



T. C.

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ**  
**İNSANLARIN EVLİLİK UYUMU, DÜRTÜSELLİK VE ÖFKE**  
**KAVRAMLARININ BAĞLANTISALLIĞI AÇISINDAN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**NERGİZ AKTAŞ**

**(144102096)**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Birim SUNGU TALU**

**İstanbul, 2017**



T. C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ  
İNSANLARIN EVLİLİK UYUMU, DÜRTÜSELLİK VE ÖFKE  
KAVRAMLARININ BAĞLANTISALLIĞI AÇISINDAN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**NERGİZ AKTAŞ**

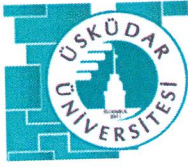
**(144102096)**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Birim SUNGU TALU**

**İstanbul, 2017**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	:	
Öğrenci Adı Soyadı	:	Nergiz AKTAŞ
Anabilim Dalı	:	Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	:	Yrd. Doç. Dr. Birim SUNGU TALU
Tezin Başlığı	:	BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ İNSANLARIN EVLİLİK UYUMU, DÜRTÜSELLİK VE ÖFKE KAVRAMLARININ BAĞLANTISALLIĞI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	:	02.06.2017	Saati	:	13:30
Öğrenci Savunmaya	:	<input checked="" type="radio"/> GELDI			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,					
<input checked="" type="radio"/> OY BIRLIGI <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU					
<input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.					
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)					
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDEDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.					
Savunmada Tezin Başlığı	:	<input checked="" type="radio"/> Değişmedi.	<input type="radio"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:				
Öğrenci Savunmaya	:	<input type="radio"/> GELMEDI			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,					
<input type="radio"/> OY BIRLIGI ile <b>REDEDEDİLMİŞTİR.</b>					

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Birim SUNGU TALU	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL	
Üye	Doç. Dr. Korkut ULUCAN	

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Bipolar Affektif Bozukluk Tanısı Almış ve Almamış İnsanların Evlilik Uyumu, Dürtüsellik ve Öfke Kavramlarının Bağlantısallığı Açısından Değerlendirilmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih:

.../.../.....

Nergiz AKTAŞ

İmza:

## TEŞEKKÜR

Koşulsuz kabulü ve tüm desteği ile bugüne gelebilmemde çok büyük emeği olan , fedakar ve sevgi dolu annem Neriman AKÇİÇEK, çocukluğumdan itibaren bilimsel düşünmeyi, sorgulamayı ve evrensel olabilmeyi öğreten değerli babam Erdoğan AKTAŞ , ilk arkadaşım ve can yoldaşım ablam Tuğba AKTAŞ TANAY, desteğini esirgemeyen ,bilgileriyle her zaman hayatıma ışık tutan , tüm koşullarda yanımda olan değerli ve biricik hayat arkadaşım, eşim MEHMET MENKE , kendime çok yakın hissettiğim ve ihtiyacım olduğunda her zaman yanımda olmayı başaran bir tanecik yeğenim Taylan YILMAZ ve yanımda olan tüm kuzenlerim, arkadaşlarım ve yakınlarıma teşekkür ederim.

En önemlisi ise tezimin konusunun belirlenmesinde, araştırma aşamasında, yazım aşamasında tüm bilgi ve desteğini benden esirgemeyen, çok kıymetli ve değerli tez danışman hocam Birim SUNGU TALU ' YA teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

(Aktaş, Nergiz, Yüksek Lisans Tezi, 2017)

### **BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ İNSANLARIN EVLİLİK UYUMU, DÜRTÜSELLİK VE ÖFKE KAVRAMLARININ BAĞLANTISALLIĞI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bu çalışmada bipolar affektif bozukluk tanısı almış ve almamış insanların evlilik uyumu, dürtüsellik ve öfke düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla NP İstanbul Hastanesine başvuran bipolar affektif bozukluk tanısı almış 30 katılımcıya ve 30 katılımcıdan oluşan sağlıklı kontrol grubuna Evlilik Uyumu Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği uygulanmıştır. Bipolar affektif bozukluk hastalarının eşlerine ve sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların eşlerine de sadece Evlilikte Uyum Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda bipolar bozukluk hastalarında evlilik uyumu, dürtüsellik ve öfke düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bipolar affektif bozukluk hastaları ile sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında hasta grubunun sağlıklı gruba göre dürtüsellik ve öfke düzeylerinin yüksek olduğu, evlilik uyumlarının da düşük olduğu bulunmuştur. Bipolar affektif bozukluk hastalarının eşleriyle evlilik uyumu düzeyleri arasındaki korelasyon anlamlı bulunmazken, sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların evlilik uyum düzeyleri ile eşlerinin evlilik uyum düzeyleri arasında yüksek korelasyon saptanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** evlilik uyumu, dürtüsellik, öfke ve öfke ifade tarzları, bipolar bozukluk

## **ABSTRACT**

**(Aktaş, Nergiz, Master of Science Thesis, 2017)**

### **MARITAL ADJUSTMENT, IMPULSIVITY AND ANGER AMONG BIPOLAR DISORDER PATIENTS AND HEALTHY CONTROLS**

In this study, it was aimed to investigate the relationship between marital adjustment, impulsivity and anger levels of bipolar affective disorder patients. For this purpose, Marital Adjustment Scale, Barratt Impulsivity Scale and Continuous Anger and Anger Expression Scale were administered to a healthy control group consisting of 30 participants and 30 participants who were diagnosed with bipolar affective disorder, applied to NP Istanbul Hospital. Only the Marriage Compliance Scale was administered to the spouses of the bipolar affective disorder patients and to the spouses of participants in the healthy control group. As a result of the research, significant correlations were found between marital adjustment, impulsivity and anger levels in bipolar disorder patients. When bipolar affective disorder patients were compared with healthy controls, it was found that impulsivity and anger levels were higher and marital adjustment was lower in the patient group than in healthy group. There was no significant correlation between marital adjustment levels of spouses of bipolar affective disorder patients and marital adjustment levels of participants in healthy control group and marital adjustment levels of spouses were found to be highly correlated.

**Key words:** marital adjustment, impulsivity, anger and anger expression, bipolar disorder

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

Tez Savunma Tutanağı	
Yemin Metni	
Teşekkür	
Özet	i
Abstract	ii
İçindekiler	iii
Tablolar	v
1. GİRİŞ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	2
2. İLGİLİ LİTERATÜR	4
2.1. Bipolar Bozukluk	4
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	4
2.1.2. Sınıflandırma ve Klinik Özellikler	5
2.1.2.1. Manik Dönem	5
2.1.2.2. Hipomani Dönemi	6
2.1.2.3. Karma Dönem	7
2.1.2.4. Depresif Dönem	7
2.1.3. Etiyolojisi	7
2.1.3.1. Biyolojik Etkenler	8
2.1.3.2. Psikososyal Etkenler	8
2.2. Dürtüsellik	9
2.2.1. Tanımı	9
2.2.2. Dürtüsellik ve Psikolojik Kuramlar	11
2.2.3. Dürtüsellik ve Bipolar Bozukluk	14
2.3. Öfke ve Öfke İfade Tarzları	16
2.3.1. Öfke ve Kuramsal Yaklaşımlar	18
2.3.2. Bipolar Bozukluk ve Öfke İlişkisi	20
2.4. Evlilik Uyumu	21



2.4.1. Evlilik Uyumuna Kurumsal Yaklaşımlar	24
2.4.2. Bipolar Bozukluk ve Evlilik Uyumu İlişkisi	27
2.5. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilerle İlgili Diğer Çalışmalar	31
3. YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Örneklemi	36
3.2. Veri Toplama Araçları	36
3.2.1. Sosyodemografik Form	36
3.2.2. Barratt Dürtüsellik Ölçeği	36
3.2.3. Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği	37
3.2.4. Evlilikte Uyum Ölçeği	37
3.3. İşlem	38
3.4. Verilerin Analizi	38
4. BULGULAR	39
4.1. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar	39
4.2. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Karşılaştırmalar	42
4.2.1. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Dürtüsellik Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması	42
4.2.2. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları Açısından Karşılaştırılması	44
4.2.3. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Evlilik Uyumları Açısından Karşılaştırılması	45
4.3. Demografik Özelliklere Göre Ölçeklerden Alınan Puanların Karşılaştırılması	47
4.3.1. Demografik Özelliklere Göre Bipolar Bozukluk Hastalarının ve Sağlıklı Kontrollerin Dürtüsellik Düzeyleri	47
4.3.2. Demografik Özelliklere Göre Bipolar Bozukluk Hastalarının ve Sağlıklı Kontrollerin Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları	51
4.3.3. Demografik Özelliklere Göre Bipolar Bozukluk Hastalarının ve Sağlıklı Kontrollerin Evlilik Uyumları	52
4.4. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiler	53
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	59
6. KAYNAKLAR	68
EKLER	80
	87

## TABLolar

	Sayfa No
Tablo 1. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Demografik Değişkenlere İlişkin Frekans Dağılımları, Yüzelikler ve Ki-Kare Bulguları	40
Tablo 2. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Klinik ve Demografik Özelliklerine İlişkin Ortalamalar	41
Tablo 3. Bipolar Bozukluk Hastalarının Klinik Özelliklerine İlişkin Ortalamalar	42
Tablo 4. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları	43
Tablo 5. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları	45
Tablo 6. Bipolar Bozukluk Hastaları ve Eşleri ile Sağlıklı Kontroller ve Eşlerinin Evlilikte Uyum Ölçeği Ortalama Puanları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları	46
Tablo 7. Bipolar Bozukluk Hastaları ve Sağlıklı Kontroller ile Eşlerinin Evlilikte Uyum Ölçeği Ortalama Puanları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları	47
Tablo 8. Evlilik Süresine Göre Bipolar Bozukluk Hastalarının ve Sağlıklı Kontrollerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği Ortalama Puanları, Standart Sapmaları ve Kruskal Wallis Testi Bulguları	48
Tablo 9. Bipolar Bozukluk Hastaları ve Sağlıklı Kontrollerin Demografik Özellikleri ile Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyonları	50
Tablo 10. Bipolar Bozukluk Hastaları ve Sağlıklı Kontrollerin Demografik Özellikleri ile Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyonları	51
Tablo 11. Bipolar Bozukluk Hastaları İle Sağlıklı Kontrollerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve Alt Ölçekleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyonu	53
Tablo 12. Bipolar Bozukluk Hastaları İle Sağlıklı Kontrollerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve Alt Ölçekleri ile Evlilikte Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyonu	56
Tablo 13. Bipolar Bozukluk Hastaları İle Sağlıklı Kontrollerin Evlilikte Uyum Ölçeği ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyonu	57
Tablo 14. Bipolar Bozukluk Hastaları ve Eşleri İle Sağlıklı Kontroller ve Eşlerinin Evlilikte Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyonu	58

## 1. GİRİŞ

Bipolar bozukluk depresif ve manik duygu durum değişikliklerini içeren, kişinin bazı dönemlerde tamamen sağlıklı bir duygu duruma kavuşabildiği ve kronikleşen bir psikolojik bozukluktur. Bipolar bozukluğu olan kişilerin manik ve depresif dönemlerde olağan yaşantılarından farklı bir şekilde davrandıkları görülmektedir. Bu bireylerin yaşamlarında depresif dönemlerinde yoğun bir elem ve hüzün hâkimken, manik dönemde ise neşelerinde şiddetli artış görülmektedir (Işık, 2003). Bozukluğun çeşitli biyolojik ve psikososyal etkenlere bağlı olarak ortaya çıkabileceği bildirilmiştir (Öztürk-Uluşahin, 2008).

Dürtüsellik, çeşitli psikolojik ve nöropsikiyatrik bozukluklarla ilişkisi olan önemli bir klinik sorundur ve bir davranışın bilişsel tasarımı bitmeden önce eyleme dönüşmesi, ciddi derecede riskli ve içinde bulunduğu ortama uymayan ve eylemin gerçekleşmesinden sonra kişiyi rahatsız eden, istenmeyen şekilde sonuçlanan davranışlardır (Ho ve ark.,1998). Ayrıca dürtüsellik, önceden düşünülmemiş veya bilinçli yargı, yeterince düşünmeden davranma ve birçok insanda eşit olarak var olan sağduyu ve bilgiden yoksunca, ihtiyatsız bir şekilde hareket etme eğilimi gibi farklı şekillerde de tanımlanmıştır (Dickman,1993).

Öfke, zarar gördüğümüz durumlarda, ihtiyaçlarımız veya arzularımız karşılanmadığında, hak ihlaline maruz kaldığımızda veya bir şeylerin doğru olmadığına işaret eden bir sinyaldir (Lerner, 1985). Öfkenin ifadesi, öfkenin nasıl yönetildiğini, dışa ifade edilip edilmediğini, tutulduğunu veya kontrol edildiğini ifade eder. Açıklanmayan öfkenin, depresif belirtilerin artmış riskleri ve şiddetli davranış ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Öfke ifadelerinde içe vurum türü, yüksek tansiyon, koroner kalp hastalığı ve kanser gibi yıkıcı kişilerarası sonuçlar ve fiziksel hastalıklarla da ilişkilidir (Steele ve Mcgarvey, 1997). Bipolar bozukla ilgili çalışmalar, yüksek öfkenin, hastaların ömrü boyunca devam eden bipolar bozukluğun temel bir klinik özelliğini temsil ettiğini ortaya koymaktadır (Alloy ve Abramson, 2010). Buna bağlı olarak yapılan çalışmalarda öfkenin şiddetinin artması, bipolar bozuklukta şiddetli suç oranları ve intihar eğilimi oranlarının

artması da dahil olmak üzere zararlı sonuçlar ile ilişkili olduğu görülmüştür (Fazel ve ark., 2010).

Evlilik uyumu, çiftlerin birbirlerinin varlıklarından ve birliktelikleriyle mutlulukları ve memnuniyetleri olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamdan bakıldığında bir evlilik kurumu içerisinde özellikle çiftler arasında ve ebeveyn çocuk ilişkisinde ortak bir düşünce çerçevesinde buluşabilmek, birbirlerinin varlıklarına saygı duymak, davranışlarına yönelik kabul esnekliğini olması, zor durum ve zamanlarda karşılıklı destekleme eyleminin olması ve anlayışlı yaklaşımların bulunmasının önemi vurgulanmaktadır (Taşçı ve ark., 2008).

Bipolar bozukluk, toplumda yaygınlığı artmaya başlayan bir ciddi bir zihinsel sağlık sorundur (Kessler ve ark., 2005). Bipolar bozukluğunun tipik seyri, ruh hastalığının tekrar tekrar oluşumunu içerir ve psikososyal işlevlerde önemli bir bozulmaya neden olur (Goldberg, Harrow ve Grossman, 1995).

## **1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ**

Bu araştırmada bipolar hastalarda evlilik uyumu, dürtüsellik ve öfke düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçların özellikle bipolar hastaların evlilik uyumlarının geliştirilmesinde ve hastalık kaynaklı olarak yaşanabilecek sorunların çözümüne bilimsel katkısı olacaktır. Araştırmanın amacına uygun olarak aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontroller arasında dürtüsellik düzeyleri açısından anlamlı fark var mıdır?
2. Bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontroller arasında öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları arasında anlamlı fark var mıdır?
3. Bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontroller arasında evlilik uyum düzeyleri arasında anlamlı fark var mıdır?

4. Bipolar bozukluk hastalarıyla eşleri arasında ve sağlıklı kontrollerle eşleri arasında evlilik uyumu açısından anlamlı ilişki var mıdır?
5. Bipolar bozukluk hastalarında evlilik uyumu ile dürtüsellik arasında anlamlı ilişki var mıdır?
6. Bipolar bozukluk hastalarında evlilik uyumu ile öfke ve öfke ifade tarzları arasında anlamlı ilişki var mıdır?
7. Bipolar bozukluk hastalarında dürtüsellik ile öfke ve öfke ifade arzları arasında anlamlı ilişki var mıdır?



## 2. İLGİLİ LİTERATÜR

### 2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

#### 2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Bipolar bozukluk herhangi bir düzeni olmaksızın belirli dönemlerde depresif ve manik duygu durum değişikliklerini içeren, bunlarla birlikte kişinin bazı dönemlerde tamamen sağlıklı bir duygu duruma kavuşabildiği ve kronikleşen bir psikolojik bozukluktur. Bipolar bozukluğu olan kişilerin manik ve depresif dönemlerde olağan yaşantılarından farklı bir şekilde davrandıkları görülmektedir. Bu bireylerin yaşamlarında depresif dönemlerinde yoğun bir elem ve hüznün hâkimken, manik dönemde ise neşelerinde şiddetli artış görülmektedir (Işık, 2003).

Duygu durum bozukluklarına dair yapılan ilk çalışmalar yüzyıllar öncesine dayanmaktadır. Özellikle mani ve depresyonla (melankoli) ilgili çalışmaların yaklaşık 2500 yıl öncesine kadar literatürde olduğu bilinmektedir. Hipokrat milattan önce yaptığı çalışmalarda insanoğlunun düşünce ve duygu halinin bedenindeki sıvı maddelerle ilgisi olduğunu düşünmüştür (Maj, Akiskal ve Lopez,2002).

Bipolar bozukluğun tarihsel dönem içerisinde birçok yazılı yapıt içerisinde, destanlarda olduğuna dair çalışmalar yapılmıştır. Özellikle, Homeros'un İlyada Destanında mani kelimesi öfke ve gazabı ifade etmek için kullanılmıştır. Yunan mitolojisinde birçok yerde depresif duygu durumdan ve mani kelimesinin kullanıldığı ve günümüzde bipolar bozukluk olarak anılan bu bozukluğun daha öncesinde de kültürel yapıtlar içerisinde var olduğu bilinmektedir (Angst ve Marneros, 2001). Kraepelin'in döneminde bu hastalık özellikle psikotik hastalıklarla birlikte anılmaktayken, Kraepelin'in yaptığı incelemeler sonucunda farklılıkları olduğu ortaya çıkmıştır. Daha sonraki dönemler yeni çıkan tanımlama kitaplarıyla birlikte günümüzdeki ismiyle anılmaya başlanmıştır.

Güncel tanımlamalara yakın tarihsel açıdan bakıldığında duygu durum bozukluklarına dair yaptığı çalışmalarda ilk defa ' döngüsel bozukluk' terimini kullanan

1851 yılında nörolog W.Griesinger olmuştur. 1970 li yıllar bipolar bozukluğun tanı kriterleri tamamen yapılan çalışmalarla güncel halini almaya başlamıştır.

### **2.1.2. Sınıflandırma ve Klinik Özellikler**

Bipolar bozukluğun DSM IV çerçevesindeki tanımına bakıldığında DSM IV içerisinde Bipolar I, Bipolar II, Siklotimik ve Başka türlü tanımlanamayan bipolar bozukluk olarak duygu durum bozuklukları altında sınıflandırılmıştır. Fakat DSM 5 ile birlikte Bipolar ve Depresif bozukluklar ayrı bir başlık altında yayınlanmıştır. Bununla birlikte Bipolar I bozukluk kendi içerisinde sadece manik dönem, son dönem hipomanik, son dönem karışık episod, sadece depresif dönem, son dönem depresif ve son dönem belirlenmemiş olmak üzere altı alt gruba ayrılarak sınıflandırılmıştır.

Bipolar I tanısı olması için bireyde en az bir manik dönem ya da manik-depresif dönem olması gereklidir. Bipolar I duygu durum bozukluğunda oluşturulan altı ayrı dönemin tekrarlayan dönemler içerisinde oluşan duygu durumlarından farklı olarak sınıflandırılabilmesi için yapılmıştır. Bipolar II tanısının özelliği ise, hastalığın seyri boyunca en az bir hipomanik döneme birden fazla depresif dönemin eşlik etmesi gerekmektedir. Bipolar bozukluk içerisinde görülen duygu durum dönemlerine bakıldığında manik, hipomanik, depresif ve karma dönem olmak üzere dörde ayrılmaktadır (DSM 5).

