

T.C.  
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**MENİERE HASTALARINDA  
BASKIN AFEKTİF MİZACIN VE MİZAÇ,  
KARAKTER ÖZELLİKLERİNİN  
ARAŞTIRILMASI**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ**

**DR.ÖYKÜM BİLGE FINDIK**

**TEZ DANIŞMANI: DOÇ.DR.FİGEN KARADAĞ**

**İSTANBUL,2009**

## ÖNSÖZ

*Uzmanlık eğitimimin son yılında da olsa bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, asistanı olmaktan mutluluk duyduğum Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Peykan GÖKALP'e,*

*Eğitimimin bir döneminde mesleki bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum, kendisinden çok şey öğrendiğim hocam Prof. Dr. Ertan TEZCAN'a,*

*Uzmanlık eğitimimde ve tezimin gerçekleşmesinde çok büyük katkıları bulunan tez danışmanım Doç. Dr. Figen KARADAĞ'a,*

*Her konuda desteğini esirgemeyen kliniğimiz uzmanı Uzm. Dr. Devran TAN'a,*

*Tezimin gerçekleşmesindeki katkılarından dolayı Prof. Dr. Öncel KOCA'ya, Yrd. Doç. Dr. Zerrin BOYACI'ya, Uzm. Dr. Öner ÇELİK'e,*

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

*Kendilerinden çok şey öğrendiğim hastalarım,*

*Bu günlere ulaşmamda sonsuz emeği olan annem ve babama, canım kardeşime,*

*Her zaman yanımda olan ve beni destekleyen sevgili eşime, verdiği güçten dolayı canım oğluma teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.*

*Dr. Öyküm Bilge Fındık*

# İÇİNDEKİLER

<b>1. GENEL BİLGİLER</b>	
<b>1.1. MENİERE HASTALIĞI</b> .....	1
1.1.1. Tarihçe.....	1
1.1.2. Meniere hastalığının Tanımı.....	1
1.1.3. Epidemiyoloji.....	3
1.1.4. Etyoloji.....	3
1.1.5. Klinik Seyir ve Gidiş.....	5
<b>1.2. MIZAÇ, KARAKTER ve KİŞİLİK</b> .....	6
<b>2. AMAÇ VE HİPOTEZ</b> .....	15
<b>3. YÖNTEM VE GEREÇLER</b> .....	16
<b>3.1. DENEKLERİN SEÇİMİ</b> .....	16
<b>3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI</b> .....	17
<b>3.3. İSTATİSTİKSEL İNCELEMELER</b> .....	19
<b>4. BULGULAR</b> .....	21
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	47
<b>6. SONUÇ</b> .....	52
<b>7. ÖZET</b> .....	53
<b>8. SUMMARY</b> .....	54
<b>9. KAYNAKLAR</b> .....	55
<b>10. EKLER</b> .....	64

# **1.GENEL BİLGİLER**

## **1.1.MENİERE HASTALIĞI**

### **1.1.1.TARİHÇE:**

Membranöz labirent ve semisirküler kanal ile ilgili ilk çalışmalar 16. yüzyıldan itibaren daha çok anatomik araştırmaları kapsamaktadır. Onyedinci yüzyılda mikroskobun bulunması ile membranöz labirentin yapısı daha ayrıntılı anlaşılmaya başlanmış, koklea, koklear duktus, sakkül ve endolenfin tanımlamaları yapılmıştır (Lawrence ve Lalwani 1997). O döneme kadar baş dönmesi (vertigo) belirtisinin yalnız santral sinir sistemi patolojilerinden kaynaklandığı düşünülmekte iken 18. yüzyılda Erasmus Darwin vertigo ile kulak çınlaması arasındaki ilişkiyi ilk defa ortaya koymuştur. Daha sonraki araştırmacılar da bu gelişmeleri destekler nitelikte vertigo ile iç kulaktaki yapıların ilişkisini saptamışlardır (Darwin 1794, Cohen 1984).

1861’de Prosper Meniere dönem dönem gelen vertigo atakları, kulakta çınlama, bulantı, kusma ve alçak frekanslı (pes tonlarda) işitme kaybı belirtilerinin bir arada görüldüğü bir vaka serisi tanımlamıştır. 1920’lerde Georges Portmann Meniere hastalığına yol açan durumun endolenfatik kesedeki basınç artışı olduğunu ortaya koymuştur. Buna dayanarak yaptığı çalışmalarda endolenfatik keseyi açarak, membranöz labirentteki basıncı azaltarak olumlu sonuçlar almıştır (Portmann 1927).

Geriye dönüp bakıldığında endolenfatik hidropsun tanımlanmasından sonra tedavi için pek çok araştırma yapılmış, istenilen sonuçlar alınamayınca araştırmalar daha çok patofizyoloji üzerinde odaklanmıştır. Bunlardan bazıları çok tartışılmış, bazıları ise sonuç vermemiştir. Patofizyoloji ile ilgili araştırmalar yıllar içerisinde ağırlık kazanmasına rağmen Meniere hastalığının altında yatan nedenler tüm yönleriyle tam olarak günümüzde de aydınlatılamamıştır.

### **1.1.2. MENİERE HASTALIĞI’NIN TANIMI:**

Meniere Hastalığı; Amerikan Otolarengoloji-Baş ve Boyun Cerrahisi Akademisi’nin İşitme ve Denge Komitesi’nin 1985’te yayınlanan ‘Meniere Hastalığı Tedavi Sonuçlarını Rapor Etme Kılavuzu’na göre;

- 1) Değişken ve baskın olarak alçak frekansları tutan tek taraflı sensorinöral işitme kaybı,
- 2) Tipik olarak baş dönmesi ataklarında ya da öncesinde artan sürekli ya da kesintili tinnitus (kulakta çınlama) ve kulakta dolgunluk hissi
- 3) Bulantı ile kusmanın eşlik ettiği düzensiz aralıklarla gelen, dakikalar ya da saatler süren baş dönmesi atakları ile karakterizedir (Paparella ve Mancini 1985).

İşitmedeki değişkenlik sıklıkla vertigo ataklarına eşlik eder. Hasta genellikle akut bir vertigo atağının ardından 1-2 gün aşırı yorgun ve dengesiz bir halde kalır. Kulaktaki dolgunluk ve çınlama genellikle sürekli ancak sıklıkla atağın hemen öncesinde ya da atak sırasında şiddetini arttırır.

İşitsel ve vestibüler belirtilerin eş zamanlı olarak başlamaması tanıda karşılaşılan önemli bir zorluktur ve birçok hastada belirtilerin tümü hiçbir zaman görülmez. Meniere hastalığının klasik, vestibüler ve koklear olmak üzere 3 tipi vardır. Vestibüler Meniere hastalığı işitme kaybı olmaksızın klasik Meniere hastalığındaki tipik tekrarlayan vertigo atakları ile karakterizedir. Klasik Meniere hastalarının %20'sinde ilk başvuru anında sadece vestibüler belirtiler mevcuttur. Buna karşın koklear Meniere hastalığı baş dönmesi olmadan düşük frekansları tutan dalgalı işitme kaybından oluşmaktadır. Karmaşa ilk defa 1972 yılında Amerikan Oftalmoloji ve Otolarengoloji Akademisi'nin Denge ve Ölçümü ile ilgili alt komitesinin hem koklear hem de vestibüler çeşitlerini Meniere Hastalığı tanımlamasına dâhil etmesinden sonra ortaya çıkmıştır (Alford 1972). Bu karar 1985 yılında Amerikan Otolarengoloji-Baş ve Boyun Cerrahisi Akademisi'nin İşitme ve Denge Komitesi'nin aldığı karardan sonra değişmiştir. Bu karardan sonra 'Meniere Hastalığı', hastalığın tüm belirtilerini bulandıran hastalar ile sınırlandırılmıştır (Pearson ve Brackmann 1985). Koklear Meniere hastalığı ile klasik Meniere hastalığının aynı fizyolojik değişiklikler sonucu oluştuğunu destekleyen bulgular, pozitif gliserol testi ve klasik Meniere hastalığına benzeyen histopatolojik değişikliklere dayandırılmaktadır (Kohut ve Lindsay 1972). Benzer şekilde Dornhoffer ve Arenberg (1993) 15 vestibüler Meniere hastasının %73'ünde sekizinci sinirin summasyon potansiyelinin aksiyon potansiyeline olan oranının artmış olduğunu bulmuşlardır. Bu nedenle bu hastaları klasik Meniere hastalığının devamı içerisinde değerlendirmek akılcı olacaktır.

### **1.1.3. EPİDEMİYOLOJİ:**

Meniere hastalığının yaygınlığı yapılan çalışmalarda farklı topluluklarda değişkenlik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygınlık 15-40/100.000/yıl iken İngiltere'de bu oran 157/100.000/yıl, İsveç'te 50/100.000/yıl olarak bulunmuştur (Wladislavosky 1980).

Meniere hastalığının belirtileri ortalama 30-40 yaşları arasında başlamaktadır, daha geç yaşlarda başlangıç da görülmektedir. Erkeklerdeki gerçek yaygınlık değerinin çalışmalarda bulunanın altında olduğu düşünülmekte, ancak buna rağmen kadınlardaki sıklığın erkeklere göre yüksek olduğu belirtilmektedir (Schwaber 2007).

Meniere hastalığının çocuklarda görülme sıklığı düşüktür ve tüm Meniere hastalarının %1'inden daha azı olduğu düşünülmektedir. Hausler ve arkadaşları (1987) yaşları 14'ten küçük olan 14 Meniere'li çocuk hasta bildirmişlerdir. Bunların 9'unda öncesinde hiçbir kulakla ilgili sorun yokken, 5'inde kabakulak, haemofilus influenza menenjitisi, temporal kemik kırığı veya doğuştan gelen olaylar ile ilgili işitme kaybı saptanmıştır. Bunların dışında hastalığın ortaya çıkış ya da seyri erişkinlerden farklı bulunmamıştır.

### **1.1.4. ETYOLOJİ:**

#### **HİSTOPATOLOJİK ÇALIŞMALAR:**

Meniere hastalarında yapılan histopatolojik çalışmalarda temporal kemik kesitlerinde iç kulağın endolenfatik boşluğunda genişleme veya endolenfatik hidrops bulunmuştur. Hidrops en şiddetli olarak membranöz labirentin alt kısmı olan koklear duktus ve sakkülde gözlenir. Sakküldeki gerginlik genellikle onu stapesin tabanına değdirecek derecede şiddetlidir. Utrikülün hidropsu genelde nadirdir. Şiddetli hidropsu olan kişilerde daha önceden geçirilmiş membran rüptürlerinin bulguları görülebilir. Endolenfatik hidropsun oluşmasında tahmin edilen patogenez endolenfin ya çok üretildiği ya da az emildiği şeklindedir. Endolenfatik kesenin çok katlı yapısı bunun bir emilim organı olduğunu düşündürmektedir. Meniere hastalığının patogenezinde endolenfatik kesenin geri emilim işlevindeki bir anormallik ya da endolenfatik sistemin herhangi bir yerindeki mekanik bir tıkanıklığın rol oynaması mümkündür (Ballenger ve Snow 1996). Schuknecht ve Ruther (1991) endolenfatik keseye doğru olan longitudinal akımı değerlendirebilmek için 46 hastanın temporal kemiğinde histolojik incelemeler yapmışlardır. Endolenfatik kanalda,

endolenfatik sinüslerde, utriküler ve sakküler kanallarda ve duktus reunienste tıkaçlar bulunmuştur. Olguların %87'sinde temporal kemik incelemelerinde longitudinal akımın kesildiği gösterilmiştir. Bu olguların tamamı son dönem Meniere hastalarından oluşmaktadır ve daha erken evredeki hastalarda tıkanıklıklar bu şiddette olmayabilir.

Hebbar ve arkadaşları (1991) ile Masutani ve arkadaşları (1991) hem Meniere hastalarının hem de sağlıklı kişilerin temporal kemiklerini incelemişler ve Meniere hastalarının endolenfatik kanal ve vestibüler kanal proksimal çapının normale oranla belirgin derecede küçük olduğunu bulmuşlardır. Hebbar ve ark.(1991) diğer kulağın endolenfatik kanal çapının da normalden küçük olduğunu bulmuş ve bu darlığın hastalığın sonucundan çok nedeni olabileceği sonucuna ulaşmışlardır. Hasta grubunun endolenfatik keseleri sağlıklı gruba göre daha küçüktür ve interosseöz kısımda daha az tübüler epitelyal yapı içermektedir. Meniere hastalarında vestibüler kanalın dış açıklık genişliği de daha küçüktür. Benzer bulgular Yamamoto ve Mizukami'nin (1993) vestibüler kanalın dış açıklığının üç boyutlu görüntülerinin incelendiği çalışmasında da bulunmuştur. Bu çalışmaya göre Meniere'li hastaların vestibüler kanallarının dış ağzı da kronik otitli çocuk ve erişkinlerinkine göre hipoplazik görünümündedir.

Ancak bazı araştırmacılar hipoplazik vestibüler kanalın birçok iç kulak hastalığının özgün olmayan bir bulgusu olduğunu ve bu durumun kronik otitis medialı hastalarda olduğu gibi hastaliksız kulaklarda da gözlenebileceğini söylemektedirler. Yuen ve Schuknecht (1972) vestibüler kanal çaplarını, hastalıklı kulaklarda sağlıklı gruptan farklı bulmamışlardır.

İkeda ve Sando (1985) Meniere'li ve sağlıklı kişilerin temporal kemiklerinde endolenfatik kesenin damarlanmasını çalışmışlar ve hasta grupta kese etrafındaki kan damarlarının daha küçük ve daha az sayıda olduğunu bulmuşlardır.

### **GENETİK ve İMMÜNOLOJİK ÇALIŞMALAR:**

Genetik etkenler de Meniere hastalığının gelişiminde rol oynayabilirler. Meniere hastalarının çoğunda ailevi bir baş dönmesi öyküsü alınmakla birlikte genellikle diğer aile bireyinin şikayetinin tam nedenini belirlemek mümkün olmayabilir. Morrison ve arkadaşları (1994) Meniere hastalarının insan lökosit antijenlerini (HLA) incelemişler, A3, Cw7, B7 ve DR antijenlerinin genel toplumdaki oranından daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Cw7 alleli Meniere hastalarının %70'inde gözlenirken normal popülasyonda gözlenme oranı %26.5'tir. Bu

bilgilerin analizi sonucunda, bu hastalık ile ilgili genin 6. kromozomun kısa kolunda HLA-C ve HLA-A allelleri arasında yer aldığı öne sürülmüştür.

İmmün sistemdeki diğer anormallikler de farklı araştırmacılar tarafından bildirilmiştir. Evans ve ark.(1988) Meniere hastalarının tüm yaş gruplarında artmış Ig M kompleksi ve koplemanın C1q komponentini saptamışlardır. Düşük Ig A kompleksleri de sık rastlanan bir bulgudur ve özellikle HLA Cw7 hastalarında daha belirgindir.

Genetik denemeler ve immünolojik çalışmalar yapan ve aynı yönde sonuçlar elde eden başka araştırmacılar da vardır. Her ne kadar farklı çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilse de vakaların büyük bir çoğunluğunda pozitif test sonuçları nadiren sağlanmıştır ve çalışmaların tümüne bakıldığında tam bir paralellik yoktur.

### **ALERJİK NEDENLER:**

Hastaların %14'ünde önemli bir etyolojik faktör olduğu savunulmaktadır (Derebery ve Berliner 2000). Perisakküler dokuda antijenle karşılaşma sonrası, plazma hücresi ve makrofajların arttığı, mast hücresi degranülasyonu ve eozinofil infiltrasyonu olduğu kanıtlanmıştır. Alerjik teoriyi açıklamak amacıyla öne sürülen hipotezlerden birisi, histaminin vazodilatör etkisiyle endolenfatik kesenin emilim kapasitesini etkilemesidir. Hastalığın steroid tedavisine cevap vermesi allerjik etyolojiyi desteklemektedir. Çift taraflı görülme sıklığı daha yüksektir ve ataklar ile mevsimsel değişimin korelasyonu mevcuttur (Ballenger ve Snow 1996).

### **DİĞER FAKTÖRLER:**

Psikojenik faktörler, endolenfatik kese hipoplazisi, viral hastalıklar, temporal kemik havalandırma azlığı, negatif orta kulak basıncı, hipotiroidi, endolenf içi kalsiyum metabolizması bozukluğu, hormonal hastalıklar etyolojide rol oynadığı düşünülen diğer nedenlerdir (Gibson ve Arenberg 1997).

## **1.1.5. KLİNİK SEYİR VE GİDİŞ:**

Meniere hastalığı remisyon ve akut ataklar ile seyreder ve bu durum herhangi bir hastada hastanın hikayesine, test sonuçlarına ya da genel toplumdan elde edilecek bilgilere



dayanarak gelecekte nasıl bir seyre sahip olacağını kestirmemize engel olur. Meniere hastalığı genelde 30-40 yaşlar arasında başlar ancak belirtiler herhangi bir yaşta da ortaya çıkabilir. Kendini sınırlayan bir hastalık gibi görünse de uzayan bir problemdir. Birkaç sene sonra vertigo atakları genellikle yatıştır ve işitme kaybı orta ya da ileri bir seviyede sabitlenir (Schwaber 2007).

