkla bir şeye başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
27. (D) (Y) Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
28. (D) (Y) Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gidip gelirim.
29. (D) (Y) Bazen yatağa çökkün girer fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
30. (D) (Y) Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşamaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
31. (D) (Y) Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
32. (D) (Y) Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
33. (D) (Y) Dışa dönüklükle içe kapanıklık arasında gider gelirim.
34. (D) (Y) Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
35. (D) (Y) Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
36. (D) (Y) Aynı anda hem mutsuz, hem mutlu olabilen bir kişiyim.
37. (D) (Y) Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
38. (D) (Y) Kolay âşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
39. (D) (Y) Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.

40. (D) (Y) Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
41. (D) (Y) Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
42. (D) (Y) Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
43. (D) (Y) Kendime müthiş güvenirim.
44. (D) (Y) Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
45. (D) (Y) Her zaman bir şeylerle meşgulümdür.
46. (D) (Y) Birçok işi, hem de yorulmadan, yapabilirim.
47. (D) (Y) Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
48. (D) (Y) Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
49. (D) (Y) Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda beni hiçbir şey durduramaz.
50. (D) (Y) Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
51. (D) (Y) İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
52. (D) (Y) İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
53. (D) (Y) Cömerdim ve başkaları için bol para harcarım.
54. (D) (Y) Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
55. (D) (Y) Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.
56. (D) (Y) İşin patronu, “tepedeki adam” olmayı seven tipte bir kişiyim
57. (D) (Y) Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
58. (D) (Y) Cinsel isteklerim daima fazladır.
59. (D) (Y) Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
60. (D) (Y) Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
61. (D) (Y) Çok yakınırım.
62. (D) (Y) Başkalarını çok eleştiririm.

63. (D) (Y) Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissedirim.
64. (D) (Y) Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissedirim.
65. (D) (Y) Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönetiyor.
66. (D) (Y) Sık sık öylesine sinirleniyorum ki gözüm hiçbir şey görmüyor.
67. (D) (Y) Terslendiğimde kavga edebilirim.
68. (D) (Y) İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
69. (D) (Y) Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
70. (D) (Y) İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
71. (D) (Y) O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
72. (D) (Y) Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
73. (D) (Y) Küfürbaz olarak bilinirim.
74. (D) (Y) Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
75. (D) (Y) Çok kuşkucu bir kişiyim.
76. (D) (Y) Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
77. (D) (Y) Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
78. (D) (Y) Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
79. (D) (Y) Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
80. (D) (Y) Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
81. (D) (Y) Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
82. (D) (Y) Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
83. (D) (Y) Gevşemeyi beceremiyorum.
84. (D) (Y) Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissedirim.
85. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
86. (D) (Y) Sık sık midem bozulur.

87. (D) (Y) Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
88. (D) (Y) Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissederim.
89. (D) (Y) Heyecanlandığımda tuvalete daha sık gitmek zorunda kalırım.
90. (D) (Y) Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
91. (D) (Y) Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.
92. (D) (Y) Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
93. (D) (Y) Uykum dinlendirici değil.
94. (D) (Y) Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
95. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
96. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
97. (D) (Y) Kendimi güvende hissetmiyorum.
98. (D) (Y) Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
99. (D) (Y) Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
100. (D) (Y) Ani sesler beni kolayca irkiltir.

### Ek-3

#### Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınızı ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız..

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” (DOĞRU) ya da “Y” (YANLIŞ) seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir.

1. (D) (Y) Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.
2. (D) (Y) Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.
3. (D) (Y) Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiiirden derinden etkilenirim.
4. (D) (Y) Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.
5. (D) (Y) Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.
6. (D) (Y) Mucizelerin olabileceğine inanırım.
7. (D) (Y) Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.
8. (D) (Y) Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.
9. (D) (Y) Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.
10. (D) (Y) Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim.
11. (D) (Y) Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.
12. (D) (Y) Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.

13. (D) (Y) İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.
14. (D) (Y) İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.
15. (D) (Y) Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.
16. (D) (Y) Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.
17. (D) (Y) Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.
18. (D) (Y) Birçok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.
19. (D) (Y) Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.
20. (D) (Y) Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmamakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.
21. (D) (Y) Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.
22. (D) (Y) Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.
23. (D) (Y) Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım.
24. (D) (Y) Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissedirim.
25. (D) (Y) Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.
26. (D) (Y) Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.
27. (D) (Y) Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.
28. (D) (Y) Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.
29. (D) (Y) Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim.