#### **2.1.2.1. Manik Dönem**

Bipolar bozukluğun içerisinde kişilerin deneyimledikleri manik duygu durum bozukluğu tanısının bireylere konabilmesi için bir hafta süreyle gözlenen aşırı derecede taşkın ve düzensiz bir duygu durum halinin olması gerekmektedir. Bu dönem içerisinde kişinin kendisine olan güveninde artış, uyku ihtiyacında azalma, konuşmaları esnasında vurgular yapma, normalden aşırı derecede fazla fikirlere sahip olma, sosyal aktivitelere katılmada yükseklik, zevk veren faaliyetlere katılmada artış gibi dışa vurumlar görülebilmektedir. Bu dönem içerisinde olan hastaların cinsel isteklerinde aşırı artış, abartılı planlarla yeni işler yapma düşünceleri olabilmektedir. Sosyal çevrelerinde lider olabileme arzuları, ideolojik konuları kolay kavrayabilme yetileri görülmektedir. Ağır manik dönem

içerisinde olan hastaların bir kısmında görsel ve işitsel yanılsamalar olabilmektedir. Yine bu işitsel ve görsel yanılsamaları kendisine yönelik gelen bir dinsel çağrışım veya ideolojik çağrışımlar olabilmektedir. Bu dönem içerisinde özellikle gözlemlenen diğer davranış biçimi ise kişilerin çok fazla söz vermeleri ve genellikle güçlerinin yetemeyeceği işlere kalkışmalarıdır (DSM 5).

Manik dönem içerisinde bireyler genellikle çevresindeki yakınları tarafından istekleri dışında hastaneye getirilirler. Bu hastaların genellikle giyimleri ve davranışları içinde buldukları çevreyle uyumsuzdur. Hipomani dönemine göre manik dönemde bireylerin iç görülerinde kayıp söz konusu olduğu için içinde buldukları duygu durumun normalliğini değerlendirebilecek farkındalıkları yoktur. Bu dönem içerisinde aşırı hareketli tutumlarıyla birlikte çevrelerine karşı alaycı bir tavır sergileyebilirler. Aşırı neşeli hallerinde engelle karşılaştıklarında öfke ve saldırganlıkla karşılık verebilirler. Manik dönemde olan hastalar genellikle çok az uyurlar ve uyku ihtiyacı hissetmeden enerjik bir şekilde gündelik aktivitelerini yapabilirler (Canbaba, 2011).

### **2.1.2.2. Hipomani Dönemi**

Hipomani döneminde olan bireylere bu teşhis konulabilmesi için, mani döneminde görülen belirtilerin en az dört gün süreyle devam etmesi ve gündelik yaşantısında ve işlevselliğinde değişikliklerin olması gerekmektedir. Fakat bu dönemde yaşanan duygu duruma bağlı olarak kişilerin çevresiyle uyumunu bozacak kadar veya gündelik işlerini yapacak kadar şiddetli derecede bir bozukluk söz konusu değildir. Bu dönem içerisinde kişinin kendisine zarar vermesi veya hastaneye yatacak kadar ağır derecede duygu durumunda bozukluk gözlenmemektedir. Hipomani döneminde, mani döneminde olduğu gibi psikotik özelliklerde eşlik etmemektedir, eğer eşlik ediyorsa bireyin mani döneminde olduğu bilinmelidir (DSM 5).



### **2.1.2.3. Karma Dönem**

Karma dönemde bireylerin hüzünlü ve melankolik duygu durumları, tekrarlayan öfke ve kızgınlık hali, uyku kaybı, cinsel istekte artış, aşırı kendine güven ve büyüklük duygusu ve zarar görme sanrıları görülmektedir (Maj, Akiskal ve Lopez,2002).

Bu dönem genellikle manik dönemin bir alt modeli olarak değerlendirilir. Manik döneme ek olarak depresif duygu durumlarında eşlik ettiği ve bu sürenin birbirini takip ettiği gözlemlenir. Manik ve depresif dönem kriterlerini karşılayacak kadar ciddi bir şekilde semptomların görüldüğü bir dönemdir (Köroğlu, 2007).

### **2.1.2.4. Depresif Dönem**

DSM 5 kriterlerine göre bireyin majör depresif dönemde olduğunu söyleyebilmemiz için, depresif duygu durum halinin, gündelik işlere veya zevk aldığı aktivitelere ilgisizlik durumunun veya bunlardan eskisi gibi zevk alamama durumunun en az iki hafta süreyle devam etmesi gerekmektedir. İştah ve kilo kaybı, uykuda artış ve psikomotor aktivitelere değişiklikler, fiziksel enerji kaybı hissinin olması, öz güvende düşüklük, dikkatini toparlamada veya bir konu üzerine düşünmede yetersizlik, suçluluk duyguları, karar vermede zorlanma, tekrar eden intihar veya ölüm düşünceleri gibi belirtilerden en az dört maddeyi içermesi gerekmektedir.

Bu dönem içerisindeki hastaların klinik özelliklerine bakıldığında, bireylerin daha durgun ve pasif oldukları, depresif duygulanım dışındaki günlerine kıyasla daha fazla çaresizlik ve suçluluk duygularının hâkim olduğu görülmektedir. Bireylerin konuşma hızları ve miktarında düşüş gözlemlenir. Depresif dönemde olan bireylerde keyifsiz olma, cinsel istekte düşüş, kişinin benlik saygısında düşüme iştah kaybı, uyku problemleriyle birlikte gündelik yaşantılarında zorlanmalar olmaya başlamaktadır (Güleç, 1997).

### **2.1.3. Etiolojisi**

Bipolar bozukluğun ortaya çıkış nedeni bireyden bireye farklılıklar göstermesi nedeniyle tam olarak bilinmemektedir. Fakat biyolojik, genetik, çevresel ve psikolojik

faktörlerin birlikte etkilemişinin olduğu düşünülmektedir. Bipolar bozukluğu olan bireylerle çalışmalar yapıldığında bu bireylerin hastalıklarının seyrinin başlangıcında ortaya çıkan depresif ve manik episodları tetikleyen sosyokültürel özellikleri olduğu görülmektedir. Fakat hastalığın süresi ilerledikçe kişilerin sosyal unsurların veya psikolojik unsurların etkisi olmadan da kendiliğinden ortaya çıkmaya başladığı bilinmektedir. Bu süreç içerisinde deneyimlenen manik ve depresif dönemlerde biyolojik etkenlerin daha baskın olduğu ve çocukluk döneminde karşılaşılan travmatik olayların da kalıcı etkiler bırakabileceği düşünülmektedir (Öztürk ve Ulusahin, 2008).

### **2.1.3.1. Biyolojik Etkenler**

Genetik bilimin gelişmesine bağlı olarak yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğunda genetik aktarımsal yönü olduğuna dair çalışmalar vardır. Bu konuda özellikle ikizlerle yapılan çalışmalarda, tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerine göre daha fazla risk grubunda oldukları tespit edilmiştir (Öztürk ve Ulusahin, 2008). Ayrıca kişilerin bipolar bozukluğu öyküsü olan aile veya akrabalarının olması risk faktörünü arttırmaktadır (Lichtenstein ve ark., 2009).

Ebeveynlerinden birisinde bipolar bozukluğu olan bireylerde, tek yumurta ikizlerinde bipolar bozukluğu olan bireylerin kendilerinin de bu bozukluğuna yakalanma olasının %25 olarak beklenirken, ebeveynlerinin her ikisinde de bipolar tanısı almış olması bu oranı %50 ile %70 arsına kadar yükselttiği görülmektedir (Tsuchiya ve ark., 2004).

### **2.1.3.2. Psikososyal Etkenler**

Bireylerin sosyoekonomik düzeyleriyle bipolar bozukluk arasındaki ilişkiye yönelik yapılan çalışmalar farklı sonuçlar olduğu gözlemlenmiştir. Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bireyler içerisinde bipolar bozukluğun yaygınlığının daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar (Kessler ve ark.,1997) varken tam tersini destekleyen çalışmalar da mevcuttur ( Goodwin ve ark., 2006). Eğitim düzeylerini karşılaştıran bir çalışmada, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde bipolar bozukluğu görülme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Tüm bu çalışmalar değerlendirildiğinde bipolar bozukluğun eğitim ve

sosyoekonomik düzeyle kesinlikle ilişkilidir denemediği, çünkü çalışmaların farklı farklı sonuçlar sergilediği görülmektedir.

Bipolar bozukluk konusunda yapılan çalışmalar içerisinde özellikle psikolojik faktörlerden kişilik yapısına önem verilmiştir. Belirlenen bazı kişilik özelliklerinin bipolar bozukluğa yatkınlığı arttırdığı bazı çalışmalarda vurgulanmıştır. Bunlardan bir tanesi de növrotik kişilik özelliğine sahip bireylerin daha öfkeli, depresif, suçluluk duygularının daha fazla olması gibi nedenlerden ötürü olumsuz duygu durumlara ve bilişsel yetilere sahip olduğu görülmektedir (Öztürk, 2008).

Bununla birlikte erken dönemde yaşanan travmatik olayların, ihmal ve istismar gibi olumsuz etkenlerin bireylerin ilerleyen dönemlerde duygu durum bozukluğuna yakalanma ihtimalini arttırdığını gösteren çalışmalar da vardır (Watson ve ark., 2014). Bipolar bozukluğu tanısı almış bireylerin çoğunluğunun erken dönemde istismar ve ihmal edildiklerini gözlemlenmiştir (Watson ve ark., 2014). Bununla birlikte ihmal ve istismara uğrayan kişilerin bipolar bozukluğunun başlama yaşının daha erkene geldiği ve intihar düşüncelerinin, suçluluk duygularının daha fazla olduğu görülmüştür (Erten ve ark., 2014).

## **2.2. DÜRTÜSELLİK**

### **2.2.1. Tanımı**

Dürtüsellik, çeşitli psikolojik ve nöropsikiyatrik bozukluklarla ilişkisi olan önemli bir klinik sorundur (Ho ve ark.,1998). Dürtüsellik kavramı, DSM IV gibi tanı kitaplarında, psikolojik bozukluğun temelinde yatan neden olarak gösterilmesine rağmen, aynı tanı kitaplarında hâlihazırda net bir ifadeyle açıklanamamaktadır. Buna neden olan en büyük etken ise dürtüsellik kavramını ifade ederken davranışlardan, bilişsel süreçlerden ve fizyolojik değişikliklerden bahsetme gereksinimidir (Moeller ve ark., 2001).

Birçok tanımlama olmakla birlikte dürtüsellik, bir davranışın bilişsel tasarımı bitmeden önce eyleme dönüşmesi, ciddi derecede riskli ve içinde bulunduğu ortama

uymayan ve eylemin gerçekleşmesinden sonra kişiyi rahatsız eden, istenmeyen şekilde sonuçlanan davranışlar, olarak özetlenmektedir. Ayrıca dürtüsellik, önceden düşünülmemiş veya bilinçli yargı, yeterince düşünmeden davranma ve birçok insanda eşit olarak var olan sağduyu ve bilgiden yoksunca, ihtiyatsız bir şekilde hareket etme eğilimi gibi farklı şekillerde de tanımlanmıştır (Dickman,1993).

Konuyla ilgili yazın incelendiğinde dürtüsellik bilişsel, davranışsal ve kategorileştirme bakış açılarıyla yorumlar yapıldığı görülmektedir. Bilişsel davranışsal modelin genelinde dürtüsellik tanımı özetle, hazzın ertelenememesi veya kişinin kendisini kontrol etme mekanizmasının olmaması olarak ifade edilmektedir (Monterosso ve Ainslie, 1999). Hazzın ertelenememesi ve hazzı ertelemeye kişinin yaşadığı zorluğu anlatan Ainslie'nin 1975 yılında yaptığı çalışmada, katılımcılara gecikmeye bağlı olarak artan ödül miktarı ve çeşitliliği sunulmuştur. Dürtü kontrolü problemi olan katılımcılar ise en erken olan yani en az olan ödülü gecikmeli ama fazla ödüle tercih etmişlerdir.

Hollender ve Evers (2001) dürtüsellikle ilgili tanımlamalarında, dürtüsellik kendisinin ölçülebilir bir davranış özelliği olduğunu ifade etmektedir. Bu ölçülebilir davranış özelliklerinden bazılarının sabırsızlık, dikkatsizlik, risk alma, dikkat çekme çabası, zevk arayışı, indirgenmiş zarar verme tutumları şeklinde olduğunu söylemişlerdir.

Dürtüsel davranışın oluşumuna dair yapılan açıklamalarda, dürtüsellik üç boyutu olduğu vurgulanmıştır. Bunlar; 1) davranış esnasında, davranışın sonucunun olumsuz olabileceğini düşünmemek veya bu konudaki bilişsel yetiyi kullanmamak, 2) planlama yapmadan, riskleri değerlendirmeksizin eyleme geçmek veya bu konudaki kullanılan otonom tepkileri geciktirememek 3) bunlara bağlı olarak davranışın gerçekleşmesinden sonraki süreçte neler olabileceğini değerlendirememek şeklinde açıklanmaktadır. Bu üç boyut incelendiğinde davranışın kendinden yani düşüncesiz ve dikkatsiz bir şekilde, çevreye veya kişiye zararını düşünmeksizin, kendisini kontrol etmeden ortaya çıktığı görülmektedir (Moeller ve ark., 2001; Chamberlain ve ark., 2007).

Dolayısıyla dürtüsellik, kişinin içinde bulunduğu anda değerlendirme yapmadan içinden geldiğini olduğu gibi dışı dökmesi, bilişsel verilerini kullanma yetisinin zayıflığı,

her hangi bir plana bağlı kalamama ve risk değerlendirmesi yapamamak olarak da yorumlanabilir (Patton, Stanford ve Barratt,1995).

### 2.2.2. Dürtüsellik ve Psikolojik Kuramlar

Psikolojik kuramlardan özellikle psikodinamik kuram içerisinde çok tartışılan dürtüsellik, içsel arzuların veya içsel hazların ortaya çıkmasında düzenleyici olan ve bu hazların çevreyle uyumunu sağlayan egonun, hazlara yönelik aşırı direnç göstermesi nedeniyle ortaya çıkan gerginliğin boşalımı olarak yorumlanmaktadır. Farklı açılardan bakıldığında, dürtüsellik bazı durumlarda ihtiyaç olarak ortaya çıktığını ve bireyin psikolojik sağlığının bütünlüğünü koruma çabası olarak görüldüğü yazınlar da vardır. Özellikle, bireyin kaygılandığı, depresif hissettiğı veya travmatik olaylara maruz kaldığı dönemlerde yaşadığı duygularla başa çıkmaya çalışma çabası olarak yorumlanmaktadır. Dürtüsel davranışları olan bireylere bakıldığında yoğun bir arzu veya öfkeyle ortaya çıkan davranış gibi görünürken, hastanın rahatsızlık duyduğu ve kurtulmak istediğı durumdan daha konforlu bir konuma geçme çabası olarak da yorumlanmaktadır (Güleç ve Köroğlu, 1998).

Bununla birlikte psikodinamik bakış açısından iç görü odaklı çalışmalarda bulunan Fenichel, hastaların genellikle dayanılmaz olan yoğun ego-sintonik patolojik dürtülere maruz kaldıkları bir "dürtü nevrozu" olarak dürtüsellik tanımlamıştır. Bu açıdan bakıldığında dürtülerin kaynağı, içgüdüsel istek ve savunma çabalarının kaynaşması olarak görülmektedir. Dürtü nevrozu olan hastalar, daha düşük hoşgörüsü olan, sinirlendiğinde dürtülerini tutamayan veya eylemleri erteleme güçlüğü olarak nitelendirilmiştir. Dürtüsellik kavramından önce Fenichel'in yapmış olduğu açıklamadan görülebileceğı gibi, dürtü nevrozu kavramı güncel tanımıyla dürtüsellik dediğimiz şeyin birçok yönünü içermektedir (L'Abate, 1993).

Dürtüsellik için psikoanalitik teoriler incelendiğinde ilk benzer çalışmalarda öncelikle sınırda kişilik bozukluğunun tedavisine ilişkin klinik literatürde olduğu görülmektedir. Psikanalizin başlarında sağaltım sürecinde içsel çatışmaların dinlenmesinden ziyade daha çok ego gücünü arttırıcı çalışmalarda dürtüsellik çözümlemesi yapılmaya çalışılmıştır.

Daha sonraki dönemler akım içerisine katılan yeni fikirlerle birlikte kişilik yapısından çok duyguların sağaltımı ve iç görü odaklı çalışmalar görülmeye başlanmıştır (Frosch,1991).

Psikoloji literatüründe, dürtüsellikle ilgili birçok tanımlar bulunmaktadır. Dürtüselliliğin genellenebilir bir şekilde laboratuvar ortamında bilimsel olarak ölçümüyle ilgili özellikle davranışçı model çalışmalar yapmıştır. Bunlardan bir tanesi dürtüselliliğin ölçümünde üç kategori oluşturulmuştur (Ainslie, 1975). Bunlardan birincisi, 'ceza veya tükenme paradigması' ki bu kategori dürtüsel davranışın cezadan veya ödül verilmemesinden kaynaklanıp kaynaklanmadığını ölçmeyi amaçlamaktadır. İkincisi ise 'ödül ve tercih paradigması' dır. Burada da amaçlanan deney esnasında katılımcıya hızlı bir şekilde ulaşabileceği küçük bir ödül veya geciktirmeli olarak bekleyerek daha fazla ödül sahibi olması durumundaki dürtüsel tutumu gözlemlemektir. Üçüncü olarak 'dikkat ve tepkisel dezavantaj' kategorisidir. Bu kategoride de ölçülmeye çalışılan bir davranışa karşı tepki verirken verdiği tepkinin ilkel olup olmadığı veya ilkel tepkisini bekletebilme yetisidir (Dougherty ve ark., 1999).

Bilişsel davranışsal terapi ise dürtüsellikçe dair bakış açısında yine koşullanmanın ve tedavi sürecinde istenmeyen davranışın ortadan kalkabilmesi için ve istenen davranışın ortaya çıkması için davranışçı modelden beslenmektedir. Yapılan çalışmalarda özellikle dürtü kontrolü sorunu olan bireylerin dikkat ve duygu kontrollerindeki eksiklik üzerinde durulmuştur. Bilişsel açıdan bakıldığında ise dürtüsel davranışta bireylerin bilişsel yetilerini kullanmada ve bu yetiler sayesinde kendilerini kontrol etmede problemleri vardır (Monterosso ve Ainslie, 1999).

Bilişsel-davranışsal bağlamda, Expósito ve Andrés-Pueyo (1997), dürtüsellik ve bilgi işleme arasındaki ilişkiyi vurgulamışlardır. Yaptıkları çalışmada daha fazla dürtüsel olarak tanımlanan olguların, araştırmada sunulan seçim görevinde daha az dürtüsel davranan bireylere oranla seçim yanıtlarında ve karar vermelerinde gecikmeler olduğunu gözlemlemişlerdir. Bu da bilgi işlem sürecinde gecikmeye neden olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Buna ek olarak, dürtüsellik tepki seçimini (veya karar) aşamasını etkilediği ancak algılama aşamasını etkilemediği gözlemlenmiştir. Bu deney, dürtüselliliğin bireylerde

bilgi ve eylem arasındaki bilgi işlem zincirinde bir kopukluk olduğuna dair deneysel kanıtlar sağlamaktadır (Loewenstein, 1996).

Bilişsel davranışsal model, özellikle bilişsel süreçlerdeki gecikme, dikkat de gecikme ve duyguların ifade edişindeki sorunları önemle vurgulamıştır. Dürtüselliğin ölçümüne dair metod geliştiren Barrat ve arkadaşları da bu kuram çerçevesinde model sunmuşlardır. Barrat ve arkadaşlarının dürtüselliği değerlendirmede sundukları modelde a) dikkat değerlendirmesi; yani bireylerin dikkatsiz davranıp davranmadıklarının ve risk davranışlarına olan eğilimlerinin incelenmesi, b) motor dürtüsel ve direnme eksikliği isimli ikinci alt kriterlerde de, bireylerin arzu ve isteklerini geciktirme ve içinde buldukları çevreyle uyumu için bu isteklere karşı direnme güçlerini değerlendirmektedirler. Sonucu dürtüsellik değerlendirme türünü ise plansızlık olarak belirlemişlerdir. Plansızlık türünde ise dürtüselliğe bağlı olarak kişilerin kendisini kontrol etmede yaşadıkları zorluklar olup olmadığını ve bilişsel karmaşalar karşısındaki dürtüsel tutum ve davranışlarını değerlendirilmektedir (Patton, Stanford ve Barratt, 1995).