Green ve ark. (1991) en az 19 yıllık takip süreleri olan 98 hastayı gözden geçirmişlerdir. Bu olguların %50'sinde vertigo atakları tümü ile kaybolurken %28'inde hafiflemiştir. İşitme ise %21 olguda daha kötüye gitmiş, %31 olguda aynı kalmış, %48 olguda tümü ile kaybolmuştur.

Meniere hastalığının çift taraflı gelişmesi ihtimalinin %7 ile %78 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Schwaber 2007). En sık rapor edilen çift taraflı hastalık görülme sıklığı %30 ile %50 arasında değişmektedir (Ballenger ve Snow 1996). Birçok araştırmacı 2. kulağın genellikle ilk kulaktan 2 ile 5 yıl sonra Meniere hastalığına tutulduğunu iddia etmektedirler (Rosenberg ve ark.1991). Bu durum uzun süreli çalışmalar ile doğrulanamamıştır. Green ve ark (1991) olguların %13'ünün başlangıçta çift taraflı olduğunu, olguların %45'inde uzun bir süreden sonra ikinci kulağın ilave olduğunu gözlemişlerdir. Stahle ve ark. (1991) 34 hastayı en az 20 yıl boyunca takip etmişler ve olguların %47'sinde çift taraflı tutulum gözlemişlerdir.

## **1. 2. MİZAÇ, KARAKTER VE KİŞİLİK:**

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 durumlar’ı (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 ‘affektif 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), sinirli (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:
  - İritabl, 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, uyaran 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 önel ve davranışsal görünömler arasında ani geçişlerin olduğu iki dönemli hastalık

4. Önel görünömler:

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

5. Davranışsal görünömler:

- 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)' yelpazesi: 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 kişiliğin 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 psikobiyolojik 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 ödülsüzlüğe 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 formülasyonlarda 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 gözlemlemiş; aynı mizaca sahip bireylerin farklı davranışlar sergileyebildiği bulgusundan yola çıkarak, ölçeğe üç karakter boyutu kendini yönetme (self-directedness), iş birliği yapma (cooperativeness), kendini aşma (self-transcendence) eklemiş 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.

Kişiliğin oluşumunda biyolojik ve yapısal yatkınlığın önemini vurgulayan önemli kuramcılardan Thomas ve Chess (1990), çocukların "aktivite biçimleri" ve "uyum becerileri"nin ilerdeki pek çok kişilik özelliklerinin gelişiminde temel teşkil ettiğini ileri sürmüşlerdir. Daha sonra bu gözlemlerini genç erişkin döneme de taşıyarak kişiliğin hayat boyu gelişim sürecine ışık tutmaya çalışmışlardır. Rothbart ve arkadaşları (2000), mizacı; kişinin biyolojik olarak doğuştan getirdiği, zamanla kalıtım, olgunlaşma ve deneyim gibi etkenlerden etkilenecek şekilde şekillenebilen bir yapı olarak tanımlamışlardır. Çocukların Davranış Ölçeği'ni (Children's Behaviour Questionnaire; CBQ) geliştirerek, duygusal tepkisellik ve kendini düzenleyici mekanizmaları değerlendirmeye çalışmışlardır (Rothbart ve ark. 2001).

Endolenfatik hidrops için, membranöz labirentin şişmesinin doğrudan psikojen faktörlerle ortaya çıktığını söylemek güçtür. Ancak emosyonel stresin bu süreci kolaylaştırdığı hipotezi ortaya atılmıştır (Kirby ve Yardley 2009). Hatta hormonal faktörler de bu durum ile ilişkilendirilmiştir. Örneğin stres cevabında salınan vazopressinin, endolenfatik hidropsu başlattığı gösterilmiştir (Takeda ve ark. 2000). Meniere hastalığında kortizol ve adrenokortikotropik hormon düzeyleri arasında, kadın hastalarda ise prolaktin ve kortizol düzeyleri arasında ilişki saptanmış ve hipotalamo-hipofizer-adrenal eksenindeki düzensizliklerin etyopatogeneizde sorumlu olabileceği öne sürülmüştür (Horner ve Cazals 2005).

Koklea ve vestibülde sekretuar yapılarıdaki hormonal reseptörlerin varlığı, endolenfatik dengedeki hormonal kontrolü bir tartışma konusu yapmıştır. Ayrıca içsel ya da

dışsal herhangi bir stres faktörünün hücrel transkripsiyon faktörlerini aktive ederek hücrenin homeostatik dengesini etkileyebildiği düşünülmektedir (Juhn ve ark. 1999).

Stresli yaşam olaylarının patogenezdaki rolü bir tartışma konusudur. Kessen-Söderman ve arkadaşları (2004) emosyonel stresin, sonraki birkaç saat içinde atak yaşama ihtimalini artırdığını göstermiştir. Vestibüler ve otonom sistem arasındaki santral nörolojik bağlantılar, hem akut vestibüler hem de otonom belirtilerin psikojen faktörlerle nasıl aynı anda ortaya çıktığı hakkında fikir vermektedir (Balaban ve Porter 1998).

Meniere hastalarının psikolojik özgeçmişleri ve hastalık sürecinde rol oynayabilecek etkenler son yıllarda tartışılan bir konudur. Bu hastalarda saptanan vestibüler sorunun yoğunluğu ve süresinin beklenenden daha fazla olması psikojen olarak değerlendirilebilmektedir. Çağdaş yaklaşımlarda bu tür hastaların “psikiyatrik yüklülük” (psychiatric overlay) kavramıyla açıklanması ve kategorize edilmesi önerilmektedir. Hastalardaki obsesif kişilik özellikleri, yüksek anksiyete duyarlılığı ve başa çıkma düzeneklerinin yetersizliği (aşırı hareketsizlik, kaçınma davranışları vb) gibi özelliklerin vestibüler belirtileri şiddetlendirmesi ya da kronikleştirmesi söz konusu olmaktadır (van Crujjsen ve ark. 2006).

Meniere hastalığının çeşitli ruhsal sorunlarla ilişkili oldukları hem geriye dönük hem de ileriye dönük çalışmalarla kanıtlanmıştır. Bu ilişki ruhsal belirtiler düzeyinde olabileceği gibi tanımlanmış psikiyatrik bozukluklar düzeyinde de görülmektedir (Echardt-Henn ve ark.2008). Meniere hastalığı ve psikiyatrik bozuklukların ilişkisi üzerine olan yayınlar incelendiğinde, bu ilişkinin bir kaç biçimde kendini gösterebildiği görülmektedir: (a) Belirtiler ve psikiyatrik bozukluklar bir arada görülebilir (eş tanı), (b) Belirtiler hastalarda bir dizi psikolojik tepkiyi ve hatta psikiyatrik bozuklukları tetikleyebilir (ikincil depresyon ya da anksiyete bozukluğu), (c) Bazı psikiyatrik bozukluklarda belirtiler bizzat özgün bir psikiyatrik tablonun parçasıdır (panik ataklar).

Meniere hastalığında günlük stresörlerin daha sık görüldüğü, başa çıkma mekanizmalarının daha nadir kullanıldığı, anksiyete ve depresyon skorlarının daha yüksek, yaşam kalitesinin daha düşük olduğu gözlenmiştir. Hastalık belirtilerinin şiddeti ile psikopatoloji görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki bildirilmiştir (van Crujjsen ve ark. 2003, van Crujjsen ve ark. 2006, Kirby ve Yardley 2009).

Vestibüler sistem ve otonom sistem arasında yakın ilişki vardır. Vestibüler hastalıklar sıklıkla solukluk, bulantı, terleme gibi otonom belirtileri tetiklemektedir (Brandt 2000,



Yardley ve Redfern 2001). Otonom belirtiler anksiyete ile de uyarılmaktadır. Böylece hem hastalığın kendisinin hem de anksiyetenin tetiklediği durum kısır döngülü bir belirti kümesi halini alır (Balaban ve Thayer 2001, Yardley ve ark.1992).

Anksiyetenin olumsuz bilişsel yapı ile ilişkili olduğu, kronik hastalıklarda aşırı katastrofik kaygı ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Hastalık algısı anksiyeteyi de içeren farklı sonuçlara yol açabilmektedir (Moss-Morris 2005). Hastalığa farklı belirtiler atfeden, emosyonel cevabı daha güçlü olan, hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığına, uzun süreceğine, kolay kontrol altına alınmayacağına inanan kronik hastalar daha fazla psikolojik stres hissetmektedirler (Hagger ve Orbell 2003). Bu tarz hastalık algısı Meniere hastalarında da görülebilmektedir. Anksiyete ve rezidüel belirtiler hastalığa atfedilebilir ve güçlü bir hastalık kimliği oluşabilir.

Meniere hastalığında şiddetli ve korkutan vertigo atakları, hastada kontrol kaybı duyumuna yol açabilir. Bu nedenle atak aralarındaki hafif baş dönmesi ya da denge bozukluğu, katastrofik olarak şiddetli bir atağın başlangıcı olarak algılanabilir (Yardley 1994). Hastalık belirtilerine ait olumsuz düşüncelerin, inançların hastalığın kendisinden daha fazla işlevselliği etkilediği gözlenmiştir (Yardley ve ark. 2001).

Belirsizlik korkusu anksiyete ile ilişkili bir durumdur ve Meniere hastalığında atakların beklenmedik bir zamanda gelebilme ihtimali bu kaygının ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır. Bu hastaların hastalık algıları ve yaşam kalitesindeki değişiklikler stresli yaşam olayları ile başa çıkma biçimlerinin bir sonucudur (Kessen-Söderman ve ark. 2004). Bu kısır döngüyü daha iyi anlamak için anksiyete ile ilişkili olabilecek mizaç ve karakter gibi faktörleri ortaya çıkarmak yararlı olacaktır.

## 2. AMAÇ VE HİPOTEZ

Meniere hastalığının çeşitli ruhsal sorunlarla ilişkili olduğu hem geriye dönük hem de ileriye dönük çalışmalarla kanıtlanmıştır. Bu çalışmaların çoğu bu hastaları psikiyatrik ya da fiziksel tanı koyarak kategorize etmiştir. Yapılan az sayıda çalışmada farklı ölçekler kullanılarak, kişilik özellikleri ve yaşam olayları belirlenmeye çalışılmıştır. Ancak psikopatolojide rol oynayan baskın afektif mizaç ya da mizaç ve karakter özellikleri günümüze kadar henüz araştırılmamıştır.

Bu çalışmada, Meniere hastalığı tanısı almış hastalar sosyodemografik ve klinik özellikleri, baskın afektif mizaç ve mizaç-karakter özellikleri yönünden değerlendirilerek, benzer sosyodemografik özelliklere sahip sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubuyla karşılaştırılması amaçlanmıştır. Meniere hastalığı tanısı almış hastaların baskın afektif mizaç ve mizaç-karakter özelliklerinin sağlıklı kontrol grubundan farklı olacağı varsayılmaktadır. Bu hastalarda saptanan mizaç ve kişilik özelliklerinin, hastalığın klinik seyrini, remisyon süresini ve tedavi stratejilerini etkileyebileceği ve hastalığın etyopatogenezindeki psikojen faktörlere ışık tutacağını düşünülmektedir.

### 3. YÖNTEM VE GEREÇLER

#### 3.1 Deneklerin Seçimi:

Çalışmaya Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı Kliniği'nde Mart 2009-Haziran 2009 tarihleri arasında rastgele yöntemle seçilmiş, daha önceden klinik ve odiyometrik değerlendirmeler sonucunda Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzmanı tarafından Meniere Hastalığı tanısı konmuş ve remisyonda olan 43 Meniere hastası ile kontrol grubunu oluşturan 39 sağlıklı kişi olmak üzere toplam 82 kişi dâhil edilmiştir. Görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından yapılmıştır. Kişiler çalışmaya alınmadan önce çalışma hakkında bilgilendirilerek, projenin etik kurul başvuru dosyasında bir örneği bulunan 'bilgilendirilmiş onam formu' imzalatılmıştır.

#### **Hasta Grubunda Çalışmaya Alınma Ölçütleri:**

- 1- 18-65 yaş arasında olmak
- 2- Okur-yazar olmak
- 3- KBB hastalıkları uzmanı tarafından klinik ve odiyometrik değerlendirme sonucunda Meniere hastalığı tanısı almış olmak
- 4- Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmaya onay vermiş olmak

#### **Hasta Grubunda Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:**

- 1- SCID-I uygulaması sonucunda Eksen I tanısı almış olmak
- 2- Çalışma esnasında Meniere hastalığı akut atağının varlığı
- 3- Meniere Hastalığı ile beraber başka bir kulak hastalığı olması (kronik otit, otoskleroz, ani işitme kaybı vb)
- 4- Görüşmeyi engelleyecek diğer ağır mental ya da fiziksel hastalığın bulunması

#### **Kontrol Grubunda Çalışmaya Alınma Ölçütleri:**

- 1- 18-65 yaş arasında olmak
- 2- Okur-yazar olmak
- 3- DSM IV tanı ölçütlerine göre bilinen bir major psikiyatrik bozukluğun bulunmaması
- 4- Koklear semptom bulguları, işitme kaybı ya da kronik otit sekeli (odiyometrik testler ile desteklenmiştir) ya da vestibüler belirti (baş dönmesi, bulantı vb) öyküsünün bulunmaması
- 5- Alkol/madde bağımlılığının bulunmaması
- 6- Görüşmeyi engelleyecek ağır mental ya da fiziksel hastalığın bulunmaması

## 7- Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Çalışmaya alınan kişilerin tümüne sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Anket formunda sosyodemografik bilgiler, aile öyküsü ve psikiyatrik hastalık öyküsü yer almaktadır.

Psikiyatrik tanının dışlanması açısından hasta grubuna SCID-I/CV (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders, clinical version) ve ruhsal açıdan sağlıklı olduklarının doğrulanması amacıyla kontrol grubuna SCID-I/NP versiyonu (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Disorders, nonpatient version) uygulanmıştır.

Depresyon ve anksiyete belirtilerinin değerlendirilmesi için hasta ve kontrol gruplarına Hamilton depresyon (HAM-D) ve Hamilton anksiyete (HAM-A) ölçekleri uygulanmıştır.

Çalışmaya alınan kişilerin tümüne baskın afektif mizacın değerlendirilmesi için TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire), mizaç karakter özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla TCI (Temperament and Character Inventory) uygulanmıştır.

Çalışma, Maltepe Tıp Fakültesi Etik Kurulu onayı alınarak gerçekleştirilmiştir.

### 3. 2. Veri Toplama Araçları:

#### **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 ise 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 (1999) tarafından yapılmıştır.

**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 (1990) tarafından yapılmıştır.

**Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D):**

Hamilton gözetiminde Williams (1978) tarafından geliştirilmiştir. 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 (1996) tarafından yapılmıştır.

**Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A):**

Hamilton (1959) tarafından geliştirilmiştir. 14 sorudan oluşmaktadır. Her maddenin puanı 0-4 arasında, ölçeğin toplam puanı 0-56 arasında değişmektedir. Beş puanın altı anksiyete olmadığını, 6-14 puan arası hafif düzeyde, 15 puan üstü şiddetli anksiyete varlığını gösterir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.

**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, sinirli (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), sinirli (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 (2005) tarafından yapılmıştır.

### **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: 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 mevcuttur (Cloninger et al. 1994). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Köse ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır.

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 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.

### **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 metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student t test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Fisher's Exact test kullanıldı. Korelasyon analizlerinde Speraman's rho testi kullanıldı. Anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi. Hasta grubunu öngören özellikleri saptamak amacıyla geriye dönük lojistik regresyon analizi yapıldı.

## 4.BULGULAR

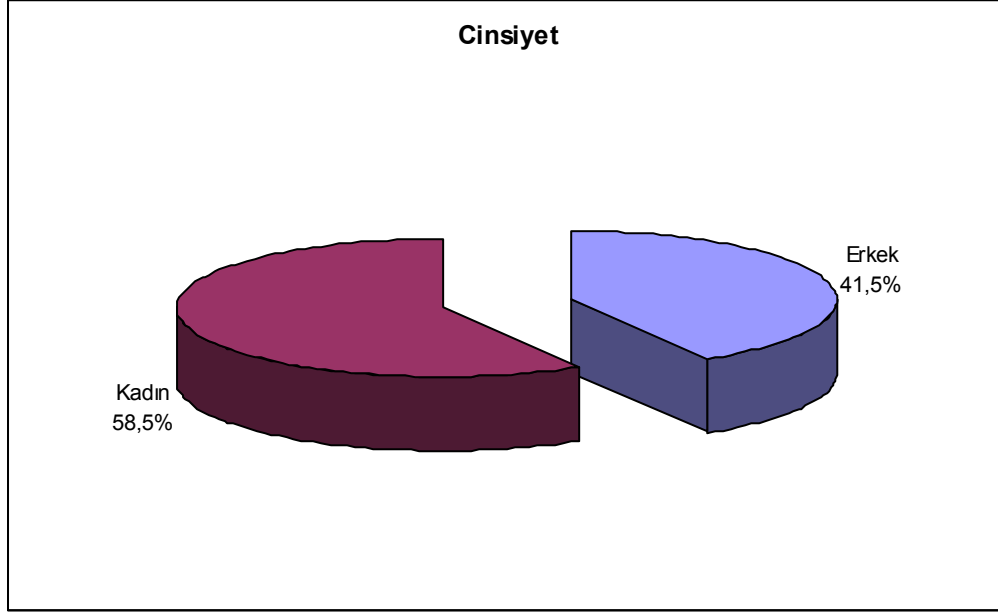
Çalışma Mart 2009-Haziran 2009 tarihleri arasında yaşları 21 ile 64 arasında değişen, 48'i (%58.5) kadın ve 34'ü (%41.5) erkek olmak üzere toplam 82 olgu üzerinde yapılmıştır. Olguların ortalama yaşları  $35.9 \pm 11.1$ 'dir. Olgular 'Hasta' (n=43) ve 'Kontrol' (n=39) olmak üzere iki grup altında incelenmiştir. Olguların hastalık başlangıç yaşları 16 ile 53 arasında değişmektedir ve ortalama hastalık başlangıç yaşı  $32.1 \pm 10.2$ 'dir.

