

**T.C.  
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA DİSSOSİYATİF BELİRTİLER VE  
MİZAÇ-KARAKTER İLİŞKİSİ**

**DR.MUHAMMET SEVİNDİK**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. ORHAN MURAT KOÇAK**

**KIRIKKALE  
2019**

**TUTANAKTIR**

Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı uzmanlık programı çerçevesinde yürütülmüş olan Araştırma Görevlisi Dr. Muhammet SEVİNDİK'in "Anksiyete Bozukluklarında Dissosiyatif Belirtiler ve Mizaç-Karakter İlişkisi" konulu tezi Tıp Ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. Maddesinin 4. Fıkrası " Jüri en geç bir ay içerisinde uzmanlık öğrencisinin tez savunmasını da alarak tezi inceler ve sonucunu yazılı ve gerekçeli olarak uzmanlık öğrencisi ile program yöneticisine bildirir." hükmü gereğince Araştırma Görevlisi Dr. Muhammet SEVİNDİK uzmanlık eğitimi tezinde başarılı olmuştur.

**Tez Savunma Tarihi: 26.02.2019**

**ÜYE**

**Prof. Dr. Orhan Murat KOÇAK**

**ÜYE**

**Doç. Dr. Şadiye Visal BUTURAK**

**Kurum Dışından ÜYE**

**Doç. Dr. Mustafa UĞURLU**

## ÖZET

### ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA DISSOSİYATİF BELİRTİLER VE MİZAÇ-KARAKTER İLİŞKİSİ

Dr. Muhammet SEVİNDİK

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

[muhammetsevindik\\_52@hotmail.com](mailto:muhammetsevindik_52@hotmail.com)

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Orhan Murat KOÇAK

**Amaç:** Anksiyete ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkiden son yıllarda sıklıkla söz edilmekte ancak her anksiyete bozukluğu hastasında dissosiyatif belirtiler görülmemektedir. Bu çalışmanın amacı anksiyete bozukluğu hastalarında görülen dissosiyatif belirtilerin hastalığın kendisiyle mi yoksa hastalığın görüldüğü bireylerdeki belirli bir mizaç-karakter özelliğiyle mi ilişkili olduğunu ortaya koymaktır.

**Yöntem:** Çalışmamıza polikliniğimize başvuran ve DSM-V tanı kriterlerine göre yaygın anksiyete bozukluğu(YAB) ve panik bozukluk(PB) tanısı alan 75 hasta ile 75 sağlıklı kontrol grubu(KG) olmak üzere toplam 150 gönüllü katılımcı dahil edilmiştir. Hastalarla psikiyatrik görüşme yapılmış, yakınmalarının şiddetini değerlendirmek için Hamilton Anksiyete ve Depresyon Derecelendirme Ölçekleri(HAM-A, HAM-D) kullanılmış, tüm katılımcılardan sosyodemografik veri formu, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği(DES), Dissosiyasyon Ölçeği(DIS-Q) ve Mizaç-Karakter Envanterini(TCI) doldurmaları istenmiştir. İstatistiksel analizler katılımcılar; YAB(n:45), PB(n:30) ve kontrol grubu(n:75) olmak üzere üç gruba ayrılarak yapılmıştır.

**Bulgular:** Gruplar arasında HAM-A, HAM-D, DES ve DIS-Q puanları bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir (PB >YAB >KG). PB ve YAB grubunda mizaç alt ölçeklerinden zarardan kaçınma puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı yükseklik bulunmuş, karakter alt ölçeklerinden kendini yönetme kontrol grubunda iki hasta grubundan da yüksek bulunmuş, PB ve YAB kendi içinde kendini yönetme açısından anlamlı farklılık göstermemiştir. DES ve DIS-Q puanlarını etkileyen faktörlerin yüksek HAM-A puanları, tanı, karakter özelliklerinden

düşük kendini yönetme ve yüksek kendini aşma puanları olduğu, tanı kontrol edildiğinde dahi DES ve DIS-Q puanlarının HAM-A, kendini yönetme ve kendini aşma puanlarından etkilenmeye devam ettiği saptanmıştır.

**Sonuç:** Çalışmamızda anksiyeteye dissosiyatif yaşantılar arasında pozitif korelasyon olduğu, hasta grubunun(PB de YAB'dan daha fazla olmak üzere) kontrollere göre daha fazla dissosiyatif belirti gösterdiği bulunmuştur. Yüksek zarardan kaçınma profili; çalışmamızda da anksiyete bozukluklarında saptanmış ancak dissosiyasyonu etkileyen faktörler arasında bulunmamıştır. Çalışmamızda dissosiyasyonu etkileyen faktörlerden olan Düşük kendini yönetme ve yüksek kendini aşma karakter profillerinin dissosiyasyon için bir yatkınlık oluşturabileceği öngörülmüştür. Bu çalışma anksiyete bozukluklarında dissosiyatif belirtileri ve bunun mizaç-karakter ile ilişkisini inceleyen bizim görebildiğimiz kadarıyla ilk çalışma olması bakımından önemlidir.



# ABSTRACT

## DISSOCIATIVE SYMPTOMS AND TEMPERAMENT-CHARACTER RELATIONSHIP IN ANXIETY DISORDERS

**Objective:** The relationship between anxiety and dissociative symptoms is frequently mentioned in recent years, but there are no dissociative symptoms in each Anxiety Disorder Patient. The aim of this study was to determine whether the dissociative symptoms seen in patients with anxiety disorder are related to the disease itself or to a specific temperament-character characteristic in individuals with whom the disease is seen.

**Methods:** A total of 150 volunteers, 75 healthy control groups and 75 patients who were admitted to our outpatient clinic and diagnosed as generalized anxiety disorder(GAD) and panic disorder(PD) according to DSM-V diagnostic criteria were included in our study. In order to evaluate the severity of the complaints, Hamilton Anxiety and Depression rating Scales(HAM-A, HAM-D) were used and all participants were asked to fill out the sociodemographic data form, Dissociative Experiences Scale(DES), dissociation questionnaire (DIS-Q) and Temperament-Character inventory(TCI). Statistical analysis data were divided into three groups:GAD(N:45), PD(N:30) and control group(N: 75).

**Results:** HAM-A, HAM-D, DES and DIS-Q scores were significantly different between groups (PB> YAB> KG). Significant elevation in harm avoidance scores from temperament subscales in PD and GAD groups was found to be significantly higher than control group and self-directedness was higher in the control group than in the two patient groups. PD and GAD did not show a significant difference in self- directedness. Factors affecting DES and DIS-Q scores were high HAM-A scores, diagnosis, low self- directedness and high self-transcendence scores. When the diagnosis was checked, DES and DIS-Q scores continued to be affected by HAM-A, self-directedness and self-transcendence scores.

**Conclusion:** In our study, it was found that there was a positive correlation between anxiety and dissociative experiences and the patient group (more than GAD in PD) showed more dissociative symptoms than controls. High harm avoidance profile; In our study, it was also found in anxiety disorders but not among the factors affecting dissociation. In our study, it is

predicted that low self-directedness and high self-transcendence character profiles, which are the factors affecting dissociation, may constitute a predisposition to dissociation. This study is important for the first study, as far as we can see, to examine the dissociative symptoms of anxiety disorders and their relationship with temperament-character.



## TEŞEKKÜR

Gerek uzmanlık eğitimim gerekse tez sürecim boyunca ufkumu açan ve benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Orhan Murat KOÇAK'a; uzmanlık eğitimimde benimle mesleki deneyimlerini paylaşan hocalarım; Doç. Dr. Hatice ÖZDEMİR REZAKİ, Doç. Dr. Şadiye Visal BUTURAK, Yrd. Doç. Dr. Burcu ERSÖZ ALAN ve Prof. Dr. Ayşe Gül YILMAZ ÖZPOLAT'a teşekkür ederim.

Hem mesleğe hem de hayata dair pek çok şey öğrendiğim ve paylaştığım Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ailesine teşekkür ederim.

Asistanlık sürecinde birlikte çalıştığım ve çalışmakta olduğum asistan arkadaşlarıma, desteklerini her zaman hissettiğim sevgili meslektaşlarıma; Dr. Şerif Bora Nazlı, Dr. Fatih ALKOÇ, Dr. Osman Özkan KESKİN, Dr. Hatice AĞIR'a

Hayatımın her aşamasında hep yanımda olan aileme

Sonsuz teşekkür ederim...

# İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	III
ABSTRACT .....	V
TEŞEKKÜR .....	VII
İÇİNDEKİLER.....	VIII
TABLolar DİZİNİ .....	X
KISALTMALAR .....	XI
1.GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2.GENEL BİLGİLER .....	2
2.1.Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları .....	2
2.1.1.Anksiyetenin Tanımı .....	2
2.1.2.Kaygı ve Korku Kavramları.....	2
2.1.3.Kaygının Bileşenleri .....	3
2.1.4.Kaygı Bozuklukları ve DSM .....	3
2.1.5.Anksiyete ve Dissosiyasyon İlişkisi.....	4
2.2.Dissosiyasyon .....	5
2.2.1.Dissosiyasyonun Tanımı .....	5
2.2.2.Dissosiyasyon ve DSM .....	6
2.2.3.Dissosiyasyon ve Ruhsal Hastalıklar .....	7
2.2.4.Anksiyete Bozukluklarında Dissosiyasyon .....	7
2.2.5.Dissosiyasyon ve Mizaç-Karakter İlişkisi.....	8
2.3.Mizaç-Karakter .....	9
2.3.1.Mizaç .....	10
2.3.1.1.Yenilik Arayışı (Novelty Seeking, YA) .....	11
2.3.1.2.Zarardan Kaçınma (Harm Avoidance, ZK).....	11
2.3.1.3.Ödül Bağımlılığı (reward dependence, ÖB) .....	12
2.3.1.4.Sebat Etme (Persistence, SE).....	13
2.3.2.Karakter .....	13
2.3.2.1.Kendini Yönetme (Self-Directedness, KY).....	13
2.3.2.2.İşbirliği Yapma (Cooperativeness, İY) .....	14
2.3.2.3.Kendini Aşma (Self-Transcendence, KA).....	15
AMAÇ.....	16

HİPOTEZLER .....	16
3-GEREÇ-YÖNTEM .....	17
3.1.Çalışma Deseni ve Örneklemi .....	17
3.2.Çalışmaya Dahil Edilme/Edilmeme Kriterleri.....	17
3.3.1.Sosyodemografik Veri Formu .....	18
3.3.2.Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) .....	19
3.3.3.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) .....	19
3.3.4.Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (Dissociative Experiences Scale-DES).....	19
3.3.5.Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) .....	20
3.3.6.Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), (Temperament and Character Inventory; TCI) .....	20
3.4.İstatistiksel analiz .....	21
4.BULGULAR .....	22
5.TARTIŞMA .....	30
5.1.Sosyodemografik Veriler .....	30
5.2.Klinik Alt Ölçekler .....	31
5.3.Mizaç-Karakter Envanteri Alt Ölçekler .....	32
5.4.Korelasyon Analizleri .....	33
5.5.Dissosiyasyon ve Mizaç-Karakter İlişkisi .....	34
Kısıtlılıklar .....	37
6.KAYNAKÇA .....	38

# TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1:</b> Grupların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum ve alkol- madde kullanımı dağılımları açısından karşılaştırılması.....	22
<b>Tablo 2:</b> Grupların Tedavi kullanma/kullanmama açısından dağılımlarının karşılaştırılması	23
<b>Tablo 3:</b> Grupların yaş ve yıl olarak aldıkları eğitim süresi açısından karşılaştırılması.....	23
<b>Tablo 4:</b> Hastaların hastalık süresi açısından karşılaştırılması .....	24
<b>Tablo 5:</b> Grupların klinik ölçek puanları ve Tek yönlü ANOVA'ya ait karşılaştırma değerleri .....	24
<b>Tablo 6:</b> Grupların mizaç-karakter envanteri alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması ...	25
<b>Tablo 7:</b> Uygulanan HAM-A, HAM-D, DES, DİS-Q ölçekleri ve Mizaç ve karakter envanterine ait 7 alt özelliğın puanlarının korelasyonuna ait tablo.....	26-27
<b>Tablo 8:</b> DES ve DİS-Q'nun bağımlı değişken, Tanının bağımsız değişken ve, HAM-A, HAM-D, Yaş, eğitim zarardan kaçınma, kendini yönetme ve kendini aşma puanlarının eşdeğişken olduğu çok değişkenli varyans analizi (MANCOVA) tablosu .....	28
<b>Tablo 9:</b> DES skorlarının bağımlı değişken, HA, SD, ST, HAM-A, HAM-D eğitim, yaş ve tanı bağımsız değişken olarak olduğu lineer regresyon analizi tablosu .....	29
<b>Tablo 10:</b> DIS-Q skorlarının bağımlı değişken, HA, SD, ST, HAM-A, HAM-D eğitim, yaş ve tanı bağımsız değişken olarak olduğu lineer regresyon analizi tablosu .....	29

## KISALTMALAR

DSM	DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS
HAM-A	HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ
HAM-D	HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ
DES	DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ
DIS-Q	DİSSOSİYASYON ÖLÇEĞİ
MDB	MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK
OKB	OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK
TSSB	TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU
YAB	YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU
PB	PANİK BOZUKLUK
KG	KONTROL GRUBU
TCI	MİZAÇ-KARAKTER ENVANTERİ
YA	YENİLİK ARAYIŞI
ZK	ZARARDAN KAÇINMA
ÖB	ÖDÜL BAĞIMLILIĞI
SE	SEBAT ETME
KY	KENDİNİ YÖNETME
İY	İŞBİRLİĞİ YAPMA
KA	KENDİNİ AŞMA
SSRI	SELEKTİF SEROTONİN GERİALIM İNHİBİTÖRÜ
SNRI	SEROTONİN-NOREPİNEFRİN GERİALIM İNHİBİTÖRÜ

# 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete, endişe ve kaygı duyguları ile karakterize ve belli somatik, bilişsel ve davranışsal belirtilerin eşlik ettiği sıkça olumsuz bir duygusal durumdur [1]. Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) tanı ölçütleri, “kaygı, endişe veya fiziksel belirtiler, sosyal, mesleki veya işlevsellikle ilgili diğer önemli alanlarda klinik olarak önemli bir sıkıntı veya bozulmaya neden olduğunda kaygının patolojik olarak düşünülmesi gerektiğini belirtir [2]. Çalışmalar artmış anksiyete seviyeleriyle dissosiyasyon arasındaki ilişkiden bahsetmektedir [3-5]. Dissosiyasyon; kişilik özellikleri şeklinde, travma ve strese karşı bir savunma mekanizması şeklinde, klinik bozukluklarda patolojik belirti ve sendrom şeklinde yaşanabilir [6]. Dissosiyatif semptomlara eğilim hakkında risk faktörü olabilecek yüksek telkine yatkınlık haricinde çok az şey bilinmektedir [7]. Dissosiyatif yaşantıların B kümesi kişilik özellikleri gösterenlerde daha çok gözlemlendiğine dair raporlar[8, 9] ve B kümesi kişilik bozukluklarında karakter özelliklerinden kendini yönetme puanlarının düşüklüğüne dair bilgiler göz önüne alındığında anksiyete hastalarında görülen dissosiyatif belirtilerin hastalığın kendisiyle mi yoksa hastaya ait mizaç-karakter özelliklerinden mi kaynaklandığını anlamak önem kazanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı anksiyete bozukluğu hastalarında görülen dissosiyatif belirtilerin hastalığın kendisiyle mi yoksa hastalığın görüldüğü bireylerdeki belirli bir mizaç-karakter özelliğiyle mi ilişkili olduğunu ortaya koymaktır. Çalışmamızın ana hipotezi anksiyete bozukluğu olan hastalarda dissosiyatif belirtilerin karakter özelliklerinden kendini yönetme kontrol edildiğinde (regresyon analizi) tanının dissosiyasyon için anlamlı bir faktör olmaktan çıkacağı ve anksiyetenin kendisinin dissosiyasyon için bir belirleyici olacağıdır.

## Diğer Hipotezler

- Hasta grubunda dissosiyatif yaşantılar ve dissosiyasyon ölçek puanları kontrol grubundan yüksek olacaktır.
- Hasta grubunda dissosiyatif yaşantılar ve dissosiyasyon ölçek puanları panik bozukluk hastaları grubunda diğer gruplara göre daha yüksek olacaktır.
- Anksiyete ve dissosiyatif yaşantılar ve dissosiyasyon ölçek puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon görülecektir.
- HAM-A, HAM-D, ZK, YA, İY, SE, KY, KA ile dissosiyatif yaşantılar ve dissosiyasyon ölçek puanları anlamlı korelasyon gösterecektir.



## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları

#### 2.1.1.Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete; içten gelen, nedeni bilinmeyen korku, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesiyle yaşanan ve bireyi varlığın devamı için gereğini yapmak üzere harekete geçmesi için hazırlayan bir duygudur. Hafif gerginlikten panik derecesine varacak kadar değişken şiddette olabilir. Genelde bir yitim ya da ruhsal bir iç çatışma bu duygunun kaynağıdır [10].

#### 2.1.2.Kaygı ve Korku Kavramları

Karen Horney, kaygı ve korku kavramlarını birbirlerine yakın ancak farklılıkları olan duygular olarak belirtmiştir. Korku mevcut bir tehlikeyle orantılı olarak ortaya çıkmakta ancak kaygıda çoğu zaman gerçek bir tehlikenin yerine imgesel bir tehlike bulunmaktadır. Korkuda nesnel bir gerçeklik, kaygıda ise gizli ve öznel bir tehlike mevcuttur. Bu nedenle kişinin içinde bulunduğu duruma göre kaygının şiddeti değişmektedir [11]. Freud korkuyu gerçek bir tehdide, anksiyeteyi ise içsel bir tehlikeye karşı gösterilen tepki olarak tanımlayarak birbirinden ayırmıştır. Korku (fear) ise Almanca'dan gelir ve bu dilde köken aldığı kelime beklemek, pusuda yatmak veya saldırmak anlamına gelmektedir [10]. Anksiyete (anxiety) terimi Latince "tıkanma", "boğulma" anlamına gelen "angere" kökünden türetilmiştir [10]. Anksiyetenin fiziksel belirtileri 1800'lü yıllara kadar farklı organ ve sistemlere ait rahatsızlıklar olarak düşünülürken ruhsal belirtileri melankoliye ait olarak değerlendirilmiş [12], 1890'larda anksiyetede gördüğümüz fiziksel ve ruhsal belirtilerin beraberce aslında tek bir klinik durumun unsurları olduğu düşüncesi gelişmeye başlamıştır [13]. Freud 1894'te, anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek 'anksiyete nevrozu' nu tanımlamıştır [14].

Anksiyete, normal davranışsal repertuarın bir parçasıdır ve yeni durumlarla başa çıkabilmek için bilinç ve duyarlılığı artırmada bir savunma mekanizması olarak değerlidir. Bilişsel teorilere göre kaygı bozuklukları abartılı bir tehdit değerlendirmesi olan bilişsel bir stil ile tanımlanır [15, 16]. "Normal" kaygı ile "patolojik" kaygı arasındaki sınırın tanımlanması kolay değildir ve bireyler arasında kişilik özelliklerinin bir bileşeni olarak veya özellikle "kaygıya yatkın bir bilişsel stil" olarak tanımlanan durumun bir bileşeni olarak

değişebilir [1, 17, 18]. Araştırmalarda özellikle mizaç etkenlerinin (örn., davranışsal inhibisyon-yeni kişiler ve olaylara karşı çekingenlik, geri çekilme ve yeni uyaranlara karşı yüksek tepkisellikle karakterize) ve çevresel değişkenlerin (örn., ailedeki duygusal ortam) anksiyeteyle güçlü bir ilişkisi olduğu ifade edilmektedir [19].