30. (D) (Y) Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.
31. (D) (Y) Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.
32. (D) (Y) Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.
33. (D) (Y) Düşmanlarımla acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.
34. (D) (Y) Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.
35. (D) (Y) Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.
36. (D) (Y) Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı.
37. (D) (Y) Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.
38. (D) (Y) Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan birçok şeye hayran olurum.
39. (D) (Y) Bırakabilmeyi dilediğim birçok kötü alışkanlığım var.
40. (D) (Y) Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.
41. (D) (Y) Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.
42. (D) (Y) Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.
43. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.
44. (D) (Y) Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.
45. (D) (Y) Gevşemekten, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.
46. (D) (Y) Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam.
47. (D) (Y) Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.
48. (D) (Y) Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.



49. (D) (Y) Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.
50. (D) (Y) Ticarete başarılı olmak için sahtekâr olmak zorunda değilsiniz.
51. (D) (Y) Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.
52. (D) (Y) Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.
53. (D) (Y) Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.
54. (D) (Y) Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.
55. (D) (Y) Çoğu kimseden daha duygusalımdır.
56. (D) (Y) Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren, bir “altıncı his”e sahipmişim gibi gelir.
57. (D) (Y) Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.
58. (D) (Y) Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.
59. (D) (Y) Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.
60. (D) (Y) Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.
61. (D) (Y) Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.
62. (D) (Y) Çoğu kimseden daha çok çalışırım.
63. (D) (Y) Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.
64. (D) (Y) Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.
65. (D) (Y) Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.
66. (D) (Y) Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.
67. (D) (Y) Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.

68. (D) (Y) Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.
69. (D) (Y) Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.
70. (D) (Y) Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.
71. (D) (Y) Kendilerine yardımını dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.
72. (D) (Y) Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.
73. (D) (Y) İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.
74. (D) (Y) Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.
75. (D) (Y) Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.
76. (D) (Y) Bazen sanki zaman ve mekânda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.
77. (D) (Y) Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim.
78. (D) (Y) Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.
79. (D) (Y) Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.
80. (D) (Y) Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.
81. (D) (Y) Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.
82. (D) (Y) Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.
83. (D) (Y) Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.
84. (D) (Y) Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim.

85. (D) (Y) Çoğu zaman “Süpermen” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.
86. (D) (Y) Başkaları beni çok fazla denetliyor.
87. (D) (Y) Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.
88. (D) (Y) Dinsel yaşantılar, yaşamamın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.
89. (D) (Y) Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.
90. (D) (Y) Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımcı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.
91. (D) (Y) Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.
92. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.
93. (D) (Y) Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çığneyemeyeceğini bilirim.
94. (D) (Y) Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.
95. (D) (Y) Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.
96. (D) (Y) Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.
97. (D) (Y) Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.
98. (D) (Y) Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.
99. (D) (Y) Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanırım.
100. (D) (Y) Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.
101. (D) (Y) Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.

102. (D) (Y) Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi)  
oldukça çok etkilenirim.
103. (D) (Y) Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.
104. (D) (Y) Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.
105. (D) (Y) Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.
106. (D) (Y) Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.
107. (D) (Y) Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.
108. (D) (Y) Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.
109. (D) (Y) Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.
110. (D) (Y) Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.
111. (D) (Y) Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.
112. (D) (Y) Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım.
113. (D) (Y) Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.
114. (D) (Y) İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.
115. (D) (Y) İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.
116. (D) (Y) Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.
117. (D) (Y) Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.
118. (D) (Y) Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.

119. (D) (Y) Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.
120. (D) (Y) Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.
121. (D) (Y) Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.
122. (D) (Y) Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.
123. (D) (Y) Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.
124. (D) (Y) Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.
125. (D) (Y) Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekândan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.
126. (D) (Y) Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.
127. (D) (Y) Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.
128. (D) (Y) Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.
129. (D) (Y) Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.
130. (D) (Y) Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez içgüdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.
131. (D) (Y) Başkaları, benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.
132. (D) (Y) Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.
133. (D) (Y) Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.
134. (D) (Y) Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.
135. (D) (Y) İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.
136. (D) (Y) Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam.