Sosyal kuramlar içerisinde dürtüsellik genellikle öğrenilmiş bir davranış olarak geçmektedir. Bu kuramlar, dürtüselliğin çocukluk döneminde ailesinden veya çevresinden arzuladığı bir şeye hemen ulaşabilmesinin sağlanmasının bir öğrenme süreci olduğuna dikkat çekmektedirler. Bu durumda çocuk bir arzusunu geciktirmek yerine hemen ona ulaşmak için harekete geçer ve bu davranış çocuğun dürtülerini geciktirmesini öğrenmesine engel olabilir şeklinde yorumlanmıştır. Psikolojik çerçeveden bakıldığında, özetle, dürtüsellik kişinin davranışının doğuracağı sonuçları düşünmeden hareket etmesidir. Bu düşüncesiz davranışının kendisine veya başkasına vereceği zararı değerlendirme yetisinden yoksun bir şekilde bireylerde görülmektedir. Fakat sosyal öğrenme kuramının tanımlaması da bu çerçeveye eklendiğinde dürtüselliğin sadece bu bozukluğa sahip bireylerin kendisinden kaynaklanmadığını aynı zamanda sosyal çevrelerinin de etkisi olduğu görülmektedir (Moeller,2001).

### 2.2.3. Dürtüsellik ve Bipolar Bozukluk

Dürtüsellik bir çok psikolojik ve psikiyatrik hastalıkların kökeninde olduğu bilinmektedir. Dürtüsellik bipolar bozuklukla bir çok ilişkisi bulunmaktadır. Bunların başında manik dönem esnasında bireylerin planlanmamış harcamalar yapması, riskli cinsel birliktelikler yaşaması veya finansal durumlarını zor sokmaları gibi ayırt edici tanılar içeren özellikler bulunmaktadır. İkinci olarak ise, dürtüsellik manik atakların şiddetiyle doğrudan ilişkilidir. Bu hastalıklar içerisinde bireylerin bipolar tanısı alabilmesi için gerekli olan kriterlerden bir tanesi de dürtüselliktir. DSM 5 kriterlerine bakıldığında, manik ataklar esnasında bireylerin dürtüsel davranışları beklenmektedir ve dürtüsel davranışlar olmaksızın bir bipolar bozukluk teşhisi koymanın zor olduğu vurgulanmaktadır (Swann ve ark., 2001). Hastaların manik dönemlerde sergiledikleri dürtüsel davranışların depresif dönemde de kişilerin intihar veya kendisine zarar verme davranışları olarak görülebilmektedir (Özdemir, Selvi ve Aydın, 2012).

Bipolar bozukluğu tanısı almış bireylerin dürtüsel davranışlarının varlığı, manik veya depresif atakları esnasında olduğu genel olarak bilinirken, durağan dönemler içerisindeki dürtüsellik konusunda kapsamlı çalışmalar az sayıdadır (Corruble, Damy ve Guelfi, 1999). Yapılan bu az sayıdaki çalışmalarda dürtüsellik bipolar bozukluğu olan hastaların durağan dönemlerinde de varlığını koruduğunu, bu hastaların durağan dönemlerde de daha öfkeli ve saldırgan davranışları olduğunu göstermektedir (Swann ve ark., 2008).

Dürtüsellik bipolar bozuklukla ilişkilendiren araştırmacılar yaptıkları bipolar ve dürtüsellik ilişkisine dair literatür gözden geçirme çalışmasında özellikle ilişkili tespit edilen özelliklerden söz etmişlerdir. Bunlardan bir tanesi 'duyarlılık ilişkisi', mani riski altındaki ergenler yarı yapılandırılmış bir değerlendirmede akranlarından daha "dürtüsel" olarak tanımlanmıştır. Yani bu dönem içindeki ergenlerin manik bozukluğa yakalanmadan önceki dürtüsel davranışlarının varlığı ön görüşü olarak gözlenebilmektedir (Sunohara ve ark., 1999). Aynı çalışma içinde vurgulanan ikinci ilişki ise hastalıkların veya episodlar ile ilgili artmış dürtüselliktir. Bu durumda dürtüsel davranışlar veya düşünceler episodlara



eşlik edebilir veya bir epizot sırasında tanısız duygulanım semptomlarından daha erken ortaya çıkabilir. Bu da bize atak öncesi yordayıcı bir etken olarak dürtüsel davranışların varlığını göstermektedir (Patton, Stanford ve Barratt,1995).

Dürtüsellik, intihar veya madde kötüye kullanımını gibi komplikasyonların riskiyle alâkalıdır (Patton, Stanford ve Barratt,1995). Diğer bir ilişkili özellik ise bipolar bozukluğuna özel tedavilere veya genel olarak tedaviye yanıt ile ilgili olanıdır. Yani dürtüsel davranışların olması tedavi süreci üzerinde olumsuz etkileri olmaktadır (Gray, 1995).

Ayrıca dürtüsel davranışlar ve dürtüsellik, bipolar bozukluğun patofizyolojisiyle ilişkilidir. Dürtüsellik, artmış norepinefrin serotoninin azalmasına neden olduğu gibi prefrontal korteks fonksiyonunun bozulmasının da dürtüsellikte içinde olduğu bazı kombinasyonlarından kaynaklanabilir (Jentsch ve Taylor,1999).

Çelikoğlu ve arkadaşları (2015) bipolar bozukluk hastalarında hastalık başlangıç yaşı ile dürtüsellik inceledikleri çalışmalarında toplam dürtüsellik düzeyinin, plan dürtüsellikinin ve motor dürtüsellikinin hastalık başlangıç yaşı ile ters yönde ilişkili olduğunu, yani hastalık başlangıç yaşı düştükçe toplam dürtüsellik, plan dürtüsellik ve motor dürtüsellik arttığını ortaya koymuşlardır.

Dürtüsellik ve bipolar bozukluğu olan hastalarda intihar davranışını araştıran, 2004 yılında yapılan başka bir çalışmada, dürtüsellikle puanları yüksek olan bireylerin intihar girişimi tutumlarının ve ölüm düşüncelerinin daha sık olduğu gözlemlenmiştir. Bipolar bozukluğu olan hastaların ataklarını tetikleyen ve riskli davranışlarını önceden yordayabilmeye yönelik yapılan diğer bir çalışmada 14 yıl süresince hastalar takip edilmiştir. Dürtüsellik hastaların risk davranışlarını önceden yordamada etkili olduğu gözlemlenmiştir (Kısa, Yıldırım ve Göka, 2004).

Pesula ve arkadaşlarının (2007) bipolar bozukluğu olan kişilerle yaptıkları çalışmaya 24 depresif dönemde olan, 24 depresif unipolar bozukluğu olan, 12 ötimik bipolar ve 10 ötimik unipolar bozukluğu tanısı almış katılımcılarla birlikte aynı sayıda kontrol

grubu oluşturulmuş. Bipolar ve unipolar bozukluğu tanısı alan katılımcı grubun hepsinin dürtüsellik puanları kontrol grubundan oldukça yüksek çıkmıştır.

Swann ve arkadaşlarının (2007) yapmış oldukları çalışmada ise dürtüsellüğün manik ve depresif dönemlerde bipolar bozukluğu olan bireylerde nasıl bir ilişkisi olduğu değerlendirilmiştir. Bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak biraz daha detaylı olarak inceleme yapılmış ve dürtüsellüğün manik ve depresif dönemlerde farklı etkiler sergilediği görülmüştür. Katılımcı grubunda depresif olan bireylerde dürtüsellüğün daha çok planlanmamış dürtüsellik boyutuyla ilişkili olduğu, manik dönemde olan hastalarda ise motor dürtüsel ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Bu ilişkilendirme çalışmasında ayrıca manik dönemde gözlenen hiperaktivitenin bireylerin dürtüselligi üzerinde etkisi olduğu ve depresif dönemde olan hastalarda ise dürtüsellüğün depresyon özelliklerinden çaresizlik ve intihar fikirleriyle ilişkisi görülmüştür.

### **2.3. ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZLARI**

Öfke, çoğu insanın sıklıkla yaşadığı, başkaları ve kendisiyle olan ilişkilerinde önemli bir role sahiptir. Averill (1983) çoğu kişinin günde birkaç kez, haftada birkaç kez, orta derecede kızgın olduğunu iddia etmiştir. Öfke, bir sinyal vazifesi görmektedir. Zarar gördüğümüz durumlarda, ihtiyaçlarımız veya arzularımız karşılanmadığında, hak ihlaline maruz kaldığımızda veya bir şeylerin doğru olmadığına işaret eden ve ortaya çıkan bir sinyaldir. Öfkemiz, önemli bir duygusal meseleden kaçınmakta olduğumuzu ya da bir ilişkide çok fazla kişinin tehlikeye atıldığını söyleyebilir. Bu, bireysel ihtiyaç, düşünceler ve duygularla bağlantı kurmanın bir aracı olarak görülebilir (Lerner, 1985).

Bazı insanlar öfkelerini ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde ifade etmekte güçlük çekerler ve buna bağlı olarak başkalarıyla sağlıklı ilişkiler kurmakta sorun yaşarlar. Bazı bireyler için öfkeyi kontrol etmek zordur ve öfkelerini sürekli oraya çıkmaya eğilimli olurlar. Aşırı öfke başkaları tarafından olumsuz değerlendirme, düşük benlik algısı, düşük benlik saygısı, kişilerarasında ve aile içinde çatışmalar, sözlü ve fiziksel saldırı, özel veya

kamu mülküne saldırı ve işyerinde veya okulda zorluk da dâhil olmak üzere sayısız istenmeyen sonuçlara neden olabilir (Deffenbacher, 1992) .

Öfkenin ifade ediş biçimde farklılıklar olduğu gibi diğer bir taraftan da bazı insanlar duygularını şişirebilir ve öfkelerini yutabilir. Kendi ihtiyaçlarını veya mağdur oldukları durumlarda bile haklarını savunmak yerine, öfkelenir ve öfkelerini yutarlar. Bastırılmış öfke, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı ve kanser gibi bazı tıbbi durumlarla neticene bilir (Harbrurg ve ark., 1991).

Öfkenin ifadesi, öfkenin nasıl yönetildiğini, dışa ifade edilip edilmediğini, tutulduğunu veya kontrol edildiğini ifade eder. Açıklanmayan öfkenin, depresif belirtilerin artmış riskleri ve şiddetli davranış ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Öfke ifadelerinde içe vurum türü, yüksek tansiyon, koroner kalp hastalığı ve kanser gibi yıkıcı kişilerarası sonuçlar ve fiziksel hastalıklarla da ilişkilidir (Steele ve Mcgarvey, 1997). Bireysel özelliklere bağlı olarak öfkenin ifade edişi genel olarak üç şekilde olmaktadır (Albayrak ve Kutlu,2009).

- 1) Öfkenin dışa vurumu: bireyler ortaya çıkan öfkenin davranışsal veya sözel olarak dışarıya yönelmesidir. Bu tarz öfke ifade sinde bireylerin gösterdikleri öfkenin şiddetinin önemi vardır. Çevresine veya kendisine zarar vermesine neden olabilecek türden öfkeler olumsuz ifade tarzı olarak kabul edilmektedir.
- 2) Öfkenin içe vurumu: bireylerin öfke anında ortaya çıkan öfkelerini dışarıya yönlendirememesi ve içine yönlendirmesidir. Bu aslında öfkenin bir tür kontrolü gibi gözükse de bastırma savunma mekanizmasıdır. Karşısındaki kişi veya çevreye zarar vermemek için bireyin öfkesini yutmasıdır.
- 3) Öfkenin kontrol edilmesi: öfkenin içe vurumu veya dışa vurumu öfke kaynağını durdurmaz. Öfke yine akışında devam eder fakat ya bastırılır ya da çevreye yönlendirilir. Öfke kontrolünde ise öfkenin yönü ne olursa olsun öfke durdurulur (Batıgün ve Şahin, 2003).

### 2.3.1. Öfke ve Kuramsal Yaklaşımlar

Psikolojik kuramlar genel olarak öfkenin oluşumuna ve bireyin öfkeyi davranışa dökme şekliyle ilgili sunmaktadır.

Psikanalitik Bakış: Psikanalitik bakışa göre içgüdüsel arzularımızın zihinsel temsilleri olduğu gibi ayrıca bedensel ve fizyolojik temsilleri de vardır. S.Freud, insan ırkının kendi neslini güvenceye alması için baskın olan temel iki içgüdüden bahsetmektedir bunlar; ölüm içgüdüğü ve yaşam içgüdüğüdür. Bu içgüdülerden ölüm içgüdüğü'nün iki yönü vardır. Ya bireyin kendisine yönelik saldırganlığı ya da çevresine yönelik saldırgan davranışları olarak ortaya çıkar (Avcı, 2006).

İçgüdüler açısında bakıldığında öfke ölüm içgüdüğü kavramıyla ilişiktir. Öfkenin kontrolsüz olması ve zarar verici hale dönüşmesi bireyin ya kendisine ya da çevresine zarar vermesine neden olmaktadır. Freud'a göre bu içgüdülerin beden üzerinde de temsilleri olduğu için bu içgüdüler biyolojik kaynaklardan da beslendiğini söylemiştir. Bu nedenle kontrol edilmesi çok zor olan saldırganlık gibi öfke davranışları, ölüm içgüdüğüyle ilişkilidir. Bunlar bir miktar kontrol altına alınabilir fakat tamamen yok edilmesinin mümkün olmadığını bu akımda vurgulamaktadır. Psikanalitik bakışa göre saldırganlık çevresel koşullarla uygun bir şekilde ifade edilemediğinde, bu içgüdüsel enerjinin bireyin içinde kalacağını ve bunun da davranış sorunlarına neden olacağı ifade edilmektedir.

Davranışçı Teoriler: Davranış teorisine göre, bireyler karşılaştıkları durumlara, daha önce karşılaştıkları benzer durumlarda öğrenmelerine dayanarak cevap verirler. Birey, uyarı-yanıt sırası açısından çevresel ipuçlarına tepki verir. Davranışçıların, bu davranışların kalıcı olduğuna inanmak yerine, yeni öğrenme deneyimleri yoluyla değiştirilebileceğini düşünmektedir (Thompson ve Rudolph, 2000).

Davranışçılar, öfkenin diğer davranışlardaki gibi öğrenildiğine inanır. Bireyler, bu tepkiler güçlendirildiğinden çevredeki engellere agresif cevap vermeyi öğrenirler (Adam, 1973). Birçok teorisyen, öğrenmenin ve özellikle takviye / cezanın tarihinin saldırgan davranışın neden ortaya çıktığı konusunda en iyi açıklama olduğuna inanıyor. Özetle, bu

model çevresel ipuçlarının agresif davranışlara neden olabileceğini düşündürmektedir, çünkü bu ipuçları agresif fiiller görüntülendiğinde mevcuttur. Yani bu kurama göre davranış düşünce ve duygudan önce gelir.

Çoğu teorisyen, öfkenin öğrenildiği ya da doğuştan edindiği konuma bakılmaksızın, çevrenin agresif davranışın performansında temel bir rol oynadığını kabul eder. Davranış kuramı kurucularının çoğu, öfkenin azaltılmasının doğrudan destekleme, sözleşme yapma, zaman aşımı, tepki maliyeti, mantıksal sonuçlar, şekillendirme ve pekiştireçler gibi teknikleri kullanan davranış değiştirme programları yoluyla yeniden düzenlenebileceğini önermektedir (Feindler, Marriott ve Iwata , 1984).

**Bilişsel Davranış Teorisi:** Bilişsel davranış teorisi (Beck, 1976), bilişin, bir olayla, kişinin o olaya olan cevabı arasında arabulucu bir faktör olduğunu kabul eder. Davranış örüntüsüne dair tanımlaması, davranış teorisyenleri tarafından önerilen uyarı-yanıt diziliminden daha az karmaşık olan bir uyarı-biliş-yanıt dizisini izler. Beck (1976), duygularla ilgili üç faktörün bulunduğunu varsaymıştır.

Buna bilişsel üçlü adı verilmektedir. Bu bilişsel üçlünün birincisi, bireyin kendisine olan olumsuz tutum ve duygularına dairdir. İkinci faktör ise şemalardır. Bu şemalar bireyin yaşam hakkında sahip olduğu varsayımları açıklar. Bu varsayımlar bireyin gerçeklik düşüncesini çarpıtmakta ve üçüncü faktörün oluşmasına neden olabilmektedir; bilişsel çarpıtmalar, bir kişinin çevreyle ilgili yanlış yorumları içermektedir. Bu üç faktörün etkileşimiyle yanlış yorumlama ve bozulma seviyesi, bireyi belirli durumlarla ilgili duygulara yönlendirmeye başlar.

**Akılcı Duygusal Davranış Teorisi:** Akılcı duygusal davranış teorisi, bilişsel yönünde çok önemli olduğunu düşünülmesine rağmen (Thompson ve Rudolph, 2000) davranışsal yönü daha fazla odaklanma eğilimi gösteren bilişsel-davranışsal teorinin spesifik bir türüdür. Albert Ellis teorisini belirli bir felsefe teoremine dayandırır: insanlar rahatsız oldukları şeyleri yargıladıkları için onlardan rahatsızdırlar. Teori, dört temel ilkeyi izlemektedir: 1) bireylerin duygularından ve eylemlerinden sorumlu oldukları, 2) akılcı olmayan düşünce, zararlı hareketlere ve işlevsiz davranışlara neden oluyor, 3) gerçekçi

görüşleri öğrenmek ve uygulamayla içselleştirmek mümkün ve 4) bu gerçekte, bireyin kendiliğinin kabulü ve yaşam doyumunu kolaylaştıracaktır .

ADDT öfke gelişimini ele alırken bunu öfke hissinin bilişsel süreçle yaratımının başladıktan sonra fiziksel bir davranışa dönüştüğü şeklinde yorumlar (Bernard, 1984). Öfkenin teori yorumu açısından duygusunu tanımlarken, Ellis (1977), bireyi aşırı derecede sıkıntıya sokacak derecede yoğun olmayan sağlıklı öfkeyi, hedefleri elde etmeye yardımcı olan asistleri ve neredeyse zayıf düşen ve hedefe ulaşılmasına izin vermeyen sağlıklı öfkeyi birbirinden ayırır. Ayrıca, sağlıklı öfke, bireyi gerçekliği yanlış yorumlamaya ve çarpıtmaya yönlendirirken, sağlıklı öfkenin gerçeklikle uyumlu olduğu yönündeki önemli ayrımı açıklıyor.

REBT, tipik olarak işlevsiz öfkeyi yaratan dört düşünce çeşidi olduğunu varsayar: (1) Zihin okuma, falcılık yapma, filtreleme ve duygusal akıl yürütme gibi çıkarımsal çarpıtmalar, insanları çevrede ve onlarda olan yanlış yorumlamaya yönlendirir. Daha da önemlisi, yanlış yorumlamaları kendi kendini yenileyen değerlendirmeler takip eder (Ellis, 1998); (2) İstenmeyen olaylar hakkında küstah ve rahatsızlık verici hoşgörüsüzlükler (sıklıkla 'itlemezlik' denir). Öfke sıklıkla kaygıdan kaynaklanır ve şiddet genellikle algılanan tehditlerden kurtulma girişimini temsil eder; (3) Talep olarak tutulan beklentiler. Talepler, genellikle işlevsiz öfkenin başlıca nedeni olan düşük sinir bozucu hoşgörüyü neden olur Ve (4) Başkalarının genel derecelendirmesi yana çevredeki kişilere yönelik genellemelere sahip olmak. Öfke yaratmada bilişin rolü, 'ABC' modeliyle gösterilebilir (Ellis, 1998).