**Tablo 1: Tüm Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı**

		n=82	%
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	48	58.5
	<b>Erkek</b>	34	41.5
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>İlkokul</b>	13	15.9
	<b>Ortaokul</b>	6	7.3
	<b>Lise</b>	24	29.3
	<b>Üniversite</b>	21	25.6
	<b>Lisansüstü</b>	18	22.0
<b>Medeni Durum</b>	<b>Bekar</b>	28	34.1
	<b>Evli</b>	54	65.9
<b>İş Durumu</b>	<b>Çalışıyor</b>	57	69.5
	<b>Çalışmıyor</b>	4	4.9
	<b>Öğrenci</b>	6	7.3
	<b>Emekli</b>	8	9.8
	<b>Ev hanımı</b>	7	8.5
	<b>Gelir düzeyi</b>	<b>&lt;1500 TL</b>	28
	<b>&gt;1500 TL</b>	54	65.9

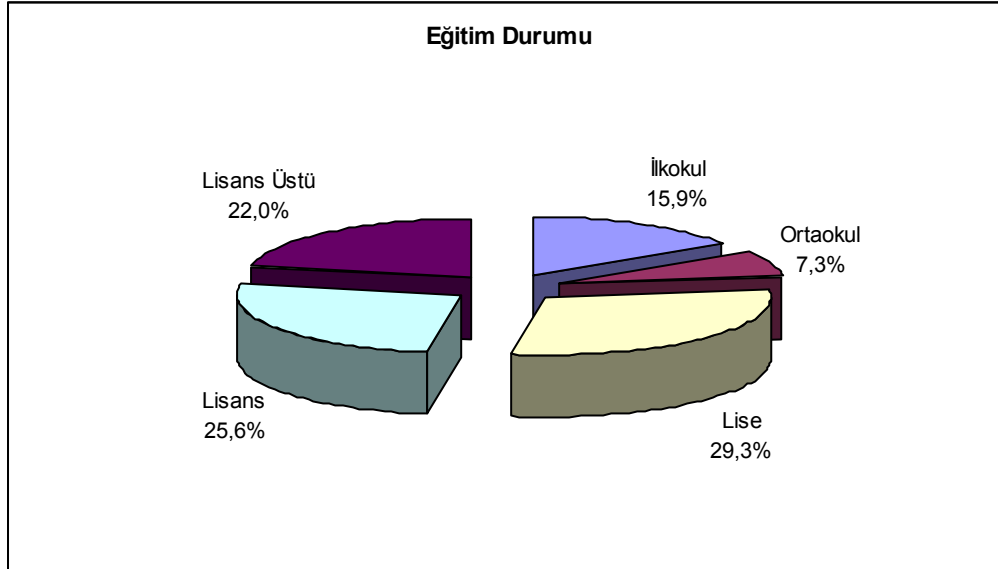
Olguların 48'i (%58.5) kadın, 34'ü (%41.5) erkektir (Tablo 1, Şekil 1).





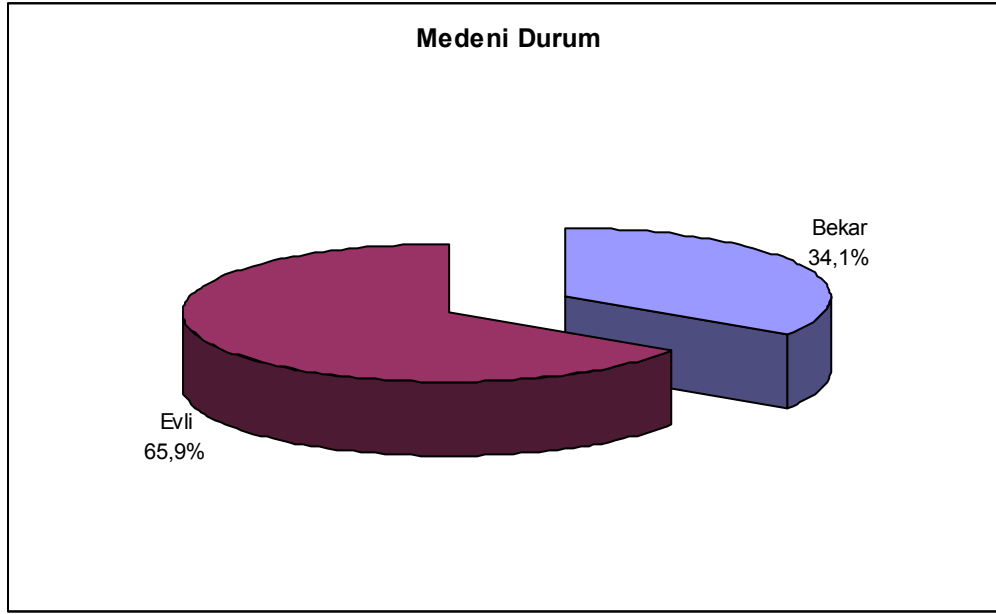
**Şekil 1: Cinsiyet Dağılımı**

Olguların 13'ü (%15.9) ilkokul, 6'sı (%7.3) ortaokul, 24'ü (%29.3) lise, 21'i (%25.6) üniversite ve 18'i (%22) lisans üstü mezunudur. Eğitim süreleri 5 yıl ile 24 yıl arasında (ort:  $12.5 \pm 5.0$  yıl) değişmektedir (Tablo 1, Şekil 2).



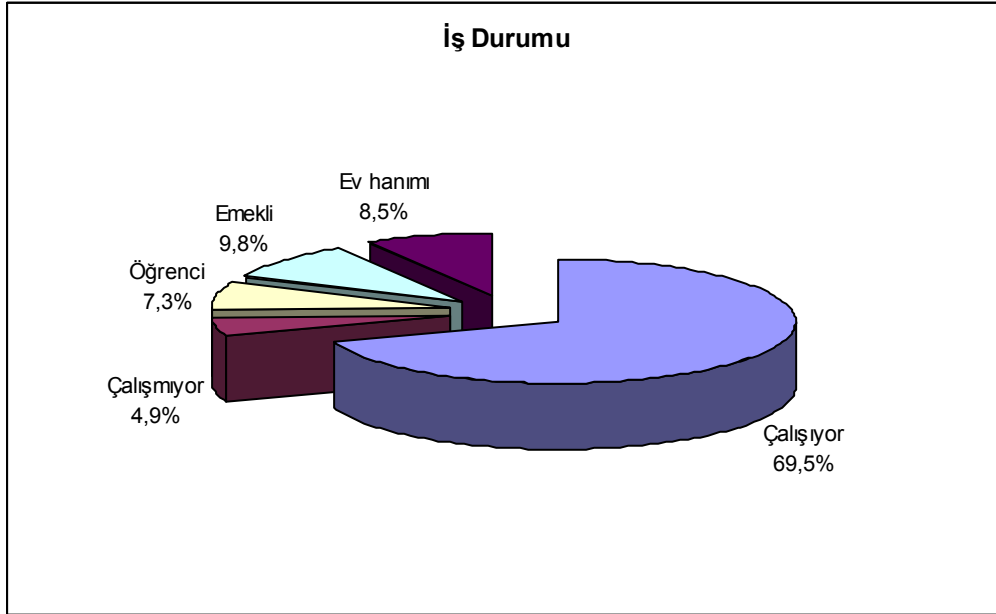
**Şekil 2: Eğitim Durumu Dağılımı**

Olguların 28'i (%34.1) bekar, 54'ü (%65.9) evlidir (Tablo 1, Şekil 3).



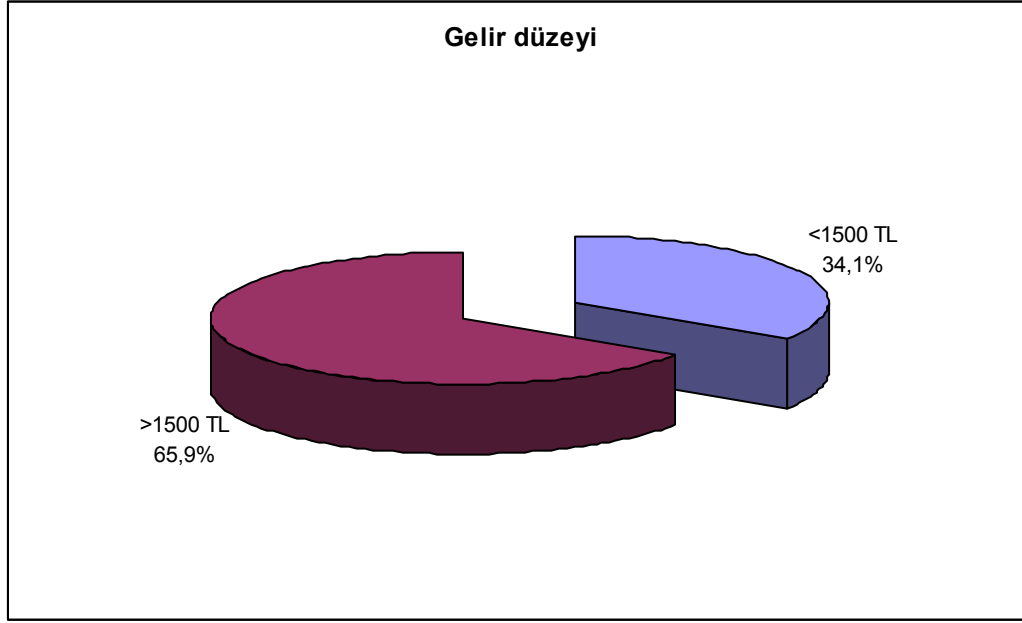
Şekil 3: Medeni Durum Dağılımı

Olguların 57'si (%69.5) çalışıyor iken, 4'ü (%4.9) çalışmamakta, 6'sı (%7.3) öğrenci, 8'i (%9.8) emekli ve 7'si (%8.5) ev hanımıdır (Tablo 1, Şekil 4).



Şekil 4: İş Durumu Dağılımı

Olguların 28'inin (%34.1) gelir düzeyi 1500 TL'nin altında iken, 54'ünün (%65.9) 1500 TL'nin üzerindedir (Tablo 1, Şekil 5).

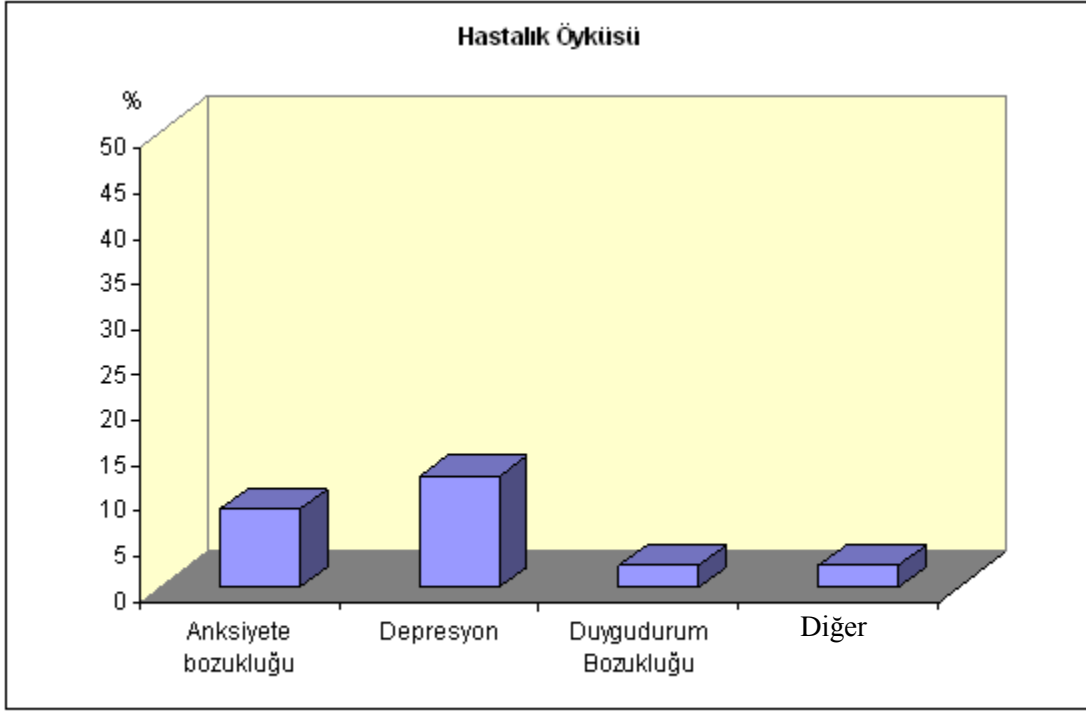


Şekil 5: Gelir Düzeyi Dağılımı

Tablo 2: Hasta Grubunun Hastalıkla İlgili Verileri

	Min-Max	Ort±SS
Hastalık başlangıç yaşı	16-53	32.1±10.2
Hastalık süresi (ay)	1-360	62.1±72.8
Yatış sayısı	1-2	1.2±0.4
Atak sayısı	1-21	3.5±3.8

Olguların hastalık başlangıç yaşları 16 ile 53 arasında (ort: 32.1±10.2), hastalık süreleri 1 ay ile 360 ay arasında (ort: 62.1±72.8, medyan 26 ay), hastaneye yatış sayısı 1 ile 2 arasında (ort: 1.2±0.4, medyan 1), atak sayıları 1 ile 21 arasında (ort: 3.5±3.8, medyan 2) değişmektedir. Olguların 7'sinde (%16.3) hastane yatışı öyküsü bulunmaktadır (Tablo 2).



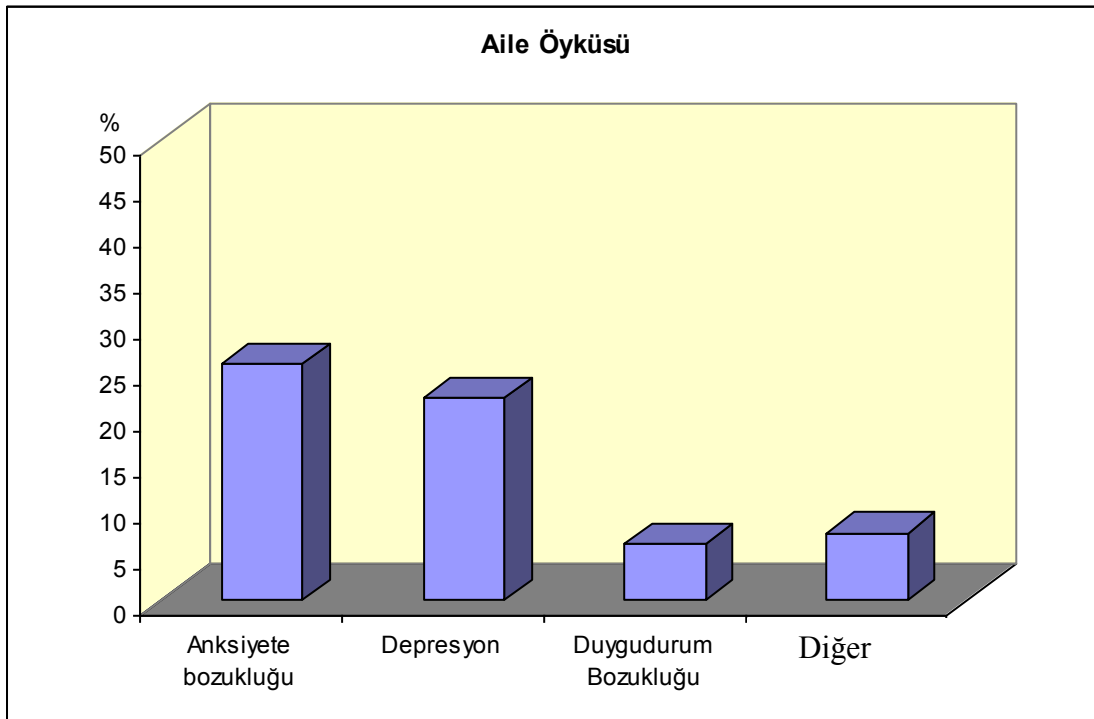
**Şekil 6: Hastalık Öyküsü Dağılımı**

Olguların 7'sinde (%8.5) anksiyete bozukluğu öyküsü görülürken, 10'unda (%12.2) depresyon, 2'sinde (%2.4) duygudurum bozukluğu ve 2'sinde (%2.4) diğer psikiyatrik bozukluk öyküsü vardır (Şekil 6).