### **2.1.3.Kaygının Bileşenleri**

Anksiyete durumlarında aşırı sıkıntı ve kaygı yaşantısının yanı sıra, saçma korkular, rahatsız edici saplantılar veya zorlantılar, ölüm ve kontrolünü kaybetme korkusu, öze-yabancılaşma(depersonalizasyon), gerçek-dışlaşma(derealizasyon), bedensel işlevlerin yanlış yorumlanması gibi semptomlar ile çarpıntı, tansiyon değişiklikleri, soluk renk veya yüzde kızarma, hava açlığı, soluk almada zorluk, hiperventilasyon, yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, sık idrara çıkma, ereksiyon, ejakülasyon bozuklukları, terleme, kızarma, soğukluk, tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk, ağrılar, yorgunluk, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, boğazında düğümlenme, boğuluyor gibi hissetme duygusu, ellerinde aşırı titreme gibi bedensel ve fizyolojik semptomlar eşlik edebilir [20]. Kaygı, rahatsız edici durumlardan kaçmaya ve bu durumlardan kaçınmayı öğrenmeye neden olur. Kaçma ve kaçınma, benzer bir durumla yüzleşmeyi daha güçleştirir ve güvenin kaybolmasına sebep olur. Kaçınma, rahatsız edici düşüncelerden bilişsel kaçınmayı ve görevlerden kaçınmayı kapsar; aktivitelerde ve performansta azalmaya neden olur [21]. Kaygının bu üç temel bileşeni (1. Endişeli-rahatsız edici düşünceler ve hisler 2. Bedensel tepkiler 3. Davranış değişiklikleri) birbirleriyle etkileşim içerisindedir [21]. Bir araştırmada; yüksek durumluk kaygısı olan katılımcılarda, düşük durumluk kaygısı olan katılımcılara göre, kaygının bileşenleri arasında daha fazla etkileşim saptanmıştır. Bu etkileşim yüksek durumsal kaygıda sinyallere daha güçlü fizyolojik tepkisellikle açıklanmıştır [22].

### **2.1.4.Kaygı Bozuklukları ve DSM**

Anksiyete bozukluklarında çeşitli uyaranlara verilen emosyonel yanıtların düzenlenmesinde bozulma söz konusudur [23]. Uyarın ile anksiyetenin orantılı olmaması, anksiyetenin zamanla azalmaması ya da artması, fiziksel belirtilerin hâkim olması, kişinin anksiyeteyle başa çıkamaması ve işlevsellikte bozulma gözlenir. Bireyin günlük yaşamı ve sosyal işlevselliği olumsuz etkilenebilir [20].

Geniş bir hastalık grubu olan ve birbirinden farklı özellikler gösteren anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması ancak 1980’de DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ) ile yapılmıştır [24]. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının dördüncü gözden geçirilmiş baskısında (DSM-IV) psikanalitik kuram tanısal sınıflandırma kitabı üzerindeki etkisini yitirmiştir. Anksiyete Bozuklukları kategorisinde Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Fobik Bozukluklar (Özgül Fobiler), Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi), Obsesif Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Reaksiyonu yer almıştır [25].

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)’sında anksiyete bozukluğu için patolojik olarak sosyal, mesleki veya diğer alanlarda klinik olarak önemli sıkıntılara veya bozulmalara neden olacak derecede kaygı, endişe olması istenir [2, 26]. DSM-5 ile birlikte yeni düzenlemelere gidilmiş, sınıflandırmada değişiklikler olmuştur. DSM-5 ile Obsesif Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu anksiyete bozuklukları kümesinden ayrılarak ayrı bölümlerde ele alınmışlardır. Ayrıca panik bozukluk ile agorafobi tanı olarak birbirlerinden tamamen ayrılmıştır [27]. DSM V’e göre anksiyete bozuklukları; ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık, özgül fobi, sosyal fobi, panik bozukluğu, agorafobi, yaygın kaygı bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu ve tanımlanmamış kaygı bozukluğu şeklinde sınıflandırılmıştır [2].

Anksiyete bozuklukları genel toplumda yetişkin, çocuk ve ergenlerde en sık görülen ruhsal bozukluklardır [28]. Yaşam boyu yaygınlığı %13.6 ile %28.8 arasında bildirilmektedir. 12 aylık yaygınlık oranları ise Avrupa ülkelerinde yapılan ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) çalışmasında %6.4(kadınlarda %17.5, erkeklerde %3.8) arasında bulunmuştur [29].

### **2.1.5. Anksiyete ve Dissosiyasyon İlişkisi**

Son dönemlerde yapılan bazı araştırmalarda yüksek anksiyete düzeyleri ile artan dissosiyasyon riski arasındaki ilişki üzerinde durulmuş, depersonalizasyon ve derealizasyonun anksiyete bozukluklarında görülen yaygın semptomlardan olduğu ileri sürülmüştür [3-5]. Anksiyete bozukluklarında dissosiyatif belirtilerin varlığı, depresyon, kişilerarası sosyal rahatsızlık ile ilişkilendirilmiştir. [30]. Konversiyonun ve dissosiyatif bozuklukların klinik görünümünün bir parçasının da yüksek anksiyete seviyesi olabileceği

yönünde çalışmalar mevcuttur [31]. Özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğunda artmış anksiyetenin seviyesini azaltma ve sabit tutma gibi bir takım fonksiyonları olan bilişsel inhibe edici süreçlerden söz edenler vardır. Bu süreçlerdeki bozulmaların dissosiyasyonun ortaya çıkışında etkisi olduğu düşünülmekte, anksiyeteyi düzenleyen bu süreçlerdeki zayıflamanın, yeniden yaşantılama (flashback) ve alter değişimi gibi girici (intrusif) dissosiyatif belirtilerin başlangıcını tetikleyebileceği öne sürülmektedir [32]. Dissosiyatif belirtiler panik atak esnasında ortaya çıkabilir. Panik atak sırasında derealizasyon ve depersonalizasyon belirtileri olan hastaların daha genç yaşta panik bozukluk tanısı aldıkları ve daha fazla kaçınma davranışı, YAB, depresyon ve OKB komorbiditesi olduğu belirlenmiştir [33]. Panik atak esnasında derealizasyonun sık görülmesine rağmen, diğer dissosiyatif belirtilerin görülmediğini öne sürenler de olmuştur [34].

Anksiyeteye hemen her zaman eşlik eden bedensel, bilişsel ve davranışsal belirtiler aniden veya giderek sıklaşan ve yoğunlaşan tarzda başlayabilir. Bu üç öge bütün anksiyete bozukluklarında her bozuklukta kendine özgü biçimde bulunmaktadır. Birey belirtilerle kendi bilgi ve becerisine göre başa çıkmaya çalışır. Sosyal yaşamı kısıtlandığında veya üstesinden gelemediğinde tedavi için başvurur [35].

## **2.2.Dissosiyasyon**

### **2.2.1.Dissosiyasyonun Tanımı**

Dissosiyasyon bütünlük içerisinde olması gereken bilinç, bellek, kimlik, motor kontrol işlevlerinde sürekliliğin bozulmasıyla karakterizedir [36]. Dissosiyasyonun temel klinik bileşenlerini Steinberg; dissosiyatif amnezi, depersonalizasyon, derealizasyon, kimlik konfüzyonu ve kimlik alterasyonu olmak üzere 5 temel belirti içinde gruplamıştır [37].

Dissosiyasyon her zaman patolojik kabul edilmez [38]. Yemek yaparken televizyon seyretme ya da araba kullanırken müzik dinleme gibi kendisi patolojik olmayan, gündelik yaşamda da yeri olan, belirli koşullar altında büyük olasılıkla herkeste ortaya çıkabilecek, uyumsal yönleri olan bir mekanizmadır [39]. Dissosiyatif yaşantılar hayal kurma, unutkanlık gibi hallerden dissosiyatif kimlik bozukluğuna varana dek geniş bir spektrum içerisinde yer alır [40]. Yorgunluk ve hipnoz durumlarında geçici olarak depersonalizasyon ve derealizasyon hisleri yaşanabilmektedir [41]. Rahatsız edici olsa da bu hisler aşırı sıkıntı verici olarak yaşanmazlar. Oysa dissosiyatif bozukluklar şiddetlidir ve işlevselliği bozar [10].

Dissosiyasyon; kişilik özellikleri şeklinde, travma ve strese karşı bir savunma mekanizması şeklinde, klinik bozukluklarda patolojik belirti ve sendrom şeklinde yaşanabilir [6]. Korku veya kontrol kaybı hissi yaşanan travmalardan sonra sık görülür. Travma sonrası yaşanan yüksek seviyede anksiyete yüksek dissosiyasyona yol açmakta, birçok hasta “gerçekdışı olma hissini” yaşamaktadır [42]. Dissosiyasyonu, travmatik yaşantıların ortaya çıkardığı fiziksel ve psikik acıları uzak tutmak için bir savunma süreci olarak tarif edenler de vardır [43]. Deprem ya da savaş sonrası sık görülen amneziler ya da depersonalizasyon yaşantıları travma ve dissosiyasyon ilişkisini ortaya koymaktadır [40, 44, 45]. Travmalara karşı kullanılan dissosiyatif savunmalar genelleşirse ve başka streslerle baş etmede kullanılırsa bir dissosiyatif bozukluğa dönüşebilir. Yani başlangıçta uyumsal olan mekanizma maladaptif bir duruma dönüşebilir [44].

### **2.2.2.Dissosiyasyon ve DSM**

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (DSM-5) beşinci baskısına göre “dissosiyasyon” ifadesi “normalde bütünlük içerisinde olan bilinç, bellek, kimlik, duyu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışta ayrışma ve/ya da süreksizlik olmasıdır” şeklinde tanımlanır. Dahası, DSM-5 “dissosiyatif semptomların psikolojik işleyişin her alanını potansiyel olarak bozabileceğini” belirtmektedir [2]. Bu tanımlamaya rağmen, dissosiyasyonun kavramsallaştırma, yorumlama ve sınıflandırma, dissosiyasyon deneyimleri ve semptomları gibi pek çok yönüyle ilgili bir anlaşma yoktur [46-48]. Öncelikle dissosiyasyon ile karakterize primer bozuklukların ötesinde, “geçici, strese bağlı ciddi dissosiyatif semptomlar”, borderline kişilik bozukluğu için bir ölçüt olarak gösterilmiş [2] ve DSM-5'de travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) dissosiyatif alt tipi tanımlanmıştır [49]. Daha az dikkate alınmış ancak önemli araştırmalar, dissosiyatif özelliklerin şizofreni [50], yeme bozuklukları [51], panik bozukluklar [52], afektif bozukluklar [53, 54] ve obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) [55] gibi diğer birçok ruhsal bozukluğun patolojisinde de rol oynadığını göstermiştir.

### **2.2.3.Dissosiyasyon ve Ruhsal Hastalıklar**

Ruhsal bozukluklarda dissosiyatif semptomlar, klinik olarak yüksek öneme sahiptir. Borderline kişilik bozukluğunda yürütücü işlevler [56], depresyonda nöropsikolojik performans [54], yeme bozukluklarında yeme atak sayısı [51], panik bozukluklarda aleksitimi [57] ve OKB'de anksiyete ve depresyon [58] gibi bazı bozukluklarda maladaptif işlev ve belirti şiddeti ile ilişkilendirilmiştir. Daha yüksek hastalık yükü dışında, hastalar ayrıca psikoterapötik müdahalelerden daha az yararlanabilirler. Bazı çalışmalar, dissosiyatif semptomların, TSSB [59, 60], OKB [61, 62] ve panik bozukluk da [62] psikoterapiye yanıt vermeme için bir belirleyici olarak kullanılabileceğini göstermiştir.

Nörobiyolojik bulgular, dissosiyatif fenomenlerin bilgi işlemeyi, öğrenmeyi ve hafızayı çeşitli düzeylerde bozabileceğini düşündürse de [63] dissosiyasyon; uyku [64] ve sıvı alımı [65] gibi fizyolojik süreçlerin yanı sıra, hayal kurma ve telkine yatkınlık gibi kişilik değişkenleriyle daha çok ilişkilendirilmiştir [66]. Dissosiyasyon deneyimi stresin kendisini indükleyebildiği için nörobilişsel işlevi bozmakla kalmaz, aynı zamanda kontrolünü kaybetme olarak da algılanabilir [47]. Bu nedenle tekrarlayan dissosiyasyon, bireyin gerçeği algılaması, kontrol algısı ve kendini algılama duygusuna olan güvenini azaltabilir [67, 68] ve bu da daha yüksek bir hastalık yüküne yol açabilir.

### **2.2.4.Anksiyete Bozukluklarında Dissosiyasyon**

Çalışmalar anksiyete bozukluğu olanların olmayanlara göre daha fazla dissosiyasyon yaşadıklarını göstermektedir [69]. Anksiyete bozukluklarında depersonalizasyon ve derealizasyon özellikle panik ataklar esnasında görülebilen belirtilerendir [42]. Panik bozukluk hastalarının %7-%69'unun panik atakları esnasında depersonalizasyon ve derealizasyon yaşadıkları görülmektedir [70]. Segui ve arkadaşları panik bozukluğu hastalarının %24.1'inde depersonalizasyonun eşlik ettiğini bildirmişlerdi. Kültüre göre yapılan bazı araştırmalarda ise, Anglo-Saxon kültüründeki panik bozukluğu hastalarının %50'si, Alman hastaların %25'i, Akdeniz'li hastaların %30'u, Japon hastaların ise yaklaşık %10'u depersonalizasyon bildirmektedirler [71]. Ancak panik bozukluğu hastaları, diğer anksiyete bozukluğu hastalarıyla karşılaştırıldığında, eşlik eden dissosiyatif belirtilerin sıklığı açısından fark göstermediklerini belirten de olmuştur. Bir araştırmada panik bozukluğu olan hastalarla, diğer anksiyete bozukluklarından birine sahip olan hastaların dissosiyatif belirtileri

benzer oranlarda yaşadıkları ve Dissosiyatif Yaşantı Ölçeği (DES) skorlarının yakın seviyelerde olduğu görülmektedir [72].

Dissosiyasyon ile sosyal anksiyete bozukluğu arasında da bir bağlantı olduğu görülmektedir [73]. Özellikle yoğun performans anksiyetesinin yaşandığı durumlarda dissosiyatif belirtilerin ortaya çıkabileceği belirtilmiştir [74]. Hoyer ve arkadaşları sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında depersonalizasyon eşlik etme oranını sağlıklı gönüllülerle karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulmuş ve sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında depersonalizasyon görülme oranının %92 olduğu saptamıştır [42]. Başka bir araştırmada 201 sosyal anksiyete bozukluğu hastasında artan anksiyete düzeyleri ile depersonalizasyon ve derealizasyon arasında ilişki gösterilmiştir. Ülkemizde alkol bağımlısı erkek hastalarda yapılan bir araştırmada depersonalizasyon ve amnezi/füg ile sosyal anksiyete bozukluğu arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir [75].

Dissosiyatif belirtilerin; genellikle korkulan nesne ile yüzleşme esnasında meydana geldiği fobilerde hastaların kaçma durumları esnasında oluşan semptomların aksine, daha çok kaçınmaya bağlı negatif sonuçlara ilişkin dissosiyatif semptomlardan bahsettiği belirtilmektedir [42]. Bunların yanı sıra, girici(intrusif) ve travmaya bağlı anıları yeniden bütünleştiremeyen travma mağdurları, günlük yaşamda sıklıkla görülebilen bir tür dissosiyasyon ve savunma mekanizması olan “yeniden yaşantılama” ya karşı fobik tepki geliştirebilmektedirler [76]. Dissosiyatif belirtiler ile yaygın anksiyete bozukluğu arasında orta seviyede bir ilişki bulunduğu bahsedilmektedir [77].

### **2.2.5.Dissosiyasyon ve Mizaç-Karakter İlişkisi**

Dissosiyatif bozukluklar ve travma arasındaki ilişki ortaya iyi konulmuştur. Bununla birlikte, görünüşte benzer travmalara maruz kalmış bireylerin gösterdikleri dissosiyasyon büyük ölçüde farklılık gösterebilir ve son yıllarda travma ile ilişkili psikopatolojilerin gelişiminde travmaya ek olarak çeşitli faktörlerin rol oynadığı düşüncesi giderek artmaktadır. Hem travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) hem de dissosiyatif bozukluklar için stres-diyatez modeli önerilmiştir, çünkü maruz kalan kişilerin sadece % 25'i TSSB geliştirmektedir ve dissosiyatif bozukluk geliştirenlerin oranı bilinmemektedir [78, 79]. TSSB risk faktörleri tanımlanmış olsa da dissosiyatif semptomlara eğilim hakkında risk faktörü olabilecek yüksek telkine yatkınlık haricinde çok az şey bilinmektedir [7]. Genel psikiyatri hastalarında ve

sağlıklı bireylerde kişilik ve dissosiyasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, dissosiyasyon skorları düşük kendini yönetme ve yüksek kendini aşma karakter özellikleriyle ilişkili bulunmuş olup mizaç özellikleriyle ilişki bulunmamıştır [80]. Bir toplum örneğinde, olgun savunmaların düşük dissosiyasyon skorları ile ilişkili olduğu bulunmuştur [81].

### **2.3.Mizaç-Karakter**

Kişilik, bireyi başkalarından ayıran doğuştan getirdiği ve sonradan kazanılan, tutarlı olarak sergilenen özelliklerin bütünüdür [82]. Kişilik, bireyin zihinsel, duygusal, sosyal ve fiziksel özelliklerinin süreklilik gösteren yönlerini içerir. Bireyin göreceli olarak kalıcı eğilim, davranış ve ilişki kalıpları ile tepkilerini belirleyen en temel unsurun kişilik olduğu söylenebilir [82, 83]. Kişilik; bireyin kendine has olan ve onu başkalarından ayırt etmemize yardımcı olan uyum özelliklerini içerir. İç ve dış dünyaya uyum için geliştirilmiş bu özellikler duyuş, düşünüş ve davranış örüntülerinden oluşur. Bu örüntüler duygusal tepki gösterme becerileri, engellenme ve çatışma karşısında yerleşmiş başa çıkma şekilleri ve savunma düzenekleridir [84]. Biçimlenişi doğum öncesi, doğum sonrası ve çocukluk çağındaki fiziksel ve psikolojik durumlardan etkilenen ve olgunlaşma, öğrenme ve toplumsallaşma etkenleriyle şekillenen kişilik; çocukluk çağında bile az çok kendini belli eder ve giderek yerleşmiş bir yapı oluşur [84].