### **2.3.2. Bipolar Bozukluk ve Öfke İlişkisi**

Güleç ve arkadaşları (2009) çalışmalarında bipolar bozukluk hastalarının öfke düzeylerinin sağlıklı kontrollerden yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Dutraa ve arkadaşları (2014) bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrolleri sürekli öfke düzeyleri açısından karşılaştırdıkları çalışmalarından bipolar bozukluk tansı alan kişilerde sürekli

öfke düzeyinin sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Son teorik modeller, yüksek öfkenin, hastaların ömrü boyunca devam eden bipolar bozukluğun temel bir klinik özelliğini temsil ettiğini ortaya koymaktadır (Alloy ve Abramson, 2010). Buna bağlı olarak yapılan çalışmalarda öfkenin şiddetinin artması, bipolar bozuklukta şiddetli suç oranları ve intihar eğilimi oranlarının artması da dahil olmak üzere zararlı sonuçlar ile ilişkili olduğu görülmüştür (Fazel ve ark., 2010).

## 2. 4. EVLİLİK UYUMU

Evlilik, iki farklı cinsiyetten olan kişilerin bir arada yaşamaları için uygulanan bir tür toplumsal sözleşme olarak tanımlanmaktadır (Sayın,1990). Evlilik için yapılan diğer bir tanımlama ise; ilişkiler sistemi, kadın ve erkek cinsiyetinden olanları karı-koca olarak birbirine duygusal manada bağlayan, bu ilişki süresince dünyaya gelecek çocuklara toplumsal bir mevki sağlayan ve toplumsal açıdan ‘devletin’ kontrol etme hakkı bulunan yasal bir ilişkidir (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, 1990).

Hukuki bağlamda değerlendirildiğinde evlilik; çiftlerin yaşamlarını ortak kullanımına dair imzalanan medeni bir sözleşme olarak kabul görmektedir (Yenisey, 2009). Yetişkinlik döneminde olan iki bireyin birbirleriyle evlenmelerine kendilerinin rızası olduğunu ve bu rızanın nikâh anlaşmasıyla birlikte bir akde dönüştüğünü göstermektedir (Battal, 2008).

Evlilik, terimsel ve hukuki boyutu dışında da sosyal yaşantıları korucu ve geliştirici yönleri ve toplumsal işlevleri bakımından önemli bir kurumsal yapı olarak kabul görmektedir. Bu işlevlerden bazıları, psikolojik, sosyal ve biyolojik boyutları içermektedir. Toplumlar içerisinde cinsel yaşamın düzenlenmesi, neslin devamının ve insan türünün varlığını sürdürmesi açısından biyolojik yönü vurgulanmıştır. Psiko-sosyal yönüne dair ise, bireylerin yaşamları süresince geleceklerini kendilerinin inşa edebilecekleri bir ortam bulabilmeleri, geleceklerine dair güven duygusu yaşamaları, duygusal ihtiyaçlarını giderme

yolu ve kendilerinin de toplumu oluşturan bir yapı taşı statüsüne ulaşmaları bu önemli işlevleri olduğu kabul görmektedir (Özgüven, 2000).

Evlilik ile ilgili tanımlamalar içerisinde daha bütüncül bir yaklaşım olarak Gladding'in (2012) yorumu kabul edilebilir. Evlilik, biyolojik ve psikolojik ilişkilere bağlı olan ve bireyler arasında duygularla ilgili, başlangıcı ve süregelenliği açısından tarihi bir bütünlüğü olan ve ekonomik anlaşmalar içeren ve birbirlerini aynı çatı altında bütün olarak kabul eden kişilerin oluşturdukları birlik veya anlaşma olarak yorumlanmaktadır.

Evlilik, insanoğlunun yaşantısı süresince uygulanan ve sürekli olarak değişimlere uğrayan, sosyal semboller içeren bir kavramdır. Kültürel kavramların kendine özgü kurallarına göre farklılıklar göstermektedir. Bu açıdan bakıldığında birçok toplum kendisine özgü evlilik kuralları yaratmıştır. Ne zaman evleneceği, nasıl evleneceği, kaç yaşında evleneceği veya kaç kişi ile evlenebileceğine dair her kültüre özgü farklılıklar bulunmaktadır. Çeşitli toplumlar içerisinde farklı şekillerde görülmesine rağmen genel olarak bakıldığında kadın ve erkeğin bir arada yaşama sözleşmesi olarak kabul görmektedir. Bunda en büyük etken kadın-erkekten üreyen çocuklar ve bu çocuklarla genişleyen aile yapısıdır. Buna bağlı olarak da toplumu oluşturan neslin sürekli olarak yenilenmesi ve kendisini çoğaltması faktörü ortaya çıkmaktadır. Ailelerin bütünlüğünü koruyabilmeleri için de evlilik kavramının güçlü bir şekilde toplum içerisinde varlığını koruması gerekmektedir (Gökçe, 1978).

Aile ve evlilik kavramları, insanoğlunun var olduğu süre boyunca sürekli olarak kendi varlığını korumuş ve toplumsal bir tutum olarak kabul görmüştür. Bununla birlikte, teknolojik yenilikler, kültürel farklılıkların aktarımını hızlanması, global görüşlerin yaygınlaşmasıyla birlikte bu kavramlarda değişimlere neden olmuştur. Doğal olarak, tarihi süreci içerisinde evrimleşen kavramlar günümüzde farklılaşmaları daha fazla görülmeye başlanmıştır (Koçinoğlu, 1991). Tüm bu farklılaşmalara rağmen kavramsal açıdan çiftlerin toplum içerisindeki sözleşmeleri olarak varlığını sürdürmeye devam etmektedir (Özgüven, 2001).



Genel kabul olarak evlilik iki farklı cinsiyetten bireyin birbirleriyle olan paylaşım ve etkileşimlerinden beslenir. Bu şekilde düşünüldüğünde çiftlerin, içinde yaşadıkları toplumsal öğeler ve cinsiyet rollerini iyi değerlendirmeleri ve bu konuda adil bir öz eleştiri yapmaları evlilik kavramının sürekliliği için olmazsa olmazlardan kabul edilir. Evliliğin başlangıcından önce bireylerin bu kararı aldıklarında sorunlarının en aza indirgenebilmesi adına kendilik özelliklerini iyi analiz etmeleri gerekmektedir. Karşı cinsiyetten ne istediklerini, beklentilerinin ne olduğunu ve özellikle evlilikle amaçladıklarının ne olduğunu iyi belirlemeleri gerekmektedir (Özbalcı, 2009).

Bu konuda da araştırmacılar arasında farklılıklar olmasına rağmen genelde çiftlerin uyum sürecinde sorun yaşamamaları için kendi ihtiyaçlarını iyi belirlemeleri gerekmektedir. Fakat genelde eşlerin birbirlerini seçiminde kendilerine en çok benzeyen, ilgi ve özellikleri, beklentileri benzer olan kişilerle evlilik kararı aldıkları görülmektedir (Gazioğlu, 2009).

Evlenme süreci genellikle bireylerin bir yüzeysel olarak bir çift uyumu gözeterek yaptıkları seçimlerle gerçekleşmektedir. Yapılan çalışmalara göre evlilik sürecini etkileyen iki faktörün olduğu görülmektedir; benzerlik ve bütünlük unsurları. Benzerlik; çiftlerin birbirlerinde baktıkları bazı özelliklere dayanmaktadır. Özellikle dil, din, ırk, toplumsal statü denkliği, eğitim özelliklerinin dengeli olması ve kişilik olarak bir uyum arayışıdır. Bu bakış açısı bireylerin eş seçiminde, benzer öğelerin birbirine olan çekim gücüne dayanmaktadır. Diğer bir faktör olan bütünlük ise; çiftlerin birbirini seçiminde kendisinde olmayan ve karşısında olan farklılıklardan ötürü birbirlerini seçtiklerini savunmaktadır. Bu sayede birbirleriyle olan uyumları, tamamlayıcı özellikleri daha da güçlenmektedir. Bu iki konuda yapılan çalışmalara rağmen kültürel ve bireysel farklılıklara bağlı olarak hangisinin daha fazla tercih konusu olduğu net olarak bilinmemektedir. Fakat görünüş olarak düşünüldüğünde benzerlik ilkesinin toplumlar içerisinde daha yaygın görüldüğü varsayılmıştır (Bradbury ve Karney, 2004)

Evlilik uyumuna dair tanımlamalar bakıldığında özetle çiftlerin birbirlerinin varlıklarından ve birliktelikleriyle mutlulukları ve memnuniyetleri olarak kabul

edilmektedir. Bu bağlamdan bakıldığında bir evlilik kurumu içerisinde özellikle çiftler arasında ve ebeveyn çocuk ilişkisinde ortak bir düşünce çerçevesinde buluşabilmek, birbirlerinin varlıklarına saygı duymak, davranışlarına yönelik kabul esnekliğini olması, zor durum ve zamanlarda karşılıklı destekleme eyleminin olması ve anlayışlı yaklaşımların bulunmasının önemi vurgulanmaktadır (Taşçı ve ark., 2008). Evlilik sürecini anlamaya ve evlilik uyumunu geliştirmeye yönelik birçok farklı incelemeler yapılmıştır.

#### **2.4.1. Evlilik Uyumuna Kuramsal Yaklaşımlar**

Evlilik kurumuna kuramsal yaklaşımlara bakıldığında özellikle biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarına değinildiği görülmektedir. Biyolojik motivasyon olarak yorumlanan biyolojik bakış açısında daha çok bireylerin kendi nesillerinin devam etmesi arzusunun, cinsel haz, birlikteliğini ve kişinin kendisini koruma faktörlerinin etkisine değinilmiştir. Psikolojik olarak değerlendirildiğinde ise; farklı bir cinsiyetten sevgi, ilgi, sevmeye, beğenilme, kendi neslinin varlığını ve bütünlüğünü koruma duygularının bireyleri motive ettiği şeklinde özetlenmiştir. Sosyal açıdan bakıldığında ise; toplum tarafından oluşturulan bir beklentinin tatmini, bu belirlenen kurallar çerçevesinde yaşıyor olmanın huzuru, toplumsal saygınlık gibi unsurların motive ettiği şeklinde yorumlanmıştır (Özgüven,2000).

Evli çiftlerin genellikle birbirlerine duydukları sevgi ve hoşlanma neticesinde birlikteliklerini sözleşme altına aldıkları kabul edilir. Fakat günümüzde globalleşme, teknolojik imkânlar gibi nedenlere bağlı olarak kültürel aktarımın hızlanması, arzu ve isteklerin tüketim toplumundan etkilenmesi ve bireylerin ihtiyaçlarının değişimiyle birlikte evlilik kurumunda da son yüzyıl içerisinde farklılıklar gözlemlenmeye başlamıştır. Evliliklerde artan boşanma oranları, memnuniyetsizlik ve doyum eksikliği gibi nedenlerden ötürü aile terapisi konusunda farklı teoriler ortaya çıkmaya başlamıştır. Evlilik kalitesini ve doyumunu arttırmaya yönelik birçok çalışma yapılmıştır (Spainer ve Lewis, 1980).

**Psikanalitik Bakış:** Psikanalitik yaklaşıma göre evlilik içerisinde oluşan sorunların, çiftler arasındaki dengelerin bozulmasından kaynaklandığı vurgulanmaktadır. Çiftlerin birbirlerini tanımadan önce ve tanıdıktan sonra da devam eden beklentileri genelde sözlü olarak ifade edilmemektedir. Bu beklentiler çoğunlukla bilinçaltında bulunmaktadır.

Çiftlerin bireysel gelişim süreçlerinde yetiştikleri aile yapısından, kadınlık ve erkeklik cinsiyet rollerine yükledikleri anlamlardan veya cinsellik üzerine geliştirilen toplumsal, bireysel düşünce ve duygulardan kaynaklanan bilinçaltında tutulan düşüncelerin, duyguların zamanla farklı kalıplar halinde ortaya çıkması evlilik içerisinde de sorunlara neden olmaktadır. Daha görünür düzeyde düşünüldüğünde fanteziler, ortak bekleyişler ve ifade edilemeyen arzularla oluşan olumsuz bir iletişim şekli ortaya çıkmaya başlar. Bu arzu ve isteklere yönelik tatmin gerçekleştiği sürece evlilik içerisinde ki uyum görünür bir şekilde devam edebilir. Fakat arzu ve isteklerin ifade edilememesi veya karşılanamaması durumunda evlilik uyumunda problemler ortaya çıkabilir. Bu uyum sorununa karşı nasıl bir tutum sergileyecekleri yine gelişimsel süreç içerisinde oluşturdukları karakter yapılarına veya başa çıkma şekillerine göre farklılıklar göstermektedir (Yaşar, 2009).

**Bilişsel-Davranışsal Model:** Bu model kendi teorileri içerisinde bireysel veya çift olarak kişilerin bilişsel işleyiş süreçlerine, davranışlara ve motivasyonlara yönelik açıklamalar sunmaktadır. Evlilik uyumuna da bakış açısında yine düşünceler, ilişkiler, öğrenilmiş davranışlar ve başa çıkma stratejileri açısından yorumlar getirmektedir. Sağıtım sürecinde öğrenme teknikleri aracılığıyla olumsuz davranışları ortadan kaldırmaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bilişsel-davranışsal model bireylerin aile içerisindeyken neler hissettikleri, neler düşündükleri ve bunlara bağlı olarak nasıl davrandıklarını yorumlamaktadır (Nazlı, 2009). Evlilik uyumunu evlilik içerisindeki ilişkiden ve birliktelikten doyum sağlamak olarak açıklayan bu model, bireylerin evlilik rollerini çevresel veya kendi gelişimsel faktörleri aracılığıyla öğrendiklerini kabul etmektedir. Bu öğrenilen rollerin karşılıklı olarak ne şekilde bir etkileşime neden olduğu ve bu etkileşimdeki sorunların öğrenilen bazı yanlış modellemelerden kaynaklandığına dair açıklamada bulunur.

**Davranışçı Model:** Bu model çerçevesinde evlilik ve evlilik uyumunda ortaya çıkan bütün sorunların kişilerin öğrenmiş oldukları davranış kalıplarına bağlı olarak ortaya çıktığını vurgulamaktadır. Bu davranış kalıpları içerisinde evlilik uyumunu sağlayacak olanlar daha da pekiştirilmesi gerekirken evlilik uyumunu bozan davranış kalıplarının ise davranış şekillendirme yollarıyla ortadan kaldırılması gerekmektedir (Çelik, 2006).

Davranışsal modelin psikoloji literatürü içerisinde en eski modellerden birisi olmasına bağlı olarak birçok farklı bakış açısı geliştirdiği görülmektedir. Buna bağlı olarak tedavi sürecine yönelik, evlilik uyumu sorunlarıyla ilgili de birçok farklı bakış açısı kuram içerisinde olmasına rağmen özetle, olumsuz ve uygun olmayan davranış kalıplarının yeniden şekillendirilmesi veya engellenmesine yönelik çalışmalar önerilmektedir.

**Aile Sistemi Modeli:** Aile sistemi modeli, çift ve aileler odaklı çalışan ve özellikle son yıllarda önemi çift ve aile terapilerine yönelik artmaya başlayan yaklaşımlar arasındadır. Bu model kendi içerisinde aile sisteminin bütünlüğünü koruyabilmesi için üç faktörün öneminden bahsetmektedir. Bunlar; karı koca ilişkileri, ebeveyn çocuk ilişkilerinin özellikleri ve çocukların birbirleriyle olan ilişkinin şeklidir. Aile yapısını bir sistemler bütününe benzeten kuramsal çerçevede bir sistemde oluşan sorunların kendisi altındaki diğer sistemlere de sıçradığına dikkat çekmektedir. Özellikle aile içindeki bireylerin iletişim tekniklerine odaklanan sistem, bireylerin iletişim sorunlarının bütün sisteme etkisi olabileceğini dolayısıyla da evlilik uyumunu olumsuz etkileyeceği şeklinde açıklamaktadır ( Hakvoort ve ark.,2010).

**Yapısalcı Aile Terapisi Modeli:** Bu yaklaşımda bireylerin kendi özelliklerini sosyal yapıyla birleştirmektedir. Yani bireylerden oluşan aile kurumunu sosyal yapıyla bir bağı vardır. Aile ve sosyal yapı sisteminin üç temel özelliği vardır. Sosyal ve kültürel bağlamda gerçekleşen değişimlerin aile kurumu üzerindeki etkisine açık olmak, bu değişimlere bağlı olarak aile üyelerinin kendi aile sistemlerinin gelişim süreçlerine esneklik gösterebilmeleri ve özellikle aile bireylerinin bu gelişim ve değişim sürecine uygun bir karakter özelliği gösterebilmeleri bu sistemin evlilik uyumuna bakış açısıdır (Fışiloğlu, 1992).

**Yaşantısal Aile Terapisi Modeli:** Yaşantısal aile terapisi, 1960'larda ortaya çıkan bir aile sistemi içerisindeki sorunların çözümüne dair yaklaşım modelidir. Günümüze kadar ulaşan birçok psikolojik akım genellikle geçmişten şimdiye gelmekteyken, yaşantısal aile terapisi sadece şimdiye ilgilenmektedir. Bu teoriler genellikle şimdiye odaklanan ve geçmişin izlerini şimdiki zamanda olduğunu, şimdi de var olan sorunların düzeltilmesiyle geçmişin de kendisini onarabileceğini vurgulamaktadır. Bireylerin ve ailenin bütüncül

duyguları üzerine odaklanılır. Duyguların ifade edilebilirliğinin sağlanması ve duyguların farkına varılmasıyla ailenin kendi gerçekliğine ulaşabileceğine değinilmiştir (Gladding, 2002). Evlilik ve aile sorunlarını, duyguların ifade edilmemesinden kaynaklanan bireylerin birbirinden uzaklaşma süreci olarak yorumlar. Bu süreçte bireyler birbirlerine farklılaşmaya başlayarak uyumun bozulduğuna dikkat çekilmektedir.

Stratejik Aile Terapisi Modeli: Stratejik model de diğer aile terapisi modellerinde olduğu gibi aileyi bir sistem olarak değerlendirir. Diğer modellerden farklı olarak birey bağlamında değerlendirmeler yaparak uyumu bozan tutum veya davranışları ortadan kaldırmak için yeni stratejiler önerir.

#### **2.4.2. Bipolar Bozukluk ve Evlilik Uyumu İlişkisi**

Evlilik uyumuyla ilgili tanımlara bakıldığında özetle çiftleri ilgilendiren sorunların birlikte çözümü, karşılıklı iletişim kurmaktan mutlu olabilen ve ortak düşünceler paylaşan bilen aile yapısını ifade etmektedir. Bu uyumun bozulma nedenleri genellikle cinsel sorunlar, bireysel karakter özellikleri, duygusal bağlanma özellikleri ve psikolojik sorunlar olarak ortaya çıktığı görülmektedir (Erberk ve ark., 2005). Çiftler arasındaki sorunlara neden olan faktörlerden bir tanesi de çiftlerden birisinde psikolojik bozuklukların ortaya çıkmasıdır. Psikolojik bozukluklara bağlı olarak çiftler arasında sorunlar çıktığı gibi bu bozuklukların evlilik uyumu üzerinde olumsuz etkisi olduğu görülmektedir.

Bipolar bozukluğa sahip bireylerin evlilik uyumlarını değerlendiren çalışmalara bakıldığında, bipolar bozukluğun, manik ve depresif ataklarından kaynaklanan bazı sorunlar olduğu gibi bazı araştırmalar bu sorunların her hangi bir duygu durum bozukluğu olmayan aileler içerisinde de görülebildiğini vurgulamaktadır. Fakat genel olarak bakıldığında özellikle bipolar bozukluğun evliliğin başlangıcında olmayıp sonralarında ortaya çıkmasına bağlı olarak çiftler arasında uyum sorunu ortaya çıkmaktadır. Çünkü yeni bir kişilik özelliği ile tanışıldığı gibi, bu özelliğe uyum sağlamak için uygun başa çıkma stratejileri bulmak zor olabilmektedir (Arciszewska, Siwek ve Dudek 2015, Granek ve ark., 2016, Vibha ve ark., 2013). Özellikle hastalığın şiddetine bağlı olarak bireyin sosyal,

akademik veya evlilikle ilgili işlevlerindeki kaybı fazla olması durumunda çiftlerden birisine fazladan yük binmektedir (Saunders 2003).