**Tablo 3:Aile Öyküsünde Psikiyatrik Hastalık Dağılımı**

	n	%
<b>Anksiyete bozukluğu</b>	21	25.6
<b>Psikiyatrik Aile Öyküsü</b>		
<b>Depresyon</b>	18	22.0
<b>Duygudurum Bozukluğu</b>	5	6.1
<b>Diğer</b>	6	7.3

Olguların 21'inin (%25.6) ailesinde anksiyete bozukluğu öyküsü görülürken, 18'inde (%22) depresyon, 5'inde (%6.1) duygudurum bozukluğu ve 6'sında (%7.3) diğer psikiyatrik bozukluk öyküsü vardır (Tablo 3, Şekil 7).



**Şekil 7: Psikiyatrik Aile Öyküsü Dağılımı**

**Tablo 4: Mizaç ve Karakter Envanterinin Mizaç Özelliklerinin Minimum, Maksimum ve Ortalama Değerleri**

Mizaç Özellikleri	Min-Max	Ort±SS
<b>Yenilik Arayışı (YA)</b>		
YA1 (keşfetmekten heyecan duyma)	1-10	5.8±2.3
YA2 ( dürtüsellik)	0-8	3.4±1.9
YA3 (savurganlık)	0-9	4.4±2.1
YA4 (düzensizlik)	0-8	3.8±1.7
<b>YA</b>	<b>6-31</b>	<b>17.2±5.2</b>
<b>Zarardan Kaçınma (ZK)</b>		
ZK1(beklenti endişesi ve karamsarlık)	2-11	6.1±2.4
ZK2 (belirsizlik korkusu)	0-7	4.7±1.6
ZK3 (yabancılardan çekinme)	0-8	3.3±2.1
ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık)	0-8	3.8±2.1
<b>ZK</b>	<b>6-30</b>	<b>17.8±5.9</b>
<b>Ödül Bağımlılığı (ÖB)</b>		
ÖB1 (duygusallık)	1-10	7.1±2.1
ÖB2( bağlanma)	1-8	4.7±1.7
ÖB3 (bağımlılık)	0-6	2.9±1.3
<b>ÖB</b>	<b>5-21</b>	<b>14.7±3.1</b>
<b>Sebat Etme</b>	<b>1-8</b>	<b>5.5±1.9</b>

Olguların yenilik arayışı toplam puanları 6 ile 31 puan (ort: 17.2±5.2), zarardan kaçınma toplam puanları 6 ile 30 puan (ort: 17.8±5.9), ödül bağımlılığı toplam puanları 5 ile 21 puan (ort: 14.7±3.1), sebat etme puanları 1 ile 8 puan (ort: 5.5±1.9) arasında değişmektedir (Tablo 4).

**Tablo 5: Mizaç ve Karakter Envanterinin Karakter Özelliklerinin Minimum, Maksimum ve Ortalama Değerleri**

<b>Karakter Özellikleri</b>	<b>Min-Max</b>	<b>Ort±SS</b>
<b>Kendini Yönetme (KY)</b>		
<b>KY1</b> (sorumluluk alma)	0-8	5.3±2.1
<b>KY2</b> (amaçlılık)	3-8	6.1±1.4
<b>KY3</b> (beceriklilik)	0-5	3.5±1.3
<b>KY4</b> (kendini kabullenme)	0-11	6.3±2.7
<b>KY5</b> (uyumlu ikincil huylar)	4-12	9.5±1.8
<b>KY</b>	<b>16-43</b>	<b>30.7±5.6</b>
<b>İşbirliği Yapma (İY)</b>		
<b>İY1</b> (sosyal onaylama)	3-8	6.3±1.6
<b>İY2</b> (empati duyma)	1-7	4.6±1.3
<b>İY3</b> (yardımseverlik)	1-7	4.9±1.2
<b>İY4</b> (acıma)	1-10	7.4±2.5
<b>İY5</b> (erdemlilik, vicdanlılık)	3-9	6.9±1.3
<b>İY</b>	<b>20-37</b>	<b>29.9±4.5</b>
<b>Kendini Aşma (KA)</b>		
<b>KA1</b> (kendilik kaybı)	1-11	5.4±2.4
<b>KA2</b> (kişiler arası özdeşim)	0-9	4.6±2.3
<b>KA 3</b> (manevi kabullenme)	0-12	6.5±3.1
<b>KA</b>	<b>2-31</b>	<b>16.4±6.1</b>

Olguların kendini yönetme toplam puanları 16 ile 43 puan (ort: 30.7±5.6), işbirliği yapma toplam puanları 20 ile 37 puan (ort: 29.9±4.5), kendini aşma toplam puanları 2 ile 31 puan (ort:16.4±6.1) arasında değişmektedir (Tablo 5).

**Tablo 6: TEMPS-A Puanlarının Minimum, Maksimum ve Ortalama Değerleri**

<b>TEMPS-A</b>	<b>n (%)</b>	<b>Min-Max</b>	<b>Ort±SS</b>
<b>Depresif</b>	1 (%1.2)	0-15	5.6±3.2
<b>Siklotimik</b>	-	0-17	7.8±4.8
<b>Hipertimik</b>	-	2-19	10.5±4.2
<b>İrritabl</b>	-	0-12	3.8±3.5
<b>Anksiyöz</b>	5 (%6.1)	0-21	7.7±5.8

1 (%1.2) olgunun depresif puanı, 5 (%6.1) olgunun anksiyöz puanları kesme puanı üzerinde kalmıştır. Hiçbir olgunun siklotimik, hipertimik ve irritabl puanları kesme puanı üzerinde kalmamıştır. Olguların depresif mizaç puanları 0 ile 15 puan (ort: 5.6±3.2), siklotimik mizaç puanları 0 ile 17 puan (ort: 7.8±4.8), hipertimik mizaç puanları 2 ile 19 puan (ort: 10.5±4.2), irritabl mizaç puanları 0 ile 12 puan (ort: 3.8±3.5), anksiyöz mizaç puanları 0 ile 21 puan (ort: 7.7±5.8) arasında değişmektedir (Tablo 6).

**Tablo 7: HAM-D ve HAM-A Minimum, Maksimum ve Ortalama Değerleri**

	<b>Min-Max</b>	<b>Ort±SS</b>
<b>HAM-D</b>	0-12	4.3±3.5
<b>HAM-A</b>	0-13	5.2±3.8

Olguların HAM-D puanları 0 ile 12 (ort: 4.3±3.5), HAM-A puanları 0 ile 13 (ort: 5.2±3.8) arasında değişmektedir (Tablo 7).



**Tablo 8: Yaş ve Eğitim yılına göre Grupların Değerlendirilmesi**

	Hasta	Kontrol	<i>t</i>	<i>P</i>
	n= 43	n=39		
	ort ± SS	ort ± SS		
Yaş	37.2 ±12.4	34.4 ±9.3	1.16	0.251
Eğitim yılı	11.8± 4.6	13.3±5.4	1.03	0.304

**Tablo 9: Sosyodemografik Özelliklere Göre Grupların Değerlendirilmesi**

		Hasta	Kontrol	$\chi^2$	<i>P</i>
		n= 43(%)	n=39 (%)		
Cinsiyet	Kadın	28 (%65.1)	20 (%51.3)	<b>1.613</b>	<b>0.204</b>
	Erkek	15 (%34.9)	19 (%48.7)		
Eğitim Durumu	İlkokul	8 (%18.6)	5 (%12.8)	<b>1.151</b>	<b>0.886</b>
	Ortaokul	3 (%7.0)	3 (%7.7)		
	Lise	12 (%27.9)	12 (%30.8)		
	Üniversite	12 (%27.9)	9 (%23.1)		
Medeni Durum	Lisans üstü	8 (%18.6)	10 (%25.6)	<b>0.022</b>	<b>0.882</b>
	Bekar	15 (%34.9)	13 (%33.3)		
İş Durumu	Evli	28 (%65.1)	26 (%66.7)	<b>1.927</b>	<b>0.165</b>
	Çalışıyor	27 (%62.8)	30 (%76.9)		
Gelir düzeyi	Çalışmıyor	16 (%37.2)	9 (%23.1)	<b>0.022</b>	<b>0.882</b>
	<1500 TL	15 (%34.9)	13 (%33.3)		
	>1500 TL	28 (%65.1)	26 (%66.7)		

*Ki-kare test kullanıldı*

Grupların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu ve gelir düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 9).

**Tablo 10: Psikiyatrik Özgeçmişe Göre Grupların Değerlendirilmesi**

Hastalık Öyküsü	Hasta	Kontrol	$\chi^2$	P
	n (%)	n (%)		
Anksiyete bozukluğu	5 (%11.6)	2 (%5.1)	<b>1.107</b>	<b>0.436</b>
Depresyon	6 (%14.0)	4 (%10.3)	<b>0.261</b>	<b>0.609</b>
Duygudurum Bozukluğu	0 (%0)	2 (%5.1)	<b>2.260</b>	<b>0.223</b>
Diğer	1 (%2.3)	1 (%2.6)	<b>0.005</b>	<b>1.000</b>

*Ki-kare veya Fisher's Exact test kullanıldı*

Hasta ve kontrol grubu olgularının psikiyatrik özgeçmişinde anksiyete bozukluğu, depresyon, duygudurum bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozuklukların görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 10).

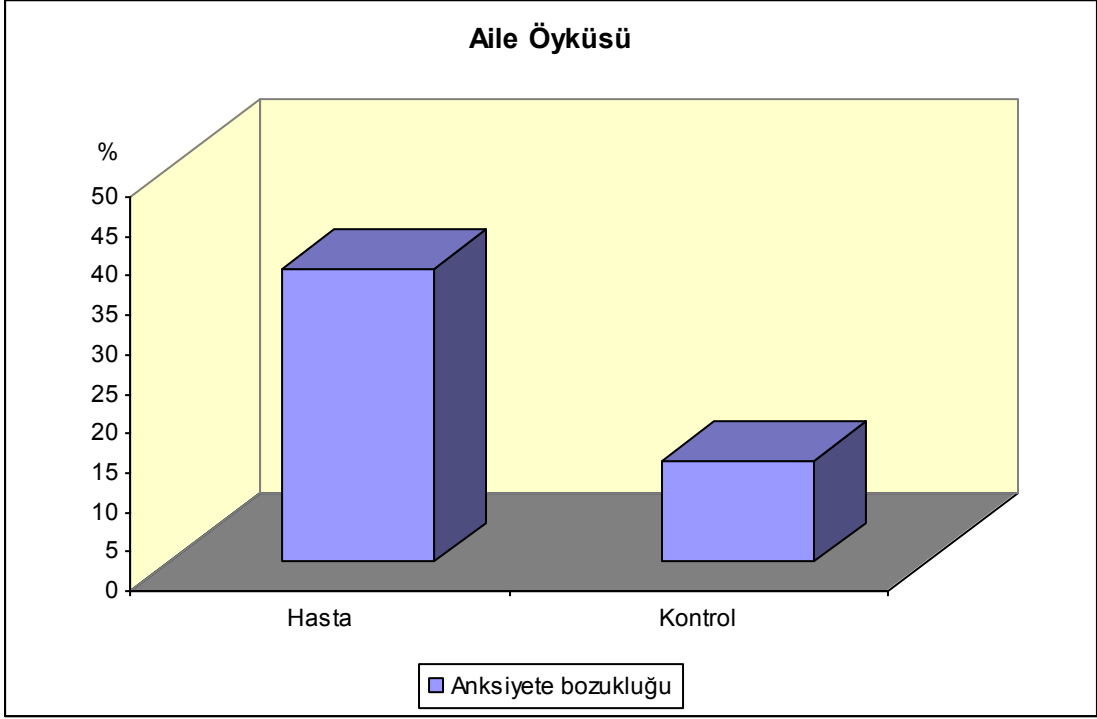
**Tablo 11: Psikiyatrik Aile Öyküsüne Göre Grupların Değerlendirilmesi**

Aile Öyküsü	Hasta	Kontrol	$\chi^2$	P
	n (%)	n (%)		
Anksiyete bozukluğu	16 (%37.2)	5 (%12.8)	<b>6.385</b>	<b>0.012*</b>
Depresyon	8 (%18.6)	10 (%25.6)	<b>0.591</b>	<b>0.442</b>
Duygudurum Bozukluğu	3 (%7.0)	2 (%5.1)	<b>0.122</b>	<b>1.000</b>
Diğer	4 (%9.3)	2 (%5.1)	<b>0.525</b>	<b>0.678</b>

*Ki-kare veya Fisher's Exact test kullanıldı*

*\* p<0.05*

Kontrol grubu olgularının ailelerinde anksiyete bozukluğu görülme oranı (%12.8), hasta grubu olgularının ailelerinde anksiyete bozukluğu (%37.2) görülme oranlarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 11, Şekil 8).



**Şekil 8: Gruplara Göre Ailede Anksiyete Bozukluğu Görülme Oranlarının Dağılımı**

Gruplara göre ailede depresyon, duygudurum bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozuklukların görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 12: Gruplara Göre Mizaç ve Karakter Envanterinin Mizaç Özelliklerinin Değerlendirilmesi**

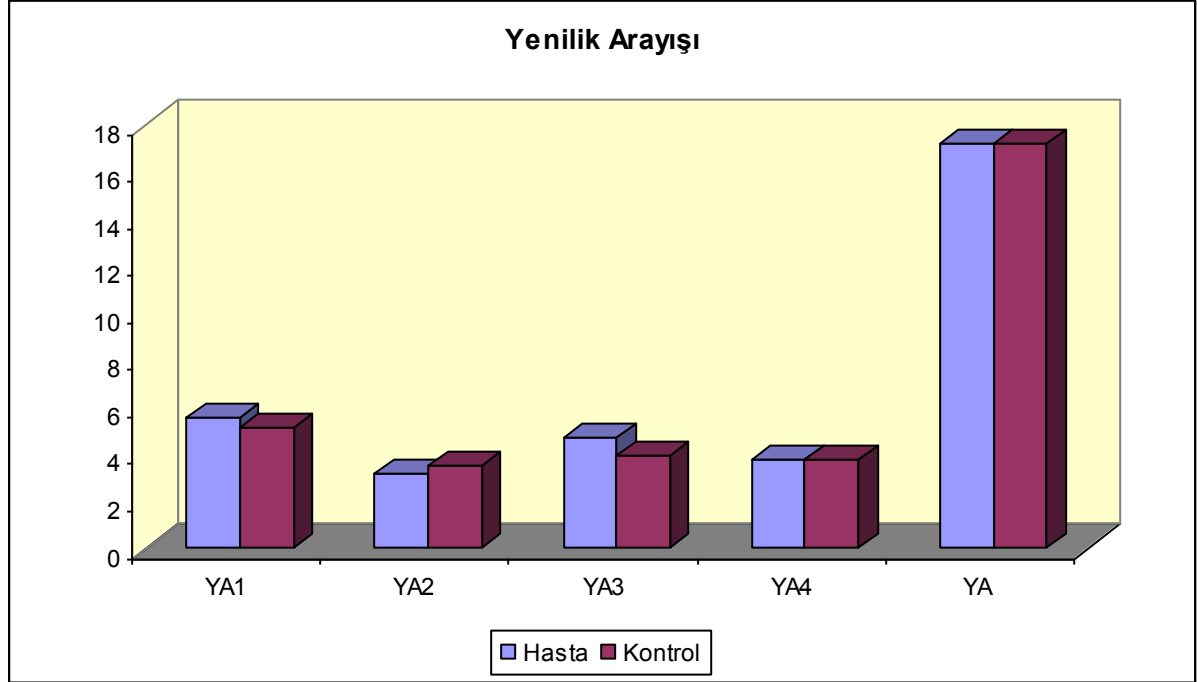
Mizaç Özellikleri	Hasta	Kontrol	t	P
	Ort±SS	Ort±SS		
<b>Yenilik Arayışı (YA)</b>				
YA1 (keşfetmekten heyecan duyma)	5.6±3.9	5.2±3.6	<b>0.938</b>	<b>0.351</b>
YA2 ( dürtüsellik)	3.2±2.0	3.6±1.9	<b>0.868</b>	<b>0.388</b>
YA3 (savurganlık)	4.8±2.1	3.9±2.1	<b>1.801</b>	<b>0.076</b>
YA4 (düzensizlik)	3.8±1.7	3.8±1.9	<b>0.056</b>	<b>0.955</b>
YA	17.2±4.5	17.2±6.0	<b>0.006</b>	<b>0.995</b>
<b>Zarardan Kaçınma (ZK)</b>				
ZK1(beklenti endişesi ve karamsarlık)	7.2±2.2	4.9±1.9	<b>5.045</b>	<b>0.001**</b>
ZK2 (belirsizlik korkusu)	5.2±1.5	4.1±1.5	<b>3.126</b>	<b>0.002**</b>
ZK3 (yabancılardan çekinme)	3.7±2.3	2.9±1.8	<b>1.714</b>	<b>0.090</b>
ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık)	4.5±2.2	3.1±1.8	<b>3.235</b>	<b>0.002**</b>
ZK	20.4±6.1	14.9±4.6	<b>4.689</b>	<b>0.001**</b>
<b>Ödül Bağımlılığı (ÖB)</b>				
ÖB1 (duygusallık)	7.5±2.1	6.7±2.0	<b>1.962</b>	<b>0.055</b>
ÖB2( bağlanma)	4.4±1.8	4.9±1.6	<b>-1.661</b>	<b>0.101</b>
ÖB3 (bağımlılık)	2.6±1.3	3.2±1.2	<b>-2.105</b>	<b>0.038*</b>
ÖB	14.5±3.4	14.8±2.8	<b>-0.447</b>	<b>0.656</b>
Sebat Etme	5.6±1.7	5.4±2.1	<b>0.546</b>	<b>0.585</b>