Çok eski çağlardan beri kişiliğin tanımlanma ve sınıflanma gereksinimi hissedilmiş ve yapılmıştır. Örneğin Hipokrat ve sonra Galenous kişiliği yüzlerce yıl kullanılmış olan, baskın vücut salgılarına göre (kanlı, sarı safralı, kara safralı, balgamlı) tanımlamış ve hastalıkların bu salgıların aşırılıklarından ileri geldiğini öne sürmüştür. Kişilik; 19. yüzyılda beden kuramları, 20.yüzyılda psikolojik kuramlarla ele alınmaya çalışılmış, Kretschmer belli beden tiplerine göre (atletik tip-normal kişilik, piknik tip-siklotimik kişilik, astenik tip-şizoid kişilik ve displastik tip)[85] ve Sheldon da daha çok antropometrik ölçümlere dayanarak belli beden türlerini ve bunlara uyan kişilik türlerini(viserotonik, somatotonik, serebrotonik) tanımlamıştır [86]. Freud çocukluk çağında belirli psikoseksüel gelişim dönemlerinde saplanma sonucu oluşan kişilik türlerini(oral, anal, genital) [87], Jung canlıların iki temel uyum biçimi olarak düşündüğü özelliklere göre kişilik türlerini(dışa-dönük, içe-dönük) [88], Erickson psikososyal gelişim dönemlerine göre kişilik türlerini ve özelliklerini tanımlayarak kişiliğin oluşumundaki sebepleri ortaya koymaya çalışmışlardır [84, 89].



Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren kişiliğin boyutsal özellikleri temel alınarak, tipolojik modelden yapısal gelişimsel modele geçiş olmuştur [90]. Kişilik bozuklukları günümüzde kategorik olarak tanımlansada kişiliğin var ya da yok şeklinde değerlendirilemeyeceği, boyutsal yaklaşımın daha uygun olduğu kanısı hâkimdir. Boyutsal yaklaşıma Eysenck'in üç faktör, Cloninger'in yedi faktör modelleri örnek verilebilir [91].

Eysenck'in kişilik teorisi birbirinden bağımsız olan nörotisizm-stabilite, dışadönüklük-içe dönüklük ve psikotisizm boyutlarını içerir. Dışa dönüklük, sosyalliği ve dürtüsellliği temsil ederken nörotisizm boyutunun duygusal tutarlılığa veya aşırı tepkiselliğe işaret etmekte olduğu ve bu boyutta yüksek puan alan bir kişinin kaygılı, depresif, gergin, çekingen, aşırı duygusal ve düşük öz-güveni olabileceği öne sürülmüştür. Psikotisizm boyutu ise soğuk, saldırgan, güvensiz, duygusuz, tuhaf ve empati kuramama, suçluluk ve duyarsızlık gibi daha çok sıra dışı kişilik özelliklerini ifade etmektedir [92, 93].

Cloninger, genel bir psikobiyolojik kuram geliştirerek kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamıştır [94]. Kişiliği mizaç ve karakteri olmak üzere iki bileşenle tanımlamış ve bunlardaki normal ve anormal varyasyonları ortaya koyan boyutsal bir psikobiyolojik model oluşturmuştur. Bu model, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyokültürel etkiler karşısında değişmez oldukları ve algısal bellekte kavram öncesi yanlılıkları içerdikleri varsayılan dört mizaç boyutu (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ve yetişkinlikte olgunlaştıkları ve kendilik kavramları hakkında iç görü öğrenmesi ile kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu (kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma) içermektedir [95].

### **2.3.1.Mizaç**

Huy anlamında da kullanılan mizaç uyarılar karşısında doğuştan, yapısal olarak belli bir şekilde tepki gösterme eğilimidir. Otomatikleşmiş davranış özellikleri taşımakta olan ve küçük yaşlarda gözlenebilen bu tepkiler nispeten hayat boyunca devam eden alışkanlıkların kaynağını oluşturmaktadır [96]. Kişiliğin bileşeni olan mizaç, başka bir deyişle gelişimsel olarak sabittir, duygusal temelli ve kültürel öğrenmeden etkilenmez [97]. Farklı kültür ve etnik gruplara karşın evrensel olduğu gösterilmiştir[10].

### **2.3.1.1.Yenilik Arayışı (Novelty Seeking, YA)**

Yeniliğe yanıt olarak “dürtüsel karar verme, sık araştırmacı aktivite, engellenmeden kaçınma, ödül alma ihtimalinde aşırılık, kolay sinirlenme gibi davranışların” etkinleşmesindeki veya başlamasındaki yanlılık, eğilim olarak görülebilir [95]. Yüksek YA“lı bireyler sıkılğan, dürtüsel, çabuk kızan, meraklı ve düzensizlerdir. Uyuma dönük faydaları; ödül potansiyeli taşıyan alışılmadık ve yeni olanı araştırma şevki ve özgünlüktür. Olumsuz yanları ilişkilerde maymun iştahlı olma, dürtüsellik ve öfke patlamalarıdır. Düşük YA“ya sahip bireyler meraksız, soğukkanlı, tutumlu, çekingen ve düzenli kimselerdir. Esneklik, sistemli çalışma, düzenlilik ve titiz yaklaşım gibi özellikleri avantajdır. Düşük dopaminerjik etkinlikle ilişkilendirilmektedir [10].

#### **Alt ölçekleri:**

*Keşfetmekten heyecan duyma (YA1):* Yüksek puan alanlar yeni yerler araştırmaktan, yeni fikirler ve aktivitelerden heyecan duyar ve macera ararlar. Düşük puan alanlar Yeni fikirlere ve etkinliklere direnç gösterirler [98].

*Dürtüsellik (YA2):* Yüksek puan alanlar, heyecanlı, dürtülerini kontrol edemeyen, kişilerdir. Karar ve fikirleri içgüdülerine ve önsözlerine göre hareket ettikleri için sıkça değişir. Düşük puan alanlar karar verirken ayrıntılı bilgiye gerek duyarlar [98].

*Savurganlık (YA3):* Yüksek puan alanlar biriktirmekten çok para harcamayı tercih ederler. Düşük puan alanlar paralarını, enerjilerini ve duygularını gereksiz yere harcamazlar [98].

*Düzensizlik (YA4):* Yüksek puan alanlar istedikleri olmadığında öfkelerini dışa vururlar, düzeni sevmezler. Düşük skor alanlar organize ve düzenlidirler [98].

### **2.3.1.2.Zarardan Kaçınma (Harm Avoidance, ZK)**

Kötümserlik, pasif-kaçınan davranışlar ve çabuk yorulma gibi davranışların ketlenmesinde veya durdurulmasındaki bir kalıtsal eğilim olarak görülebilir [95]. Birçok insanı endişelendirecek bir duruma karşın, zarardan düşük oranda kaçınan insanlar kaygısız, enerjik, cesur ve iyimserdirler. Yüksek serotonerjik aktiviteyle ilişkili olduğu düşünülmektedir [84].

#### **Alt ölçekleri:**

*Beklenti Endişesi (ZK1):* Yüksek puan alanlar iki farklı davranış eğilimi gösterir. Birincisi, bu kişiler zarar ve başarısızlık beklentisi olan kötümser, endişelidir. Bu durum özellikle riskli, tanıdık olmayan ya da gerçekten zor durumlarda baskındır [10]. İkincisi, bu kişilerin

aşağılayıcı ve utandırıcı yaşantılarla bas etmekte zorlukları vardır, uzun süre bu yaşantılar hakkında çok düşünürler. Düşük skorları olanlar iyimser olarak tanımlanırlar. Bu kişiler zorluklarla karşılaşmaktan endişelenmezler [98].

*Belirsizlik Korkusu (ZK2)*: Bu alt ölçekte yüksek puan alanlar tehlikeli olabilecek belirsizliğe ya da alışılmadık şartlara katlanamazlar, anksiyöz ve gergin hissederler. Nadiren risk alırlar, rutindeki değişikliklere zor uyum sağlarlar. Düşük puan alanlar ise güvenli, sakin ve soğukkanlıdır, rutindeki değişikliklere kolay uyum sağlarlar [98].

*Yabancıardan Çekinme (ZK3)*: Bu alt ölçekte yüksek puan alan bireyler sosyal durumlarda kendine güvensiz, utangaç olarak tanımlanırlar. Bu alt ölçekte düşük puan alanlar cesur ve dost tavırlı olarak tanımlanırlar. Rahat konuşurlar ve sosyal aktivitelere kolay katılırlar [98].

*Çabuk Yorulma (ZK4)*: Bu alt ölçekte yüksek puan alan bireyler çoğu kişiye göre asteniktir ve daha az enerjileri vardır. Sıklıkla ek dinlenme zamanlarına ihtiyaç duyarlar. Bu alt ölçekte düşük puan alan bireyler daha enerjik ve dinamiktirler [98].

### **2.3.1.3.Ödül Bağımlılığı (reward dependence, ÖB)**

Sosyal bağımlılık ve diğerlerinin onayına ihtiyaç duyma gibi gösteren davranışlara bir kalıtsal yanlılık olarak görülebilir. Ödül bağımlılığı yüksek olan bireyler merhametli, adanmış, bağımlı kişilerdir. Ödül bağımlılığı düşük olan bireyler pratik, inatçı, soğuk, topluma karşı duyarsız ve yalnızlarsa bu duruma kayıtsız kişilerdir. Düşük noradrenerjik etkinlikle bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

#### **Alt ölçekleri:**

*Duygusallık (ÖB1)*: Duygusallık alt ölçeğinde yüksek puan alanlar duygusal, anlayışlı kişilerdir. Duygularını kolayca gösterirler. Düşük puan alanlar pratiktir, diğer insanların duygularına duyarlı değildirler, bu nedenle sosyal ilişki kurmak zordur [98].

*Bağlanma (ÖB2)*: Yüksek puan alanlar duygu ve deneyimlerini arkadaşlarıyla açıkça tartışmayı tercih eder, sıcak ve uzun süren sosyal bağları tercih ederler. Reddedilmeye ve hor görülmeye karşı duyarlıdırlar. Düşük puan alanlar sosyal ilişkilere ilgisizdirler, soğuk olarak görünürler [98].

*Bağımlılık (ÖB3)*: Bu alt ölçeğinde yüksek skor alanlar duygusal desteğe ve diğerlerinin onayına bağımlıdırlar. Kendilerinin hakkında ne düşünüldüğüne çok önem verirler ve aşırı

koruma arayabilirler ya da uyarabilirler. Eleştirilirler ve onaylanmazlarsa kolay kırılırlar. Terk edilme korkuları vardır. Bu alt ölçekte düşük alanlar ise bağımlı değildirler. Korunma ya da duygusal destek için diğerlerini memnun etmeye çalışmazlar. Toplumsal baskıya aldırılmaz görünürler [98].

#### **2.3.1.4. Sebat Etme (Persistence, SE)**

Engellenme, yorgunluk ve aralıklı pekiştirilmeye rağmen davranışın sürekliliğindeki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir. Çalışkanlık, azimlilik, hırslılık ve mükemmellecilik olarak gözlenebilir [95]. Glutamaterjik sistem ile ilişkilendirilmiştir. [99]

#### **2.3.2. Karakter**

Karakter, kişisel değer ve amaçların yansıdığı nesne ilişkilerini ve bireysel farklılıkları içermektedir. Korku, kızgınlık gibi basit duyguları içeren mizaçtan farklı olarak karakter bir amaca yönelik karar, empati, sabır ve hatta olgun bireylerde daha fazla bulunan ümit ve inanç gibi ikincil duyguları içerir. Yeterince gelişmemiş karakter özellikleri, kişilik bozukluğunun bütün kategorik alttıpleri tarafından paylaşılmaktadır ve kişilik bozukluğu tanısı koymada ve kişilik bozukluğunun şiddetini belirlemede kullanılabilir [94, 100]. Geç erişkinlik dönemine doğru karakter giderek olgunlaşmaktadır ve üç boyutu vardır [101].

##### **2.3.2.1. Kendini Yönetme (Self-Directedness, KY)**

Bireyin ne istediğini bilmesi, kendi seçimleri konusunda sorumluluğu kabul etmesi, sorunlarını çözüme beceri ve güvenin gelişmesi gibi özelliklerden oluşur. Yüksek puan alanlar gerçekçi ve etkili, düşük puan alanlar yardım arayıcı, sorumsuz, güvensiz, suçlayıcıdır ve anlamlı içsel hedefler kuramamaktadır. [101].

##### **Alt ölçekleri:**

*Sorumluluk Alma / Kınama (KY1):* Yüksek skor alanlar ne yapacaklarını seçmede kendilerini özgür hissederler. Güvenilir ve dürüst olarak görünürler. Düşük skor alanlar suçlayıcıdır. Davranışlarının sorumluluğunu kabul etmezler, sorumsuz kişiler olarak görülürler [10].

*Amaçlılık / Amaçsızlık (KY2):* Yüksek skor alanlar amacı olan kişiler olarak tanımlanır. Yaşamlarının net bir anlamı ve yönü vardır. Aktiviteleri uzun süreli hedefleri doğrultusunda olup hedeflerine ulaşmak için hazzı geciktirebilirler. Düşük skor alanlar uzun süreli hedefleri

konusunda emin değillerdir, yaşamlarının yönlerini, amaçlarını ve anlamını bulmak için mücadele ederler [98].

*Beceriklilik (KY3)*: Yüksek skor alanlar becerikli ve etkindir, zor durumları meydan okuma olarak görürler. Düşük skor alanları diğer insanlar ümitsiz, aciz bireyler olarak görürler. Problem çözmede beceri gelişmemiştir. Problemler karşısında yetersiz ve beceriksiz hisseder, başkalarından liderlik beklerler [98].

*Kendini Kabullenme (KY4)*: Yüksek skor alanlar güç ve sınırlarını bilen kendine güvenen kişiler olarak tanımlanırlar. Düşük skor alanlar kendini arayan, düşük benlik algıları olan bireylerdir. Zihinsel ve fiziksel kapasitelerinden hoşnut değillerdir, olmak istedikleri gibi davranırlar [98].

*Uyumlu İkincil Hüvyar (KY5)*: Bu alt ölçekte yüksek puan alanlar hedefleriyle uyumlu, iyi alışkanlıkları vardır, böylece otomatik olarak uzun süreli değer ve hedeflerine uygun davranırlar. Buna kendi kendine disiplin ile ulaşılır ancak genellikle otomatik hale gelir (ikinci mizaç). Bu alt ölçekte düşük skor alanlar değerli hedeflerine ulaşmayı zorlaştıracak şekilde uygunsuz davranırlar. Bu kişiler bazen kendine zarar veren ve isteksiz olarak tanımlanırlar [98].

### **2.3.2.2.İşbirliği Yapma (Cooperativeness, İY)**

Kabul gösterme ya da bencilce saldırganlık ve düşmanlık boyutlarını tanımlamaktadır. İş birliğine yatkın kişiler empatik, hoş görülü, merhametlidir. Düşük olması kişilik bozukluğuyla bağlantılıdır [95].

#### **Alt ölçekleri:**

*Sosyal Kabullenme (İY1)*: Yüksek skor alanlar arkadaş canlısı olarak tanımlanırlar, insanları olduğu gibi kabul ederler. Bu ölçekte düşük skor alanlar toleranslı değildir, farklı hedefleri ve değerleri olan insanları eleştirirler [98].

*Empati Duyuma (İY2)*: Yüksek puan alan bireyler kendilerini diğer insanların yerinde hissetmeye çalışırlar. Saygılı davranırlar ve kendi yargılarını bir kenara koyarak insanların neler yaşadıklarını daha iyi anlarlar. Düşük skor alanlar duyarsız olarak tanımlanırlar.

*Yardımsızlık (İY3)*: Yüksek skor alan bireyler, yardımsever, güven verici olarak tanımlanırlar bir ekibin parçası olarak çalışmayı severler. Düşük skor alanlar ben-merkezci, egoist ya da bencil olarak tanımlanırlar ve diğerlerine karşı saygısız görünürler [98].

*Acıma (İY4)*: Bu alt ölçekten yüksek skor alanlar acıyan, affedici, hayırsever olarak tanımlanırlar. İntikamcı ve kindar değildirler. Bu alt ölçekten düşük skor alanlar kendilerini inciten kişilerden intikam almayı severler [98].

*Erdemlilik Vicdanlılık (İY5)*: Yüksek skor alanlar dürüst, vicdanlı ve adil davranan samimi olarak tanımlanırlar. Etik ilkelere sadıktır. Düşük skor alanlar fırsatçı olarak tanımlanırlar. Hedeflerine zorluk yaşamadan ulaşmak için ne gerekiyorsa yapabilirler. Manipulatif ve hilekâr olarak tanımlanırlar [98].

### **2.3.2.3.Kendini Aşma (Self-Transcendence, KA)**

Bir bütünün temel ve önemli parçalarını oluşturan her şeyle özdeşim anlamına gelmektedir. İnançlara, ülkülere, aydınlanmaya yatkınlık gibi özellikler bulunur. Bir çalışmada kendini aşma puanları şizoid kişilik bozukluğu hastalarında düşük bulunmuş, şizotipal kişilik bozukluğu ile kendini aşma arasında pozitif korelasyon saptanmıştır [102]. Kendini aşan bireyler adaletli, anlayışlı, dindar, sade ve alçak gönüllüdürler. Kendini aşma puanları düşük olan bireyler pratik, tarafsız, materyalist, kontrolcü ve gösterişli olma eğilimindedirler. Bununla birlikte sıkıntıları, başarısızlıkları, kişisel ve maddesel kayıpları ve ölümü sürekli olarak kabullenme zorluğu çekerler [95].

#### **Alt ölçekleri:**

*Kendilik Kaybı (KA1)*: Yüksek skor alanlar, bir ilişkiye girdiklerinde ya da bir işe konsantre olduklarında kendi sınırlarını aşma eğilimindedir, nerede olduklarını ya da zamanı unuturlar. Genellikle yaratıcı ve orijinal olarak tanımlanırlar. Düşük skorları olan bireyler, bir ilişkide ya da bir işe yoğunlaştıklarında bireyselliklerinin farkındadırlar. Nadiren sanat ya da bir güzellikle harekete geçerler [95].

*Kişiler Ötesi Özdeşim (KA2)*: Yüksek skor alanlar doğa ve tüm evrenle sıra dışı güçlü bir bağ yaşarlar. Her şeyin canlı bir organizmanın bir parçası gibi görüldüğü duygusunu bildirirler. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için gerçek kişisel özveriler yapmaya isteklidirler. Düşük skor alanlar diğer insanlarla ya da dünyanın geri kalanıyla doğrudan ya da dolaylı bir sorumluluk hissetmezler [98].

*Manevi Kabullenme (KA3)*: Yüksek skor alanlar, mucizelere ve altıncı his gibi diğer manevi fenomenlere inanırlar. Büyüsel düşünce sahibi olarak tanımlanırlar. Hastalık ve ölümle, ilahi kudrete olan inançları nedeniyle daha kolay baş edebilirler. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler sadece materyalizmi ve objektif deneyciliği kabul ederler. Genellikle bilimsel olarak açıklanamayan şeyleri kabul etmezler [98].

## AMAÇ

Bu çalışmanın amacı anksiyete bozukluğu hastalarında görülen dissosiyatif belirtilerin hastalığın kendisiyle mi yoksa hastalığın görüldüğü bireylerdeki belirli bir mizaç-karakter özelliğiyle mi ilişkili olduğunu ortaya koymaktır.

## HİPOTEZLER

Dissosiyatif yaşantıların B kümesi kişilik özellikleri gösterenlerde daha çok gözlendiğine dair raporlar [8, 9] ve B kümesi kişilik bozukluklarında karakter özelliklerinden kendini yönetme puanlarının düşüklüğüne dair bilgiler göz önüne alındığında çalışmamızın ana hipotezi anksiyete bozukluğu olan hastalarda, dissosiyatif belirtilerin, karakter özelliklerinden kendini yönetme ve sebat etme kontrol edildiğinde (regresyon analizi) hastalık ile ilişkili bir özellik olmaktan çıkacağı ve anksiyetenin kendisinin dissosiyasyon için bir belirleyici olacaktır.