Bipolar bozukluk aynı zamanda ölümlü sonuçlanabilecek ciddi bir risk oluşturmaktadır ve hastaların yaklaşık % 10-15'i intihar sonucu ölmektedir (Goodwin ve Jamison, 1990). İki uçlu bozukluğun hastalar ve aileleri için maliyeti yüksek olan bir sorundur. Önemli bir araştırma grubu, bipolar bozukluk ve tedavi sonucunda aile ilişkilerindeki bozulmanın belirgin etkisini ortaya koymuştur (Kim ve Miklowitz, 2004). Yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğu olan hastaların ailelerinde, aile ilişkilerindeki bozulma, bunlara bağlı olarak da duygudurum ataklarının nüksetme riskinin artması ve tedavi sonucunun daha kötü olması ile ilişkilendirilmiştir. Hastalığın kendisinin doğrudan evlilik uyumu ve aile sorunlarıyla olumsuz bir ilişkisi olmakla birlikte, bipolar bozukluğu olan kişilerin evlilik içerisinde yaşadıkları çatışmalar da hastalığın seyrini olumsuz olarak etkilemektedir (Kleindienst, Engel ve Greil, 2005). Hastalığın seyrine ve evlilik uyumu arasındaki ilişkilere dair yapılan farklı bir çalışmada bipolar bozukluğun aile içerisindeki sorunları arttırdığı ve buna bağlı olarak yaşanan çatışmaların da bipolar ataklarından depresif atakları tetiklediği görülmüştür (Yan, Hammen, Cohen, Daley ve Henry, 2004).

Majör depresif atakların manik atak sayısından 3 kat daha fazla olduğu ve depresyonun bipolar bozukluk ile ilişkili morbiditenin önemli bir kısmını oluşturduğu için, aile ilişkileri bozukluğu ve depresif tekrarlamamanın ilişkisi özellikle önemlidir (Judd ve ark. 2002). Aile ilişkilerindeki bozulmalar nedeniyle artan bipolar depresif belirtiler önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir.

Bipolar bozukluk, popülasyonun % 2-3'ünden daha fazla bölümünü etkileyen ciddi ve kronik bir psikiyatrik sorundur. Hastalık, stres azalması ve düzenli uyku / uyanıklık döngüsü gibi ilaçlarla ve yaşam biçimindeki bazı değişikliklerle etkileri düşürülebilir fakat tamamen tedavi edilemez. Bu duygu durum bozukluğuyla yaşamak, hem bozukluğu olan kişiye hem de onlarla birlikte yaşayan ve onlarla ilgilenen kişilere çeşitli stres ve zorluklar getirir. Son yıllarda bipolar bozukluğun niceliksel araştırmaya kolaylıkla uymayan yönlerini incelemek için bir takım nicel çalışmalar yapılmıştır. Bu araştırmalardan bazıları

hastanın tecrübeleriyle ilgiliyken diğerleri bakıcıların deneyimine ve / veya yakın ilişkilere odaklanmıştır. Bipolar bozukluk üzerine nicel araştırma, boşanma ve ayrılmanın ciddi oranda fazla olduğunu ve hastalarda intihar oranının % 20'ye yakın olduğu tahmin edilmektedir. Dahası, bazı araştırmalar, hastalığın, bakım veren kişilerin yaşam kalitesini olumsuz bir şekilde düşürdüğünü göstermiştir (Granek ve ark.,2016).

Donan ve ark., 2016 yılında bipolar bozukluğu olan on iki hastası ve eşleriyle bipolar bozukluğun yaşamları ve evlilik ilişkileri üzerindeki etkileri hakkında ayrı ayrı görüşülmüştür. Araştırma sonucunda Bipolar bozukluğun eşler için yarattığı etki fedakârlık hissi, bakım vericiler için aşırı yük, duygusal olarak olumsuz etkiler olarak dillendirilmiştir. Hastalar üzerindeki etkisi de yine olumsuz duygusal etkiler, kişisel bakım sorumluluğu ve sosyal ve gelişimsel mücadele olarak gözlemlenmiştir. Bu araştırma sonucunda ilginç olan bir detay yakalanmıştır. Hastaların ve eşlerin birbirlerine bakış açıları ve bozukluğun etkilerine dair bakış açıları karşılaştırırken, ne hastaların ne de eşlerinin, bozukluğun birbirlerine ve yaşamlarına olan etkisini doğru olarak değerlendirilmemiştir. Bipolar bozukluğun evlilikleri üzerindeki etkileri incelendiğinde ise; ilişkide belirsizlikler, ilişkinin güçlendirilmesi, ilişkinin zayıflaması gibi etkiler olduğu görülmüştür.

Burns ve arkadaşlarının 1997 yılında duydu durum bozukluğu olan evli çiftlerde yaptıkları çalışmada yaşam kalitesini değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada evli çiftlerin özellikle karı koca arasındaki mutluluğu ve evlilik uyumunu olumsuz etkilediğini dolayısıyla yaşam kalitesinin de düştüğünü gözlemlemişlerdir.

Güncel çalışmalarda evlilik uyumuyla bipolar bozukluk arasında ters ilişki olduğunu gösteren çalışmalarla birlikte, 1981 yılında Frank ve ark., tarafından yapılan bir çalışmada 16 evli ve bipolar hastalığı olan katılımcı ile 16 psikolojik hastalığı olmayan katılımcıları karşılaştırmıştır. Bu karşılaştırma bipolar hastaların bozukluklarının azalma döneminde olmasına bağlı olarak evlilik uyumu açısından bir farklılık olmadığı gözlemlenmiştir. Bu çalışmada gözlemlenen en önemli etkenlerden birisi de hastalığın seyriyle ilgilidir. Bipolar bozukluğu olan kişilerin hepsi hastalık seyrinin azalma döneminde olanlardan

seçilmiştir. Bu nedenle hastalık ve evlilik uyumu arasında her hangi bir ilişki bulunmamıştır.

Bipolar hastalığı olan kadınlarda en önemli sorunlardan birisi de hamilelik ve çocuk sahibi olma isteğidir. Hamile kadınların genellikle risk altında oldukları yapılan çalışmalarda vurgulanmıştır. Reich ve Winoku'un yaptıkları bir çalışmada 20 hamile olan bipolar hastaların doğum sonrasındaki atakları incelenmiştir. Bu hastaların %40'a yakında doğumdan sonra depresif ve manik ataklar gözlemlenmiştir.

Bipolar bozukluğu olan hastalarda evlilik uyumu ve boşanma oranlarının diğer psikiyatrik hasta grubuyla karşılaştırıldığında, bipolar ve şizofren hastalarında, depresyon bozukluğu olanlara oranla daha fazla boşanma oranına sahip oldukları gözlemlenmiştir. Bu oranın fazla olması yine bipolar ve şizofren gibi hastalıklarının doğasındaki işlev kaybın olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Türkmenoğlu, 2003)

Güncel yapılan araştırmaların genelinde, hastaların ve partnerlerinin bipolar bozukluğun yaşamları ve ilişkileri üzerindeki güçlü etkileri ile mücadele ettiğini göstermektedir. Bu ilişkilerde yüksek boşanma ve uçurumlar göz önüne alındığında, sağlık uzmanları hastalar ve eşler için hem kendi hem de kliniklerinde bir çift olarak duygusal ve pratik destek sağlayabilir.

Yapılan çalışmalar değişkenler açısından değerlendirildiğinde Bipolar Bozukluğa sahip bireylerin özellikle manik-depresif atakları esnasındaki dürtüselliğinin evlilik uyumunu sarstığı görülmektedir. Bununla birlikte yine bipolar bozukluğu olan bireyler ataklar esnasında gözlemlenen öfke ifade tarzlarının genellikle negatif olduğu bildirilmiştir.

Araştırmalar sosyodemografik veriler açısından değerlendirildiğinde, cinsiyetler arasında bipolar bozukluk teşhisinde almada belirgin bir fark olmadığı, evli veya boşanmış kişilerde daha fazla görüldüğü, manik ataklardaki dürtüselliğin erkeklerde daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Eğitim durumu ile öfke ifade biçimleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde eğitim durumunun yükselmesine bağlı olarak her iki cinsiyette de öfke



kontrolü oranının yükseldiği, öfke ifade tarzı olarak cinsiyetler arasında bir ilişki olmadığı diğer çalışmalarda belirtilmiştir.

## 2.5. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilerle İlgili Diğer Çalışmalar

Bipolar bozukluğu tanısı alan kişilerin cinsiyetiyle ilgili yapılan korelasyonel çalışmalarda genel olarak cinsiyetler arasında bir fark olmadığı ve cinsiyetle bipolar bozukluk arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görölmektedir (Jonas ve ark., 2003; Grant ve ark., 2005). Buna rağmen cinsiyet faktörünün özellikle Bipolar II bozukluğunun kadın cinsiyetinde daha yaygın göröldüğünü bildiren çalışmalar da vardır.

Bipolar bozukluğu tanısı almış kişilerin cinsiyetleri arasında bir fark olmamasına rağmen, hastalığın seyri açısından incelendiğinde kadınlarda daha çok depresyonla seyreden dönemlerin yoğun olduğu, erkeklerde ise manik dönem yoğunluğunun daha fazla olduğu görölmektedir (Yazıcı, 2002).

Hastalığın başlama ve ilerleme dönemlerine dair yapılan çalışmalarda, bipolar bozukluğun sıklıkla 20'li yaş dönemlerinde başladığı fakat semptomların başlama döneminin ise daha erken olduğu gözlemlenmiştir (Suppes ve ark.,2001). Hastalığın başlangıç yaşının erkeklerde daha erken olduğu yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır (Viguera, Baldessarini ve Tondo, 2001).

Bipolar bozukluğun medeni durumla ilişkisine dair yapılan çalışmalarda ayrı çiftlerde, dul veya boşanan çiftlerde evli olmayan bireylere veya evli olup birlikte yaşayan bireylere kıyasla daha fazla olduğu görölmektedir (Merikangas ve ark.,2007; Viguera ve ark.,2001).

Moeller ve arkadaşlarının (2001) dürtüsellik ve bipolar bozukluk konusunda yaptıkları çalışmalarda, dürtüsellüğün bipolar bozuklukla ilişkilendirilebilecek bazı özelliklerine değinmişlerdir. Bunlar, dürtüsellik, bipolar bozukluğa yakalanma yatkınlığını etkiler, bipolar bozukluğun atak dönemlerini etkiler, ataklar esnasında dürtüsellüğün intihar ve madde kötüye kullanımıyla veya riskli davranışlarla, sağaltım sürecinde kişinin tedaviye

verdiği yanıtı etkiler ve dürtüselliğin, bipolar bozukluğun fizyolojik özellikleriyle ilişkisi olduğu şeklinde bulgular tespit etmişlerdir.

Ayrıca konuyla ilgili yapılan çalışmalarda dürtüselliğin yüksek olmasının bipolar bozukluğu olumsuz etkilediği görülmektedir. Özellikle madde kötüye kullanımı, riskli cinsel birliktelikler ve öz kırım gibi olumsuz davranışları tetiklediği gözlemlenmiştir (Allen, 1998).

Çiftler arasındaki olumlu iletişim evlilik uyumunu sağlayan en önemli unsurlardan bir tanesidir. Fakat iletişimde ve sorun çözme becerilerindeki eksikliklere bağlı olarak ortaya çıkan öfke, düşmanlık, olumsuz iletişim sürmesi veya duygu paylaşımında eksikliğe neden olabilmektedir (Erbek ve ark., 2005). Öfke ifade ediş biçiminin, evlilik kurumuna zarar vermemesi ve evlilikte olan birlik duygusunu zedelememesi için doğru bir şekilde olmalıdır (Kökdemir, 2004). Öfke ifade tarzlarının olumsuz olması durumunda, çiftlerin evlilik uyumu bozulmakla birlikte, çatışmalar olmaya ve duygusal yakınlık hissi ortadan kalkmaya başlar (Sanford ve Rowatt 2004).

Öfke ifade tarzlarının iletişimi yıkıcı, zarar verici, olumsuz veya olumlu, daha bütünlüyci veya kontrollü bir şekilde olması evlilikte görülen çatışma sürelerinin veya aile fertlerinin de zarar görme davranışlarını etkilemektedir. Dolayısıyla çiftlerin öfke ifadeleri sadece kendilerini değil bütün aile fertlerini etkilemektedir (Avcı, 2006).

Öfke ifade tarzlarından öfkeyi içe vurma (bastırma), öfkeyi dışa vurma ve duygu durum bozukluğuyla ilişkilerine dair 1995 yılında Goldman ve Haaga'nın yapmış olduğu çalışmada 33 depresyon hastası ve evli çift, 41 depresyon hastası olmayan evli çift katılmıştır. Bu araştırma sonucunda öfke ifade biçimlerinden olan bastırmayı depresyon hastası olan katılımcıların daha sık kullandığı ve aralarında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.

Burns ve arkadaşlarının (1996) yapmış oldukları çalışmada, kronik ağrıları olan 127 evli çift katılımcıda öfke ifade şekilleri, cinsiyet farklılıkları ve ağrı yoğunlukları incelenmiştir. Burada kronik ağrılar bakımından karşılaştırıldığında öfkelerini dışa vuran

kadın hastaların ağrı yoğunluklarının daha düşük olduğu ve daha aktif bir yaşama sahip oldukları bulunurken, öfkelerini bastıran ve içe vuran erkek hasta grubunun ağrı yoğunluğunun daha fazla olduğu görülmüştür. Bu araştırmada öfke ifade biçiminin bedensel yakınmalara da etkisi olduğu görülmektedir.

Beştepe ve arkadaşlarının (2010), Evlilik Danışma Merkezinde 150 evli çift ile evlilik uyumu, problem çözme becerileri, buyun eğitici davranış özellikle ve öfke davranışlarının cinsiyete göre farklılıklarına bakmışlardır. Bu araştırmada katılımcı grup üç boyuttan oluşmaktadır. Bu merkez ilk defa başvuran çiftler, yardım talebinde bulunmayan çiftler ve boşanma aşamasına gelmiş çiftler olarak ün gruba ayrılmıştır. Bu araştırmada da birçok çalışmada olduğu gibi öfke ifade ediş türlerinin her grupta cinsiyet açısından aynı olduğu görülmüştür. Kontrol grubu olarak belirlenen yardım talebinde bulunmayan katılımcı erkeklerle boşanma aşamasında olan çiftler grubundaki erkeler arasında anlamlı derecede öfke ifade ediş türleri açısından farklılık olduğu ve boşanma aşamasındaki erkek grubun öfke ifade puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Fakat aynı şekilde kontrol grubuyla diğer iki guruptaki kadınlar arasında da anlamlı derecede farklılık olduğu ve boşanma aşamasındaki ve ilk defa başvuran kadınların öfke ifade puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tüfekçi Hoşgör tarafından (2013) yapılan diğer bir öfke ifade biçimleriyle ilgili çalışmada sosyodemografik özellikler ile birlikte evlilik uyumu incelenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin (108 kadın ve 108 erkek) öfke ve öfke ifade ediş biçimleriyle evlilik uyumları arasında anlamlı derecede ilişki olduğu, iletişim problemleri sıklığı, ailelerden kaynaklı iletişim problemlerinin sıklığı ve evlilik süresinin evlilik uyumunu yordamada anlamlı olduğu bulunmuştur.

Son teorik modeller, yüksek öfkenin, hastaların ömrü boyunca devam eden bipolar bozukluğun temel bir klinik özelliğini temsil ettiğini ortaya koymaktadır (Alloy ve Abramson, 2010). Buna bağlı olarak yapılan çalışmalarda öfkenin şiddetinin artması, bipolar bozuklukta şiddetli suç oranları ve intihar eğilimi oranlarının artması da dahil olmak üzere zararlı sonuçlar ile ilişkili olduğu görülmüştür (Fazel ve ark., 2010).

Eğitim seviyesi ve 6fke kontrol6yle ilgili yapılan 7alışmada Thomas (1989), eğitim seviyesi y6kseldik7e bireylerde 6fke kontrol6n6n daha y6ksek olduğunu belirlemiştir. Bu araştırmada eğitim seviyesinin cinsiyete g6re 6fke kontrol6 6zerindeki etkisinin de aynı olduğu ve her iki cinsiyet i7inde eğitim seviyesindeki y6kselmelerin 6fke kontrol6nde olumlu etkisi olduğunu g6stermektedir.

Milovchevich ve arkadaşlarının (2001) yılında yaptıkları 7alışmaya 361 katılımcı (203 kadın ve 158 erkek) katılmıştır. Bu araştırmada cinsiyet, cinsiyet rolleri ve 6fke ifade tarzları arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonucunda cinsiyet rollerine atfedilen 6fke ifade bi7imleriyle cinsiyet rolleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Erkek cinsiyet rollerinin 6fke ifade bi7imlerinden s6rekli 6fke bi7imiyle 6fkeyi dışa yansıtması a7ısından kadın cinsiyet rollerine g6re daha y6ksek olduğu g6zlemlenmiştir.

C6mert'in (2004), klinik 7alışmalarla ilgili yaptığı 7alışmada, depresyon teşhisi konan kişilerde, anksiyete ve s6relik olan 6fke arasında pozitif bir ilişki olduğunu g6zlemlenmiştir. Depresyon teşhisi olmayan bireylerle karşılaştırıldığında, depresif hastaların 6fke yoğunluğunun daha fazla olduğu ve 6fke ifade ediş bi7imlerinin i7e vurma/i7erde tutuma şeklinde olduğu g6r6lm6řt6r.

Dutraa ve arkadaşlarının (2014) yapmış oldukları 7alışmada 27 Bipolar tanısı almış ve 28 kontrol grubu katılımcılarında bipolar bozukluk ile s6rekli 6fke arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Araştırmanın bulgularında Bipolar Bozukluk tanısı alan kişilerde s6rekli 6fke ifadesi bi7iminin kontrol grubuna g6re daha y6ksek olduğu g6r6lm6řt6r.

McNeil ve arkadaşları (2003), hastaların hastaneye kaldırmadan 6nce kendisinin bildirdiği 6fkenin, hastaneye kaldırılmadan 6nceki şiddetin retrospektif 6nc6l6đ6n6, yaş, madde bağımlı bozukluğu, bipolar bozukluğu, depresif bozukluğu ve şizofreniyi kontrol ettiğini bulmuştur. Bu araştırma sonucu incelendiğinde bu hasta grubunun hastaneye kaldırılmadan 6nce 6fke belirtilerinin daha y6ksek olduğu ve hastalıklarının atak d6nemini başlatan fakt6r olarak kabul edilebileceği vurgulanmıştır.

Scocco ve ark. (2001) alışmasında depresyon ve öfke arasındaki ilişki agresif davranış ve şiddete kadar uzandığı vurgulanmıştır. şiddete maruz kalmış erkeklerde öfkeye ve dışmanlığa büyük oranda depresyonun eşlik ettiğini, saldırganlık, depresyondaki kişilerin kendine zarar verme ve intihar davranışlarında bipolar bozukluğu olan bireylerin davranışlarında açıkça görülmüştür.

Öfkenin olumsuz yanları çoğunlukla görülmesine rağmen bireylerin yaşantıları içerisinde karşılaştıkları, engellemelere veya zorluklara karşı yeni yollar aramasına ve yeni başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yönelik motive edici yanı da vardır. Öfke kontrolünün sağlanmasının zorluğuna rağmen bireylerde sıkıntılı durumlarla başa çıkmasına imkan sunduğu grlmektedir. Buna rağmen genel olarak araştırmalara bakıldığında öfke ifade biçimlerinden dışa vurum veya ie vurum olarak tanımlanan tiplerin kullanılmasının evlilik uyumunu olumsuz etkilediği, bipolar bozukluk tanısı olan çift veya bireylerde öfke kontrolünün daha düşük olduğu görülmüştür.

### **3. YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Örneklemi**

Bu araştırmanın katılımcıları, evli ve yaşları 18-60 arasında değişen, NP İstanbul Hastanesinde bipolar affektif bozukluk tanısı almış hastalar (n=30) ve eşleri (n=30) ile sağlıklı kontrol grubu (n=30) ve eşleri (n=30) toplamda N=120 kişiden oluşmaktadır.