137. (D) (Y) Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim.
138. (D) (Y) Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.
139. (D) (Y) Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.
140. (D) (Y) Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.
141. (D) (Y) Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.
142. (D) (Y) Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.
143. (D) (Y) Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.
144. (D) (Y) Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.
145. (D) (Y) Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.
146. (D) (Y) Düşmanlarımın acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.
147. (D) (Y) Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.
148. (D) (Y) Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.
149. (D) (Y) Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.
150. (D) (Y) Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.
151. (D) (Y) Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.
152. (D) (Y) Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum.
153. (D) (Y) Bir ekibin üyeleri, paylarımı nadiren dürüstçe alırlar.
154. (D) (Y) Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.
155. (D) (Y) Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel

planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.

156. (D) (Y) Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.

157. (D) (Y) Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılğan değilimdir.

158. (D) (Y) Çoğu kez arkadaşlarımın arzularına boyun eğirim.

159. (D) (Y) Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.

160. (D) (Y) Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.

161. (D) (Y) Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.

162. (D) (Y) Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.

163. (D) (Y) Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakârlıklar yaptım.

164. (D) (Y) Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.

165. (D) (Y) Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.

166. (D) (Y) Düşündüğümde daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.

167. (D) (Y) Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.

168. (D) (Y) Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.

169. (D) (Y) Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.

170. (D) (Y) Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.

171. (D) (Y) İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.

172. (D) (Y) Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.

173. (D) (Y) Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.

174. (D) (Y) Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.

175. (D) (Y) Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.
176. (D) (Y) Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.
177. (D) (Y) Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.
178. (D) (Y) Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.
179. (D) (Y) Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.
180. (D) (Y) Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.
181. (D) (Y) Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.
182. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.
183. (D) (Y) Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.
184. (D) (Y) Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir.
185. (D) (Y) Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.
186. (D) (Y) Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.
187. (D) (Y) Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.
188. (D) (Y) Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.
189. (D) (Y) Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.
190. (D) (Y) Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.
191. (D) (Y) İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.
192. (D) (Y) Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.
193. (D) (Y) Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.



194. (D) (Y) Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.
195. (D) (Y) İçinde, ansızın var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anlarım oldu.
196. (D) (Y) İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.
197. (D) (Y) Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.
198. (D) (Y) Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.
199. (D) (Y) Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.
200. (D) (Y) Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.
201. (D) (Y) Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla “açılmamayı” tercih ederim.
202. (D) (Y) Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalabilirim.
203. (D) (Y) Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.
204. (D) (Y) Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.
205. (D) (Y) Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.
206. (D) (Y) Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.
207. (D) (Y) Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.
208. (D) (Y) Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.
209. (D) (Y) Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.
210. (D) (Y) İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.
211. (D) (Y) Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.

212. (D) (Y) Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.
213. (D) (Y) Hoşlanmadığım bazı insanlar var.
214. (D) (Y) Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.
215. (D) (Y) Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılıyorum.
216. (D) (Y) Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.
217. (D) (Y) Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.
218. (D) (Y) Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.
219. (D) (Y) Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.
220. (D) (Y) Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.
221. (D) (Y) Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.
222. (D) (Y) Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.
223. (D) (Y) Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.
224. (D) (Y) Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.
225. (D) (Y) Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.
226. (D) (Y) Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.
227. (D) (Y) Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.
228. (D) (Y) Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.
229. (D) (Y) Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam.

230. (D) (Y) Bu anket formunda çok yalan söyledim.
231. (D) (Y) Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.
232. (D) (Y) Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.
233. (D) (Y) Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.
234. (D) (Y) Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.
235. (D) (Y) Sahtekâr olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.
236. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissedirim.
237. (D) (Y) Herhangi bir kâğıdı imzalamam istendiğinde, her şeyi okumaktan hoşlanırım.
238. (D) (Y) Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.
239. (D) (Y) Bazen keyifsiz olurum.
240. (D) (Y) Ara sıra insanların arkasından konuşurum.

## Ek-4

### ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ28)

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	Hiçbir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tıpsız” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. 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 ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5

17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5