### Diğer Hipotezler

- Hasta grubunda dissosiyatif yaşantılar ve dissosiyasyon ölçek puanları kontrol grubundan yüksek olacaktır.
- Hasta grubunda dissosiyatif yaşantılar ve dissosiyasyon ölçek puanları panik bozukluk hastaları grubunda diğer gruplara göre daha yüksek olacaktır.
- Anksiyete ve dissosiyatif yaşantılar ve dissosiyasyon ölçek puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon görülecektir.
- HAM-A, HAM-D, ZK, YA, İY, SE, KY, KA ile dissosiyatif yaşantılar ve dissosiyasyon ölçek puanları anlamlı korelasyon gösterecektir.

## 3-GEREÇ-YÖNTEM

### 3.1.Çalışma Deseni ve Örneklemi

Çalışmaya Kırıkkale Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındıktan sonra başlanmıştır. Bu çalışmaya Temmuz 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran, dışlama kriterlerine dahil olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden DSM-V'e göre anksiyete bozukluğu tanılı ve sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 200 katılımcı alındı. Bu süre içerisinde spesifik anksiyete bozukluğu tanı grupları(mutizm, madde/ilâç/başka tıbbi duruma bağlı/tanımlanmış/tanımlanmamış anksiyete bozukluğu hariç) içinde panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu haricinde ayrılma kaygısı bozukluğu, özgül fobi, sosyal fobi ve agorafobi grubundan sadece 6 hasta çalışma ölçeklerini tamamladı. Bundan dolayı çalışma anksiyete bozukluklarının bütününe kapsamakla birlikte anksiyete bozuklukları kümesindeki tanılarla ilgili istatistiklerin değerlendirilmeye alınabilmesi için panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu hastaları yeterli olmuş, diğer 6 hasta dışarda bırakılmıştır. Mevcut analizi yaparken her ne kadar yola çıkışımız anksiyete bozuklukları olsa da tanıların dağılımı açısından anksiyete bozuklukları kümesini temsilini kaybetmiş bir çalışma grubunda hasta grubunu anksiyete bozuklukları şeklinde genellemek yerine tanıları birbirinden ayrı gruba koymak ve analizi böylece 3 grup(kontrol grubu, panik bozukluk grubu ve yaygın anksiyete bozukluğu grubu) üzerinden yapmak hipotezleri sınamak açısından bir zafiyet oluşturmayacak daha makul bir yöntem olarak düşünülmüştür.

### 3.2.Çalışmaya Dahil Edilme/Edilmeme Kriterleri

Hasta grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 1) 18-65 yaş arasında olmak
- 2) DSM-5 tanı kriterlerine göre Anksiyete Bozuklukları kümesinden YAB veya PB tanısı almış olmak
- 3) Okur-yazar olmak
- 4) Çalışmaya katılmayı kabul etmek



Hasta grubu için çalışmadan dışlanma kriterleri:

- 1) Ölçekleri dolduracak kognitif yeterliliğe sahip olmamak(deliryum, demans, mental retardasyon..)
- 2) Major depresif bozukluk(ağır depresyon[103] da dışlandı) hariç komorbid psikiyatrik hastalıklar

Major depresif bozukluk komorbiditesi; anksiyete bozukluklarında literatürde de belirtildiği üzere sık olmasından dolayı dışlanırsa yeterli hasta sayısına ulaşılamayacağı düşünülerek dışlanmamıştır.

Polikliniğimize başvuran hastalarla önce psikiyatrik görüşme yapılmış, çalışmaya uygun olan ve katılmayı kabul eden hastalardan yazılı onamları alınarak HAM-A ve HAM-D ölçekleri doldurulmuş ve kendilerine doldurmaları için sosyodemografik veri formu, dissosiyatif yaşantılar ölçeği(DES), dissosiyasyon ölçeği(DIS-Q) ve mizaç-karakter envanteri(TCI) verilmiştir.

Çalışmada 200 katılımcıya ölçekler verilmiş, 6 hasta aldıkları tanılarla istatistiksel analize sokulabilecek sayıya ulaşamadıkları ve 44 hasta ve kontrol grubu katılımcısı da ölçekleri tamamlamadıkları için çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmada 75' i hasta grubu ve 75'i kontrol grubu olmak üzere toplam 150 katılımcı yer almıştır.

### **3.3.Değerlendirme Ölçekleri**

#### **3.3.1.Sosyodemografik Veri Formu**

Çalışmanın özellikleri göz önünde bulundurularak olguların sosyodemografik-klinik özelliklerini belirlemek için bu çalışmada kullanılmak üzere geliştirilmiş bir formdur. Bu formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, başvuru şekli, okuduğu toplam yıl, kendi değerlendirmesiyle ekonomik durumu, nerede ve kiminle yaşadığı, askerlik durumu, ilaç kullanımı, alkol ve madde kullanımı öyküsü, hastalığın başlangıç yaşı, yatarak tedavi görüp görmediği, hastalığı nedeniyle en son kullandığı tedavi maddelerine yer verildi.

### **3.3.2.Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)**

Hamilton tarafından 1959 yılında, anksiyete nevrozlarının şiddetinin tayin edilmesi amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir ölçektir [104]. Anksiyetenin bedensel ve psişik belirtilerinin değerlendirildiği 14 maddeden oluşur. Değerlendirme belirti şiddetine göre 0-4 puan arasında yapılmaktadır. 0-5 arası normal, 6-14 arası hafif, 15 ve üzeri şiddetli anksiyete olarak kabul edilir. Yazıcı ve arkadaşları Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını yapmıştır [105].

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

Max Hamilton tarafından 1960'ta yayımlanmıştır ve hala depresyonun derecesini ölçmek için yaygın olarak kullanılan yöntemdir [106]. Son bir hafta içerisindeki depresyon semptomlarını sorgulayan 17 maddeden oluşur. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. En yüksek 53 puan alınır. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-13 puan arası hafif derecede depresyonu, 14-18 arası orta derecede depresyonu, 19-22 arası ağır depresyonu, 23 ve üzeri çok ağır derecede depresyonu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [103].

### **3.3.4.Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (Dissociative Experiences Scale-DES)**

Şimdiye kadar dissosiyatif yaşantıları değerlendirmek için en yaygın kullanılan psikometrik araç Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği'dir(DES) [107]. DES, hafif normatifden ciddi patolojik dissosiyasyona kadar değişen “dissosiyatif bir süreklilik” varsayımını temel alan 28 maddeden oluşan bir öz değerlendirme aracıdır. Amneziler, depersonalizasyon, derealizasyonu ve absorpsiyonu tarayan ölçekte her madde 0–100 aralığında 10 puanlık artışlarla sunulur derecelendirilir. Genel DES puanı, 28 sorunun toplanıp bunun 28'e bölünmesiyle elde edilir ve 0 ile 100 arasında değişir. Patolojik dissosiyasyon belirtisinde 30 ve üzeri skorlar önemlidir [108]. DES 40'tan fazla dile çevrilmiştir. Ölçek Bernstein&Putnam tarafından geliştirilmiştir [107]. Kùltürler arası sonuçlar değişkenlik gösterse de disosiyasyonun evrenselliğini kanıtlayan farklı kùltürdeki çalışmalarda güçlü sonuçlar bulunmasını sağlamıştır. Türkiye'de yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında kesme puanı

genel psikiyatri hastalarında 30 olarak bulunmuştur. Türkiye'deki güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Vedat Şar ve arkadaşları tarafından 1995'da yapılmıştır [109].

### **3.3.5. Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q)**

Avrupa kökenli ilk dissosiyasyon ölçeği olarak geliştirilmiştir [110, 111]. DIS-Q katılımcıların kendisinin doldurduğu, 1-5 arasında puanlanan ve 63 sorudan oluşan bir ölçektir. DES'e kıyasla daha çok belirti taramakta ve yeme bozukluğu belirtilerine de yer vermektedir. Türkiye'deki güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Vedat Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [111].

### **3.3.6. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), (Temperament and Character Inventory; TCI)**

Envanter, doğru/yanlış olarak doldurulan toplam 240 maddeden oluşan Cloninger ve ark. (1994) tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir [98]. On ikisi mizaç (Keşfetmekten heyecan duyma (YA1, 11 madde), Dürtüsellik (YA2, 10 madde), Savurganlık (YA3, 9madde), Düzensizlik (YA4, 10 madde), Beklenti Endişesi (ZK1, madde), Belirsizlik korkusu (ZK2, 7 madde), Yabancılardan çekinme (ZK3, 8 madde), Çabuk yorulma (ZK4, 9 madde), Duygusallık (ÖB1, 10 madde), Bağlanma (ÖB3, 8 madde), Bağımlılık (ÖB4, 6 madde), Sebat etme (SE, 8 madde) ve 13'ü karakter (Sorumluluk alma (KY1, 8 madde), Amaçlılık (KY2, 8 madde), Beceriklilik (KY3, 5 madde), Kendini kabullenme (KY4, 11 madde), Uyumlu ikincil huylar (KY5, 12 madde), Sosyal onaylama (İY1, 8 madde), Empati duyma (İY2, 7 madde), Yardımseverlik (İY3, 8 madde), Acıma (İY4, 10 madde), Erdemlilik (İY5, 9 madde), Kendilik kaybı (KA1, 11 madde), Kişiler ötesi özdeşim (KA2, 9 madde) ve Manevi kabullenme (KA3, 13 madde) olmak üzere, 25 alt ölçekten (lower-order) ve 7 (higher-order) ölçekten oluşmaktadır. Ölçekler alt ölçeklerin toplamından oluşmaktadır (örneğin, YA=YA1+YA2+YA3+YA4) Türkçede geçerlik ve güvenilirlik ve standardizasyon çalışması yapılmıştır [98, 112, 113].

### 3.4.İstatistiksel analiz

Örneklemeden elde edilen veriler SPSS 20 paket programı ile analiz edildi.

Çalışmamızda üç grubun(YAB, PB, KG) cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, alkol madde kullanımı, çalışma durumu dağılımı açısından karşılaştırılması için ki-kare testi kullanılmıştır.

YAB ve PB grubunun tedavi kullanım durumları açısından dağılımlarını karşılaştırmak için yine ki-kare testi kullanılmıştır.

Grupların yaş ve yıl olarak aldıkları eğitim süreleri açısından dağılımlarını karşılaştırmak için student t testi kullanılmıştır.

YAB ve PB grubunun hastalık süresi açısından dağılımlarını karşılaştırmak için student t testi kullanılmıştır.

Grupların HAM-A, HAM-D, DES, DIS-Q klinik ölçekleri ve mizaç-karakter alt ölçekleri puanları açısından karşılaştırılması için tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. ANOVA uygulanan tüm testlerde istatistiki anlam gözlenenlere bonferroni düzeltmesiyle post hoc analiz yapılmıştır.

Tek yönlü ANOVA testi uygulanan yukardaki değerlendirme araçlarının(HAM-A, HAM-D, DES,DIS-Q ve mizaç-karakter alt ölçekleri) birbirleriyle korelasyonunu incelemek için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

Dissosiyasyon belirti şiddetine tanının ve mizaç-karakterin etkisini anlamak için çok değişkenli varyans analizi uygulanmıştır. Burada DES ve DIS-Q bağımlı değişkenlerdir. Gruplar arasında yaş, eğitim, HAM-A, HAM-D açısından farklılık saptandığı için eş değişken olarak alındı. Yine tek yönlü ANOVA'da gruplar arasında farklılık saptanan ZK, KY, KA eş değişken olarak alındı.

DES ve DIS-Q skorları MANOVA'da kullanılan bağımlı değişkenler yine aynı şekilde bağımsız değişken olarak alınıp ayrı ayrı lineer regresyon analizine sokularak incelenmiştir.

Tüm analizler çift yönlüdür ve istatistiki anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## 4.BULGULAR

Çalışmaya 75 hasta, 75 kontrol grubu olmak üzere 150 katılımcı dahil edilmiştir. Hasta grubunun 45' i yaygın anksiyete bozukluğu, 30 tanesi panik bozukluk hastasıydı.

Üç grubun cinsiyet dağılımı açısından karşılaştırılması için ki-kare testi kullanıldı. Buna göre gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark yoktu ( $p=0,63$ ). Grupların; medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum ve alkol-madde kullanımı durumunun dağılımı açısından karşılaştırılması için ki kare testi uygulandı. 3 grup arasında dağılım açısından yapılan karşılaştırmada anlamlı fark saptanmadı( p değerleri sırasıyla;  $p=0,452$ ,  $p=0,58$ ,  $p=0,271$ ,  $p=0,278$ ). Grupların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum ve alkol-madde kullanımı dağılımları açısından karşılaştırılması Tablo 1 de gösterilmiştir.

Tablo 1: Grupların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum ve alkol-madde kullanımı dağılımları açısından karşılaştırılması

	<b>KONTROL</b>	<b>YAB</b>	<b>PB</b>	<b>p</b>
<b>CİNSİYET</b>				
Kadın	45	25	20	0,63
Erkek	30	20	10	
<b>MEDENİ DURUM</b>				
Evli	30	21	10	0,452
Bekar	43	22	17	
Dul	2	2	3	
<b>ÇALIŞMA DURUMU</b>				
Çalışan	31	14	5	0,58
Çalışmayan	15	16	13	
Öğrenci	29	15	12	
<b>EKONOMİK DURUM</b>				
Zayıf	0	2	2	0,271
Orta	57	35	23	
İyi	18	8	5	
<b>ALKOL-MADDE KULLANIMI</b>				
Yok	64	39	29	0,278
Sosyal İçici	11	6	1	

Hasta grubu tedavi kullanma/kullanmama dağılımı açısından karşılaştırıldı. Tedavi durumu; hali hazırda tedavi kullanmama, SSRI veya SNRI kullanma olarak 3 grupta değerlendirildi. Buna göre gruplar arasında anlamlı fark yoktu ( $p=0,154$ ). Katılımcıların tedavi kullanma/kullanmama dağılımı Tablo 2’ de gösterilmiştir.

Tablo 2:Grupların Tedavi kullanma/kullanmama açısından dağılımları

	Yok	SSRI	SNRI	p
YAB	22	18	5	0,154
PB	15	15	0	

Grupların yaş ve yıl olarak aldıkları eğitim süreleri tek yönlü ANOVA ile karşılaştırıldığında hem yaş hem eğitim süresi bakımından anlamlı fark tespit edildi. Post hoc bonferroni düzeltmesine göre eğitim süresi bakımından ortaya çıkan bu anlamlı farkın kontrol grubu eğitim süresinin hasta grubuna göre fazla olmasından kaynaklandığı görüldü. İki hasta grubu arasında yıl olarak aldıkları eğitim açısından anlamlı fark bulunmadı. ANOVA’ya göre gruplar arasında yaş açısından farklılık saptansa da Post hoc bonferroni düzeltmesinde yaşın anlamlılığı kayboldu. Grupların yaş ve yıl olarak aldıkları eğitim süresi açısından karşılaştırılması Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3: Grupların yaş ve yıl olarak aldıkları eğitim süresi açısından karşılaştırılması

		N	Ort.	SD	SH	Ortalamanın 95% Güven Aralığı		Min.	Maks.	F	P
						Alt sınır	Üst sınır				
Eğitim Süresi(yıl)	Kontrol*	75	15,40	4,08	,47	14,46	16,34	5,00	22,00	12,66	0,01
	YAB	45	12,82	3,98	,59	11,63	14,02	5,00	20,00		
	PB	30	11,40	3,91	,71	9,94	12,86	4,00	17,00		
Yaş	Kontrol	75	32,63	11,71	1,35	29,93	35,32	19,00	63,00	3,67	0,028
	YAB	45	28,69	8,89	1,32	26,02	31,36	19,00	48,00		
	PB	30	27,33	8,53	1,56	24,15	30,52	18,00	45,00		

\*: Post hoc bonferroniye göre anlamlı fark oluşturan grup

Hasta gruplarının hastalık süresi (ay olarak) açısından student t testine göre yapılan karşılaştırılmasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,58$ ). Hastaların hastalık süresi açısından karşılaştırılması Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4: Hastaların hastalık süresi açısından karşılaştırılması

	N	Ort.	SD	Ort. SH	P
YAB	45	19,16	23,14	3,44	0,58
PB	30	22,47	28,11	5,13	

Üç grubun klinik ölçekler(HAM-A, HAM-D, DES, DISQ) açısından tek yönlü ANOVA’ da karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı fark saptandı. Grupların klinik ölçek puanları açısından karşılaştırılması Tablo 5’ de gösterilmiştir.

Tablo 5: Grupların klinik ölçek puanları ve Tek yönlü ANOVA’ya ait karşılaştırma değerleri

		N	Ort.	SD	SH	Ortalamanın 95% Güven Aralığı		Min	Maks	F	p
						Alt Sınır	Üst Sınır				
HAM-A	Kontrol*	75	4,39	2,24	,26	3,87	4,90	0,00	9,00	329,19	0,00
	YAB	45	19,06	5,25	,78	17,49	20,65	9,00	33,00		
	PB	30	25,80	6,22	1,14	23,48	28,12	6,00	39,00		
HAM-D	Kontrol*	75	3,54	2,17	,25	3,05	4,05	0,00	9,00	89,45	0,00
	YAB	45	10,02	4,37	,65	8,70	11,34	3,00	20,00		
	PB	30	12,67	4,78	,87	10,89	14,46	4,00	25,00		
DES**	Kontrol	75	6,08	4,78	,55	4,98	7,18	0,00	27,80	57,87	0,00
	YAB	45	13,30	11,20	1,67	9,94	16,67	0,00	52,50		
	PB	30	28,96	15,60	2,85	23,14	34,79	0,00	58,90		
DIS-Q**	Kontrol	75	1,51	,30	,034	1,44	1,58	1,03	2,25	39,36	0,00
	YAB	45	1,89	,57	,09	1,72	2,06	1,03	3,31		
	PB	30	2,41	,65	,12	2,16	2,65	1,12	3,73		

\*:Post hoc Bonferroni’ye göre farklılık gösteren gruptur.

\*\* :Post hoc Bonferroniye göre üç grupta birbirinden anlamlı farklılık göstermektedir.

Post hoc bonferroni düzeltmesine göre tek yönlü ANOVA’da saptanmış olan klinik ölçek puanlarındaki anlamlı farkın bütün klinik ölçek puanlarında panik bozukluk grubunun yaygın anksiyete bozukluğu grubu puanlarından daha yüksek olması ve kontrol grubunun

bütün klinik ölçeklerde hasta grubuna göre düşük puan almalarından kaynaklı olduğu saptandı.

3 grubun (Kontrol, YAB ve PB) mizaç-karakter envanteri alt ölçek puanları açısından karşılaştırılmasında tek yönlü ANOVA kullanıldı. Mizaç alt ölçekleri bakımından zarardan kaçınma, karakter alt ölçekleri bakımından kendini yönetme ve kendini aşma puanlarında anlamlı fark bulundu. Katılımcıların mizaç-karakter envanteri alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması Tablo 6' da gösterilmiştir.