Student t Test kullanıldı

\*  $p < 0.05$

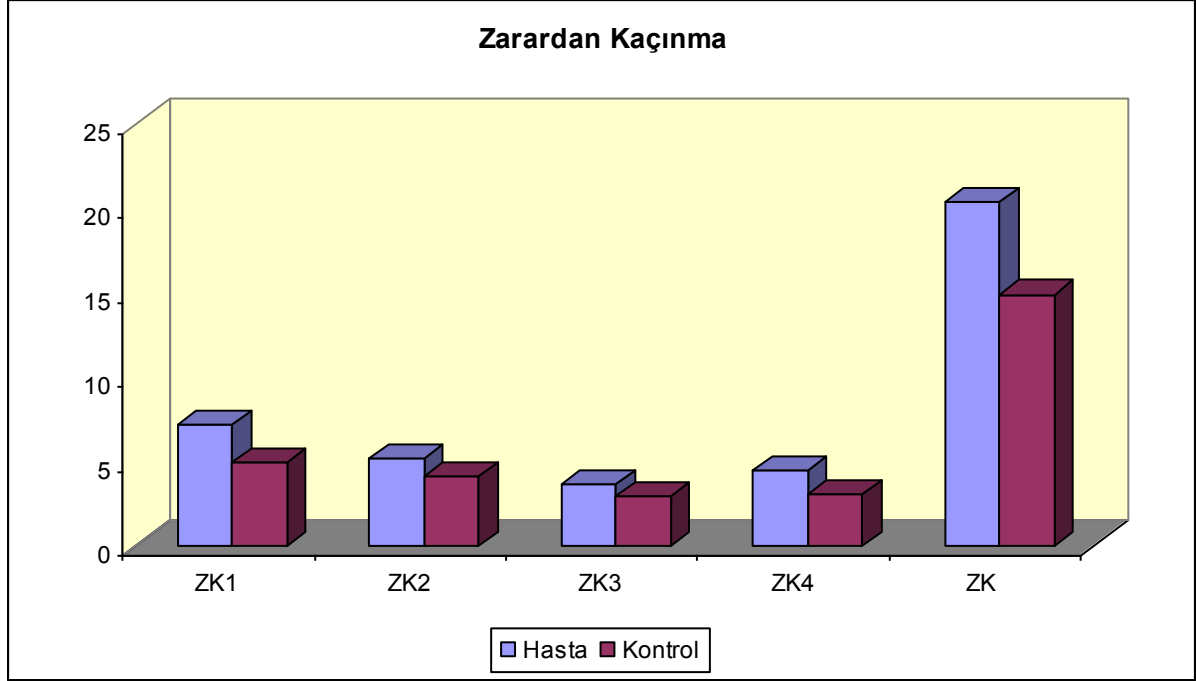
\*\*  $p < 0.01$

Gruplara göre olguların YA1 (keşfetmekten heyecan duyma), YA2 (dürtüsellik), YA3 (savurganlık), YA4 (düzensizlik) ve yenilik arayışı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 12, Şekil 9).



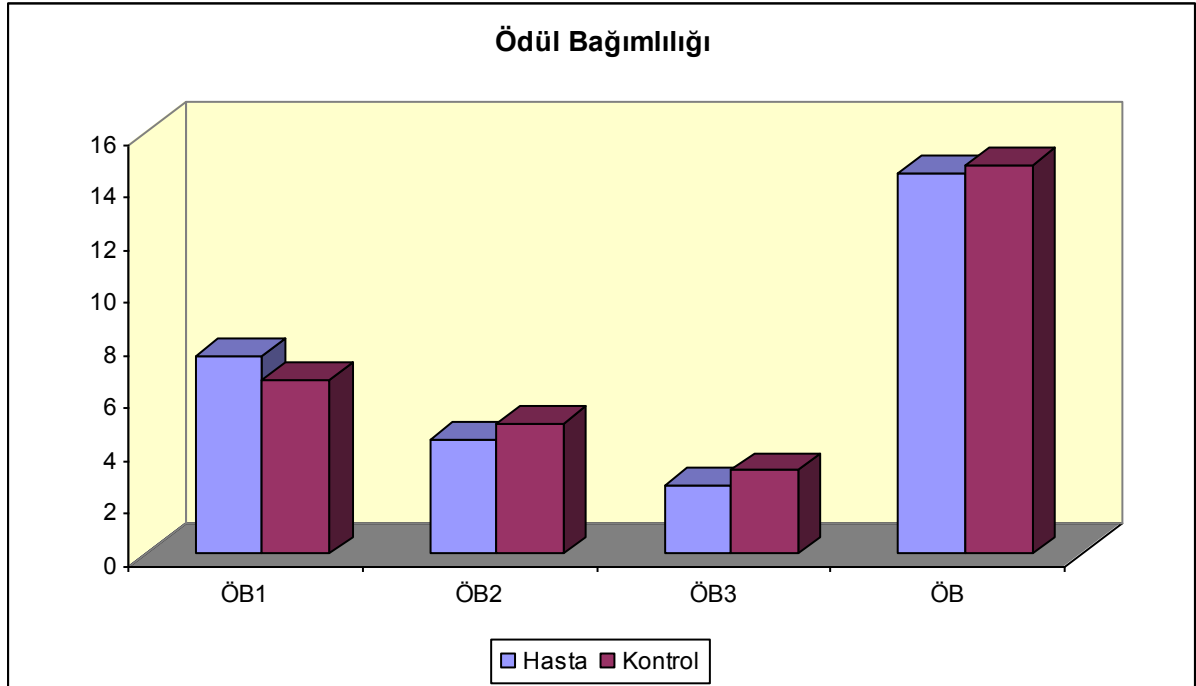
**Şekil 9: Gruplara Göre Yenilik Arayışı Dağılımı**

Hasta grubun ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık) , ZK2 (belirsizlik korkusu), ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık) ve zarardan kaçınma puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ( $p < 0.01$ ). Gruplara göre olguların ZK3 (yabancılardan çekinme) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 12, Şekil 10).



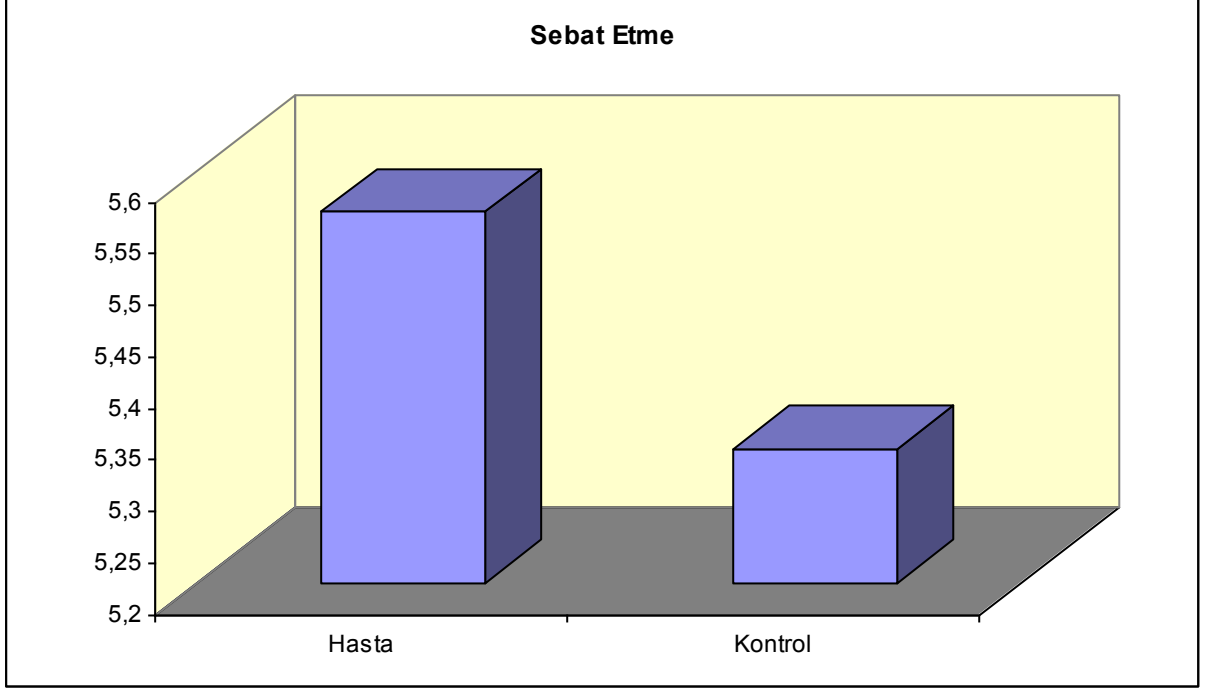
**Şekil 10: Gruplara Göre Zarardan Kaçınma Dağılımı**

Hasta grubun ÖB3 (bağımlılık) puan ortalamaları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Gruplara göre olguların ÖB1 (duygusallık), ÖB2 (bağlanma) ve toplam ödül bağımlılığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 12, Şekil 11).



### Şekil 11: Gruplara Göre Ödül Bağımlılığı Dağılımı

Gruplara göre olguların sebat etme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 12, Şekil 12).



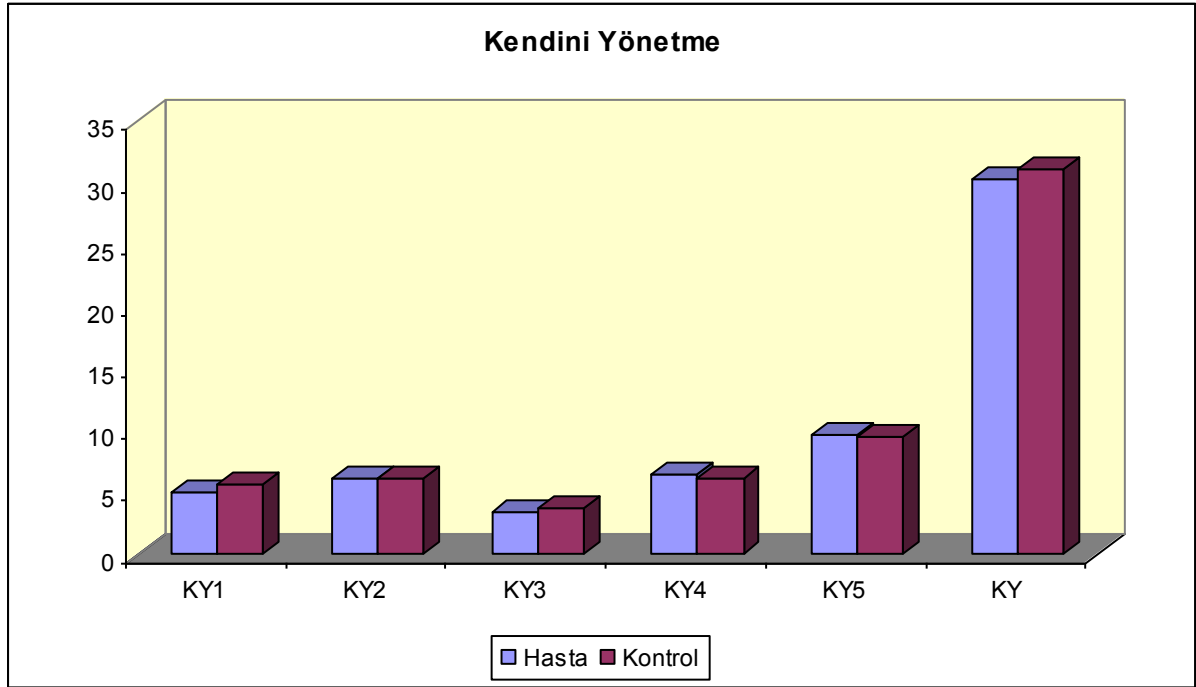
Şekil 12: Gruplara Göre Sebat Etme Dağılımı

**Tablo 13: Gruplara Göre Mizaç ve Karakter Envanterinin Karakter Özelliklerinin Değerlendirilmesi**

Karakter Özellikleri	Hasta	Kontrol	t	P
	Ort±SS	Ort±SS		
<b>Kendini Yönetme (KY)</b>				
<b>KY1</b> (sorumluluk alma)	5.0±2.0	5.7±2.2	<b>1.450</b>	<b>0.151</b>
<b>KY2</b> (amaçlılık)	6.1±1.4	6.2±1.4	<b>0.358</b>	<b>0.721</b>
<b>KY3</b> (beceriklilik)	3.3±1.2	3.7±1.4	<b>1.387</b>	<b>0.169</b>
<b>KY4</b> (kendini kabullenme)	6.5±2.5	6.2±3.0	<b>0.441</b>	<b>0.660</b>
<b>KY5</b> (uyumlu ikincil huylar)	9.6±1.8	9.6±1.8	<b>0.177</b>	<b>0.860</b>
<b>KY</b>	30.3±4.9	31.2±6.2	<b>0.674</b>	<b>0.502</b>
<b>İşbirliği Yapma (İY)</b>				
<b>İY1</b> (sosyal onaylama)	6.1±1.6	6.4±1.6	<b>0.929</b>	<b>0.356</b>
<b>İY2</b> (empati duyma)	4.6±1.4	4.6±1.2	<b>0.097</b>	<b>0.923</b>
<b>İY3</b> (yardımseverlik)	4.8±1.3	4.9±1.1	<b>0.810</b>	<b>0.420</b>
<b>İY4</b> (acıma)	7.4±2.5	7.5±2.4	<b>0.071</b>	<b>0.944</b>
<b>İY5</b> (erdemlilik, vicdanlılık)	7.3±1.1	6.7±1.4	<b>2.599</b>	<b>0.011*</b>
<b>İY</b>	30.1±4.8	29.9±4.2	<b>0.101</b>	<b>0.920</b>
<b>Kendini Aşma (KA)</b>				
<b>KA1</b> (kendilik kaybı)	5.9±2.3	4.9±2.5	<b>1.859</b>	<b>0.067</b>
<b>KA2</b> (kişiler arası özdeşim)	4.9±2.2	4.2±2.4	<b>1.383</b>	<b>0.171</b>
<b>KA 3</b> (manevi kabullenme)	6.4±2.9	6.6±3.2	<b>0.243</b>	<b>0.808</b>

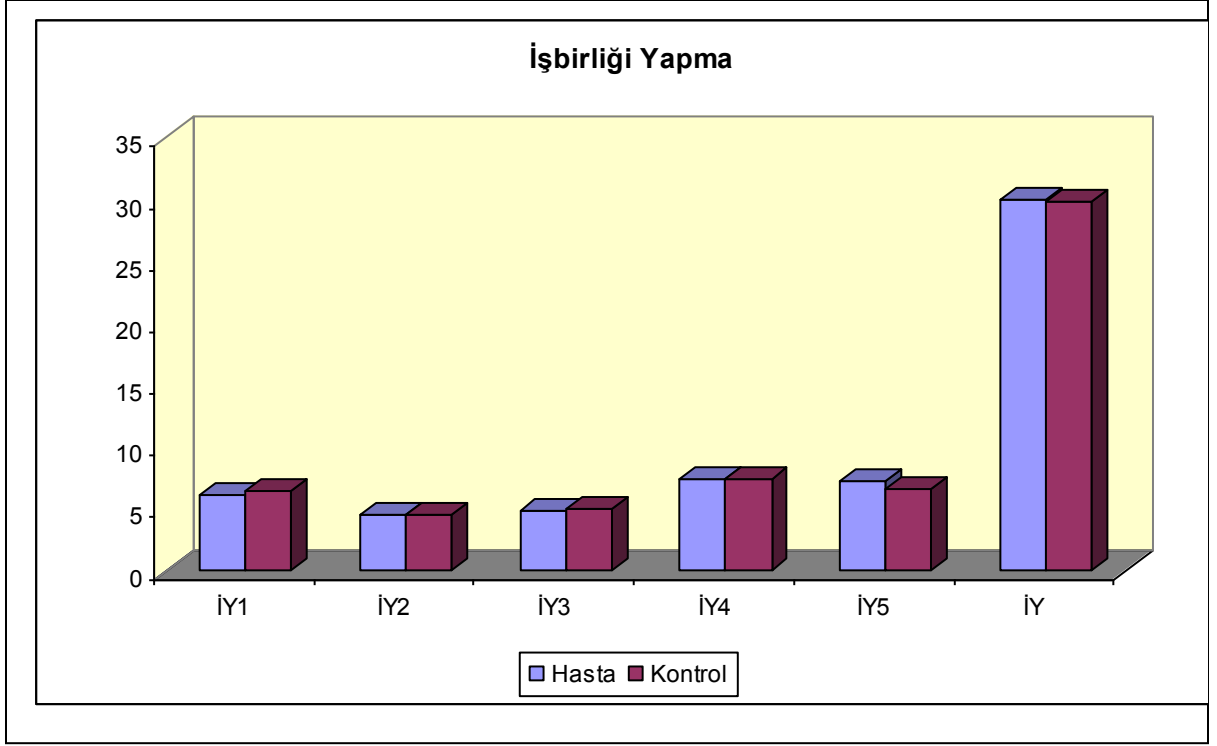


Gruplara göre olguların KY1 (sorumluluk alma), KY2 (amaçlılık), KY3 (beceriklilik), KY4 (kendini kabullenme), KY5 (uyumlu ikincil huylar) ve toplam kendini yönetme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 13, Şekil 13).