#### **3.2. Veri Toplama Araçları**

##### **3.2.1. Sosyodemografik Form**

Bu formda katılımcıların, yaş, cinsiyet, medeni durum, hastalığın başlangıç yaşı, eğitim durumu, kiminle yaşadığı, kaç çocuğu olduğu ve evlilik süresi soruları sorulmuştur.

##### **3.2.2. Barratt Dürtüsellik Ölçeği**

Barratt Dürtüsellik Ölçeği; dürtüsellığı ölçmek için geliştirilmiş 1-4 arası likert tipi olan, 30 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyden yanıt olarak 'nadiren/hiçbir zaman', 'bazen', 'sıklıkla' ve 'hemen her zaman/her zaman' seçeneklerinden kendisine en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Faktör analiziyle üç alt faktör elde edilmiştir:

- Dikkatle ilişkili dürtüsellik,
- Motor dürtüsellik,
- Tasarlanmamış dürtüsellik (plan yapamama).

Dürtüsellığı değerlendirmede kullanılan hasta tarafından doldurulan ölçektir. 30 maddeden oluşur. BIS-11'de dört farklı alt skor elde edilir. Bunlar toplam puan, motor dürtüsellik, dikkat ile ilişkili dürtüsellik ve plan yapmamadır. Toplam BIS-11 puanı ne kadar yüksekse hastanın Dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. Yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyini göstermektedir. Bu ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışması Tamam, Güleç ve Karataş (2012) tarafından yapılmıştır.

### 3.2.3. Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği

Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ), öğrencilerin öfke ifade tarzlarını belirlemek amacıyla Spielberger ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilmiş olup ergen ve yetişkinlere uygulanabilmekte; zaman kısıtlaması bulunmamaktadır. Ölçek, 34 maddelik 4'lü likert tipi bir ölçektir. Hiç (1 puan), Biraz (2 puan), Oldukça (3 puan) ve Tümüyle (4 puan) olarak değerlendirilir. Ölçeğin, ilk 10 maddesi sürekli öfkeyi, sonraki 24 maddesi öfke ifade tarzlarını ölçmektedir. Sürekli öfke, kişinin genelde kendini nasıl hissettiğini, ne derece öfke yaşadığını ifade etmektedir. Sürekli Öfke ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 40'tır. Öfke İfade Tarzı Ölçeği, öfke içe vurumu (13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31. maddeleri), öfke dışı vurumu (12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33. maddeleri) ve öfke kontrolü (11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34. maddeleri) olmak üzere üç alt gruptan oluşmaktadır. Öfke içe vurumu, öfke dışı vurumu ve öfke kontrolü alt ölçeklerinden alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 32'dir. Orjinal ölçeğin Cronbach Alfa değeri .77 ile .88 arasındadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Özer (1994) tarafından yapılmış olup cronbach alfa değerleri "öfke kontrolü" boyutu için .84; "öfke dışı vurumu" boyutu için .78 ve "öfke içe vurumu" boyutu için .62 olarak bulunmuştur (Özer 1994)

### 3.2.4. Evlilikte Uyum Ölçeği

Locke ve Wallace (1959) tarafından geliştirilen ve Kışlak (1996) tarafından Türkçeye uyarlanıp geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ), evlilik ilişkisinden alınan doyum ve evlilik uyumunu ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek, seçenek sayıları farklı 15 maddeden oluşmaktadır. Her madde, seçenek sayısına göre farklılaşan 0 ile 6 arasında bir puan almaktadır. Buna göre; 1. madde 0-6 puan, 2-9. maddeler 0-5 puan, 10. ve 14. maddeler 0-2 puan, 11. ve 13. maddeler 0-3 puan, 12. madde eşlerden biri için evde oturmak diğeri için dışarıda bir şeyler yapmak seçeneği işaretlenmişse 0 puan, eşlerin her biri için dışarıda bir şeyler yapmak seçeneği işaretlenmişse 1 puan, eşlerin her biri için evde oturmak seçeneği işaretlenmişse 2 puan ve 15. madde 0-2 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 0-60

arasında değişmektedir. 43 puanın üzerinde alanlar evlilik ilişkileri açısından uyumlu, altında alanlar ise uyumsuz olarak kabul edilmektedir. Kışlak (1996) ölçeğın güvenilirliği için yaptığı çalışmada cronbach alfa katsayısı ve iki yarı güvenilirlik katsayısı hesaplamıştır. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .80, iki yarı güvenilirlik katsayısı da .67 olarak bulunmuştur. (Kışlak, 1996).

### **3.3. İşlem**

Araştırmanın katılımcıları gönüllük esasına göre katılım göstermişlerdir. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları kağıt kalem testi olup, uygulanma süresi yaklaşık 25 dakikadır.

### **3.4. Verilerin Analizi**

Araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan veriler SPSS v.21 (Statistical Package for Social Sciences) Programı ile istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Bağımsız değişkenler açısından normal dağılan puanların karşılaştırılmaları için bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen puanların karşılaştırılmaları içinse Kuruskal Wallis testi yürütölmüştür. Araştırmanın bağımsız değişkenleri kategorik halde verildiğinden, kategorilere düşen katılımcı sayısı ve yüzdeleri hesaplanmış, bunlar arasındaki dağılımın anlamlılığının tespit edilmesi amacıyla ki-kare testi yürütölmüştür. Araştırmanın ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yürütölmüştür.



## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistik analizlere yer verilmiştir. Birinci bölümde, bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin demografik özelliklerine ilişkin dağılımlar ve ortalamalara ilişkin analiz bulguları yer almaktadır. İkinci bölümde, bipolar bozukluk hastaları ve sağlıklı kontrollerin ölçeklerden aldıkları ortalama puanların karşılaştırıldığı bağımsız örneklem t testi bulguları ile bipolar bozukluk hastalarının eşleri ile sağlıklı kontrollerin eşlerinin ölçeklerden aldıkları ortalama puanların karşılaştırıldığı bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Üçüncü bölümde demografik değişkenlere göre bipolar bozukluk hastalarının ve sağlıklı kontrollerin ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırıldığı bağımsız örneklem t testi ve varyans analizi bulgularına, normal dağılım göstermeyen dağılımlarda ise Kruskal Wallis Testi ve Mann Whitney U Testi bulgularına yer verilmiştir. Dördüncü bölümde bipolar bozukluk hastalarının ve sağlıklı kontrollerin ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki Pearson Korelasyon analizlerine yer verilmiştir.

### 4.1. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

Tablo 1’de bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin demografik değişkenlere ilişkin frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare bulguları verilmiştir. Cinsiyete göre bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [ $\chi^2=0,278$ ;  $p>0,05$ ]. Hasta grubu ile kontrol grubunun cinsiyet açısından dağılımları birbirine denktir.

Yaş gruplarına göre bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [ $\chi^2=1,359$ ;  $p>0,05$ ]. Her yaş grubunda bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontroller birbirine denk dağılmıştır.

Evlilik süresine göre bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [ $\chi^2=3,701$ ;  $p>0,05$ ]. Her evlilik süresi kategorisinde bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontroller birbirine denk dağılmıştır.

Tablo 1. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Demografik Değişkenlere İlişkin Frekans Dağılımları, Yüzdeler ve Ki-Kare Bulguları

Değişken	Kategori		Bipolar	Kontrol	Toplam	$\chi^2$	p
Cinsiyet	Kadın	n	19 <sub>a</sub>	17 <sub>a</sub>	36	0,278	0,396
		%	63,3	56,7	60,0		
	Erkek	n	11 <sub>a</sub>	13 <sub>a</sub>	24		
		%	36,7	43,3	40,0		
Yaş	18-24	n	3 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	5	1,359	0,715
		%	10,0	6,7	8,3		
	25-36	n	5 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	12		
		%	16,7	23,3	20,0		
	37-50	n	14 <sub>a</sub>	16 <sub>a</sub>	30		
		%	46,7	53,3	50,0		
	51 +	n	8 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	13		
		%	26,7	16,7	21,7		
Medeni Durum	Evlili	n	30 <sub>a</sub>	30 <sub>a</sub>	60	-	-
		%	100,0	100,0	100,0		
Evlilik Süresi	0-5 yıl	n	7 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	13	3,701	0,150
		%	23,3	20,0	21,7		
	6-10 yıl	n	3 <sub>a</sub>	9 <sub>a</sub>	12		
		%	10,0	30,0	20,0		
	10 + yıl	n	20 <sub>a</sub>	15 <sub>a</sub>	35		
		%	66,7	50,0	58,3		
Eğitim Durumu	İlkokul	n	7 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	13	2,336	0,506
		%	23,3	20,0	21,7		
	Ortaokul	n	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	2		
		%	6,7	0,0	3,3		
	Lise	n	8 <sub>a</sub>	10 <sub>a</sub>	18		
		%	26,7	33,3	30,0		
	Üniversite	n	13 <sub>a</sub>	14 <sub>a</sub>	27		
		%	43,3	46,7	45,0		
Toplam	n	30	30	60			
	%	100,0	100,0	100,0			

Harfler (a,b) cinsiyete göre oranlar arasındaki farkın  $p < 0,05$  düzeyinde anlamlı olup olmadığını göstermektedir. Biri a diğeri b ise fark 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Eğitim durumuna göre bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [ $\chi^2=2,336$ ;  $p>0,05$ ]. Her eğitim durumu kategorisinde bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontroller birbirine denk dağılmıştır.

Tablo 2’de bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin klinik ve demografik özelliklerine ilişkin ortalamalar verilmiştir. Bipolar bozukluk hastalarında hastalığın başlama yaşı ortalamaları ( $\bar{X}=29,73$ ) ve hastalık süresi ortalamaları ( $\bar{X}=12,03$ ) olarak bulunmuştur.

Çocuk sayıları açısından bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontroller arasında anlamlı fark bulunmamıştır [ $t=-0,685$ ;  $p>0,05$ ]. İki grup çocuk sayısı ortalamaları açısından birbirine denktir.

Tablo 2. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Klinik ve Demografik zelliklerine İlişkin Ortalamalar

	Grup	N	ORT	SS	t	p
Çocuk Sayısı	Bipolar	30	1,47	1,224	-0,685	0,496
	Kontrol	30	1,67	1,028		
Hastalığın başlangıç yaşı	Bipolar	30	29,73	6,586	-	-
	Kontrol	30	-	-		
Hastalık süresi	Bipolar	30	12,03	9,449	-	-
	Kontrol	30	-	-		

Tablo 3’te bipolar bozukluk hastalarının cinsiyetlerine göre klinik özelliklerine ilişkin ortalamalar, standart sapmalar ve bağımsız örnekleme t testi bulguları verilmiştir. Cinsiyete göre hastalığın başlangıç yaşı ortalamaları arasında ve hastalık süresi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 3. Bipolar Bozukluk Hastalarının Klinik Özelliklerine İlişkin Ortalamalar

Bipolar	Cinsiyet	N	ORT	SS	t	p
Hastalığın başlangıç yaşı	Kadın	19	29,95	6,696	0,230	0,820
	Erkek	11	29,36	6,697		
Hastalık süresi	Kadın	19	13,37	10,838	1,018	0,317
	Erkek	11	9,73	6,182		

## 4.2. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Karşılaştırmalar

### 4.2.1. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Dürtüsellik Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması (Barratt Dürtüsellik Ölçeği)

Tablo 4’te bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin dikkat dürtüsellliği ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $t=6,398$ ;  $p<0,05$ ]. Bipolar bozukluk hastalarının dikkat dürtüsellliği düzeyleri ( $\bar{X}=18,10$ ) sağlıklı kontrollerden ( $\bar{X}=13,03$ ) anlamlı şekilde yüksektir.

Bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin motor dürtüsellik ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $t=6,873$ ;  $p<0,05$ ]. Bipolar bozukluk hastalarının motor dürtüsellik düzeyleri ( $\bar{X}=22,37$ ) sağlıklı kontrollerden ( $\bar{X}=16,43$ ) anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 4. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları

	Grup	N	ORT	SS	t	p
Dikkat Dürtüsellığı	Bipolar	30	18,10	3,438	6,398	0,000
	Kontrol	30	13,03	2,646		
Motor Dürtüsellik	Bipolar	30	22,37	4,064	6,873	0,000
	Kontrol	30	16,43	2,417		
Plan Dürtüsellığı	Bipolar	30	26,10	5,573	2,935	0,005
	Kontrol	30	22,17	4,778		
Dürtüsellik TP	Bipolar	30	66,57	10,451	6,433	0,000
	Kontrol	30	51,63	7,242		

Bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin plan dürtüsellığı ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [t=2,935; p<0,05]. Bipolar bozukluk hastalarının plan dürtüsellığı düzeyleri ( $\bar{X}$ =26,10) sağlıklı kontrollerden ( $\bar{X}$ =22,17) anlamlı şekilde yüksektir.

Bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin dürtüsellik toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [t=6,433; p<0,05]. Bipolar bozukluk hastalarının toplam dürtüsellik düzeyleri ( $\bar{X}$ =66,57) sağlıklı kontrollerden ( $\bar{X}$ =51,63) anlamlı şekilde yüksektir.

#### 4.2.2. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları Açısından Karşılaştırılması (Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği)

Tablo 5’te bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeğın alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin sürekli öfke ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $t=5,906$ ;  $p<0,05$ ]. Bipolar bozukluk hastalarının sürekli öfke düzeyleri ( $\bar{X}=25,17$ ) sağlıklı kontrollerden ( $\bar{X}=17,67$ ) anlamlı şekilde yüksektir.

Bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin durumluk öfke ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $t=3,585$ ;  $p<0,05$ ]. Bipolar bozukluk hastalarının durumluk öfke düzeyleri ( $\bar{X}=24,33$ ) sağlıklı kontrollerden ( $\bar{X}=21,27$ ) anlamlı şekilde yüksektir.

Bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin kontrol altına alınmış öfke ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $t= -4,115$ ;  $p<0,05$ ]. Sağlıklı kontrollerin kontrol altına alınmış öfke düzeyleri ( $\bar{X}=26,43$ ) bipolar bozukluk hastalarından ( $\bar{X}=21,43$ ) anlamlı şekilde yüksektir.

Bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin dışa vurulan öfke ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $t=5,263$ ;  $p<0,05$ ]. Bipolar bozukluk hastalarının dışa vurulan öfke düzeyleri ( $\bar{X}=19,03$ ) sağlıklı kontrollerden ( $\bar{X}=14,20$ ) anlamlı şekilde yüksektir.

Bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin içte tutulan öfke ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $t=6,805$ ;  $p<0,05$ ]. Bipolar bozukluk hastalarının içte tutulan öfke düzeyleri ( $\bar{X}=20,43$ ) sağlıklı kontrollerden ( $\bar{X}=12,57$ ) anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 5. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tazları Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve t testi Bulguları

	Grup	N	ORT	SS	t	p
Sürekli Öfke	Bipolar	30	25,17	5,712	5,906	0,000
	Kontrol	30	17,67	3,968		
Durumluk Öfke	Bipolar	30	24,33	4,029	3,585	0,001
	Kontrol	30	21,27	2,392		
Kontrol Altına Alınmış Öfke	Bipolar	30	21,43	4,681	-4,115	0,000
	Kontrol	30	26,43	4,732		
Dışa Vurulan Öfke	Bipolar	30	19,03	4,214	5,263	0,000
	Kontrol	30	14,20	2,747		
İçte Tutulan Öfke	Bipolar	30	20,43	5,276	6,805	0,000
	Kontrol	30	12,57	3,501		

#### 4.2.3. Bipolar Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Evlilik Uyumları Açısından Karşılaştırılması (Evlilikte Uyum Ölçeği)

Tablo 6’da bipolar bozukluk hastaları ve eşleri ile sağlıklı kontroller ve eşlerinin Evlilikte Uyum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin evlilik uyum ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $t=-3,201$ ;  $p<0,05$ ]. Sağlıklı kontrollerin evlilik uyum düzeyleri ( $\bar{X}=42,47$ ) bipolar bozukluk hastalarından ( $\bar{X}=34,93$ ) anlamlı şekilde yüksektir.

Bipolar bozukluk hastalarının eşleri ile sağlıklı kontrollerin eşlerinin evlilik uyum ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $t=-7,494$ ;  $p<0,05$ ]. Sağlıklı kontrollerin eşlerinin evlilik uyum düzeyleri ( $\bar{X}=43,87$ ) bipolar bozukluk hastalarının eşlerinden ( $\bar{X}=30,60$ ) anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6. Bipolar Bozukluk Hastaları ve Eşleri ile Sağlıklı Kontroller ve Eşlerinin Evlilikte Uyum Ölçeği Ortalama Puanları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları

	Grup	N	ORT	SD	t	p
Evlilik Uyumu	Bipolar	30	34,93	11,148	-3,201	,002
	Kontrol	30	42,47	6,469		
Eş Evlilik Uyumu	Bipolar	30	30,60	7,361	-7,494	,000
	Kontrol	30	43,87	6,312		

Tablo 7’de bipolar bozukluk hastalarının eşleriyle ve sağlıklı kontrollerin eşleriyle evlilik uyum düzeylerinin karşılaştırıldığı eşleştirilmiş örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Bipolar bozukluk hastaları ve eşlerinin Evlilikte Uyum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır [ $t=1,917$ ;  $p>0,05$ ].

Sağlıklı kontrollerin ve eşlerinin Evlilikte Uyum Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $t=-2,776$ ;  $p<0,05$ ]. Sağlıklı kontrollerin eşlerinin evlilik uyum düzeyi ( $\bar{X}=43,87$ ) sağlıklı kontrollerin evlilik uyum düzeyinden ( $\bar{X}=42,47$ ) anlamlı şekilde yüksektir.



Tablo 7. Bipolar Bozukluk Hastaları ve Sağlıklı Kontroller ile Eşlerinin Evlilikte Uyum Ölçeği Ortalama Puanları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları

	Grup	N	ORT	SD	t	p
Bipolar	Evlilik Uyumu	30	34,93	11,148	1,917	0,065
	Eş Evlilik Uyumu	30	30,60	7,361		
Kontrol	Evlilik Uyumu	30	42,47	6,469	-2,776	0,010
	Eş Evlilik Uyumu	30	43,87	6,312		

#### 4.3. Demografik Özelliklere Göre Ölçeklerden Alınan Puanların Karşılaştırılması

##### 4.3.1. Demografik Özelliklere Göre Bipolar Bozukluk Hastalarının ve Sağlıklı Kontrollerin Dürtüsellik Düzeyleri

Bipolar bozukluk hastalarında ve sağlıklı kontrollerde cinsiyete, yaş gruplarına, medeni duruma ve eğitim düzeylerine göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 8’de evlilik süresine göre bipolar bozukluk hastalarının ve sağlıklı kontrollerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve normal dağılmayan verilere uygun olarak Kruskal Wallis Testi bulguları verilmiştir.

Bipolar bozukluk hastalarının evlilik süresine göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 8. Evlilik Süresine Göre Bipolar Bozukluk Hastalarının ve Sağlıklı Kontrollerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği Ortalama Puanları, Standart Sapmaları ve Kruskal Wallis Testi Bulguları

Grup		N	ORT	SS	$\chi^2$	p	
Bipolar	Dikkat Dürtüsellığı	0-5 yıl	7	18,29	4,499	0,128	0,938
		6-10 yıl	3	18,67	,577		
		10 + yıl	20	17,95	3,395		
	Motor Dürtüsellik	0-5 yıl	7	23,86	3,891	1,893	0,388
		6-10 yıl	3	23,33	1,528		
		10 + yıl	20	21,70	4,330		
	Plan Dürtüsellığı	0-5 yıl	7	25,57	7,871	0,164	0,921
		6-10 yıl	3	25,00	2,646		
		10 + yıl	20	26,45	5,165		
	Dürtüsellik	0-5 yıl	7	67,71	14,454	0,100	0,951
		6-10 yıl	3	67,00	4,583		
		10 + yıl	20	66,10	9,888		
Kontrol	Dikkat Dürtüsellığı	0-5 yıl	6	12,00	,894	4,432	0,109
		6-10 yıl	9	12,22	2,167		
		10 + yıl	15	13,93	3,127		
	Motor Dürtüsellik	0-5 yıl	6	19,33	1,506	15,246	0,000
		6-10 yıl	9	14,33	1,732		
		10 + yıl	15	16,53	1,767		
	Plan Dürtüsellığı	0-5 yıl	6	20,00	4,099	11,028	0,004
		6-10 yıl	9	18,89	3,586		
		10 + yıl	15	25,00	4,053		
	Dürtüsellik	0-5 yıl	6	51,33	5,046	9,967	0,007
		6-10 yıl	9	45,44	5,855		
		10 + yıl	15	55,47	6,289		

Sağlıklı kontrollerin evlilik süresine göre motor dürtüsellik puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $\chi^2=15,246$ ;  $p<0,05$ ]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda, evlilik süresi 0-5 yıl olanların motor dürtüsellik düzeyleri ( $\bar{X}=19,33$ ) evlilik süresi 6-10 yıl olanlardan ( $\bar{X}=14,33$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [ $z=-3,095$ ;  $p=0,002$ ].