Tablo 6: Grupların mizaç-karakter envanteri alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması

MKE Alt Ölçekler	Grup	N	Ort.	SD	SH	Ortalamanın 95% Güven Aralığı		Min	Max	F	P
						Alt Sınır	Üst Sınır				
Yenilik Arayışı	Kontrol	75	18,39	5,08	,59	17,21	19,56	9,00	33,00	0,02	0,97
	YAB	45	18,40	4,66	,70	16,00	19,80	11,00	30,00		
	PB	30	18,17	6,02	1,09	15,91	20,42	5,00	30,00		
Zarardan Kaçınma	Kontrol*	75	18,25	5,59	,65	16,97	19,54	5,00	33,00	26,34	0,00
	YAB	45	24,42	5,62	,84	22,73	26,11	6,00	33,00		
	PB	30	25,10	4,77	,87	23,31	26,88	14,00	34,00		
Ödül Bağımlılığı	Kontrol	75	13,64	3,48	,40	12,83	14,44	7,00	22,00	0,33	0,72
	YAB	45	14,13	3,39	,50	13,11	15,15	8,00	21,00		
	PB	30	14,00	3,04	,56	12,87	15,14	8,00	20,00		
Sebat Etme	Kontrol	75	4,88	1,74	,20	4,48	5,28	1,00	8,00	1,44	0,24
	YAB	45	4,33	1,80	,27	3,80	4,87	0,00	7,00		
	PB	30	4,57	1,63	,30	3,96	5,17	1,00	7,00		
Kendi Kendini Yönetme	Kontrol*	75	31,36	6,40	,74	29,89	32,83	17,00	44,00	22,79	0,00
	YAB	45	24,96	7,21	1,07	22,79	27,12	8,00	38,00		
	PB	30	22,50	7,48	1,37	19,71	25,29	11,00	38,00		
İş Birliği Yapma	Kontrol	75	29,44	6,09	,70	28,04	30,84	18,00	40,00	3,04	0,051
	YAB	45	26,67	5,83	,87	24,91	28,41	12,00	37,00		
	PB	30	27,87	6,28	1,14	25,52	30,21	12,00	39,00		
Kendi Kendini Aşma**	Kontrol	75	14,32	5,64	,65	13,02	15,62	2,00	30,00	5,75	0,004
	YAB	45	15,64	5,01	,74	14,14	17,15	5,00	24,00		
	PB	30	18,43	6,38	1,16	16,05	20,81	7,00	30,00		

\*: Post hoc Bonferroniye fark kontrol grubundan kaynaklanmaktadır.

\*\* : Anlamlı fark, Post hoc Bonferroniye göre, kontrol grubuyla panik bozukluk arasındadır.

Post hoc bonferroni düzeltmesine göre gruplar arasında zarardan kaçınma puanlarında gözlenen anlamlı farkın kontrol grubu zarardan kaçınma puanlarının anlamlı



olarak düşük olmasından kaynaklandığı, hasta grupları arasında anlamlı farkın bulunmadığı gözlemlendi. Tek yönlü ANOVA’da karakter alt ölçeklerinden kendini yönetme puanlarında ki anlamlı farkın post hoc bonferroniye göre kontrol grubunda kendini yönetme puanlarının hasta grubuna göre daha fazla olmasından kaynaklandığı, hasta grubunda anlamlı fark bulunmadığı görüldü. Tek yönlü ANOVA’da karakter alt ölçeklerinden kendini aşma puanlarında ki anlamlı farkın post hoc bonferroniye göre panik bozukluk grubunda kendini aşma puanlarının anlamlı farklı olduğu, kontrol ve yaygın anksiyete bozukluğu grubu içinse anlamlı fark olmadığı saptandı.

Değişkenler arasında ilişki olup olmadığını anlamak için Pearson korelasyon analizi yapılmış ve sonuçlar Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Uygulanan HAM-A, HAM-D, DES, DİS-Q ölçekleri ve Mizaç ve karakter envanterine ait 7 alt özelliğin puanlarının korelasyonuna ait tablo

		HAM-A	HAM-D	DES	DIS-Q	Yenilik Arayışı	Zarardan Kaçınma	Ödül Bağımlılığı	Sebat Etme	Kendi Kendini Yönetme	İş Birliği Yapma	Kendi Kendini Aşma
HAM-A	r	1	,84**	,69**	,67**	,05	,45**	,03	-,15	-,55**	-,26**	,23**
	p		,000	,000	,000	,57	,000	,69	,08	,000	,001	,01
HAM-D	r	,84**	1	,57**	,53**	-,01	,40**	,03	-,16	-,49**	-,16	,25**
	p	,000		,000	,000	,94	,000	,76	,06	,000	,05	,002
DES	r	,690**	,565**	1	,849**	,092	,275**	,001	-,207*	-,564**	-,209*	,391**
	p	,000	,000		,000	,262	,001	,991	,011	,000	,010	,000
DIS-Q	r	,667**	,533**	,849**	1	,164*	,315**	,050	-,245**	-,629**	-,163*	,438**
	p	,000	,000	,000		,045	,000	,540	,002	,000	,047	,000
Yenilik Arayışı	r	,047	-,006	,092	,164*	1	-,172*	,127	-,225**	-,122	,000	,049
	p	,566	,941	,262	,045		,035	,122	,006	,137	,997	,552
Zarardan Kaçınma	r	,454**	,403**	,275**	,315**	-,172*	1	,097	-,209*	-,379**	-,131	,001
	p	,000	,000	,001	,000	,035		,240	,010	,000	,109	,992
Ödül Bağımlılığı	r	,033	,025	,001	,050	,127	,097	1	,173*	-,041	,361**	,078
	p	,686	,762	,991	,540	,122	,240		,034	,615	,000	,343

Sebat Etme	r	-,145	-,155	-,207*	-,245**	-,225**	-,209*	,173*	1	,264**	,163*	,034
	p	,076	,058	,011	,002	,006	,010	,034		,001	,047	,680
Kendi Kendini Yönetme	r	-,555**	-,493**	-,564**	-,629**	-,122	-,379**	-,041	,264**	1	,359**	-,369**
	p	,000	,000	,000	,000	,137	,000	,615	,001		,000	,000
İş Birliği Yapma	r	-,263**	-,158	-,209*	-,163*	,000	-,131	,361**	,163*	,359**	1	-,015
	p	,001	,053	,010	,047	,997	,109	,000	,047	,000		,855
Kendi Kendini Aşma	r	,227**	,248**	,391**	,438**	,049	,001	,078	,034	-,37**	-,015	1
	p	,005	,002	,000	,000	,552	,99	,34	,68	,000	,86	

\*\* . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2-tailed).

\* . Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı (2-tailed).

r: Pearson korelasyon katsayısı

Buna göre HAM-A puanları ile HAM-D, DES, DIS-Q, zarardan kaçınma ve kendini aşma puanları arasında yüksek pozitif korelasyon, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları arasında yüksek negatif korelasyon saptandı.

HAM-D puanları ile HAM-A, DES, DIS-Q, zarardan kaçınma ve kendini aşma puanları arasında yüksek pozitif korelasyon, kendini yönetme puanları arasında yüksek negatif korelasyon saptandı.

DES puanları ile, HAM-A, HAM-D, DIS-Q, zarardan kaçınma ve kendini aşma puanları arasında yüksek pozitif korelasyon, sebat etme ve iş birliği yapma puanları arasında düşük negatif korelasyon, kendini yönetme puanları arasında yüksek negatif korelasyon saptandı.

DIS-Q puanları ile HAM-A, HAM-D, DES, zarardan kaçınma ve kendini aşma puanları arasında yüksek pozitif korelasyon, yenilik arayışı puanları arasında düşük pozitif korelasyon, iş birliği yapma puanları arasında düşük negatif korelasyon, sebat etme ve kendini yönetme puanları arasında yüksek negatif korelasyon saptandı.

## MANCOVA

DES ve DISQ puanları bağımlı değişken yapıldı. HAM-A ve HAM-D puanlarıyla(3 grup arasında farklılıklar var ve üçü de birbirinden farklı) en az 2 grubun anlamlı farklılık gösterdiği 3 tane mizaç-karakter özelliği (kendini aşma, kendini yönetme ve zarardan kaçınma) eşdeğişken olarak çok yönlü kovaryans analizine (MANCOVA) sokuldu. Tanı bağımsız değişken olarak alındı. Bulgular gösterdi ki anksiyetenin kendisi tanı kontrol edildikten sonra dahi(tanı da kendi başına anlamlı etki oluşturmakta) etkisini korumaya devam etti.

Kontrol grubunda hasta grubuna göre anlamlı farklılık olan eğitim süresi ve yaş teste bağımsız değişken olarak eklendiğinde bulgularda değişiklik olmadı. Sonuçlar Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: DES ve DİS-Q’nun bağımlı değişken, Tanının bağımsız değişken ve HAM-A, HAM-D, Yaş, eğitim zarardan kaçınma, kendini yönetme ve kendini aşma puanlarının eşdeğişken olduğu çok değişkenli varyans analizi (MANCOVA) tablosu.

	F <sub>(Wilks' Lambda)</sub>	Hipotez Serbestlik Derecesi	Hata Serbestlik Derecesi	p
Tanı	6,73	4	280	<0,001
Yaş	,49	2	139	0,61
Eğitim	,30	2	139	0,74
Zarardan Kaçınma	,73	2	139	0,500
Kendi Kendini Yönetme	8,91	2	139	<0,001
Kendi Kendini Aşma	8,87	2	139	<0,001
HAM-A	15,59	2	139	<0,001
HAM-D	1,99	2	139	0,14

## Lineer Regresyon

DES skorları bağımlı değişken, ZK, KY, KA, HAM-A, HAM-D eğitim, yaş ve tanı bağımsız değişken olarak olarak lineer regresyon analizine sokulduğunda DES skorlarını anlamlı olarak belirleyen faktörlerin KA, KY ve HAM-A olduğu görüldü (Tablo 9).

Tablo 9: DES skorlarının bağımlı değişken, ZK, KY, KA, HAM-A, HAM-D eğitim, yaş ve tanı bağımsız değişken olarak olduğu lineer regresyon analizi tablosu

	B	Std. Error	Beta	t	p
Tanı	2,634	2,170	,158	1,214	0,227
Yaş	,036	,077	,029	,460	0,646
Eğitim Süresi(yıl)	,024	,202	,008	,121	0,904
Zarardan Kaçınma	-,143	,139	-,069	-1,025	0,307
Kendi Kendini Yönetme	-,368	,121	-,220	-3,034	0,003
Kendi Kendini Aşma	,401	,141	,177	2,842	0,005
HAM-A	,662	,213	,505	3,112	0,002
HAM-D	-,229	,264	-,092	-,869	0,386

Aynı faktör yapısına DES yerine DIS-Q yu bağımlı değişken olarak lineer regresyona soktuğumuzda da benzer sonuçlar gözlemlendi. (Tablo 10)

Tablo 10: DIS-Q skorlarının bağımlı değişken, ZK, KY, KA, HAM-A, HAM-D eğitim, yaş ve tanı bağımsız değişken olarak olduğu lineer regresyon analizi tablosu

	B	Std. Error	Beta	t	p
Tanı	-,063	,093	-,084	-,671	,504
Yaş	-,001	,003	-,024	-,396	,693
Eğitim Süresi(yıl)	,002	,009	,016	,249	,804
Zarardan Kaçınma	,001	,006	,008	,117	,907
Kendi Kendini Yönetme	-,022	,005	-,290	-4,145	,000
Kendi Kendini Aşma	,025	,006	,247	4,100	,000
HAM-A	,039	,009	,676	4,310	,000
HAM-D	-,020	,011	-,183	-1,785	,076

## 5.TARTIŞMA

Anksiyete bozukluklarının geniş semptom yelpazesi içinde dissosiyatif belirtiler ve yaşantılar önemli yer tutmaktadır. Çalışmalar artmış anksiyete seviyeleriyle dissosiyasyon arasındaki ilişkiden bahsetmektedir [3-5]. Anksiyete bozukluklarında dissosiyatif belirtilerin varlığı, depresyon, kişilerarası ilişkilerde problem ve kişilik patolojileri ile bağlantılıdır [30]. Gündelik yaşamda yeri olan ve belirli koşullar altında herkeste ortaya çıkabilecek olan dissosiyasyon sık yaşandığı ve işlevselliği bozduğunda başlangıçta uyumsal bir yönü olan süreç maladaptif bir duruma dönüşebilir ya da tanı konabilir bir bozukluk halini alabilir. Dissosiyasyon; kişilik özellikleri şeklinde, travma ve strese karşı bir savunma mekanizması şeklinde ve klinik bozukluklarda patolojik belirti ve sendrom şekli şeklinde yaşanabilmektedir. Anksiyete bozukluklarında dissosiyatif belirtilerin varlığı, dissosiyatif yaşantıların B kümesi kişilik özellikleri gösterenlerde daha çok gözlemlendiğine dair raporlar ve B kümesi kişilik bozukluklarında karakter özelliklerinden kendini yönetme puanlarının düşüklüğüne dair bilgiler göz önüne alındığında anksiyete hastalarında görülen dissosiyatif belirtilerin hastalığın kendisiyle mi yoksa hastaya ait mizaç-karakter özelliklerinden mi kaynaklandığını anlamak önem kazanmaktadır. Çünkü tüm hastalıklarda olduğu gibi hastalığın anlaşılması gerek tanı gerekse tedavi açısından temel ihtiyaçtır. Bu bağlamda, çalışmanın amacı anksiyete bozukluklarında dissosiyasyonun mizaç karakter özellikleriyle ilişkisini açıklığa kavuşturmadır.

### 5.1.Sosyodemografik Veriler

Çalışmamızda hasta grubunun 45' i YAB, 30'u ise PB hastasıydı. Üç grubun(Kontrol, PB, YAB) cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum ve alkol-madde kullanımı durumunun dağılımı açısından karşılaştırılmasında ve hasta grubunun tedavi kullanma/kullanmama, hastalık süresi (ay olarak) açısından yapılan karşılaştırılmasında anlamlı fark saptanmamıştır. Grupların yaş ve yıl olarak aldıkları eğitim süreleri karşılaştırıldığında hem yaş hem eğitim süresi bakımından anlamlı fark tespit edildi. Eğitim süresi bakımından ortaya çıkan bu anlamlı farkın kontrol grubu eğitim süresinin hasta grubuna göre fazla olmasından kaynaklandığı görüldü. PB ve YAB grubu arasında yıl olarak aldıkları eğitim açısından anlamlı fark bulunmadı.

Sosyodemografik verilerin sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde çalışmamızda hasta grubu tanı dağılımı anksiyete bozuklukları kümesini kapsamamaktadır. Temel sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda en sık görülen bunaltı bozukluğu yaygın anksiyete bozukluğudur [114]. Çalışmamızda istatistiksel anlamlı çıkmaya da YAB hastası sayısı PB ye göre fazladır. Kadınlarda hem YAB hem PB erkeklere göre iki kat fazladır [29]. Ülkemizde ki PB hastalarının % 62'sinin kadın olduğu bildirilmiştir [115]. Çalışmamızda anlamlı çıkmaya da kadın hasta sayısı iki hasta grubunda da erkeklerden fazladır. Sosyoekonomik düzey ve eğitim yönünden yaygınlık farkı göstermeyen YAB dul ve ayrı yaşayanlarda daha fazladır [116]. Çalışmamızda bu alanlarda anlamlı fark saptanmamıştır.

## 5.2.Klinik Alt Ölçekler

Üç grubun klinik ölçekler (HAM-A, HAM-D, DES, DISQ) açısından karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı fark saptandı. Bu anlamlı farkın bütün klinik ölçek puanlarında panik bozukluk grubunun yaygın anksiyete bozukluğu grubu puanlarından daha yüksek olması ve kontrol grubunun bütün klinik ölçeklerde hasta grubuna göre düşük puan almalarından kaynaklı olduğu saptandı (Tablo 5). Çalışmalar anksiyete bozukluğu tanısı alanların almayan kontrol gruplarına göre daha fazla dissosiyasyon yaşadıklarını göstermektedir [69]. Bu çalışmada PB grubunun DES puan ortalaması:28,9 YAB grubunun DES puan ortalaması: 13,3 olarak saptanmıştır. Panik bozukluğu olan hastaların %7-%69'unun panik ataklar sırasında depersonalizasyon ve derealizasyon yaşadıklarını gösteren çalışmalar vardır [70, 71]. Literatürde depersonalizasyon ile anksiyete durumları arasındaki ilişki, panik bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozuklukları veya psikiyatrik bozukluklarla karşılaştırıldığında daha yüksek oranda görülen depersonalizasyon prevalansı nedeniyle sıkça bildirilmiştir [52, 117-125].

Ancak panik bozukluğu olan hastalarla, diğer anksiyete bozukluklarından birine sahip olan hastalar Dissosiyatif Yaşantı Ölçeği (DES) skorları açısından karşılaştırıldıklarında ölçek skorlarının yakın seviyelerde olduğu, dissosiyatif belirtileri benzer oranlarda yaşadıklarını gösteren çalışmalar da vardır [72]. 1997 yılında PB' de dissosiyatif semptomlarla ilgili yapılan bir çalışmada PB de depersonalizasyon ve derealizasyon diğer anksiyete bozukluklarına göre fazla yaşanıyor olsa da DES skorlarının patolojik sınırlara geçmediği ve diğer anksiyete bozukluklarıyla benzer DES ortalamalarının olduğu belirtilmiştir [52].

Cassano ve arkadaşları depersonalizasyonun eşlik ettiği panik bozukluğu hastalarında agorafobinin fazla olduğunu ve hastalık başlangıç yaşının daha erken olduğunu saptamışlardır [33]. Segui ve arkadaşları da depersonalizasyonun eşlik ettiği panik bozukluk hastalarında agorafobinin ve kan fobisinin fazla olduğunu, hastalık başlangıç yaşının erken olduğunu ve değerlendirmeye alınan hastaların son bir ayda yaşadıkları panik atak sayısının fazla olduğunu saptamışlardır. YAB ile dissosiyatif yaşantılar arasındaki ilişkiyi inceleyen kısıtlı sayıda çalışma olmakla birlikte bir çalışmada YAB ile dissosiyatif belirtiler arasında orta seviyede bir korelasyon bulunduğundan bahsedilmektedir [77].

Çeşitli araştırmalar, disosiyatif semptomların, TSSB'nin[59, 60], OKB'nin[61, 62] ve panik bozuklukların[126] psikoterapötik tedavilerinde yanıt vermeyenler için bir öngörücü olarak hizmet edebileceğini göstermiştir. PB hastalarında dissosiyatif semptomların tedaviyi etkileyip etkilemediğinin araştırıldığı ve Dissosiyatif semptomların DIS-Q ile tarandığı bir başka çalışmada PB'ye eşlik eden disosiyatif semptomların psikofarmakolojik tedaviyi olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir [127].

### **5.3.Mizaç-Karakter Envanteri Alt Ölçekler**

3 grubun (Kontrol, YAB ve PB) mizaç-karakter envanteri alt ölçek puanları açısından karşılaştırılmasında mizaç alt ölçekleri bakımından zarardan kaçınma, karakter alt ölçekleri bakımından kendini yönetme ve kendini aşma puanlarında anlamlı fark bulundu. Gruplar arasında zarardan kaçınma puanlarında gözlenen anlamlı farkın kontrol grubu zarardan kaçınma puanlarının anlamlı olarak düşük olmasından kaynaklandığı, hasta grupları arasında anlamlı farkın bulunmadığı saptandı. Karakter alt ölçeklerinden kendini yönetme puanlarındaki anlamlı farkın kontrol grubunda kendini yönetme puanlarının hasta grubuna göre daha fazla olmasından kaynaklandığı, hasta grubunda anlamlı farkın bulunmadığı, gözlemlendi. Karakter alt ölçeklerinden kendini aşma puanlarındaki anlamlı farkın panik bozukluk grubunda kendini aşma puanlarının anlamlı farklı olduğu, kontrol ve yaygın anksiyete bozukluğu grubu içinse anlamlı fark olmadığı saptandı.