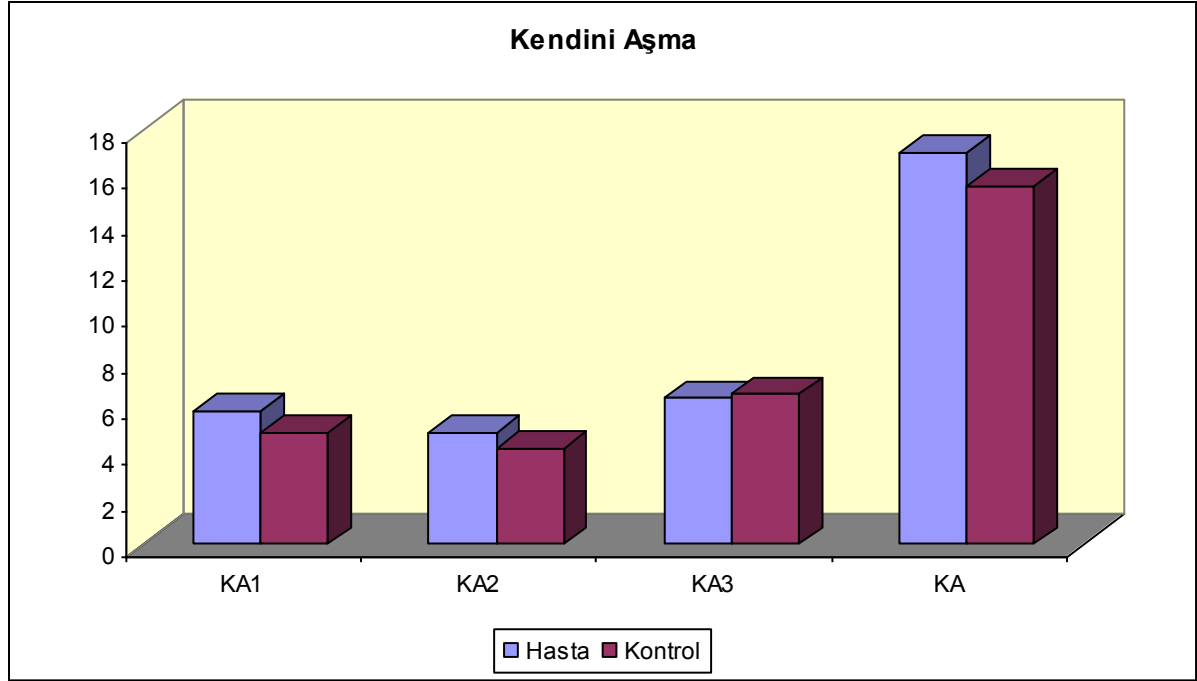
Şekil 13: Gruplara Göre Kendini Yönetme Dağılımı

Hasta grubun İY5 (erdemlilik, vicdanlılık) puan ortalamaları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Gruplara göre olguların İY1 (sosyal onaylanma), İY2 (empati duyma), İY3 (yardımseverlik), İY4 (acıma) ve toplam işbirliği yapma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 13, Şekil 14).



**Şekil 14: Gruplara Göre İşbirliği Yapma Dağılımı**

Gruplara göre olguların KA1 (kendilik kaybı), KA2 (kişiler arası özdeşim), KA3 (manevi kabullenme) ve toplam kendini aşma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 13, Şekil 15).



Şekil 15: Gruplara Göre Kendini Aşma Dağılımı

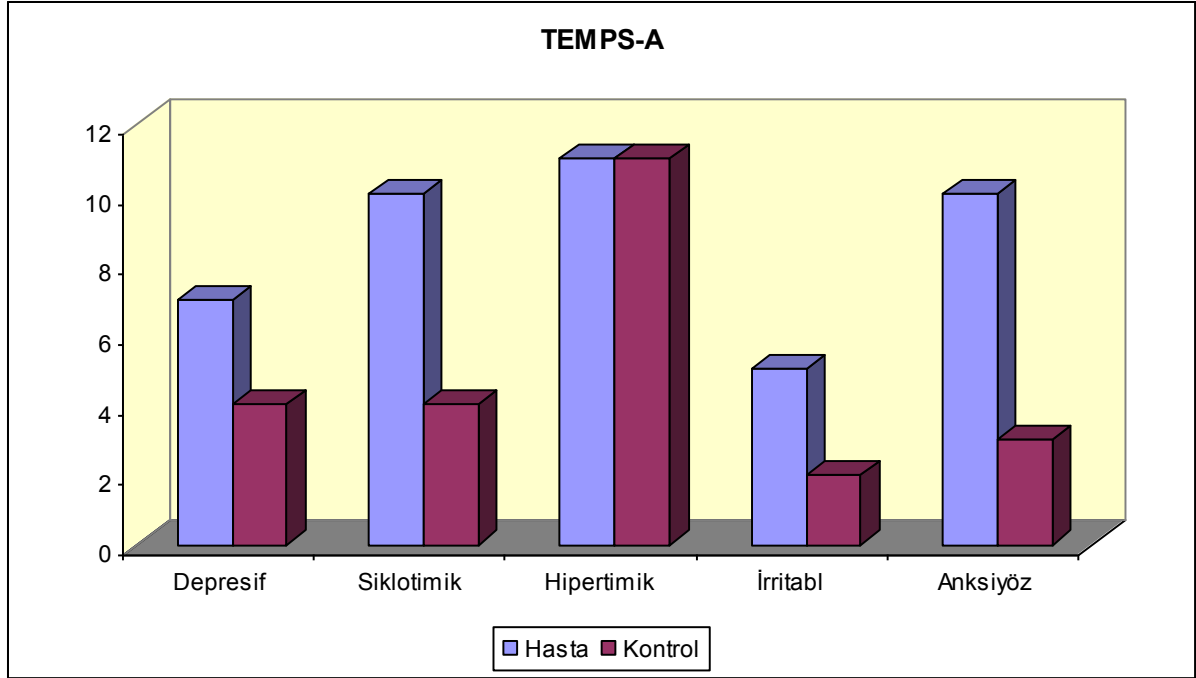
Tablo 14: Gruplara Göre TEMPS-A Puanlarının Değerlendirilmesi

TEMPS-A	Hasta	Kontrol	Z	P
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Depresif	6.9±3.1 (7)	4.1±2.5 (4)	4.087	0.001**
Siklotimik	10.1±4.2 (10)	5.2±4.2 (4)	4.632	0.001**
Hipertimik	10.6±3.6 (11)	10.4±4.8 (11)	0.042	0.967
İrritabl	5.5±3.7 (5)	1.9±1.9 (2)	4.358	0.001**
Anksiyöz	10.9±5.1 (10)	4.1±4.3(3)	5.601	0.001**

Mann Whitney U Test kullanıldı

\*\* p<0.01

Hasta grubun depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puan ortalamaları, kontrol grubunun ortalamalarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Hipertimik mizaç puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 14, Şekil 16).



**Şekil 16: Gruplara Göre TEMPS-A Dağılımı**

Hasta grubunda 1 kişinin (%2.3) puanı depresif mizaç, 5 kişinin (%11.6) puanı anksiyöz mizaç kesme puanlarının üstündedir. Kontrol grubunda puanı kesme puanının üzerine çıkan kişi bulunmamaktadır. Anksiyöz mizaç varlığı hastalık grubu için anlamlıya yakın oranda bulundu ( $\chi^2= 4.83$ , Fisher's Exact Test =0.056).

**Tablo 15: Ortalama Atak Sayısına İlişkin Bağlıntılar**

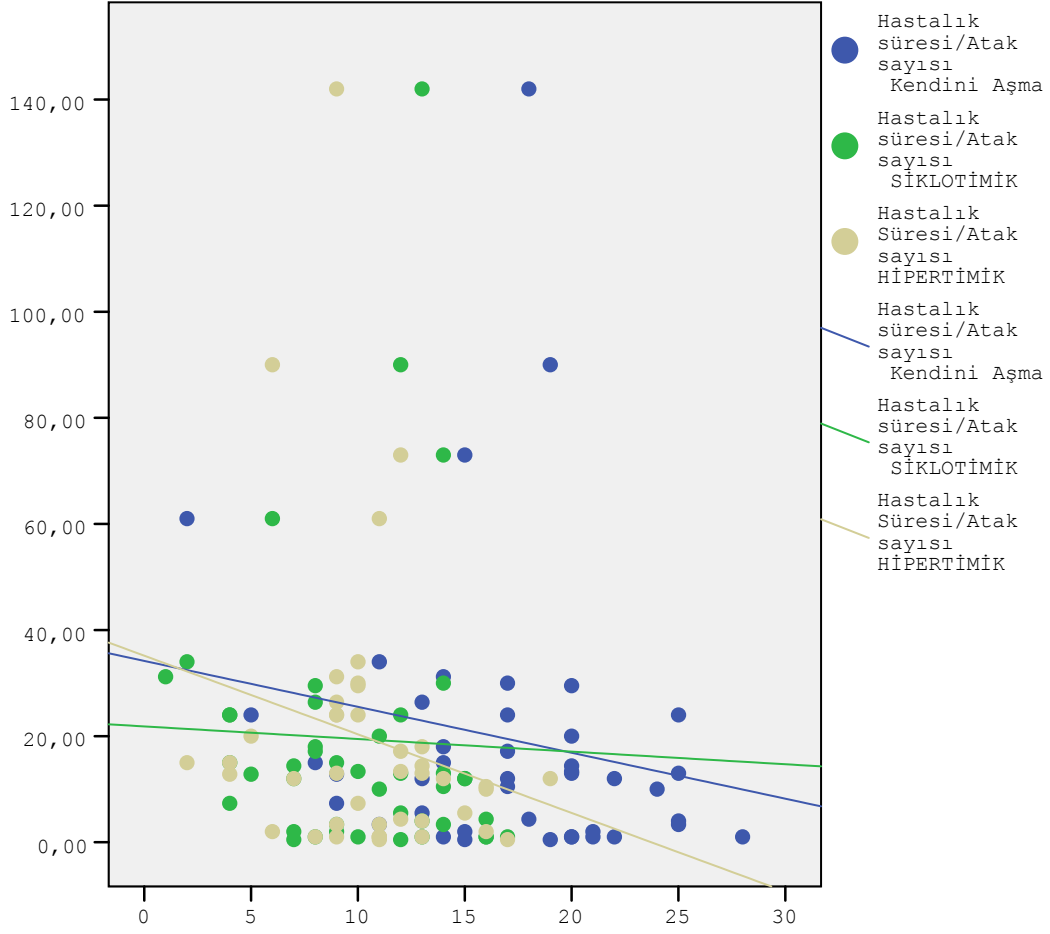
	Hastalık Süresi/Atak Sayısı	
	r	p
HAM-D	-0.021	0.893
HAM-A	0.004	0.979
Yenilik Arayışı	-0.007	0.964
Zarardan Kaçınma	-0.143	0.360
Ödül Bağımlılığı	0.007	0.965
Sebat Etme	-0.105	0.502
Kendini Yönetme	0.137	0.382
İşbirliği Yapma	0.274	0.075
Kendini Aşma	<b>-0.308</b>	<b>0.045*</b>
Depresif	-0.195	0.210
Siklotimik	<b>-0.303</b>	<b>0.048*</b>
Hipertimik	-0.299	0.051
İrritabl	-0.193	0.215
Anksiyöz	-0.062	0.692

*Spearman's Rho test kullanıldı*

*\* p<0.05*

Ortalama atak sayısı ile kendini aşma toplam puanı arasında negatif yönlü %30.8 düzeyinde, siklotimik mizaç puanı arasında negatif yönlü %30.3 düzeyinde anlamlı, hipertimik mizaç puanı arasında negatif yönlü %29.9 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlıya yakın bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 15, Şekil 17).

Ortalama atak sayısı ile HAM-D, HAM-A, yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme, işbirliği yapma, depresif, irritabl, anksiyöz mizaç puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 15, Şekil 17).



**Şekil 17: Ortalama Atak Sayısı ile Kendini Aşma, Siklotimik ve Hipertimik Puanlarının Korelasyonu**

**Tablo 16: Tüm olgulardaki lojistik regresyon analizi (sadece anlamlı sonuçlar alındı)**

	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	%95 G.A.	
							Min	Maks
<b>İritabl mizac</b>	0.238	0.118	4.064	1	0.044	0.788	0.626	0.993
<b>Anksiyöz mizaç</b>	0.216	0.075	8.250	1	0.004	0.806	0.696	0.934

*Geriye dönük Regresyon analizi kullanıldı*

Gruplar bağımsız değişken, daha önceki analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunan; ailede anksiyete bozukluğu öyküsü, zarardan kaçınma toplam puanı, depresif, iritabl, siklotimik ve anksiyöz mizaç puanları bağımlı değişken alınarak yapılan geriye dönük regresyon analizinde anksiyöz ve iritabl mizaç özellikleri Meniere hastalığını öngörmek için

anlamli bulundu. Her iki mizaç özelliği kontrol grubuna göre Meniere hastalığı riskini 8 kat artırmaktadır (Tablo 16).

Cinsiyete yönelik farklılıkları saptamak amacıyla her iki gruptaki kadın ve erkek olgular birbirleriyle karşılaştırıldı (Tablo 17 ve 18).

**Tablo 17: Kadın Olguların Karşılaştırmaları**

	Hasta	Kontrol	z	p
	n=28	n=20		
	Ort±SS	Ort±SS		
<b>Yaş</b>	36.0±13.2	34.6± 11.5	0.52	0.600
<b>Eğitim yılı</b>	12.5±4.3	12.4±5.4	0.12	0.908
<b>HAM-D</b>	4.1±3.3	4.1±3.4	0.07	0.941
<b>HAM-A</b>	5.0±3.7	5.7±3.5	0.75	0.456
<b>Yenilik arayışı</b>	16.5±4.6	18.0±6.4	0.90	0.367
<b>Zarardan kaçınma</b>	22.1±5.0	15.4±4.6	4.05	<0.001*
<b>Ödül bağımlılığı</b>	14.9±3.4	15.7±2.7	0.39	0.697
<b>Sebat etme</b>	5.2±1.4	5.2±2.1	0.05	0.957
<b>Kendini yönetme</b>	30.2±5.3	32.4±5.1	1.44	0.150
<b>İşbirliği yapma</b>	30.7±4.1	30.3±3.7	0.60	0.549
<b>Kendini Aşma</b>	17.1±6.1	15.3±5.6	1.10	0.271
<b>Depresif mizaç</b>	7.1±3.4	3.7±2.7	3.38	0.001*
<b>Siklotimik mizaç</b>	10.1±4.0	6.1±4.1	3.12	0.002*
<b>Hipertimik mizaç</b>	9.4±3.4	10.6±4.3	0.88	0.377
<b>İrritabl mizaç</b>	5.0±3.3	2.3±2.0	2.84	0.005*
<b>Anksiyöz mizaç</b>	11.9 5.0	4.4±3.8	4.64	<0.001*

*Mann Whitney U Test kullanıldı p<0.05*

**Tablo 18: Erkek Olguların Karşılaştırmaları**

	<b>Hasta</b>	<b>Kontrol</b>		
	<b>n=15</b>	<b>n= 19</b>	<b>z</b>	<b>P</b>
	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>		
<b>Yaş</b>	39.4±10.9	34.2±6.7	1.53	0.126
<b>Eğitim yılı</b>	10.7±4.9	13.7±5.6	1.33	0.184
<b>HAM-D</b>	4.5±4.1	4.7±3.5	0.45	0.650
<b>HAM-A</b>	5.7 ±4.4	4.5±3.6	0.73	0.464
<b>Yenilik arayışı</b>	18.5±3.9	16.3±5.6	0.25	0.210
<b>Zarardan kaçınma</b>	17.0±6.5	14.3±4.5	1.01	0.313
<b>Ödül bağımlılığı</b>	13.6±3.2	19.8±2.5	0.12	0.903
<b>Sebat etme</b>	6.2±1.8	5.5±2.1	1.01	0.312
<b>Kendini yönetme</b>	30.5±4.3	29.8±7.1	0.17	0.862
<b>İşbirliği yapma</b>	28.7±5.7	29.5±4.6	0.23	0.821
<b>Kendini Aşma</b>	16.9±4.7	15.8±7.5	0.64	0.520
<b>Depresif mizaç</b>	6.5±2.4	4.4±2.3	2.19	<b>0.029*</b>
<b>Siklotimik mizaç</b>	9.8±4.6	4.2±4.1	3.29	<b>0.001*</b>
<b>Hipertimik mizaç</b>	12.8±2.9	10.7±5.3	1.03	0.305
<b>İrritabl mizaç</b>	6.3±4.2	1.6±1.9	3.27	<b>0.001*</b>
<b>Anksiyöz mizaç</b>	8.9±4.9	3.8±4.7	3.08	<b>0.002*</b>

*Mann Whitney U Test kullanıldı*  $p<0.05$



Kadın ve erkek hastalar için grup bağımsız değişken, daha önceki istatistiklerde kadınlar için anlamlı bulunan zarardan kaçınma, depresif, siklotimik, irritable ve anksiyöz mizaçlar bağımlı değişken; erkekler için anlamlı bulunan depresif, siklotimik, irritable ve anksiyöz mizaçlar bağımlı değişken olarak alındı ve yapılan geriye dönük regresyon analizinde kadınlarda anksiyöz mizaç, erkeklerde irritable mizaç Meniere hastalığını öngörmemiz için anlamlı bulundu (Tablo 19).