Evlilik süresi 0-5 yıl olanların motor dürtüsellik düzeyleri ( $\bar{X}=19,33$ ) evlilik süresi 10 yıldan fazla olanlardan ( $\bar{X}=16,53$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [ $z= -2,778$ ;  $p=0,005$ ].

Evlilik süresi 10 yıldan fazla olanların motor dürtüsellik düzeyleri ( $\bar{X}=16,53$ ) evlilik süresi 6-10 yıl olanlardan ( $\bar{X}=14,33$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [ $z= -2,599$ ;  $p=0,009$ ].

Sağlıklı kontrollerin evlilik süresine göre plan dürtüsellik puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $\chi^2=11,028$ ;  $p<0,05$ ]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda, evlilik süresi 10 yıldan fazla olanların plan dürtüsellik düzeyleri ( $\bar{X}=25,00$ ) evlilik süresi 0-5 yıl olanlardan ( $\bar{X}=20,00$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [ $z=-2,231$ ;  $p=0,026$ ].

Evlilik süresi 10 yıldan fazla olanların plan dürtüsellik düzeyleri ( $\bar{X}=25,00$ ) evlilik süresi 6-10 yıl olanlardan ( $\bar{X}=18,89$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [ $z=-3,022$ ;  $p=0,003$ ].

Sağlıklı kontrollerin evlilik süresine göre toplam dürtüsellik puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $\chi^2=9,967$ ;  $p<0,05$ ]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda, evlilik süresi 10 yıldan fazla olanların toplam dürtüsellik düzeyleri ( $\bar{X}=55,47$ ) evlilik süresi 6-10 yıl olanlardan ( $\bar{X}=45,44$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [ $z=-3,016$ ;  $p=0,003$ ]. Diğer ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 9’da bipolar bozukluk hastaları ve sağlıklı kontrollerin demografik değişkenlerle Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Bipolar bozukluk hastalarının yaş, çocuk sayısı, hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süreleri ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sağlıklı kontrollerde yaş ile motor dürtüsellik arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=-0,362$ ;  $p<0,05$ ). Sağlıklı kontrollerde yaş arttıkça motor dürtüsellik azalmaktadır.

Sağlıklı kontrollerde çocuk sayısı ile plan dürtüsellik arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,503$ ;  $p<0,01$ ). Sağlıklı kontrollerde çocuk sayısı arttıkça plan dürtüsellik de artmaktadır. Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 9. Bipolar Bozukluk Hastaları ve Sağlıklı Kontrollerin Demografik Özellikleri ile Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyonları

Grup		Dikkat Dürtüsellik	Motor Dürtüsellik	Plan Dürtüsellik	Dürtüsellik
<b>Bipolar</b>	Yaş	-,062	-,146	,049	-,051
	Çocuk Sayısı	,177	-,029	-,093	-,003
	Hastalığın baş. yaşı	-,028	-,357	-,073	-,187
	Hastalık süresi	-,097	,063	,052	,020
<b>Kontrol</b>	Yaş	-,029	<b>-,362*</b>	,224	,017
	Çocuk Sayısı	,055	-,023	<b>,503**</b>	,344

### 4.3.2. Demografik Özelliklere Göre Bipolar Bozukluk Hastalarının ve Sağlıklı Kontrollerin Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları

Bipolar bozukluk hastalarında ve sağlıklı kontrollerde cinsiyete, yaş gruplarına, medeni duruma, evlilik süresine ve eğitim düzeylerine göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 10’da bipolar bozukluk hastaları ve sağlıklı kontrollerin demografik değişkenlerle Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 10. Bipolar Bozukluk Hastaları ve Sağlıklı Kontrollerin Demografik Özellikleri ile Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyonları

Grup	Sürekli Öfke	Durumluk Öfke	Kontrol Altına Alınmış Öfke	Dışa Vurulan Öfke	İçte Tutulan Öfke	
<b>Bipolar</b>	Yaş	-.056	-.102	-.125	-.141	-.019
	Çocuk Sayısı	.072	<b>.513**</b>	.114	.010	<b>.373*</b>
	Hastalığın baş. yaşı	-.242	-.120	-.114	-.249	.103
	Hastalık süresi	.144	.082	-.046	.042	.032
<b>Kontrol</b>	Yaş	-.151	-.079	.168	-.012	-.276
	Çocuk Sayısı	-.045	.065	.102	-.012	-.061

Bipolar bozukluk hastalarında çocuk sayısı ile durumluk öfke düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,513$ ;  $p<0,01$ ). Bipolar bozukluk hastalarında çocuk sayısı arttıkça durumluk öfke düzeyleri de artmaktadır.

Bipolar bozukluk hastalarında çocuk sayısı ile içte tutulan öfke düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,373$ ;  $p<0,05$ ). Bipolar bozukluk hastalarında çocuk sayısı arttıkça içte tutulan öfke düzeyi de artmaktadır. Diğer değişkenler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sağlıklı kontrollerin yaş ve çocuk sayıları ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

#### **4.3.3. Demografik Özelliklere Göre Bipolar Bozukluk Hastalarının ve Sağlıklı Kontrollerin Evlilik Uyumları**

Bipolar bozukluk hastalarında ve sağlıklı kontrollerde cinsiyete, yaş gruplarına, medeni duruma, evlilik süresine ve eğitim düzeylerine göre Evlilikte Uyum Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Bipolar bozukluk hastalarının eşlerinde ve sağlıklı kontrollerin eşlerinde hasta ve kontrol grubunun cinsiyeti, yaş grupları, medeni durumları, evlilik süreleri ve eğitim düzeylerine göre Evlilikte Uyum Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Bipolar bozukluk hastalarında yaş, çocuk sayısı, hastalığın başlangıç yaşı ve hastalık süresi ile Evlilikte Uyum Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sağlıklı kontrollerde yaş ve çocuk sayısı ile Evlilikte Uyum Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Bipolar bozukluk hastalarının eşlerinde yaş, çocuk sayısı, hastalığın başlangıç yaşı ve hastalık süresi ile Evlilikte Uyum Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sağlıklı kontrollerin eşlerinde yaş ve çocuk sayısı ile Evlilikte Uyum Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

#### 4.4. Bipolar Bozukluk Hastaları İle Sağlıklı Kontrollerin Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiler

Tablo 11’de bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçekleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Pearson Korelasyonu bulguları verilmiştir.

Tablo 11. Bipolar Bozukluk Hastaları İle Sağlıklı Kontrollerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve Alt Ölçekleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyonu

		Dikkat Dürtüselligi	Motor Dürtüsellik	Plan Dürtüselligi	Dürtüsellik
<b>Bipolar</b>	Sürekli Öfke	,335	<b>,433*</b>	<b>,363*</b>	<b>,472**</b>
	Durumluk Öfke	,027	-,031	-,356	-,193
	Kontrol Altına Alınmış Öfke	-,106	-,014	<b>-,425*</b>	-,267
	Dışa Vurulan Öfke	,285	<b>,362*</b>	<b>,471**</b>	<b>,486**</b>
	İçte Tutulan Öfke	-,004	-,244	-,290	-,251
<b>Kontrol</b>	Sürekli Öfke	,054	-,082	,061	,033
	Durumluk Öfke	,233	<b>,606**</b>	,310	<b>,492**</b>
	Kontrol Altına Alınmış Öfke	-,277	,122	-,183	-,181
	Dışa Vurulan Öfke	,099	-,091	,055	,042
	İçte Tutulan Öfke	<b>,508**</b>	<b>,545**</b>	,349	<b>,597**</b>

Bipolar bozukluk hastalarının sürekli öfke puanları ile motor dürtüsellik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,433$ ;  $p<0,05$ ). Bipolar bozukluk hastalarında sürekli öfke düzeyi arttığında motor dürtüsellik de artmaktadır.

Bipolar bozukluk hastalarının sürekli öfke puanları ile plan dürtüsellik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,363$ ;  $p<0,05$ ). Bipolar bozukluk hastalarında sürekli öfke düzeyi arttığında plan dürtüsellik de artmaktadır.

Bipolar bozukluk hastalarında sürekli öfke puanları ile toplam dürtüsellik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,472$ ;  $p<0,01$ ). Bipolar bozukluk hastalarında sürekli öfke düzeyi arttığında toplam dürtüsellik de artmaktadır.

Bipolar bozukluk hastalarının kontrol altına alınmış öfke puanları ile plan dürtüsellik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=-0,425$ ;  $p<0,05$ ). Bipolar bozukluk hastalarında kontrol altına alınmış öfke düzeyi arttığında plan dürtüsellik de azalmaktadır.

Bipolar bozukluk hastalarının dışa vurulan öfke puanları ile motor dürtüsellik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,362$ ;  $p<0,05$ ). Bipolar bozukluk hastalarında dışa vurulan öfke düzeyi arttığında motor dürtüsellik de artmaktadır.

Bipolar bozukluk hastalarının dışa vurulan öfke puanları ile plan dürtüsellik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,471$ ;  $p<0,01$ ). Bipolar bozukluk hastalarında dışa vurulan öfke düzeyi arttığında plan dürtüsellik de artmaktadır.

Bipolar bozukluk hastalarının dışa vurulan öfke puanları ile toplam dürtüsellik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,486$ ;  $p<0,01$ ). Bipolar bozukluk hastalarında dışa vurulan öfke düzeyi arttığında toplam dürtüsellik de artmaktadır. Bipolar bozukluk hastalarında diğer değişkenler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.



Sağlıklı kontrollerde durumluk öfke puanları ile motor dürtüsellik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,606$ ;  $p<0,01$ ). Sağlıklı kontrollerde durumluk öfke düzeyi arttığında motor dürtüsellik de artmaktadır.

Sağlıklı kontrollerde durumluk öfke puanları ile toplam dürtüsellik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,492$ ;  $p<0,01$ ). Sağlıklı kontrollerde durumluk öfke düzeyi arttığında toplam dürtüsellik de artmaktadır.

Sağlıklı kontrollerde içte tutulan öfke puanları ile dikkat dürtüselligi puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,508$ ;  $p<0,01$ ). Sağlıklı kontrollerde içte tutulan öfke düzeyi arttığında dikkat dürtüselligi de artmaktadır.

Sağlıklı kontrollerde içte tutulan öfke puanları ile motor dürtüsellik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,545$ ;  $p<0,01$ ). Sağlıklı kontrollerde içte tutulan öfke düzeyi arttığında motor dürtüsellik de artmaktadır.

Sağlıklı kontrollerde içte tutulan öfke puanları ile toplam dürtüsellik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,597$ ;  $p<0,01$ ). Sağlıklı kontrollerde içte tutulan öfke düzeyi arttığında toplam dürtüsellik de artmaktadır.

Tablo 12’de bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve Evlilikte Uyum Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Pearson Korelasyon bulguları verilmiştir.

Bipolar bozukluk hastalarında plan dürtüselligi puanları ile evlilik uyumu puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=-0,454$ ;  $p<0,05$ ). Bipolar bozukluk hastalarında plan dürtüselligi düzeyleri arttıkça evlilik uyumu azalmaktadır. Bipolar bozukluk hastalarında diğer değişkenler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Bipolar bozukluk hastalarında Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden aldıkları puanlarla hastaların eşlerinin Evlilik Uyum Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sağlıklı kontrollerde Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlarla Evlilik Uyumu Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sağlıklı kontrollerin Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden aldıkları puanlarla eşlerinin Evlilik Uyumu Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 12. Bipolar Bozukluk Hastaları İle Sağlıklı Kontrollerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve Alt Ölçekleri ile Evlilikte Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyonu

Grup		Evlilik Uyumu	Eş Evlilik Uyumu
Bipolar	Dikkat Dürtüsellliği	-,179	,134
	Motor Dürtüsellik	-,083	,067
	Plan Dürtüsellliği	<b>-,454*</b>	-,169
	Dürtüsellik	-,333	-,020
Kontrol	Dikkat Dürtüsellliği	,049	,145
	Motor Dürtüsellik	,284	,305
	Plan Dürtüsellliği	,014	,006
	Dürtüsellik	,122	,159

Tablo 13’de bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin Evlilikte Uyum Ölçeği ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Pearson Korelasyon bulguları verilmiştir.

Bipolar bozukluk hastalarında kontrol altına alınmış öfke puanları ile evlilik uyumu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,375$ ;  $p<0,05$ ). Bipolar bozukluk hastalarında kontrol altına alınmış öfke düzeyleri arttıkça evlilik uyumu artmaktadır.

Bipolar bozukluk hastalarında dışa vurulan öfke puanları ile evlilik uyumu puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=-0,477$ ;  $p<0,01$ ). Bipolar bozukluk hastalarında dışa vurulan öfke düzeyi arttıkça evlilikte uyum azalmaktadır.

Bipolar bozukluk hastalarının durumluk öfke puanları ile eşlerinin evlilik uyum puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,437$ ;  $p<0,05$ ). Bipolar bozukluk hastalarının durumluk öfke düzeyleri arttıkça eşlerinin evlilikte uyum düzeyleri de artmaktadır.

Sağlıklı Kontrollerde Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeğinden alınan puanlarla Evlilik Uyumu Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 13. Bipolar Bozukluk Hastaları İle Sağlıklı Kontrollerin Evlilikte Uyum Ölçeği ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyonu

Grup		Evlilik Uyumu	Eş Evlilik Uyumu
Bipolar	Sürekli Öfke	-,248	-,213
	Durumluk Öfke	,099	,437*
	Kontrol Altına Alınmış Öfke	,375*	,176
	Dışa Vurulan Öfke	-,477**	-,125
	İçte Tutulan Öfke	,053	,108
Kontrol	Sürekli Öfke	,110	,016
	Durumluk Öfke	,036	,124
	Kontrol Altına Alınmış Öfke	,226	,227
	Dışa Vurulan Öfke	,012	-,024
	İçte Tutulan Öfke	-,114	-,045

Tablo 14’te bipolar bozukluk hastaları ve eşleri ile sağlıklı kontroller ve eşlerinin Evlilikte Uyum Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Pearson Korelasyonu verilmiştir.

Bipolar hastalarının evlilik uyumu puanları ile eşlerinin evlilik uyumu puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sağlıklı kontrollerin evlilik uyumu puanları ile eşlerinin evlilik uyumu puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,907$ ;  $p<0,01$ ). Sağlıklı kontrollerde evlilik uyumu düzeyleri arttıkça eşlerinin evlilik uyumu düzeyleri de artmaktadır.

Tablo 14. Bipolar Bozukluk Hastaları ve Eşleri İle Sağlıklı Kontroller ve Eşlerinin Evlilikte Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyonu

Grup	Eş Evlilik Uyumu	
Evlilik Uyumu	Bipolar	,153
	Kontrol	,907**

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Bipolar bozukluk hastalarının dikkat, motor, plan ve toplam dürtüsellik düzeyleri sağlıklı kontrollerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu literatürdeki bulgularla uyumaktadır. Moeller ve arkadaşları (2001) ve Chamberlain ve arkadaşlarının (2007) dürtüsel davranışın üç boyutunun bulunduğunu, dürtüsel insanların davranış sırasında, davranışın sonucunun olumsuz olabileceğini düşünmediklerini ve bu konudaki bilişsel yetiyi kullanamadıklarını, planlama yapmadan, riskleri değerlendirmeden eyleme geçtiklerini ve otonom tepkileri geciktiremediklerini, davranışın gerçekleşmesinden sonraki süreçte neler olabileceğini değerlendiremediklerini bildirmişlerdir. Swann ve arkadaşları (2001) özellikle manik ataklar sırasında bipolar bozukluğu bulunan kimselerin dürtüsel davranışlarının beklenmesi gerektiğini, hatta dürtüsellik olmadan bipolar teşhisinin konamayacağını bildirmiştir. Ayrıca, DSM 5'te de dürtüsellik, bipolar bozukluk tanısı alınabilmesi için gerekli kriterlerden biridir.

Corruble, Dany ve Guelfi'nin (1999) bildirdiğine göre bipolar bozukluk hastalarının dürtüsel davranışları hem manik hem de depresif dönemde görülse de durağan dönemde dürtüsellik varlığını sürdürdüğüne ilişkin çalışmaların az sayıda olduğunu bildirmiştir. Bipolar bozukluk ve dürtüsellik arasındaki ilişkilerin ele alındığı çalışmalarda dürtüsel davranışların epizotlara bağlı olarak ortaya çıkabilmesinin yanı sıra atak öncesi yordayıcı bir etken olduğu da vurgulanmıştır (Sunohara ve ark., 1999; Patton, Stanford ve Barratt, 1995). Swann ve arkadaşlarının (2007) yapmış oldukları çalışmada ise dürtüsellik, manik ve depresif dönemlerde bipolar bozukluğu olan bireylerde nasıl bir ilişkisi olduğu değerlendirilmiştir. Bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak biraz daha detaylı olarak inceleme yapılmış ve dürtüsellik manik ve depresif dönemlerde farklı etkiler sergilediği görülmüştür. Katılımcı grubunda depresif olan bireylerde dürtüsellik daha çok planlanmamış dürtüsellik boyutuyla ilişkili olduğu, manik dönemde olan hastalarda ise motor dürtüsel ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Bu ilişkilendirme çalışmasında ayrıca manik dönemde gözlenen hiperaktivitenin bireylerin dürtüsellik

üzerinde etkisi olduğu ve depresif dönemde olan hastalarda ise dürtüselliğin depresyon özelliklerinden çaresizlik ve intihar fikirleriyle ilişkisi görülmüştür. Şimdiki çalışmada bipolar bozuk hastaları epizotlarına göre ayrılmamışlardır. Dolayısıyla bu çalışmada durağan, manik ve depresif dönemler açısından değerlendirme yapılamamıştır.

Bipolar bozukluk hastalarının öfke düzeyleri sağlıklı kontrollerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu literatürle uyumlu bulunmuştur. Güleç ve arkadaşları (2009) çalışmalarında bipolar bozukluk hastalarının öfke düzeylerinin sağlıklı kontrollerden yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Şimdiki çalışmada bipolar bozukluk hastalarının sürekli öfke, durumluk öfke, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke düzeylerinin sağlıklı kontrollerden anlamlı şekilde yüksek olduğu ancak kontrol altına alınmış öfkenin de sağlıklı kontrollerde bipolar bozukluk hastalarına göre anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Güleç ve arkadaşları (2009) da çalışmalarında aynı sonucu elde etmişlerdir. Ek olarak, Dutraa ve arkadaşları (2014) bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrolleri sürekli öfke düzeyleri açısından karşılaştırdıkları çalışmalarından bipolar bozukluk tansı alan kişilerde sürekli öfke düzeyinin sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Son teorik modeller, yüksek öfkenin, hastaların ömrü boyunca devam eden bipolar bozukluğun temel bir klinik özelliğini temsil ettiğini ortaya koymaktadır (Alloy ve Abramson, 2010). Buna bağlı olarak yapılan çalışmalarda öfkenin şiddetinin artması, bipolar bozuklukta şiddetli suç oranları ve intihar eğilimi oranlarının artması da dahil olmak üzere zararlı sonuçlar ile ilişkili olduğu görülmüştür (Fazel ve ark., 2010).