Literatürde major depresif bozukluk, YAB ve PB'de daha önceki çalışmalar mizaç boyutlarından zarardan kaçınma puanları yüksek, YA puanları düşük; karakter boyutlarından KY, İY ve KA puanları düşük olarak saptanmıştır [10, 97, 112, 128]. PB hastalarıyla sağlıklı kontrollerin mizaç-karakter envanteri puanlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada panik

bozukluk hastalarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek zarar kaçınma, düşük kendini yönetme puanları aldığı saptanmıştır [129]. Samochowiec J. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada anksiyete bozukluğu hastaları sağlıklı kontrollerle kıyaslanmıştır. Anksiyete bozukluğu hastalarının zarardan kaçınma puanları anlamlı derecede yüksek; yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları anlamlı derecede düşük saptanmıştır [130].

Genel toplumdaki bir örnekleme depresyon ve anksiyete belirtileri ile yüksek zarardan kaçınma puanlarının pozitif korelasyon, buna karşılık düşük kendini yönetme puanlarının negatif korelasyon gösterdikleri bulunmuştur. Bu ilişkinin yaş, cinsiyet ve eğitim gibi değişkenler kontrol edilse bile devam ettiği bildirilmiştir. Bu profil, çeşitli anksiyete bozuklukları olan klinik gruplarda ve klinik olmayan birçok örnekleme tutarlı bir biçimde tekrar tekrar gösterilmiştir [130-132]. Yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetme özellikleri anksiyete bozukluklarında en sık gösterilmiş ortak mizaç-karakter patolojisi gibi görünmektedir.

#### **5.4.Korelasyon Analizleri**

HAM-A, HAM-D, DES, DIS-Q, zarardan kaçınma ve kendini aşma puanlarının birbirleriyle anlamlı yüksek korelasyon, kendini yönetme puanlarının ise bunların tamamıyla yüksek negatif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Affektif bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olan kadın hastalardaki dissosiyasyonu araştıran bir çalışmada dissosiyatif semptomlar ile depresif belirtilerin şiddeti arasında(HAM-D) pozitif korelasyon bulunmuştur [133]. Goff ve arkadaşları yüksek dissosiyasyon puanları olan hastaların düşük olanlara göre daha fazla depresif olduğunu ve daha fazla kişilik bozukluğuna sahip olma ihtimallerinin olduğunu ortaya koymuştur [134]. Bu sonuçlar; çalışmayla ilgili ölçek puanlarının mizaç-karakter alt ölçekleriyle korelasyon göstereceğine dair hipotezimizi destekler görünmektedir. Bu çalışma, Cloninger'in kişilik kuramı çerçevesinde mizaç ve karakter özellikleriyle dissosiasyona ait yaşantıların geneli arasında ilişkiyi araştıran, bizim görebildiğimiz kadarıyla, literatürdeki ilk çalışmadır. HAM-A ile HAM-D arasındaki pozitif ilişki de literatürde daha önce gözlenmiştir, ancak bu bulgu saptanması neredeyse doğal sayılabilecek bir bulgu olarak düşünülebilir.



## 5.5.Dissosiyasyon ve Mizaç-Karakter İlişkisi

Depersonalizasyon bozukluğu olan 53 hasta ve 22 sağlıklı kontrolle yapılan ve dissosiyasyon ile kişilik faktörlerinin ilişkisinin incelendiği bir çalışmada çeşitli kişilik faktörlerinin patolojik dissosiyasyon ile ilişkili olduğu; hasta grubunda spesifik olarak zarardan kaçınma özelliğinin ve immatür savunmaların dissosiyasyonla ve dissosiyasyonun ciddiyeti ile niceliksel olarak ilişkili olduğu bulunmuştur [135]. Ancak bu çalışmada Cloninger'in mizacı tarayan 3 boyutlu kişilik anketi [99] kullanılmış olup karakter boyutları taranmamıştır.

Hem psikiyatri hastalarında hem de sağlıklı bireylerde genel olarak kişilik ve disosiyasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, dissosiyasyon skorlarının düşük kendini yönetme ve yüksek kendini aşma karakter özellikleri ilişkili olduğu ve mizaç özelliklerinden etkilenmediği gözlenmiştir [80]. Çalışmamızda kendini aşma puanları PB de YAB ve kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş, kontrol ve YAB grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yine çalışmamızda kendini aşma ile HAM-A, HAM-D, DES, DIS-Q arasında yüksek pozitif korelasyon, kendini aşma ile kendini yönetme arasında yüksek negatif korelasyon bulunmuştur. Kendini aşma, hayal gücü, yaratıcılık, dini ve büyüsel düşünce ile ilgilidir. Bu özellikler çevresel faktörler tarafından belirlenmesine rağmen, genetik yönlerden de etkilenebilirler [136]. Bir çalışmada depersonalizasyonu olan hastaların her iki alt grubunda (panik ataklar sırasında ve depersonalizasyon bozukluğunda) da, kendini yönetme konusunda anlamlı derecede düşük bir puan ve aynı zamanda kendini aşma konusunda daha yüksek bir puan saptanmıştır [137]. Bir çalışmada PB'de depersonalizasyon ile ilgili anlamlı mizaç ilişkisi bulunmamış, PB' de baskın mizaç özelliğinin zarardan kaçınma olduğu[138] ve bunun depersonalizasyon ile ilişkili olabileceği söylenmiştir[72].

Kendini yönetme genel olarak kişilik bozuklukları ile yüksek oranda ilişkili olan bir boyuttur [138] ve ayrıca panik bozukluğu ile de ilişkilidir [139]. Kendini aşma zaman içindeki en istikrarlı TCI boyutudur [140], ancak son araştırmalar temporoparietal alanlarda nöral aktivitenin modifikasyonunun bu kişilik özelliğinde hızlı modülasyona neden olabileceğini göstermiştir [141]. Bu beyin bölgeleri, hem nöbet ile ilişkili bozukluklarda [142] hem de kişilik bozukluklarında depersonalizasyon ile ilişkilendirilmiştir [143]. Kendini aşma boyutunda yüksek puan alanlar, kannabinoidler, halüsinojenler ve ecstasy ya da ketamin gibi

bazı ilaçların indüklediğine benzer ekstrasensöryel algı ve düşünceler yaşantılayabilirler [144, 145].

Düşük Kendini Yönetme, kişilik bozukluğu olan kişilerde tipik olan sorumluluğunu kabul etmekteki güçlükleri, süregelen bir şekilde düşük benlik saygısını, kişinin kendisi ile çekişmesini ve kişisel güvensizliğini açıklamaktadır [146]. Genellikle, bu kişilerin işbirliğine yatkınlıkları da düşüktür. Kendini Aşma, şizotipal (kişilik bozukluğu olan hastalardaki majik düşünme ve zengin hayal dünyasını açıklamaktadır), narsisistik ve sınır (kişilik bozukluğu olan hastalardaki dissosiyatif eğilimleri açıklamaktadır) belirtilerle korelasyon göstermektedir [146]. Tam tersi olarak, Kendini Aşma'nın yüksek oluşu, yüksek Kendini Yönetme ve İş Birliği Yapma ile birleştiği zaman, psikopatolojiden çok, olgunluk, yaratıcılık ortaya çıkmaktadır [146].

Affektif bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olan kadın hastalardaki dissosiyasyon ve mizaç-kişilik ilişkisini araştıran bir çalışmada yüksek dissosiyatif deneyimlerle anksiyete bozukluğu olan hastalarda (15 YAB, 9 PB); düşük yenilik arayışı ve yüksek zarardan kaçınma puanları saptanmıştır. Depresif hastalarda düşük ödül bağımlılığı, düşük kendini yönetme ve düşük işbirliği gibi karakter özellikleri anlamlı bulunmuştur [133].

Farklı çalışmalarda anksiyetenin ve anksiyete bozukluklarının hem mizaç-karakter hem de dissosiyasyon ile ilişkisi, yine dissosiyasyonun mizaç-karakter ile ilişkisi ayrı ayrı birçok kez tartışılmıştır. Bu çalışma anksiyete bozukluklarında dissosiyatif belirtileri ve bunun mizaç-karakter ile ilişkisini inceleyen bizim görebildiğimiz kadarıyla ilk çalışma olması bakımından önemlidir. Bulgularımız dissosiyasyonun tanı, HAM-A, karakter alt ölçeklerinden kendini yönetme ve kendini aşma ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Tanı kontrol edildiğinde de anksiyetenin dissosiyasyon üzerine etkisi devam etmiştir (Tablo:9-10). Genel psikiyatri hastalarında ve sağlıklı bireylerde kişilik ve dissosiyasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, dissosiyasyon skorları düşük kendini yönetme ve yüksek kendini aşma karakter özellikleriyle ilişkili bulunmuş olup mizaç özellikleriyle ilişki bulunmamıştır [80]. Biz de çalışmamızda regresyon analizinde dissosiyasyonun düşük kendini yönetme ve yüksek kendini aşma karakter puanlarıyla ilişkili olduğunu ve mizaçla ilişkili olmadığını saptadık. Literatürde anksiyete bozukluğu hastalarının zarardan kaçınma mizaç puanlarının anlamlılığı ve çalışmamızda da anksiyete bozukluğuyla ilişkili olduğu halde dissosiyasyonu etkileyen faktörler incelendiğinde zarardan kaçınma mizaç özelliğinin dissosiyasyonu

etkilemediği dikkate alındığında dissosiyasyonun hem tanıdan hem de mizaç özelliklerinden bağımsız, karakter ve anksiyetenin kendisiyle ilişkili olduğu sđylenebilir. Dissosiyatif semptom geliştirme riski daha yđksek olan bir hasta kategorisi tanımlamak mđmkđn olmasa bile, potansiyel olarak yatkın kişilik özelliklerinin erken tanımlanması klinik olarak yararlı olabilir. Ek olarak, potansiyel olarak dissosiyatif semptom geliştirmeye yatkın olan kişilik özelliklerinin varlığı, dissosiyasyonun daha çok travmatik deneyimlerden kaynaklandığına dair tekrarlanan fikirlerin tartışılmaya ağılmasına katkıda bulunabilir.



## Kısıtlılıklar

Çalışmamıza alınan hastalarda anksiyete bozukluklarına sıklıkla eşlik eden depresyon eş tanısını hastaların son dönemlerdeki aktif yakınmalarını dikkate alarak ve çalışmamıza ağır depresif semptomları olanları (psikotik, intihar düşüncesi olması ve depresif duyguduruma eşlik eden intihar hikayesinin olması) dahil etmeyerek karıştırıcı faktör olmaktan çıkarmaya çalıştık. Bu anksiyete grubunun genel anksiyete popülasyonunu temsil etme gücünü düşürmüştür.

Diğer bir kısıtlılığımız kullandığımız değerlendirme ölçeklerin uygulanma süresinin görece uzun olması da dikkate alınarak katılımcılar yapılandırılmış klinik görüşme (SCID) ile taranamamıştır. Her ne kadar anksiyete bozuklukları spektrumundaki hastalar dahil edilmeye çalışılmış olsa da çalışmaya sadece yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk hastaları dahil edilmiştir. Bunda genel anksiyete grubunu temsil edecek oranda dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan kaygı bozukluğu hastasının olmamasının etkisi vardır. Toplamda altı fobik bozukluk hastasının çalışmaya katılmış olması ve bu katılımcıların istatistiksel olarak oluşacak anksiyete grubunu anksiyete bozukluklu bireyleri kapsayan genel popülasyonu temsil edemeyeceği düşünülerek esas olarak YAB ve PB hastalarını merkez alan bir araştırma haline getirilmiştir. Ancak, mevcut popülasyon üzerinden, hala, bütün olarak anksiyete bozuklukları grubu içindeki hastaların dahil edildiği bir çalışma olmayı sürdürmektedir. Kontrol grubuyla hasta grubunun yaş ve yıl olarak aldıkları eğitim süresi bakımından eşleştirilememiş olması çalışmamızın bir diğer kısıtlılığıdır. Bu kısıtlılık istatistik yöntemlerle kontrol edilmeye çalışılmıştır.

## 6.KAYNAKÇA

1. Uhlenhuth, E.H., et al., *A general anxiety-prone cognitive style in anxiety disorders*. J Affect Disord, 2002. **70**(3): p. 241-9.
2. Association, A.P., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. 2013: American Psychiatric Pub.
3. Holmes, E.A., et al., *Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications*. Clinical psychology review, 2005. **25**(1): p. 1-23.
4. Nuller, Y.L., *Depersonalisation-symptoms, meaning, therapy*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1982. **66**(6): p. 451-458.
5. Pego, J., et al., *Dissociation of the morphological correlates of stress-induced anxiety and fear*. European Journal of Neuroscience, 2008. **27**(6): p. 1503-1516.
6. Stockdale, G.D., et al., *Confirmatory factor analysis of single and multiple-factor competing models of the dissociative experiences scale in a nonclinical sample*. Assessment, 2002. **9**(1): p. 94-106.
7. Butler, L.D., et al., *Hypnotizability and traumatic experience*. The American journal of psychiatry, 1996. **153**(7): p. 42.
8. Korzekwa, M.I., et al., *Dissociation in borderline personality disorder: a detailed look*. Journal of Trauma & Dissociation, 2009. **10**(3): p. 346-367.
9. Dell, P.F. and J.A. O'Neil, *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. 2010: Routledge.
10. Sadock, B. and V. Sadock, *Kaplan and Saddock'' s Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı İstanbul: Güneç Kitabevleri*, 2007: p. 1559-1800.
11. E., G., *Psikanaliz ve Sonrası*. İstanbul: Metis Yayınları, 2005. **(On Birinci basım)**.
12. Tükel R and A. T, *Anksiyete Bozuklukları*, in *(1. Baskı)*. 2006, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları Pozitif Matbaacılık.
13. Berrios, G.E., *The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century*. 1996: Cambridge University Press.
14. Nutt DJ and B. JC, *Anxiety Disorders*. Blackwell Science Publishing, 2003.
15. Beck, A.T., G. Emery, and R.L. Greenberg, *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. 2005: Basic Books.

16. Riskind, J.H., *Looming vulnerability to threat: A cognitive paradigm for anxiety*. Behaviour Research and Therapy, 1997. **35**(8): p. 685-702.
17. Ganellen, R.J., et al., *Panic disorder, agoraphobia, and anxiety-relevant cognitive style*. Journal of affective disorders, 1986. **11**(3): p. 219-225.
18. Starcevic, V., et al., *Can levels of a general anxiety-prone cognitive style distinguish between various anxiety disorders?* Comprehensive psychiatry, 2012. **53**(5): p. 427-433.
19. Suveg, C., et al., *Emotion socialization in families of children with an anxiety disorder*. Journal of abnormal child psychology, 2005. **33**(2): p. 145-155.
20. Alkın, T. and E. Onur, *Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış*. E. Köroğlu, C. Güleç, ve S. Şenol. Psikiyatri Temel Kitabı, 2007: p. 296-303.
21. France R, R.M., *Cognitive Behavioural Therapy in Primary Care* London: Jessica Kingsley Publishers, (1997).
22. Calvo, M.G. and J.J. Miguel-Tobal, *The anxiety response: Concordance among components*. Motivation and Emotion, 1998. **22**(3): p. 211-230.
23. Nuss, P., *Anxiety disorders and GABA neurotransmission: a disturbance of modulation*. Neuropsychiatr Dis Treat, 2015. **11**: p. 165-75.
24. Spitzer, R.L. and J.B. Williams. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. in American Psychiatric Association. 1980. Citeseer.
25. Berksun, O., *Anksiyete ve anksiyete bozuklukları*. Baskı, Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Yayın, 2003(7).
26. Frances, A., H.A. Pincus, and M. First, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 1994: American Psychiatric Association Washington DC.
27. Şar, V., *DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış: "Batı cephesinde yeni bir şey yok" mu*. Klin Psikiyatr Derg, 2010. **13**: p. 196-208.
28. Hsu, K. and V. Marshall, *Prevalence of Depression and Distress in a Large Sample of*. Am J Psychiatry, 1987. **144**(12): p. 1561-1566.
29. Horwath, E., F. Gould, and M.M. Weissman, *Epidemiology of anxiety disorders*. Textbook of Psychiatric Epidemiology, 2011: p. 311-328.
30. Thompson, A., R. Bland, and H.T. Orn, *Relationship and chronology of depression, agoraphobia, and panic disorder in the general population*. Journal of Nervous and Mental Disease, 1989.

31. Katoch, V., H.P. Jhingan, and S. Saxena, *Level of anxiety and dissociation in patients with conversion and dissociative disorders*. Indian journal of psychiatry, 1994. **36**(2): p. 67.
32. Dorahy, M.J., et al., *Cognitive inhibition and interference in dissociative identity disorder: The effects of anxiety on specific executive functions*. Behaviour research and therapy, 2006. **44**(5): p. 749-764.
33. Cassano, G.B., et al., *Psychopathology, temperament, and past course in primary major depressions. 2. Toward a redefinition of bipolarity with a new semistructured interview for depression*. Psychopathology, 1989. **22**(5): p. 278-288.
34. Spiegel, D. and E. Cardeña, *Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited*. Journal of abnormal psychology, 1991. **100**(3): p. 366.
35. Sürmeli, A., *Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış*. C Güleç, E Köroğlu (eds.): Psikiyatri Temel Kitabı'nda, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997. **1**: p. 449-459.
36. Brunet A, H.D., Laurence JR. , *Dissociation*. In *Encyclopedia of the Neurological Sciences* (Eds MJ Aminoff, RB Daroff). 2001: San Diego, Academic Press. 304-307.
37. İ., Y., *Dissosiyatif bozukluklarda klinik muayene: semptomatoloji ve tanısal değerlendirme*. . 1998.Ege Psikiyatri Süreli Yayınları. 619-640
38. Romero-López, M.J., *A review of the dissociative disorders: from multiple personality disorder to the posttraumatic stress*. Anales de Psicología/Annals of Psychology, 2016. **32**(2): p. 448-456.
39. V, Ş., *Dissosiyatif Bozukluklar*. 2006: Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler yayın Birliği (E.Köroğlu-C Güleç Eds).
40. Spiegel, D., *Trauma, dissociation, and memory*. Ann N Y Acad Sci, 1997. **821**: p. 225-37.
41. E, I., *Dissosiasyon ve dissosiyatif bozukluklar.Nevrozlar*. 1996, Ankara: Kent Matbaa. 341-68.
42. Hoyer, J., et al., *Depersonalization/derealization during acute social stress in social phobia*. Journal of anxiety disorders, 2013. **27**(2): p. 178-187.
43. Gershuny, B.S. and J.F. Thayer, *Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration*. Clinical psychology review, 1999. **19**(5): p. 631-657.