**Tablo 19: Cinsiyet ve Hasta ve Kontrol grupları arasındaki farklar için lojistik regresyon analizi sonuçları (sadece anlamlı sonuçlar alınmıştır)**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	%95 G.A.	
								Min	Maks
<b>Kadın</b>	<b>Anksiyöz mizaç</b>	0.304	0.118	6.643	1	0.010	0.738	0.59	0.93
<b>Erkek</b>	<b>İrritable mizaç</b>	0.463	0.168	7.611	1	0.006	0.630	0.45	0.88

*Geriye dönük Regresyon analizi kullanıldı*

## 5.TARTIŞMA

Çalışmaya baskın afektif mizacın değerlendirilmesi ve mizaç karakter özelliklerinin araştırılması için Meniere hastaları ve kontrol grubu olmak üzere iki grup alınmıştır. İki grubu sosyodemografik açıdan değerlendirdiğimizde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, iş durumu ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. İki grubun sosyodemografik özelliklerinin benzer olması aralarında sağlıklı karşılaştırma yapılmasına olanak sağlamıştır.

Hasta grubu içerisinde cinsiyet karşılaştırıldığında kadın/erkek oranında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0.204$ ), ancak literatürle uyumlu olarak (Schwaber 2007) kadın hastaların sayıca fazla olduğu (kadın % 65.1, erkek %34.9) görülmektedir.

Meniere hastalığının belirtileri ortalama 30-40 yaşları arasında başlamaktadır (Schwaber 2007) ve çalışmamızda saptanan ortalama hastalık başlangıç yaşı ( $32.1\pm 10.2$ ) bu bilgiye paralellik göstermektedir.

Hasta ve kontrol grubu olgularının psikiyatrik özgeçmişinde anksiyete bozukluğu, depresyon, duygudurum bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozuklukların görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Hasta grubunda 5 olguda (%11.6) anksiyete bozukluğu öyküsü görülürken, 6 olguda (%14) depresyon öyküsü vardır. Echardt-Henn ve arkadaşları (2008) Meniere hastalığını da içeren çeşitli organik vertigo sendromu bulunan hastalardaki psikiyatrik eştanıları araştırmışlar, benign paroksizmal pozisyonel vertigo ve vestibüler migrenin de dahil olduğu sendromlarda en yüksek anksiyete bozukluğu ve/veya depresyon oranlarını % 57 ile Meniere hastalığında gözlemişlerdir. Meniere hastalarında depresyon oranı Meniere'e ait aktif belirtiler varlığında %75, yokluğunda %35.5 olarak saptanmıştır. Bu oranların bizim çalışmamızdaki oranlardan farklı olması beklenen bir durumdur. Hastaların remisyonda iken çalışmaya alınması ve çalışma sırasında eksen I tanılarının dışlanması bu durumu hazırlayan nedenlerdir. Hastaların Meniere hastalığının aktif belirtilerini yaşadıkları sırada görülen depresyonun durumsal bir fenomen olabileceği, klinik depresyon ve anksiyete bozukluğu tanılarının ise Meniere belirtilerine bağlı zorlanma ve yeti kaybına bağlı bir uyum bozukluğundan ayırt edilmesi gerektiği vurgulanması gereken noktalardır. Nitekim bugüne kadar yapılan çalışmaların çoğunda Meniere atakları sırasında varlığı gösterilen depresyon ve anksiyete bozukluğu tanıları DSM-IV, ICD-10 tanı kriterlerine ya da SCID-I görüşme ölçeğine göre konmamıştır.

Hasta grubu olgularının ailelerinde anksiyete bozukluğu görülme oranı (% 37.2), kontrol grubu olgularının ailelerinde anksiyete bozukluğu (%12.8) görülme oranlarından anlamlı şekilde yüksektir ( $p=0.012$ ). Her iki grubun aile öyküsünde depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıklar açısından anlamlı fark yoktur.

Çalışmaya alınan grupların TCI mizaç bölümleri değerlendirildiğinde; yenilik arayışı (YA), ödül bağımlılığı (ÖB) ve sebat etme bölümlerinin alt grup ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Hasta grubun ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık,  $p=0.001$ ), ZK2 (belirsizlik korkusu,  $p=0.001$ ), ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık,  $p=0.002$ ) ve zarardan kaçınma toplam ( $p=0.001$ ) puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ( $p<0.01$ ). Buna karşın ZK3 (yabancılardan çekinme) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Zarardan kaçınma (ZK) puanları yüksek bireyler sakin, pasif, kendine güveni olmayan, karamsar, kötümser bireyler olarak tanımlanmaktadır (Cloninger ve ark. 1993, Cloninger ve ark. 1994). Bu kişiler gelecek problemleri ile ilgili olumsuz kaygılar, kaçınma davranışı, belirsizliğe tahammülsüzlük, yabancılara karşı utangaçlık ve yüksek oranda dayanıksızlık göstermekte ve 'anksiyeteli kişilik', anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluk özellikleri geliştirebilmektedirler (Cloninger ve ark. 1993). Yüksek zarardan kaçınma (ZK) puanları anksiyete bozuklukları (Ball ve ark. 2002), sosyal fobi (Pelissolo ve ark. 2002), panik bozukluğu (Starcevic ve ark. 1996), obsesif -kompulsif bozukluk (Kusunoki ve ark. 2000), depresyon (Hansenne ve ark. 1999) hastalarının da ortak özelliği olarak bulunmuştur. Ayrıca psikojen faktörlerin etyopatogeneizde rol oynadığı düşünülen gerilim tipi baş ağrısı ve migren (Sanchez-Roman ve ark. 2007), atopik dermatit (Kim ve ark. 2006) ve psöriazis (Kılıç ve ark. 2008) gibi hastalıklarda da zarardan kaçınma skorları kontrol grubuna göre yüksek bildirilmiştir.

TCI'nın karakter bölümleri değerlendirildiğinde ise; kendini yönetme (KY), kendini aşma (KA) alt grupları ve toplam puanlarında, İY5 (erdemlilik, vicdanlılık) dışındaki işbirliği yapma (İY) puan ortalamalarında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. İY5 (erdemlilik, vicdanlılık) puan ortalamaları hasta grubunda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p=0.011$ ). Bu bulgu, bu hastaların kendilerini toplumun bir parçası olarak algıladıklarını, bu şekilde empatik, hoşgörülü, merhametli, destekleyici ve prensipli olduklarını düşündürmektedir (Cloninger 1987, Köse 2003, Svrakic ve Cloninger 2004).

Çalışmamızda ortalama atak sayısı ile kendini aşma (KA) toplam puanı arasında negatif yönlü % 30.8 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.045$ ). KA puanı yüksek bireyler hayalperest, sezgileri güçlü ve geleneksel olmayan kişiler olarak tanımlanmakta ve bu durum yaratıcılığa zemin hazırlayabilmektedir (Bayon ve ark. 1996). Buna göre bu özelliklere sahip olmayan hastaların atak sayılarının artabileceği ya da bu özelliklere sahip olmanın bedensel rahatsızlık duyularıyla başa çıkmayı kolaylaştırabileceği düşünülebilir.

Grupların TEMPS-A değerlendirmelerinde; hasta grubunda 1 kişinin (%2.3) puanı depresif mizaç, 5 kişinin (%11.6) puanı anksiyöz mizaç kesme puanlarının üstündedir. Kontrol grubunda puanı kesme puanının üzerine çıkan kişi bulunmamaktadır. Anksiyöz mizaç varlığı hastalık grubu için anlamlıya yakın oranda bulunmaktadır ( $\chi^2= 4.83$ , Fisher's Exact Test =0.056). Hasta grubunun depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puan ortalamaları, kontrol grubunun ortalamalarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p=0.001$ ). Hipertimik mizaç puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Beş mizaç tipinden 4'ünün bu hastalarda ileri düzeyde anlamlı bulunması, bu hastaların sağlıklı kişilere göre belirgin genetik, biyolojik ya da çevresel farklılıkları olduğunu düşündürmektedir.

Kaynaklarda hastalığın anksiyete ile ilişkisi gözönüne alındığında anksiyöz mizaç puanlarının yüksekliği beklenen bir durumdur. Meniere hastalığında kontrol grubuna oranla günlük stresörlerin daha sık görüldüğü, başa çıkma mekanizmalarının daha nadir kullanıldığı, anksiyete ve depresyon skorlarının daha yüksek, yaşam kalitesinin daha düşük olduğu gözlenmiştir. Hastalığın belirtilerinin şiddeti ile psikopatoloji görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki bildirilmiştir (van Crujisen ve ark. 2006, Savastano ve ark. 2007). Bu hastalarda panik-fobik özellikler ve işlevsellikte etkilenme diğer vestibüler bozukluklara oranla daha fazla gözlenmiş ve bu durum atak sayısı ve hastalığın süresi ile de ilişkilendirilmiştir (Celestino ve ark. 2003, Stein ve ark. 1994). Anksiyetenin olumsuz bilişsel yapı ile ilişkili olduğu, kronik hastalıklarda aşırı katastrofik kaygı ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Furman ve Jacob (2001) vestibüler işlev bozukluğu ile anksiyete ilişkisinin 'psikosomatik' ya da 'somatopsişik' biçimde, iki yönlü olabileceğine vurgu yapmışlardır. Yazarlara göre anksiyete ve anksiyetenin yol açtığı hiperventilasyon ve aşırı uyarılabilirlik vestibüler refleks duyarlılığını arttırarak psikosomatik yolla vestibüler işlev bozukluklarını

ortaya çıkarmaktadır. Somatopsişik modelde; vestibuler işlev bozukluğunun yarattığı anksiyete ve vestibuler duyumlara artmış olan duyarlılık ile buna eklenen bedensel duyumların yanlış yorumlanması ve koşullanmalar anksiyete bozukluklarına (örneğin panik bozukluğu) neden olabilir. Başka deyişle bu süreçte koşullanma ve bilişsel süreçler rol oynamaktadır. Hastalık algısı anksiyeteyi de içeren farklı sonuçlara yol açabilmektedir (Moss-Morris 2005). Hastalığa farklı belirtiler atfeden, emosyonel cevabı daha güçlü olan, hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığına, uzun süreceğine, kolay kontrol altına alınmayacağına inanan kronik hastalar daha fazla psikolojik stres hissetmektedirler (Hagger ve Orbell 2003). Belirsizliğe tahammülsüzlük anksiyete ile ilişkili bir durumdur ve Meniere hastalığında atakların beklenmedik bir zamanda gelebilme ihtimali bu kaygının ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır (Kirby ve Yardley 2009). Bu araştırmaların çoğu hastalık ortaya çıkışından sonraki davranışsal ve emosyonel bulguları değerlendirmektedir, ancak hastada doğuştan varolan mizaç özelliklerinden kaynaklanan durumlar gözardı edilmemelidir. Bu çalışmadaki hasta grubunda da anksiyeteye ilişkin özellikler mizaç özellikleri olarak karşımıza çıkmaktadır ve bu durum bu hastalardaki anksiyete belirtilerinin sadece hastalığın bir sonucu olmadığını göstermektedir.

Hasta grubunda siklotimik mizaç puanlarının yüksek bulunması dikkate değer bir bulgudur. 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).

Çalışmamızda ortalama atak sayısı ile hipertimik mizaç puanı arasında negatif yönlü % 29.9 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlıya yakın bir ilişki bulunmaktadır ( $p=0.051$ ). Bu sonuca göre neşeli, iyimser, coşkulu, dışa dönük özelliklerdeki hastaların atak sayısının göreceli olarak azalacağı tahmini yapılabilir.

Anksiyöz ve irritabl mizaç özellikleri Meniere hastalığını öngörmek için anlamlı bulunmuştur. Her iki mizaç özelliği de kontrol grubuna göre Meniere hastalığı riskini 8 kat artırmaktadır.

Kadın ve erkek hastalar karşılaştırıldığında; kadın hastalarda toplam zarardan kaçınma (ZK) puanları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Bu

durum tüm hastalardaki düşük ZK puanlarını kadınların etkilediğini göstermektedir. Anksiyöz mizaca sahip kadınların daha yüksek ZK puanlarına sahip oldukları görülmektedir. Bu sonuçtan da zarardan kaçınma özelliğinin kadın hastalar için daha belirleyici olduğunu görmekteyiz. Kadın hastaların kadın kontrollerle, erkek hastaların ise erkek kontrollerle lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi sonucunda kadın hastalarda anksiyöz mizaç puanları, erkek hastalarda irritabl mizaç puanları Meniere hastalığını kestirmemiz için anlamlı bulunmuştur.

Örneklem sayısının yüksek olmaması, değerlendirmelerin hastaların kendilerinin doldurdukları ölçeklerle yapılıyor olması çalışmamızın kısıtlılıkları arasında sayılması gereken noktalardır. Daha yüksek sayıdaki örneklem ile sonuçlar desteklenmelidir.

Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma Meniere hastalarında mizaç ve karakter özelliklerini kapsamlı olarak araştıran ilk çalışmadır. Bulgular yüksek zarardan kaçınma (ZK) puanlarına sahip, baskın afektif mizacı anksiyöz olan kadınlarda ve baskın afektif mizacı irritabl olan erkeklerde Meniere hastalığının daha fazla görüldüğüne işaret etmektedir. Bu konuda bundan sonra yapılacak çalışmalarda daha yüksek sayıda örneklem ve kontrol gruplarının oluşturulması, hasta bireylerdeki hastalığa ilişkin ve hissedilen anksiyete ve depresif duyguduruma eşlik eden bilişlerin ve kullanılan başa çıkma yöntemlerinin de incelenmesi yararlı olacaktır.

## 6.SONUÇ

Meniere hastalarının psikiyatrik eşanıları ve psikolojik profillerini araştıran sınırlı sayıda da olsa çalışma vardır. Ancak bildiğimiz kadarıyla bu çalışma baskın mizaç veya mizaç ve karakter özelliklerini kapsamlı olarak araştıran literatürdeki ilk çalışmadır.

Hasta grubun ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık), ZK2 (belirsizlik korkusu), ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık) ve zarardan kaçınma toplam puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir. Hasta grubunun depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puan ortalamalarının, kontrol grubunun ortalamalarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunması dikkat çekicidir. Anksiyöz ve irritabl mizaç özellikleri kontrol grubuna göre Meniere hastalığı riskini yaklaşık 8 kat artırmaktadır.

Kadın hastalar kadın kontrol grubu ile, erkek hastalar ise erkek kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; kadınlar için zarardan kaçınma (ZK), depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanları, erkekler için depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanları Meniere hastalığı olan grupta anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak; yüksek zarardan kaçınma (ZK) puanlarına sahip, baskın afektif mizacı anksiyöz olan kadınlarda ve baskın afektif mizacı irritabl olan erkeklerde Meniere hastalığı görölme oranının daha yüksek olduğu öngörülmektedir.

## 7. ÖZET

Çalışmamızın amacı Meniere hastalığı tanısı konmuş ve remisyonda olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, baskın afektif mizaç ve mizaç karakter özellikleri yönünden değerlendirilerek, benzer sosyodemografik özelliklere sahip sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubuyla karşılaştırılmasıdır.

Çalışmaya Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı Kliniği'nde Mart 2009-Haziran 2009 tarihleri arasında rastgele yöntemle seçilmiş, daha önceden Meniere hastalığı tanısı konmuş ve remisyonda olan 43 Meniere hastası ile kontrol grubunu oluşturan 39 sağlıklı kişi olmak üzere toplam 82 kişi dahil edilmiştir. Hasta gruplarına yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I/CV), kontrol grubuna SCID-I/NP uygulanarak ruhsal açıdan sağlıklı oldukları doğrulanmıştır. Depresif bozukluk ya da anksiyete bozukluğu tanısı bulunmadığını teyit etmek amacıyla her iki gruba Hamilton depresyon (HAM-D) ve Hamilton anksiyete (HAM-A) ölçekleri uygulanmıştır.

Çalışmaya alınan kişilerin tümüne baskın afektif mizacın değerlendirilmesi için TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire), mizaç karakter özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla da TCI (Temperament and Character Inventory) uygulanmıştır.

Hasta grubun ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık), ZK2 (belirsizlik korkusu), ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık) ve zarardan kaçınma toplam puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir. İşbirliği yapma alt grubu olan İY5 (erdemlilik, vicdanlılık) puan ortalamaları hasta grubunda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kadın hastalarda erkek hastalara göre toplam zarardan kaçınma (ZK) puanları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır. Hasta grubun depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puan ortalamaları, kontrol grubunun ortalamalarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Anksiyöz ve irritabl mizaç özellikleri Meniere hastalığını öngörmek için anlamlı bulunmuştur.

Sonuç olarak; bu çalışmada yüksek zarardan kaçınma (ZK) puanlarına sahip baskın afektif mizacı anksiyöz olan kadınlarda ve baskın afektif mizacı irritabl olan erkeklerde Meniere hastalığı daha fazla görülmektedir. Bu verilerin doğrulanması açısından daha büyük örneklerle yapılacak uzun dönemli izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.



## **8. SUMMARY**

In this study we aimed to evaluate sociodemographic data, clinical features, affective temperaments and the psychometric properties of temperament-character in patients with Meniere's disease compared to healthy controls.

This study was conducted at the Outpatient Clinic in the Department of Ear Nose and Throat Diseases of Maltepe University Medical School Hospital between March 2009-June 2009. Forty-three patients with Meniere's Disease who were in remission and 39 healthy controls were included in this study. All the patients and healthy controls were selected randomly. We applied SCID-I/CV to the patient group and SCID-I/NP to the control group respectively, to confirm that they have no psychiatric diagnoses.. Moreover, Hamilton Depression Scale and Hamilton Anxiety Scale were given to both of the groups to make sure they had no depression or anxiety disorder.

Affective temperaments and the properties of temperament-character were measured by TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) and TCI (Temperament and Character Inventory), respectively in both the patient and the control group.

In the patients with Meniere's disease the mean scores of the HA1 (anticipatory worry and pessimism), HA2 (fear of uncertainty), HA3 (shyness) subscales of harm avoidance (HA) trait and total HA scores were significantly higher compared to the scores of healthy controls as temperament traits. On the other hand, as character traits the mean scores of pure-hearted conscience (C5) subscale of cooperativeness trait was significantly higher in the patient group than the healthy controls.

In comparison of the mean scores of affective temperaments, the scores of the depressive, irritable, cyclothymic and anxious factors were significantly higher in the patient group than the control group. Anxious and irritable temperaments are seemed to predict Meniere's disease.

In conclusion; this study emphasizes that the higher scores of harm avoidance (HA) predict Meniere's disease in women with anxious temperament and in men with irritable temperament. Long-term follow-up studies in large samples are needed to gain a better understanding and replication of these data.

## 9.KAYNAKLAR

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

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

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, Marenmani I 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.

Alford BR (1972) Report of the subcommittee on equilibrium and its measurement, Meniere’s Disease: criteria for diagnosis and evaluation of therapy for reporting. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol*, 76:1462-1464.

Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R ve ark. (1997) Temperament and personality features in panic disorder with or without comorbid mood disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 95:420–423.

Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R ve ark. (1999) Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *J Affect Disord*, 52:203-207.

Balaban CD, Thayer JF (2001) Neurological bases for balance-anxiety links. *J Anxiety Disord*, 15:53-79.

Balaban CD, Porter JD (1998) Neuroanatomic substrates for vestibulo-autonomic interactions. *J Vestib Res*, 8:7-16.

Ball S, Smolin J, Shekhar A (2002) A psychobiological approach to personality: Examination within anxious outpatients. *J Psychiatr Res*, 36: 97–103.

Ballenger JJ, Snow JB (1996) Otorinolaringoloji Baş ve Boyun Cerrahisi (Çev. D Şenocak). Tayf Ofset, İstanbul, s. 1119-1132

Battaglia M, Bertella S, Bajo S ve ark. (1998) An investigation of the co- occurrence of panic and somatization disorders through temperamental variables. *Psychosom Med*, 60:726–729.

Bayon C, Hill K, Svrakic DM (1996) Dimensional assessment of personality in an out-patient sample: relations of the systems of Millon and Cloninger. *J Psychiatr Res*, 30:341–352.

Boz C, Velioglu S, Ozmenoglu M ve ark.(2004) Temperament and character profiles of patients with tension-type headache and migraine. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58:536-543.

Brandt T (2000) Management of vestibular disorders. *J Neurol*, 247:491-499.

Celestino D, Rosini E, Carucci ML ve ark (2003) Ménière's disease and anxiety disorders. *Acta Otorhinolaryngol Ital*, 23:421-427.

Chess S, Thomas A (1990) The New York Longitudinal Study (NYLS): The young adult periods. *Can J Psychiatry*, 35:557–561.

Chiaroni P, Hantouche EG, Gouvernet J ve ark. (2005) The cyclothymic temperament in healthy controls and familiarly 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 ve ark. (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.

Cohen B (1984) Erasmus Darwin's observations on rotational vertigo. *Human Neurobiol*, 3:121-128.

Coker NJ, Coker RR, Jenkins HA ve ark.(1989) Psychological profile of patients with Menière's disease. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 115:1355-1357.

Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi, 12:33-36.

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.

Dağlı M, Karabulut H, İriz A ve ark.(2007) Tinnitus hastalarının tinnitus derece endeksi ile değerlendirilmesi. KBB ve BBC Dergisi, 15:12-17.

Derebery MJ, Berliner KI (2000) Prevalence of allergy in Meniere's disease. Otolaryngol Head Neck Surg, 123:69-75.

Darwin E (1794) Zoonomia, London, J.Johnson.

Dornhoffer JL, Arenberg IK (1993) Diagnosis of vestibular Menière's disease with electrocochleography. Am J Otol, 14:161-164.

Eckhardt-Henn A, Best C, Bense S ve ark. (2008) Psychiatric comorbidity in different organic vertigo syndromes. J Neurol., 255:420-428.

Eckhardt-Henn A, Breuer P, Thomalske C ve ark. (2003) Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness. J Anxiety Disord, 17:369-388.

Evans KL, Baldwin DL, Bainbridge D ve ark. (1988) Immune status in patients with Meniere disease. Arch Oto- Rhino- Laryngol, 245:287 -292.

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.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1996) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington DC, American Psychiatric Press, Inc.

Furman JM, Jacob RG (2001) A clinical taxonomy of dizziness and anxiety in the otoneurological setting. J Anxiety Disord, 15:9-26.

Gibson WP ve Arenberg KI (1997) The history of Meniere's Disease. The Otolaryngologic Clinics of North America, cilt 6, PC Weber (ed), W.B. Saunders Company, Philadelphia, s.961-969.

Green JD Jr, Blum DJ, Harner SG (1991) Longitudinal followup of patients with Menière's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 104:783-788.

Hagger MS, Orbell S (2003) A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health*, 18:141-184.

Hamilton M (1959) The assesment of anxiety states by rating: *Br J Med Psychol*, 32: 50-55.

Hansenne M, Roggers J, Pinto E ve ark. (1999) TCI and depression. *J Psychiatr Res*, 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.

Hausler R, Toupet M, Guidetti G ve ark. (1987) Menière's disease in children. *Am J Otolaryngol*, 8:187-193.

Hebbar GK, Rask-Andersen H, Linthicum FH Jr (1991) Three-dimensional analysis of 61 human endolymphatic ducts and sacs in ears with and without Menière's disease. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 100:219-225.

Hicks GW, Wright JW (1988) Delayed endolymphatic hydrops: a review of 15 cases. *Laryngoscope*, 98:840-845.

Horner KC, Cazals Y (2005) Stres hormones in Meniere's disease and acoustic neuroma. *Brain Res*, 66:1-8.

Huy PT (2005) What should a primitive surgeon know about Menière's patients? *Otol Neurotol*, 27:1-3.

Ikeda M, Sando I (1985) Vascularity of endolymphatic sac in Meniere's disease. A histopathological study. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*, 118:6-10.

Juhn SK, Li W, Kim JY ve ark. (1999) Effects on stress-related hormones on inner ear fluid homeostasis and function. *Am J Otol*, 20:800-806.

Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F ve ark. (2005). Bipolar Bozuklukta Mizaç ile Klinik Özelliklerin İlişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16:164-169.

Kessen-Söderman AC, Möller J, Bagger-Sjöback D ve ark. (2004) Stress as a trigger of attacks in Meniere's disease. A case -crossover study. *Laryngoscope*, 114:1843-1848.

- Kılıç A, Güleç MY, Gül U ve ark. (2008) Temperament and character profile of patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2:537-542.
- Kim TS, Pae CU, Jeong JT ve ark.(2006) Temperament and character dimensions in patients with atopic dermatitis. *J Dermatol*, 33:10-5.
- Kirby SE, Yardley L (2008) Understanding psychological distress in Meniere's disease: a systematic review. *Psychol Health Med*, 13: 257-273.
- Kirby SE, Yardley L (2009) Cognitions associated with anxiety in Ménière's disease. *J Psychosom Res*, 66: 111-118.
- Kirby SE, Yardley L (2009) The contribution of symptoms of posttraumatic stress disorder, health anxiety and intolerance of uncertainty to distress in Ménière's disease. *J Nerv Ment Dis*,197:324-329.
- Kohut RI, Lindsay JR (1972) Pathologic changes in idiopathic labyrinthine hydrops. Correlations with previous findings. *Acta Otolaryngol*, 73:402-412.
- Köse S, Sayar K, Ak I (2004) Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 14:107-131.
- Kusunoki K, Sato T, Taga C ve ark. (2000) Low novelty-seeking differentiates obsessive-compulsive disorder from major depression. *Acta Psychiatr Scand*, 101:403–405.
- Lawrence RL, Lalwani A (1997) The history of Meniere's Disease. *The Otolaryngologic Clinics of North America*, cilt 6, PC Weber (ed), W.B. Saunders Company, Philadelphia, s.917-945.
- Masutani H, Takahashi H, Sando I ve ark. (1991) Vestibular aqueduct in Meniere's disease and non-Ménière's disease with endolymphatic hydrops: a computer aided volumetric study. *Auris Nasus Larynx*, 18:351-357.
- Millon T, Davis RD (1996) Disorders of personality DSM-IV and beyond. Wiley-Interscience Publication, 2. baskı, s: 60.
- Morrison AW, Mowbray JF, Williamson R ve ark. (1994) On genetic and environmental factors in Meniere's disease. *Am J Otol* 15:35-39.
- Moss-Morris R (2005) Symptom perceptions, illness beliefs and coping in chronic fatigue syndrome. *J Ment Health*, 14:223-235.
- Nadol JB Jr, Weiss AD, Parker SW (1975) Vertigo of delayed onset after sudden deafness. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 84:841-846.
- Onur E, Alkın T (2007) Baş Dönmesi ve Anksiyete İlişkisi: Yeni Klinik Sendromlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 44:66-73.

Öztürk MO, Uluşahin A (2008) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Cilt I*, 11.Basım, Ankara, Tuna Matbaacılık, s. 496-497.

Paparella MM, Mancini F (1985) Vestibular Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 93:148-151.

Pearson BW, Brackmann DE (1985) Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for reporting treatment results in Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 93: 579-581.

Pelissolo A, Andre C, Pujol H ve ark. (2002) Personality dimensions in social phobics with or without depression. *Acta Psychiatr Scand*, 105:94–103.

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 ve ark. (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.

Portmann G (1927) The saccus endolymphaticus and an operation for draining the same for the relief of vertigo. *Arc Otolaryngol Head Neck Surg*, 6:309-317.

Rosenberg S, Silverstein H, Flanzer J ve ark. (1991) Bilateral Meniere's disease in surgical versus nonsurgical patients. *Am J Otol*, 12:336-340.

Rothbart MK, Ahadi SA, Evans DE (2000) Temperament and personality: origins and outcomes. *J Pers Soc Psychol*, 78:122–135.

Rothbart MK, Ahadi SA, Hershey KL ve ark. (2001) Investigations of temperament at three to seven years: The Children's Behaviour Questionnaire. *Child Dev*, 72:1394–1408.

Russek LG, Schwartz GE (1997) Perceptions of parental caring predict health status in midlife: a 35 year follow-up of the Harvard Mastery of Stress Study. *Psychosom Med*, 59: 144-149.

Sánchez -Román S, Téllez -Zenteno JF, Zermeño -Phols F ve ark. (2007) Personality in patients migraine evaluated with the 'Temperament and Character Inventory'. *J Headache Pain*, 8:94-104.

Savastano M, Marioni G, Aita M (2007) Psychological characteristics of patients with Ménière's disease compared with patients with vertigo, tinnitus, or hearing loss. *Ear Nose Throat J*, 86:148-156.

Savastano M, Maron MB, Mangialaio M ve ark.(1996) Illness behaviour, personality traits, anxiety, and depression in patients with Menière's disease. *J Otolaryngol*, 25:329-333.

Saviotti FM, Grandi S, Savron G ve ark. (1991) Characterological traits of recovered patients with panic disorder and agoraphobia. *J Affect Disord*, 23:113–117.

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

Schuknecht HF, Suzuka Y, Zimmermann C (1990) Delayed endolymphatic hydrops and its relationship to Menière's disease. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 99:843-853.

Schuknecht HF, R  ther A (1991) Blockage of longitudinal flow in endolymphatic hydrops. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 248: 209-217.

Schwaber MK (2007) Vestibular Disorders. *Clinical Otology*, 3.baskı, E Gumpert (Ed), New York. Thieme Medical Publishers Inc, s.355-374.

Simavi V, Kesebir S, Alkan M (2005) Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord*, 85:113-125.

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

Spinhoven P, Roelofs K, Moene F (2004) Trauma and dissociation in conversion disorder and chronic pelvic pain. *Int J Psychiatry*, 34: 305-318.

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M ve ark. (1990) Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Non-Patient Edition (SCID-NP, Version 1.0). Washington DC, American Psychiatric Pres.

Stahle J, Friberg U, Svedberg A (1991) Long-term progression of Menière's disease. *Acta Otolaryngol Suppl*, 485:78-83.

Starcevic V, Uhlenhuth EH, Fallon S ve ark. (1996) Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder. *J Affect Disord*, 37: 75–79.

Stein MB, Asmundson GJ, Ireland D ve ark.(1994) Panic disorder in patients attending a clinic for vestibular disorders. *Am J Psychiatry*, 151: 1697 -1700.

Svrakic DM, Cloninger CR (2004) Personality Disorder. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı, BJ Sadock, VA Sadock (Ed), Lippincott Williams& Wilkins, s. 2063–2104.



Takahashi M, Ishida K, Iida M (2001) Analysis of lifestyle and behavioral characteristics in Meniere's disease patients and a control population. *Acta Otolaryngol*, 121: 254-256.

Takeda T, Takeda S, Kitano H ve ark. (2000) Endolymphatic hydrops induced by chronic administration of vasopressin. *Hear Res*, 140:1-6.

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

Van Crujisen N, Jaspers JP, van de Wiel HB ve ark. (2006) Psychological assessment of patients with Menière's disease. *Int J Audiol*, 45:496-502.

Van Crujisen N, Wit H, Albers F (2003) Psychological aspects of Meniere's disease. *Acta-Oto- Laryngologica*, 123:340-347.

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.

Wiborg IM, Falkum E, Dahl AA ve ark. (2005) Is harm avoidance an essential feature of patients with panic disorder. *Compr Psychiatry*, 46: 311–314.

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

Wladislavosky-Waserman P, Facer GW, Mokri B ve ark. (1984) Meniere's disease: a 30-year epidemiologic and clinical study in Rochester, Mn, 1951-1980. *Laryngoscope*, 94:1098-102.

Yamamoto E, Mizukami C (1993) Development of the vestibular aqueduct in Menière's disease. *Acta Otolaryngol Suppl*, 504:46-50.

Yardley L, Redfern MS (2001) Psychological factors influencing recovery from balance disorders. *J Anxiety Disord*, 15:107-119.

Yardley L, Masson E, Verschuur C ve ark.(1992) Symptoms, anxiety and handicap in dizzy patients: development of the vertigo symptom scale. *J Psychosom Res*, 36:731-741.

Yardley L, Beech S, Weinman J (2001) Influence of beliefs about the consequences of dizziness on handicap in people with dizziness and the effect of therapy on beliefs. *J Psychosom Res*, 50:1-6.

Yardley L (1994) Contribution of symptoms and beliefs to handicap in people with vertigo: a longitudinal study. *Br J Clin Psychol*, 33:101-113.

Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. (1998) Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 9:114–117.

Yuen SF, Schuknecht HF (1972) Vestibular aqueduct and endolymphatic duct in Meniere's disease. Arch Otolaryngol, 96:552-555.

## EK-1

### 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 enerjim olduğunu 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 şeylere 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 algıları.
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 yakınırim.
62. (D) (Y) Başkalarını çok eleştiririm.
63. (D) (Y) Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
64. (D) (Y) Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.

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 hissederim.
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-2

### 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 davrandığınız 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 şiirden 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 yapmakta 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 hissederim.
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) Gevşemekteyken, 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 hissederim 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 sezmemeye 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 aldırmaaksızın, 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 sakinca görmem.
70. (D) (Y) Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.
71. (D) (Y) Kendilerine yardımı 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 kapılıyorum.
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 çiğneyemeyeceğini 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) Düşmanlarımanın 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, paylarını 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 sıkılgan değilimdir.
158. (D) (Y) Çoğu kez arkadaşlarımla 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) Düşündüğümden 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 kötüyümüş 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 vermeme 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 incitmemek 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 kapılırım.

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 görünümlü 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.