44. H., T., *Ruhsal Travma ve Dissosiyatif Bozukluklar*. 1998, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 579-98.
45. Sanders, B. and M.H. Giolas, *Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents*. The American Journal of Psychiatry, 1991. **148**(1): p. 50.
46. Cardena E, B.E., *Defining (structural) dissociation: a debate*. J Trauma Dissociation. , 2011. **12**(4): p. 413–415.
47. Spiegel, D., et al., *Dissociative disorders in DSM-5*. Depress Anxiety, 2011. **28**(12): p. E17-45.
48. Nijenhuis, E.R. and O. van der Hart, *Dissociation in trauma: a new definition and comparison with previous formulations*. J Trauma Dissociation, 2011. **12**(4): p. 416-45.
49. Lanius, R.A., et al., *The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications*. Depression and anxiety, 2012. **29**(8): p. 701-708.
50. O'Driscoll, C., J. Laing, and O. Mason, *Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia, a review and meta-analysis*. Clinical Psychology Review, 2014. **34**(6): p. 482-495.
51. La Mela, C., et al., *Dissociation in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes*. Comprehensive psychiatry, 2010. **51**(4): p. 393-400.
52. Ball, S., et al., *Dissociative symptoms in panic disorder*. The Journal of nervous and mental disease, 1997. **185**(12): p. 755-760.
53. Mula, M., et al., *Clinical correlates of depersonalization symptoms in patients with bipolar disorder*. Journal of affective disorders, 2009. **115**(1-2): p. 252-256.
54. Parlar, M., et al., *Dissociative symptoms are associated with reduced neuropsychological performance in patients with recurrent depression and a history of trauma exposure*. European journal of psychotraumatology, 2016. **7**(1): p. 29061.
55. Watson, D., K.D. Wu, and C. Cutshall, *Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to dissociation*. Journal of Anxiety Disorders, 2004. **18**(4): p. 435-458.
56. Haaland, V. and N. Landrø, *Pathological dissociation and neuropsychological functioning in borderline personality disorder*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2009. **119**(5): p. 383-392.



57. Majohr, K.-L., et al., *Alexithymia and its relationship to dissociation in patients with panic disorder*. *The Journal of nervous and mental disease*, 2011. **199**(10): p. 773-777.
58. Prasko, J., et al., *Obsessive compulsive disorder and dissociation—comparison with healthy controls*. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 2010. **154**(2): p. 179-183.
59. Bae, H., D. Kim, and Y.C. Park, *Dissociation predicts treatment response in eye-movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder*. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2016. **17**(1): p. 112-130.
60. Kleindienst, N., et al., *State dissociation moderates response to dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in women with and without borderline personality disorder*. *European journal of psychotraumatology*, 2016. **7**(1): p. 30375.
61. Rufer, M., et al., *Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder*. *Psychotherapy and psychosomatics*, 2006. **75**(1): p. 40-46.
62. Spitzer, C., et al., *Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2007. **41**(8): p. 682-687.
63. Frewen, P.A. and R.A. Lanius, *Neurobiology of dissociation: Unity and disunity in mind–body–brain*. *Psychiatric Clinics*, 2006. **29**(1): p. 113-128.
64. van der Kloet, D., et al., *Fragmented Sleep, Fragmented Mind: The Role of Sleep in Dissociative Symptoms*. *Perspect Psychol Sci*, 2012. **7**(2): p. 159-75.
65. Hoeschel, K., et al., *Oligodipsia and dissociative experiences in borderline personality disorder*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2008. **117**(5): p. 390-393.
66. Giesbrecht, T., et al., *Cognitive processes in dissociation: an analysis of core theoretical assumptions*. *Psychological bulletin*, 2008. **134**(5): p. 617.
67. Soffer-Dudek, N., *Dissociation and dissociative mechanisms in panic disorder, obsessive–compulsive disorder, and depression: A review and heuristic framework*. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 2014. **1**(3): p. 243.
68. Dell PF, O.N.J., *Dell PF: The phenomena of pathological dissociation, in Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. . 2009. New York, Routledge/Taylor & Francis,. 225–238.

69. Wolfradt, U. and T. Meyer, *Interrogative suggestibility, anxiety and dissociation among anxious patients and normal controls*. Personality and Individual Differences, 1998. **25**(3): p. 425-432.
70. Mendoza, L., et al., *Depersonalization and personality in panic disorder*. Compr Psychiatry, 2011. **52**(4): p. 413-9.
71. Segui, J., et al., *Depersonalization in panic disorder: a clinical study*. Comprehensive Psychiatry, 2000. **41**(3): p. 172-178.
72. Simeon, D., et al., *Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases*. The Journal of clinical psychiatry, 2003.
73. Hinrichsen, H., et al., *Social anxiety and coping strategies in the eating disorders*. Eating behaviors, 2003. **4**(2): p. 117-126.
74. Michal, M., et al., *Depersonalization and social anxiety*. J Nerv Ment Dis, 2005. **193**(9): p. 629-32.
75. Evren, C., et al., *Social anxiety and dissociation among male patients with alcohol dependency*. Psychiatry research, 2009. **165**(3): p. 273-280.
76. Van der Hart, O., E.R. Nijenhuis, and K. Steele, *Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder*. Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 2005. **18**(5): p. 413-423.
77. Carlson, E.B. and F.W. Putnam, *An update on the dissociative experiences scale*. Dissociation: progress in the dissociative disorders, 1993.
78. Breslau, N., et al., *Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults*. Archives of general psychiatry, 1991. **48**(3): p. 216-222.
79. Koopman, C. and D. Spiegel, *Hypnotizability and Traumatic Experience: A Diathesis—Stress Model of Dissociative Symptomatology*.
80. Grabe, H.-J., C. Spitzer, and H.J. Freyberger, *Relationship of dissociation to temperament and character in men and women*. American Journal of Psychiatry, 1999. **156**(11): p. 1811-1813.
81. Romans, S.E., et al., *Psychological defense styles in women who report childhood sexual abuse: A controlled community study*. American Journal of Psychiatry, 1999. **156**(7): p. 1080-1085.
82. Taymur, İ. and M.H. Türkçapar, *Kişilik: tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2012. **4**(2).

83. DAL, Ö.G.V. and A.H. EROĞLU, *FARKLI KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNE SAHİP BİREYLERİN RİSK ALGILARININ TÜKETİCİ DAVRANIŞI AÇISINDAN İNCELENMESİ: ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA*. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2015. **20**(2): p. 361-385.
84. Öztürk O, U.A., *Kişilik Bozuklukları*. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara. 2015.
85. Songar, A., *Psikiyatri: modern psikobioloji ve ruh hastalıkları*. 1977: Geçit Kitabevi.
86. Köknel, Ö., *Kişilik. Yedinci Baskı. Altın Kitaplar Yay.* 1986, İstanbul.
87. Simanowitz, V. and P. Pearce, *Personality development*. 2003: McGraw-Hill Education (UK).
88. Farmer A, M.P., Williams J. , *Measuring Psychopathology*. New York, Oxford University Press, , 2002.
89. Leary, T., *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. 2004: Wipf and Stock Publishers.
90. Thomas, J.C. and D.L. Segal, *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology, Personality and Everyday Functioning*. Vol. 1. 2006: John Wiley & Sons.
91. Oldham, J., *Personality disorders: Recent history and future directions*. Textbook of personality disorders, 2005: p. 3-16.
92. Eysenck, S.B., H.J. Eysenck, and P. Barrett, *A revised version of the psychoticism scale*. Personality and individual differences, 1985. **6**(1): p. 21-29.
93. Karancı, N., G. Dirik, and O. Yorulmaz, *Eysenck kişilik anketi-gözden geçirilmiş kısaltılmış formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Türk Psikiyatri Dergisi, 2007. **18**(3): p. 1-8.
94. Svrakic, D.M., et al., *Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character*. Archives of general psychiatry, 1993. **50**(12): p. 991-999.
95. Arkar, H., et al., *Factorial structure, validity, and reliability of the Turkish temperament and character inventory*. Turk Psikiyatri Dergisi, 2005. **16**(3): p. 190.
96. Sadock BJ, S.V. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Vol. 8. 2007, Türkçe çeviri. Ankara: Öncü Basımevi. 367-382.
97. Goldsmith, H.H., et al., *Roundtable: What is temperament? Four approaches*. Child development, 1987: p. 505-529.

98. TEMPERAMENT, A.P.M.O. and P.M.H.V.K. CLONINGER'IN. *Psychobiological model of temperament and character: TCI*. in *Yeni Symposium*. 2003.
99. Cloninger, C.R., *A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal*. Archives of general psychiatry, 1987. **44**(6): p. 573-588.
100. Svrakic, D.M., et al., *Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2002. **106**(3): p. 189-195.
101. Arkar, H., *Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramının Türk örnekleminde sınanması*. 2004, Ege Üniversitesi.
102. Arkar, H., *Cloninger'in Mizaç ve Karakter Boyutları ile Kişilik Bozuklukları Arasındaki İlişki*. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2008. **11**(3).
103. Akdemir, A., et al., *Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı*. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1996. **4**(4): p. 251-259.
104. Hamilton, M., *The assessment of anxiety states by rating*. British journal of medical psychology, 1959. **32**(1): p. 50-55.
105. Yazıcı MK, D.B., Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. , *Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, derecelendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması*. Türkiye Psikiyatri Dergisi, 1998. **9**: p. 114-7
106. Hamilton, M., *A rating scale for depression*. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry, 1960. **23**(1): p. 56.
107. Bernstein, E.M. and F.W. Putnam, *Development, reliability, and validity of a dissociation scale*. Journal of nervous and mental disease, 1986.
108. Tezcan, E., et al., *Dissociative disorders in Turkish inpatients with conversion disorder*. Comprehensive psychiatry, 2003. **44**(4): p. 324-330.
109. Yargic, L.I., H. Tutkun, and V. Sar, *Reliability and validity of the Turkish version of the Dissociative Experiences Scale*. Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders, 1995.
110. Vanderlinden, J., et al., *The dissociation questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire*. Clinical Psychology & Psychotherapy, 1993. **1**(1): p. 21-27.

111. Şar V, *Dissosiyasyon Ölçeği(DIS-Q)-Türkçe Versiyon (Uyarlama)*. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Klinik Psikoterapi Birimi, İstanbul, 1996.
112. Cloninger, C.R., et al., *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. 1994.
113. Arkar, H., et al., *Mizaç ve karakter envanteri'nin Türkçe formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği*. Türk Psikiyatri Dergisi, 2005. **16**(3): p. 190-204.
114. Wittchen, H.U., *Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society*. Depression and anxiety, 2002. **16**(4): p. 162-171.
115. Atesci, F.Ç., et al., *Panik bozukluğunda özkiyim düşünceleri/Suicidal ideations in panic disorder*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003. **4**(2): p. 81.
116. Wittchen, H.-U., et al., *DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey*. Archives of general psychiatry, 1994. **51**(5): p. 355-364.
117. Hunter, E.C., M. Sierra, and A.S. David, *The epidemiology of depersonalisation and derealisation*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 2004. **39**(1): p. 9-18.
118. Sierra-Siebert, M. and A.S. David, *Depersonalization and individualism: the effect of culture on symptom profiles in panic disorder*. The Journal of nervous and mental disease, 2007. **195**(12): p. 989-995.
119. Michal, M., et al., *Prevalence, correlates, and predictors of depersonalization experiences in the German general population*. The Journal of nervous and mental disease, 2009. **197**(7): p. 499-506.
120. Ross, C.A., S. Joshi, and R. Currie, *Dissociative experiences in the general population: A factor analysis*. Psychiatric Services, 1991. **42**(3): p. 297-301.
121. Mula, M., S. Pini, and G.B. Cassano, *The neurobiology and clinical significance of depersonalization in mood and anxiety disorders: a critical reappraisal*. Journal of Affective Disorders, 2007. **99**(1-3): p. 91-99.
122. Simeon, D., et al., *Is depersonalization disorder initiated by illicit drug use any different? A survey of 394 adults*. The Journal of clinical psychiatry, 2009. **70**(10): p. 1358-1364.
123. Simeon, D., *Depersonalisation disorder*. CNS drugs, 2004. **18**(6): p. 343-354.
124. McWILLIAMS, L.A., B.J. Cox, and M.W. Enns, *Trauma and depersonalization during panic attacks*. American Journal of Psychiatry, 2001. **158**(4): p. 656-656.
125. Cassano, G.B., et al., *Derealization and panic attacks: a clinical evaluation on 150 patients with panic disorder/agoraphobia*. Comprehensive Psychiatry, 1989. **30**(1): p. 5-12.

126. Kamaradova, D., et al., *What are demographic and EEG differences between responding and non-responding panic disorder patients.* Neuroendocrinology Letters, 2013. **34**(2).
127. Ural, C., et al., *Open-longitudinal study of the effect of dissociative symptoms on the response of patients with panic disorder to venlafaxine.* Comprehensive psychiatry, 2015. **57**: p. 112-116.
128. Svrakic, D.M., T.R. Przybeck, and C.R. Cloninger, *Mood states and personality traits.* Journal of Affective Disorders, 1992. **24**(4): p. 217-226.
129. Wachleski, C., et al., *Harm avoidance and self-directedness as essential features of panic disorder patients.* Comprehensive psychiatry, 2008. **49**(5): p. 476-481.
130. Samochowiec, J., et al., *Personality profile of patients with anxiety disorder, as studied with the 16PF Cattell's questionnaire and Cloninger's TCI.* Psychiatria polska, 2005. **39**(3): p. 527-536.
131. Mörtberg, E., S. Bejerot, and A.Å. Wistedt, *Temperament and character dimensions in patients with social phobia: patterns of change following treatments?* Psychiatry research, 2007. **152**(1): p. 81-90.
132. Cloninger, C.R., *Temperament and personality.* Current opinion in neurobiology, 1994. **4**(2): p. 266-273.
133. Bersani, G., et al., *Dissociative symptoms in female patients with mood and anxiety disorders: a psychopathological and temperamental investigation.* European review for medical and pharmacological sciences, 2014. **18**(21): p. 3217-3222.
134. Goff, D.C., et al., *Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder.* Journal of Nervous and Mental Disease, 1992.
135. Simeon, D., et al., *Personality factors associated with dissociation: temperament, defenses, and cognitive schemata.* American Journal of Psychiatry, 2002. **159**(3): p. 489-491.
136. Ando, J., et al., *Genetic and environmental structure of Cloninger's temperament and character dimensions.* Journal of Personality Disorders, 2004. **18**(4): p. 379-393.
137. Mendoza, L., et al., *Depersonalization and personality in panic disorder.* Comprehensive psychiatry, 2011. **52**(4): p. 413-419.
138. Marchesi, C., et al., *The effect of temperament and character on response to selective serotonin reuptake inhibitors in panic disorder.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 2006. **114**(3): p. 203-210.

139. Praško, J., et al., *Influence of personality disorder on the treatment of panic disorder-comparison study*. Neuro Endocrinol Lett, 2005. **26**: p. 667-674.
140. Brändström, S., et al., *Swedish normative data on personality using the Temperament and Character Inventory*. Comprehensive psychiatry, 1998. **39**(3): p. 122-128.
141. Urgesi, C., et al., *The spiritual brain: selective cortical lesions modulate human self-transcendence*. Neuron, 2010. **65**(3): p. 309-319.
142. Blanke, O., et al., *Linking out-of-body experience and self processing to mental own-body imagery at the temporoparietal junction*. Journal of Neuroscience, 2005. **25**(3): p. 550-557.
143. Irle, E., et al., *Size abnormalities of the superior parietal cortices are related to dissociation in borderline personality disorder*. Psychiatry Research: Neuroimaging, 2007. **156**(2): p. 139-149.
144. Borg, J., et al., *The serotonin system and spiritual experiences*. American Journal of Psychiatry, 2003. **160**(11): p. 1965-1969.
145. Freese, T.E., K. Miotto, and C.J. Reback, *The effects and consequences of selected club drugs*. Journal of substance abuse treatment, 2002. **23**(2): p. 151-156.
146. Cloninger, C.R., *Completing the psychobiological architecture of human personality development: Temperament, character, and coherence*, in *Understanding Human Development*. 2003, Springer. p. 159-181.

## **EKLER**





## SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

**Hasta Ad-Soyad:**

**Tarih:**

**Hastanın yaşı:**

**Formu dolduran:**

**Hastanın cinsiyeti:**

**Doğum Yeri:**

**Adres:**

**Telefon numarası:**

**Hastanın DSM V'e göre tanısı ve alt tipi:**

**Geliş şekli:** (1)Kendi isteğiyle (2)Aile isteği (3)Konsültasyon (4)Adli

**Medeni Durum:** (1)Bekar (2)Evli (3)Boşanmış (4)Eşini kaybetmiş

**Evli olduğu süre:**

**Çocuk sayısı:**

**İş:** (1)Çalışmıyor (2)Yarı zamanlı çalışıyor (3)Tam zamanlı çalışıyor **Meslek:**

**Okuryazarlık durumu:** (1)Okur yazar (2)Okur yazar değil

**Okuduğu toplam yıl sayısı:**

**Ekonomik durumu:** (1)Zayıf (2)Orta (3)İyi

**Kaldığı yer:** (1)Kendi evi (2)Kira (3)Lojman (4)Bakımevi

**Birlikte yaşadığı kişiler:**

**Askerlik durumu: Askerlik yaptı mı?** (1)Evet (2)Hayır

**Askerlikten ne şekilde ayrıldı?** (1)Normal (2)Tıbbi gerekçelerle erken

**Alkol-Madde Kullanımı:**

**Hastalığının başlangıç yaşı:**

**Tedaviye ilk başlanılan yaş:**

**Tedavisiz geçirdiği süre:**

**Hastaneye yatış:** (1)Hayır (2)Evet

**Sayısı:**

**Süresi:**

**Hastalığı nedeniyle en son aldığı tedavi:**

**DISSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)**  
**Bernstein & Putnam,1986,1993**

Türkçe'ye uyarlayanlar: Vedat Şar, L.İlhan Yargıç, Hamdi Tutkun

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek:

%0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    %100

**SORULAR**

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0    10    20    30    40    50    60    70    80    90    %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanbaşıda duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları ( örneğin nikah ya da mezuniyet töreni ) hiç hatırlamadıklarını farkederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyredirken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi ( örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb. ) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş mi olduklarını ( örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü ) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içersinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

## EK:DİSSOSİYASYON ÖLÇEĞİ (DIS-Q)

Türkçeye çeviren: Vedat Şar

Bu soru formunda iki bölüm bulunmaktadır.Giriş bölümünde yaşınız ve eğitim durumunuz kişisel bilgiler sorulmaktadır. İkinci bölümde ise her soruda bir yaşantı tarif edilerek sizde ne derecede görüldüğü sorulmaktadır. Anlatılan durum sizde sadece alkol, ilaç ya da bir uyuşturucu madde etkisiyle meydana geldiyse dikkate alınmaz. Anketi cevaplandırırken lütfen her soruda size uygun düşen rakamı daire içine alarak işaretleyiniz.

### Örnek

Aşağıda anlatılan durum size ne derecede uymaktadır. İşaretleyiniz.

Kafamı toplamakta güçlük çekiyorum.

1 2 3 4 5

Bu rakamlardan birini daire içine alarak bu yaşantının sizde olup olmadığını ya da ne derecede olduğunu belirtebilirsiniz. Eğer yukarıdaki örnekte olduğu gibi "orta derecede" ifadesi sizin durumunuza uyuyorsa 3 rakamını işaretleyiniz. Sizin durumunuza en çok uyan rakamı her soru için ayrı ayrı işaretleyiniz.

- 1= Benim durumuma hiç uymuyor
- 2= Benim durumuma biraz uyuyor
- 3= Benim durumuma orta derecede uyuyor
- 4= Benim durumuma çok uyuyor
- 5= Benim durumuma tam olarak uyuyor

## BİRİNCİ BÖLÜM

Hatırladığımız kadarı ile, çocukluğunuz dahil yaşamınız boyunca, size ağır derecede zarar veren, ölümle yüz yüze getiren ya da çok sarsıcı ve üzücü bir olay başınızdan geçti mi?

Hayır.....

Evet, örneğin (bir kaç tane birden işaretleyebilirsiniz)

Vücutça ağır yaralanma.....

Şiddetli dayak.....

Savaşa katılma.....

Aile içinden birinin cinsel bakımdan yaklaşması.....

Aile dışından birinin cinsel bakımdan taciz/istismar etmesi.....

Aşağılanma, aşırı derecede eleştirilme.....

Başka (ne olduğunu belirtiniz).....

## İKİNCİ BÖLÜM

1=Hiç	2= Biraz	3=Orta	4= Çok	5=Tam
1. Bazan rüyadaymışım gibi geliyor.				
2. Her şeyin gerçek dışı olduğu hissi bende devamlı olarak var.				
3. Zaman zaman vücudumla bağlantım kopmuş gibi oluyor.				
4. Hiç düşünmeksizin tıka basa yemek yediğim oluyor.				
5. Araba kullanırken ya da yolda yürürken birden fark ediyorum ki, yol boyunca neler olduğunu hatırlamıyorum.				
6. Hiç bir sebep yokken ve kendim de istemediğim halde gülme ya da ağlama krizi tutuyor.				
7. Bazan sanki bir başkası olmuşum gibi geliyor.				
8. Kimi zaman, bir başkasını dinlerken birden fark ediyorum ki sanki anlatılanların hiç birini (ya da bir bölümünü) duymamışım.				
9. Kimi zaman, yorgun olduğumda, sanki dışardan yabancı bir güç bana hakim olmuş ve ne yapacağıma karar veriyormuş gibi geliyor.				
10. Olmayı hiç istemediğim durumlara giriyorum.				
11. Zaman zaman, kendimle, düşündüklerim ve yaptıklarım arasında büyük fark hissediyorum.				
12. Bazan tam olarak kim olduğumu bilemiyorum.				
13. Eşyalığım arasında satın aldığımı hatırlamadığım yeni şeyler bulduğum oluyor.				
14. Sıklıkla, aç olmadığım halde bir şeyler yeme isteği duyuyorum.				
15. Hiç istemediğim halde öfkelenmişim oluyor.				
16. Bazan bir şey yapmaya karar vermişken vücudum irademe aykırı olarak tamamen farklı davranıyor.				
17. Zaman zaman şaşkınlaşıyorum ve kafam karışıyor.				
1=Hiç	2= Biraz	3=Orta	4= Çok	5=Tam
18. Bazan, bir önceki gün (ya da günlerde) nerede olduğumu hatırlayamıyorum.				
19. Zaman zaman aileme ya da arkadaşlarıma sanki yabancıymışlar gibi davrandığım söyleniyor.				
20. Bazı durumlarda kendimi çift kişilikli bir insan gibi görüyorum.				
21. ...nemli olayları (örneğin mezuniyet) hatırlamadığım olur.				



22. Bazan bir şey söyleyecek iken ağızımdan tamamen farklı bir şey çıkıyor.	1	2	3	4	5		
23. Ruh halim aniden tamamen değişebiliyor.			1	2	3	4	5
24. Bir şeyi aklım başka yerde olarak yaptığım oluyor.			1	2	3	4	5
25. Başkalarının bana söylediği şeyleri hemen unutuyorum.			1	2	3	4	5
26. Bazan bir şey yaparken birden zihnim boşalıyor ve takılıp kalıyorum.			1	2	3	4	5
27. Bazan aynaya baktığımda kendimi tanıyamıyorum.			1	2	3	4	5
28. Bazan vücudumun değişmekte olduğu hissini duyuyorum.			1	2	3	4	5
29. Kimi zaman insanların, eşyaların ve çevremdeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyuyorum.			1	2	3	4	5
30. Vücudum sanki bana ait değilmiş gibi geliyor.			1	2	3	4	5
31. Televizyon seyrederken çevremde olan biten hiç bir şeyi farketmiyorum.			1	2	3	4	5
32. Bazan geçen zamanın bir bölümü aklımda hiç yer etmiyor, öyle ki ben o boşluk sırasında neler yapmış olduğumu hiç hatırlayamıyorum.			1	2	3	4	5
33. Eskiden olmuş bir şeyi o kadar canlı hatırlayabiliyorum ki sanki o olayı baştan yaşıyor gibi oluyorum.			1	2	3	4	5

34. Bazan ne yapacağıma sanki içimdeki bir başkası karar veriyor gibi geliyor.

1=Hiç	2= Biraz	3=Orta	4= Çok	5=Tam
-------	----------	--------	--------	-------

35. Kimi zaman hiç hatırlamadığım halde bazı şeyleri yapmış olduğumu farkediyorum.	1	2	3	4	5
36. Bazı şeyleri yapmaktan kendimi alakoyamıyorum.	1	2	3	4	5
37. Bazan kendimi nasıl geldiğimi bilmediğim ve tanımadığım bir yerde buluyorum.	1	2	3	4	5
38. Zaman zaman aklıma gelen bazı olaylar gerçekten başımdan geçti mi yoksa yalnızca rüyamda mı gördüm, karıştırıyorum.	1	2	3	4	5
39. Bazan kendimi, bilinen ama bana yabancı ve bilinmedik gibi gelen bir yerde buluyorum.	1	2	3	4	5
40. Bazı şeyleri neden olduğunu bilmeksizin yaptığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
41. Bazan bir şeyi bana hiç uymayan ve hoşlanmadığım bir tarzda düşünüyor ya da yapıyorum.	1	2	3	4	5
42. Kendimi yaptığım her şeyde yakından gözlediğimi farkediyorum.	1	2	3	4	5
43. Kendimi düşüncelere ya da hayallere o kadar kaptırıyorum ki sanki onlar gerçekten başımdan geçiyor gibi geliyor.	1	2	3	4	5

44. Bazan gözüm dalıyor ve aklımda bir şey olmaksızın amaçsız bir biçimde boşluğa bakıyorum.	1	2	3	4	5
45. Hiç bir şey düşünmediğim sık oluyor.	1	2	3	4	5
46. Kötü alışkanlıklarına karşı durmakta çok zorluk çekiyorum.	1	2	3	4	5
47. Bazan bir şeyi nereye koyduğumu unutuyorum.	1	2	3	4	5
48. Yemek yerken aklım başka yerde oluyor.	1	2	3	4	5
49. Kendimi hayallere dalmış durumda bulduğum oluyor.	1	2	3	4	5
50. Kendime daha fazla hakim olabilmeyi isterdim.	1	2	3	4	5
51. Yürürken attığım her adımın farkında oluyorum.	1	2	3	4	5

1=Hiç	2= Biraz	3=Orta	4= Çok	5=Tam
-------	----------	--------	--------	-------

52. Başka durumlarda pek elimden gelmeyen bazı şeyleri kimi zaman kolayca yapıyorum (örneğin spor yaparken ya da çalışırken, insanlarla temas kurarken).	1	2	3	4	5
53. Yemek yerken çenemin her hareketinin farkındayım.	1	2	3	4	5
54. Zaman kavramını tamamen yitirdiğim (zamandan habersiz olduğum) oluyor.	1	2	3	4	5
55. Bir şeyi yapmayı sadece aklımdan mı geçirdim yoksa gerçekten yaptım mı hatırlamadığım oluyor.	1	2	3	4	5
56. Bazan kendimi iki farklı şeyi aynı zamanda yapmak istiyor ve hangisinin daha uygun olacağı konusunda tartışırken buluyorum.	1	2	3	4	5
57. Bazan zihnim ikiye bölünmüş gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
58. Eşyalarım arasında yaptığımı hatırlamadığım fakat bana ait olması gereken yazılar, çizimler ya da notlar bulduğum oluyor.	1	2	3	4	5
59. İçimde iki (ya da daha fazla) kişi varmış gibi hissettiğim oluyor.	1	2	3	4	5
60. Bir şey yaparken sıklıkla aklım başka yerde oluyor.	1	2	3	4	5
61. Kafamın içinde ne yapmam gerektiğini söyleyen ya da yaptıklarım hakkında yorumda bulunan sesler duyduğum oluyor.	1	2	3	4	5
62. Kendimi başkalarının gördüğünden farklı gördüğüm oluyor.	1	2	3	4	5
63. Dışarıya bir sis perdesi arkasından baktığımı hissettiğim oluyor, o zaman çevremdeki insanlar ve eşyalar uzakta ve belirsiz görünüyorlar.	1	2	3	4	5

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 su anda nasıl hissettiğiniz değil ÇOĞU ZAMAN ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız. Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca "D" ya da "Y" seçeneğini daire içine almanız yeterlidir. Bir örnek:

ÖRNEK

DOGRU YANLIŞ

Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum. D Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için "D"yi daire içine alınız.)

\*\*\*\*\*

Tüm ifadeleri dikkatlice okuyunuz ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Yanıttan emin olmasanız bile her ifadeyi yanıtlamaya çalışınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987 1992 C. R. Cloninger

Türkçe TCI © 2001 Samet Köse Kemal Sayar

Türkçe TCI'nin eser sahipliği hakları Samet Köse ve Kemal Sayar'a aittir. Yazarların izni olmaksızın her türlü kullanımı eser sahipliğinden doğan hakların ihlalini oluşturur ve etik değildir.

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

14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa genellikle kendi tarzıma göre yaparım. D Y
15. Çoğu zaman çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir. D Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden genellikle hoşlanmam. D Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır. D Y
18. Birçok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile zengin ve ünlü olmak için yasal olan hemen her şeyi yapardım. D Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir. D Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için çoğu zaman yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım. D Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım. D Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum. D Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan çoğu zaman "dalgın" olarak adlandırılırım. D Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim. D Y
25. Bir başkasının duygularını çoğu zaman kendiminkiler kadar dikkate alırım. D Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için çoğu zaman yabancılarla tanışmaktan kaçırım. D Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım. D Y
29. Bir iş yaparken "yeni ve geliştirilmiş" yollardan çok eski "denenmiş ve doğru" yolları tercih ederim. D Y
30. Zaman yokluğu nedeniyle genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam. D Y
31. Çoğu zaman hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım. D Y
32. Çoğu zaman başka herkesten daha zeki olmayı dilerim. D Y
33. Düşmanlarımdan acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir. D Y
34. Her ne zaman olursa olsun çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım. D Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür. D Y
36. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak çoğu zaman bana anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü alışkanlıklar kazandırdı. D Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim. D Y
38. Yaşamda bilimsel olarak açıklanamayan birçok şeye hayran olurum. D Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim birçok kötü alışkanlığım var. D Y
40. Sorunlarıma çoğu zaman bir başkasının çözümü D Y sağlamasını beklerim.
41. Çoğu zaman nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım. D Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm. D Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum. D Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez. D Y
45. Kendimi rahatlamış hissederken çoğu zaman beklenmedik iç görü ya da anlayış parıltıları yasarım. D Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırım. D Y



47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım. D Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir. D Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez. D Y
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz. D Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür. D Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok iyi bir dinleyiciyimdir. D Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim. D Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda çoğu kimseden daha sıkılganımdır. D Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır. D Y
56. Bazen neler olacağımla sezmemeye olanak veren bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir. D Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi genellikle acısını çıkartmaya çalışırım. D Y
58. Tutumlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım. D Y
60. Çoğu zaman başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim. D Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım. D Y
63. Çok kolay yorulduğumdan çoğu zaman kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım. D Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım. D Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmağısızın daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm. D Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim. D Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda genellikle sakin ve güvenli kalırım. D Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım. D Y
69. Kişisel sorunlarımı çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem. D Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa evde oturmaktan hoşlanırım. D Y
71. Kendilerine yardımcı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum. D Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile başkalarına haksızca davranırsam zihinsel huzurum kalmaz. D Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar. D Y
74. Çoğu zaman sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim. D Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım. D Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım. D Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim. D Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım. D Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider. D Y
80. Bir grup yabancıyla buluşunca bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm. D Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir. D Y

82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etrafla düşünürüm. D Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm. D Y
84. Çoğu zaman etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim. D Y
85. Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim. D Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor. D Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım. D Y
88. Dinsel yaşantılar yaşamımın gerçek amacını anlamama yardımcı olmuştur. D Y
89. Çoğu zaman başkalarından çok şey öğrenirim. D Y
90. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak pek çok şeyde iyi ve başarılı olmama olanak vermiştir. D Y
91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim. D Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme destek ya da güvenceye gereksinim duyarım. D Y
93. Yaşamın kurallarının olduğunu ve hiç kimsenin sonunda bedelini ödemeksizin bu kuralları çiğneyemeyeceğini bilirim. D Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem. D Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için kendi yaşamımı severek riske ederim. D Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim. D Y
97. Bazen yaşamımın herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm. D Y
98. Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım. D Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım. D Y
100. Birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek benim için kolaydır. D Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu zaman öylesine güçlü tepki veririm ki pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım. D Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim. D Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım. D Y
104. Öyle çok kusurluyum ki bu yüzden kendimi pek de sevmem. D Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var. D Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için çoğu zaman sorunların gereğine bakamam. D Y
107. Çoğu zaman zamanın akısını durdurabilmeyi dilerim. D Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim. D Y
109. Biriktirmektense para harcamayı yeğlerim. D Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine saka yapmak için doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm. D Y
111. Sorunlar olsa bile bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesi için çalışırım. D Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım. D Y
113. Çok gergin yorgun ya da endişeli olacağım için işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür. D Y
114. İşleri eskiden olduğu gibi yapmayı bırakmadan önce genellikle çok gerçekçi gerekçeler talep ederim. D Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım. D Y



116. Duygu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi) gerçekten de mümkün olduğuna inanırım. D Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımla çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim. D Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile çoğu zaman aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm. D Y
119. Hemen herkes korksa bile ben hemen her zaman rahat ve tatasız kalırım. D Y
120. Hüzünlü şarkıları ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum. D Y
121. Koşullar çoğu zaman beni irademim dışında bir şeyler yapmaya zorlar. D Y
122. Benim için benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür. D Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin sadece şans eseri olduğunu düşünürüm. D Y
124. Birisi beni incitirse intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim. D Y
125. Çoğu zaman yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum. D Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum. D Y
127. Başkalarıyla olabildiğince is birliği yapmaya çalışırım. D Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahatır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir. D Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim. D Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin çoğu zaman içgüdülerimi önsezi ve sezgilerimi izlerim. D Y
131. İnsanlar benden beklediklerini yapmadığımda çoğu zaman benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler. D Y
132. Çoğu zaman etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim. D Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek benim için genellikle kolaydır. D Y
134. Başkaları benden daha çok iş beklese bile olabildiğince az iş yapmaya çalışırım. D Y
135. İyi alışkanlıklar benim için "ikincil huy" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır. D Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden çoğu zaman rahatsızlık duymam. D Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır böylece onları gerçekten anlayabilirim. D Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar. D Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir. D Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım. D Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile çoğu zaman işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim. D Y
142. Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim. D Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden arkadaşlarımla duygularımı anlamakta güçlük çekerler. D Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol var olduğunu söylese bile işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim. D Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın akıllıca olmadığını düşünürüm. D Y
146. Düşmanlarımla acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım. D Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum. D Y
148. Yaptığım her iste ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım. D Y

149. Endişeye kapıldığımda arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum işi bırakırım. D Y
150. Çoğu zaman başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir. D Y
152. Çoğu zaman kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki bir an nerede olduğumu unuturum. D Y
153. Bir ekibin üyeleri kendilerine düşen payı nadiren eşit biçimde alırlar. D Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir. D Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam. D Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılman değilimdir. D Y
158. Çoğu zaman arkadaşlarımla arzularına boyun eğirim. D Y
159. Zamanımın çoğunu gerekli gibi görünen ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım. D Y
160. Ticari kararlarda neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dini ya da ahlaki ilkelerin etkin olması gerektiğini düşünmem. D Y
161. Başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için çoğu zaman kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım. D Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır. D Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için savaş yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım. D Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem. D Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar hemen hiç heyecanlanmam. D Y
166. Düşündüğümde daha uzun sürerse çoğu zaman o işi bırakırım. D Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim. D Y
168. Bana yanlış davranan birisini çoğu zaman çabucak bağışlarım. D Y
169. Davranışlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle çoğu zaman kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım. D Y
171. İşlerin yapılması için bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim. D Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım. D Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan kendimi daha coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur. D Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir. D Y
175. Duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım. D Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım. D Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar güçlü şekilde yol gösterir. D Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır. D Y
179. Çoğu zaman sonsuza değin yaşamak isterim. D Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım. D Y
181. Hüznü bir film seyrederken ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır. D Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum. D Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda çoğu zaman kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim. D Y
184. Çoğu ayartıcı durumda kendime güven duyabilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir. D Y



185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar. D Y
186. Önemsiz ya da kötüyümüş gibi görünseler bile herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir. D Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için çabuk kararlar vermekten hoşlanırım. D Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle sansım yaver gider. D Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi) genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim. D Y
190. Başarılı olma şansını olmadıkça bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum. D Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım. D Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa biriktirmekten zevk alırım. D Y
193. Bireysel haklar herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir. D Y
194. Kendimi ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu. D Y
195. Ansızın var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu yaşadığım epeyce coşkulu anlarım oldu. D Y
196. İyi alışkanlıklar işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır. D Y
197. Çoğu kimse benden daha çok becerikli görünür. D Y
198. Sorunlarım için çoğu zaman başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım. D Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım. D Y
200. Çoğu zaman tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıyım hissinde kapılırım. D Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile çok fazla "açılmamayı" tercih ederim. D Y
202. Kendimi zorlamaksızın genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle "meşgul" kalabilirim. D Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermeme isteseler bile karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm. D Y
204. Bir şeyi yanlış yaparken yakalandığımda, sorundan kurtulmayı beceremem. D Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir. D Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu sadece bir görüş meselesidir. D Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm. D Y
208. Tüm yaşamın bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım. D Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm. D Y
210. İnsanlar yardım sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler. D Y
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada çoğu kimseye göre daha geriyimdir. D Y
212. Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile yalan söylemekte sıkıntı yasarım. D Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar vardır. D Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem. D Y
215. Sıradan bir şeye bakarken çoğu zaman olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım. D Y
216. Tanıdığım çoğu kimse başkalarının incinebileceğine aldırmaksızın yalnızca kendisini düşünür. D Y

217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle gergin ve endişeli hissederim. D Y
218. Çoğu zaman kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım. D Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür. D Y
220. Mistik yaşantı söylentileri muhtemelen sadece birer hüsnü kuruttudan ibarettir. D Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır. D Y
222. Herhangi bir kişinin acı çektiğini görmekten nefret ederim. D Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum. D Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için düzenli olarak zaman ayırım. D Y
225. Çok dikkatli olmazsam benim için işler çoğu zaman ters gider. D Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda genellikle daha iyi hissederim. D Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın mümkün olmadığını düşünürüm. D Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için başkalarına çoğu zaman sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir. D Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam. D Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim. D Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum. D Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim. D Y
233. Zor durumları genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm. D Y
234. Benimle ilgili kimseler işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar. D Y
235. Sahtekar olmak yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır. D Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim. D Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde her şeyi okumaktan hoşlanırım. D Y
238. Yeni bir şey olmadığında genellikle heyecan ya da coşku verici bir şeyler aramaya başlarım. D Y
239. Bazen keyifsiz olurum. D Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum. D Y