Sağlıklı kontrollerin evlilik uyum düzeyleri bipolar bozukluk hastalarından ve sağlıklı kontrollerin eşlerinin evlilikte uyum düzeyleri bipolar bozukluk hastalarının eşlerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu literatürle uyumludur. Bir çok çalışmada, evlilik başlangıcında olmayıp daha sonra ortaya çıkan bipolar bozukluklarda çiftler arasında uyum sorunlarının olduğu, bunun da bu yeni duruma uyum sağlama, bipolar bozukluğu bulunan eşte yeni kişilik özelliği ile tanışma biçiminde gerçekleştiği, sonucunda da duruma uygun başa çıkma becerileri geliştirmenin zorluk yarattığı bildirilmiştir (Arciszewska, Siwek ve Dudek 2015, Granek ve ark., 2016, Vibha ve ark., 2013). Sanders (2003) da hastalığın şiddetine bağlı olarak hastanın akademik, sosyal ya da

evlilikle ilişkili işlevselliğinde ortaya çıkan bozulmalarla birlikte sağlıklı eşe fazladan yük bindiğini bildirmiştir. Kleindienst, Engel ve Greil (2005) ise bipolar bozukluk hastalığının, evlilik uyumu ile doğrudan bir ilişkisinin bulunmadığını ama evlilik içinde yaşanan çatışmaların hastalığın seyrini olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir. Yan ve arkadaşları (2004) ise bipolar bozukluğun aile içinde sorunları arttırdığı ve buna bağlı olarak yaşanan çatışmaların bipolar hastanın depresif ataklarını tetiklediğini ortaya koymuşlardır. Donan ve arkadaşları (2016) bipolar bozukluk hastası ve eşleriyle yaptıkları çalışmada, bipolar bozukluğun eşler üzerinde yarattığı etkinin fedakarlık hissi, aşırı yük ve olumsuz duygular olduğunu bildirmişlerdir.

Bipolar bozukluk hastaları ve eşlerinin evlilikte uyum düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Evlilik uyumu açısından eşlerle hastaların karşılaştırıldığı çalışmalara literatürde rastlanmamıştır ancak, bipolar bozukluğun evlilik içinde yarattığı sorunlarla başa çıkmada karşılaşılan zorlukların uyumu güçlendirdiği düşünülebilir. Literatürde, evlilik başlangıcında olmayıp daha sonra ortaya çıkan bipolar bozukluklarda çiftler arasında uyum sorunlarının oluştuğu, bunun da bu yeni duruma uyum sağlama, bipolar bozukluğu bulunan eşte yeni kişilik özelliği ile tanışma biçiminde gerçekleştiği, sonucunda da duruma uygun başa çıkma becerileri geliştirmenin zorluk yarattığı bildirilmiştir (Arciszewska, Siwek ve Dudek 2015, Granek ve ark., 2016, Vibha ve ark., 2013).

Sağlıklı kontrollerin eşlerinin evlilik uyum düzeyi sağlıklı kontrollerin evlilik uyum düzeyinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Sağlıklı kontroller psikiyatrik hastalığı bulunmayanlardan seçkisiz olarak atanmıştır. Sağlıklı kontrollerle eşlerinin evlilik uyum düzeyi arasındaki farkın sebebi eldeki verilerle açıklanamamakla beraber örneklemin normal yansıtmıyor olabileceği düşünülebilir.

Bipolar bozukluk hastalarında cinsiyete, yaş gruplarına, medeni duruma, eğitim düzeylerine ve evlilik süresine göre dürtüsellik düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Sağlıklı kontrollerde cinsiyete, yaş gruplarına, medeni duruma ve eğitim düzeylerine göre dürtüsellik düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmazken evlilik süresine göre dürtüsellik düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Sağlıklı kontrollerde evlilik

süresi 0-5 yıl olanların motor dürtüsellik düzeyleri evlilik süresi 6-10 yıl olanlardan ve evlilik süresi 10 yıldan fazla olanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda evlilik süresi 10 yıldan fazla olanların motor dürtüsellik düzeyleri evlilik süresi 6-10 yıl olanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu bulgular açısından bakıldığında evliliğin ilk yıllarında motor dürtüsellik düzeyinin yüksek olduğu ve ilerleyen yıllarda düşüş gösterdiği ancak sonra tekrar yükseldiği ama evliliğin ilk yıllarındaki kadar yükselmediği söylenebilir. Literatürde evlilik süresi ve dürtüsellik düzeyleri açısından bu türde bir karşılaştırma çalışmasına rastlanmamıştır. Bu bulgu değerlendirildiğinde evliliğin ilk yıllarındaki motor dürtüsellik düzeyinin örneğin “düşünmeden harekete geçme, sabırsız olma” gibi davranışların evlilik ve aile olmanın beraberinde getirdiği yeni durumlar karşısında azalıyor ve kontrol altında alınıyor olduğu ancak evlilik süresi uzadıkça yerleşen evlilik ve aile düzeni içinde motor dürtüsellik düzeyinin evliliğin ilk yıllarındaki kadar olmasa da uyumlu bir düzeye iniyor olduğu düşünülebilir.

Sağlıklı kontrollerde evlilik süresi 10 yıldan fazla olanların plan dürtüsellik düzeyleri evlilik süresi 0-5 yıl olanlardan ve 6-10 yıl olanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Literatürde evlilik süresi ve dürtüsellik düzeyleri açısından bu türde bir karşılaştırma çalışmasına rastlanmamıştır. Bu bulgu değerlendirildiğinde evliliğin ilerleyen yıllarında plan dürtüsellik düzeyinin, örneğin, “daha sonra elde edilebilecek daha büyük bir ödül için o an elde edilen küçük bir ödülünden vazgeçmek, içinde yaşanılan ana odaklı olmak ve geleceği düşünmeden hareket etmek” gibi davranışlarda artış olduğu söylenebilir. Bu çalışmada sağlıklı kontrollerin evlilik uyum düzeylerinin eşlerine oranla daha düşük olduğu göz önünde bulundurulduğunda aile içindeki sorunlar ve bireysel sorunlarla başa çıkmada duygu regülasyonunu sağlayabilecek davranışlar geliştiriyor olabilirler. Bu davranışlar örneğin kilo kontrolü için planlı bir şekilde hareket edememek, para biriktirerek alınabilecek daha değerli bir şey için para biriktirmek yerine o an kişiyi duygusal açıdan rahatlatabilecek bir alış veriş yapma biçiminde olabilir.

Sağlıklı kontrollerde evlilik süresi 10 yıldan fazla olanların toplam dürtüsellik düzeyleri evlilik süresi 6-10 yıl olanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Literatürde evlilik süresi ve dürtüsellik düzeyleri açısından bu türde bir karşılaştırma çalışmasına



rastlanmamıştır. Bu bulgu değerlendirildiğinde evliliğin ilerleyen yıllarında aile içindeki sorunlar ve bireysel sorunlarla başa çıkmada dürtüsellik düzeyinin duygu regülasyonunu sağlayabilecek davranışlarda ortaya çıkıyor olabileceği düşünülebilir. Sağlıklı kontrollerde dürtüsellik düzeyinin evliliğin ilerleyen yıllarda yüksek olmasının nedenleri başka çalışmalarda duygu regülasyonu açısından incelenebilir.

Bipolar bozukluk hastalarının yaş, çocuk sayısı, hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süreleri ile dürtüsellik düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çelikoğlu ve arkadaşları (2015) bipolar bozukluk hastalarında hastalık başlangıç yaşı ile dürtüsellik düzeyini inceledikleri çalışmalarında toplam dürtüsellik düzeyinin, plan dürtüsellik düzeyinin ve motor dürtüsellik düzeyinin hastalık başlangıç yaşı ile ters yönde ilişkili olduğunu, yani hastalık başlangıç yaşı düştükçe toplam dürtüsellik, plan dürtüsellik ve motor dürtüsellik düzeylerinin arttığını ortaya koymuşlardır.

Sağlıklı kontrollerde yaş ile motor dürtüsellik arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlıklı kontrollerde yaş arttıkça motor dürtüsellik azalmaktadır. Bu bulgu literatürle uyumludur. Güngör ve arkadaşları (2013) hem alkol bağımlıları ve sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları çalışmalarında her iki grupta da yaş arttıkça dürtüsellik düzeyinin azaldığını ortaya koymuşlardır.

Sağlıklı kontrollerde çocuk sayısı ile plan dürtüsellik düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlıklı kontrollerde çocuk sayısı arttıkça plan dürtüsellik düzeyi de artmaktadır. Literatürde bununla ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çocuk sayısındaki artış, sağlıklı kontrollerde aile içinde yaşanan ya da çocuklarla ilgili olarak yaşanan sorunlarla başa çıkabilmede duygu regülasyonunu sağlamak ya da herhangi bir problemi çözmek için yapılan dürtüsel davranışları artırıyor olabilir.

Bipolar bozukluk hastalarında ve sağlıklı kontrollerde cinsiyete, yaş gruplarına, medeni duruma, evlilik süresine ve eğitim düzeylerine göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzları puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Bipolar bozukluk hastalarında çocuk sayısı ile durumluk öfke düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bipolar bozukluk hastalarında çocuk sayısı arttıkça durumluk öfke düzeyleri de artmaktadır. Literatürde bununla ilgili bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bipolar bozukluk hastalarının ilişkilerinde stresle başa çıkma becerilerini etkin biçimde kullanamadıkları bilinmektedir (Basco ve ark., 2007). Gültekin ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada bipolar hastalarda özellikle ilk atakta stres etkeninin katkısının yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Çocuk sayısının ve çocuklarla ilgili meselelerle başa çıkmada zorlanılan durumların sağlıklı kontrollere nazaran dürtüsellik düzeyleri yüksek olan bipolar bozukluk hastalarında durumluk öfke düzeyini arttırabileceği düşünülebilir. Diğer yandan bipolar bozukluk hastalarında çocuk sayısı ile içte tutulan öfke düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bipolar bozukluk hastalarında çocuk sayısı arttıkça içte tutulan öfke düzeyi de artmaktadır. Bu çalışmada içte tutulan öfke ile dürtüsellik düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmadığından, çocuk sahibi olmanın öfkenin dürtüsel biçimde dışa vurulması yerine içte tutulmasına katkı sağlıyor olabileceği düşünülebilir.

Bipolar bozukluk hastalarının sürekli öfke puanları ile motor dürtüsellik, plan dürtüselligi ve toplam dürtüsellik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bipolar bozukluk hastalarında sürekli öfke düzeyi arttığında motor dürtüsellik, plan dürtüselligi ve toplam dürtüsellik de artmaktadır. Bipolar bozukluk hastalarının dışa vurulan öfke puanları ile motor dürtüsellik, plan dürtüselligi ve toplam dürtüsellik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bipolar bozukluk hastalarında dışa vurulan öfke düzeyi arttığında motor dürtüsellik, plan dürtüselligi ve toplam dürtüsellik düzeyi de artmaktadır. Bipolar bozukluk hastalarının kontrol altına alınmış öfke puanları ile plan dürtüselligi puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bipolar bozukluk hastalarında kontrol altına alınmış öfke düzeyi arttığında plan dürtüselligi de azalmaktadır. Bipolar bozukluk hastaları öfkelerini kontrol altına alabildiklerinde daha sonra elde edilebilecek daha büyük bir ödül için o an elde edilen küçük bir ödülde vazgeçmek, içinde yaşanan ana odaklı olmak ve geleceği düşünmeden hareket etmek gibi davranışlarında azalma olabilmektedir. Bu bulgular literatürle

uyumludur. Bipolar bozukluk hastalarında özellikle mani döneminde yoğun öfke ve dürtüsellik, tepkisel ve kontrolsüz davranışlar gözlenmektedir (Güleç ve ark., 2009).

Sağlıklı kontrollerde durumluk öfke puanları ile motor dürtüsellik ve toplam dürtüsellik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlıklı kontrollerde durumluk öfke düzeyi arttığında motor dürtüsellik ve plan dürtüselligi artmaktadır. Sağlıklı kontrollerde içte tutulan öfke puanları ile dikkat dürtüselligi, motor dürtüsellik ve toplam dürtüsellik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlıklı kontrollerde içte tutulan öfke düzeyi arttığında dikkat dürtüselligi, motor dürtüsellik ve toplam dürtüsellik artmaktadır. Literatürde öfke ve dürtüsellik düzeylerinin çalışıldığı araştırmalarda bu iki değişken arasındaki ilişkiye nazaran, sıklıkla intihar girişimi bulunanlar ve kontrol grupları (Hisli-Şahin, Onur, Basım, 2008; Hisli-Şahin ve Durak-Batıgün, 2009; Akın ve Berkem, 2012) arasındaki fark açısından çalışıldığı gözlenmiştir. Dürtüsellik ve öfke literatürde sıklıkla birlikte anılan değişkenlerdir.

Bipolar bozukluk hastalarında plan dürtüselligi puanları ile evlilik uyumu puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bipolar bozukluk hastalarında plan dürtüselligi düzeyleri arttıkça evlilik uyumu azalmaktadır. Bipolar bozukluk hastaları daha sonra elde edilebilecek daha büyük bir ödül için o an elde edilen küçük bir ödülün vazgeçmek, içinde yaşanılan ana odaklı olmak ve geleceği düşünmeden hareket etmek gibi davranışlarda bulduklarında evlilik uyumlarında bozulma artmaktadır. Allen (1998) dürtüselligin yüksek olmasının bipolar bozukluğu olumsuz etkilediğini özellikle madde kötüye kullanımı, riskli cinsel birliktelikler ve öz kıyım gibi olumsuz davranışları tetiklediği gözlemlenmiştir. Bipolar bozukluk hastalarında plan dürtüselligine bağlı olarak ortaya çıkan davranışlar evlilikteki uyumun bozulmasına yol açıyor olabilir. Özellikle de dürtüsellikle öfke ifade tarzları arasındaki ilişki göz önünde bulundurulduğunda öfkenin ifade ediliş biçiminin dürtüsellige bağlı olarak yıkıcı, zarar verici ve kontrolsüz olabileceği düşünülebilir.

Bipolar bozukluk hastalarında kontrol altına alınmış öfke puanları ile evlilik uyumu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bipolar bozukluk hastalarında kontrol

altına alınmış öfke düzeyleri arttıkça evlilik uyumu artmaktadır. Bipolar bozukluk hastalarında dışa vurulan öfke puanları ile evlilik uyumu puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bipolar bozukluk hastalarında dışa vurulan öfke düzeyi arttıkça evlilikte uyum azalmaktadır. Kontrol grubunda ise öfke ve öfke ifade tarzı düzeyleri ile evlilik uyumu arasında ilişki saptanmamıştır. Literatürde bipolar bozukluk hastaları açısından benzer çalışmalar olmasa da sağlıklı kontrollerle yapılan çalışmalarda öfke kontrolünün evlilik uyumunu olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Gündoğan, 2015).

Bipolar hastalarının evlilik uyumu puanları ile eşlerinin evlilik uyumu puanları arasında anlamlı ilişki bulunmazken sağlıklı kontrollerin evlilik uyumu puanları ile eşlerinin evlilik uyumu puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlıklı kontrollerde evlilik uyumu düzeyleri arttıkça eşlerinin evlilik uyumu düzeyleri de artmaktadır (Bkz. Erbek ve ark., 2005). Bipolar bozukluk hastalarının evlilik uyumu ile ilgili çalışmaların sıklıkla sadece bipolar bozukluk hastası üzerinden çalışıldığı ancak hastaların eşlerinin evliliğe uyumlarının değerlendirildiği çalışmaların (Bkz. Arciszewska, Siwek ve Dudek 2015, Granek ve ark., 2016, Vibha ve ark., 2013) nadir olduğu görülmüştür. Sağlıklı kontrollerde çiftlerin evlilik uyumları arasında oldukça yüksek korelasyon bulunmuşken bipolar bozukluk hastalarında anlamlı korelasyon bulunmaması ilgi çekicidir. Hastalığın bipolar hastanın evlilik uyumunu bozmasının yanı sıra hastanın eşinin de bu yeni duruma uyumunu güçleştirdiği düşünülebilir.

Sonuç olarak bipolar bozukluk hastasının işlevselliğinde ortaya çıkan bozulmayla beraber eşe fazladan binen yük (Saunders, 2003) çiftin aile içinde yaşadığı durumun evlilikten farklı ve yeni bir yaşantı olduğunu ortaya koyuyor olabilir. Eşler artık sağlıklı bir ilişki sürdüren, cinsel, davranışsal, duygusal ve bilişsel açıdan ortak yaşantıları olan bireyler olmaktan ziyade bakım veren ve hasta ilişkisi sürdüren bireyler olmaktadır. Böyle bir durumda da sağlıklı eşin bu yeni durumla kendi psikolojik kaynakları aracılığıyla başa çıkabilmesi beklenemez. Diğer yandan bipolar bozukluk hastasının hastalığı ile başa çıkmasına yardımcı olabilecek psikiyatrik desteği bulunsa da sosyal açıdan desteklenemeyebilir. Hastanın duygu durumundaki sık değişimler aile içinde yeni duruma adapte olmayı zorlaştırabilir. Bipolar bozukluk hastalarının dürtüsellik ve öfke düzeylerinin

sağlıklı kontrollere nazaran daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda sağlıklı eş için bu yeni durum içinden çıkılamaz bir hal alabilir. Dolayısıyla bipolar bozukluk hastalarının hastalıklarıyla başa çıkabilmesine yardımcı olabilecek sosyal destek kaynaklarının da desteklenmesi gerekmektedir. Bu çalışmada bipolar bozukluk hastaları örneklemin de kısıtlılığı nedeniyle epizotlarına ayrılmadan ele alınmıştır. Daha sonra yapılacak çalışmalarda hastaların içinde buldukları epizota göre evlilik uyumları, öfke ve dürtüsellik düzeylerinin incelenmesi hem literatüre hem de psikoterapi uygulamalarına katkı sağlayacaktır.



## 6. KAYNAKLAR

- Adam G. R. (1973). Classroom Aggression: Determinants, Controlling Mechanism, And Guidelines For The Implementation Of A Behavior Modification Program. *Psychology In The Schools*, 10 (2), 155 – 168.
- Ainslie, G, (1975). Specious Reward: A Behavioral Theory Of Impulsiveness And Impulse Control. *Psychol Bull*, 82, 463–496
- Akın, E., Berkem, M. (2012). İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Öfke ve Dürtüsellik. *Marmara Medical Journal*, 25, 148-152
- Albayrak, B., Kutlu, Y. (2009). Ergenlerde Öfke İfade Tarzı Ve İlişkili Faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*;2, 58-68.
- Allen, T.J, Moeller, F.G, Rhoades, H.M, Cherek, D.R. (1998). Impulsivity And History Of Drug Dependence. *Drug Alcohol Depend.*,50, 137-145
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Çeviren Koroğlu E,(2001), *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması Ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR)*, Washington DC: Amerikan Psikiyatri Birliği, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub, Arlington, VA, 2013.
- Angst, J., Marneros, A. (2001) Bipolarity From Ancient To Modern Times: Conception, Birth And Rebirth. *J Affect Dissord*; 67, 3-19.
- Avcı, R. (2006). Şiddet Davranışı Gösteren Ve Göstermeyen Ergenlerin Ailelerinin Aile işlevleri, Öfke Ve Öfke ifade Tarzları Açısından İncelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana*

- Averill, J.R. (1983). Studies On Anger And Aggression: Implications For Theories Of Emotions. *American Psychologist*, 38, 1145-1160.
- Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı (1990). Kavramlar Ve Tanımlar. Ankara: Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayını.
- Battal, A. (2008). Boşanma Sebepleri, Bilimsel Araştırma Projesi Uygulama Sonuçları.8-43.
- Batıgün, A.D, Şahin, N.H. Öfke, (2003). Dürtüsellik Ve Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizlik Gençlik İntiharlarının Habercisi Olabilir Mi? *Türk Psikoloji Dergisi*;18, 37-52.
- Bayrı, F. (2007). Hemşirelerin Öfke İfade Biçimleri Ve Genel Sağlık Durumları ile İlişkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Beck, A.T. (1976). *Bilişsel Terapi Ve Duygusal Bozukluklar*. Litera Yayın Evi, 2008
- Bernard, M. E., Joyce, M. R. (1984). *Rational Emotive Therapy With Children And Adolescents: Theory, Treatments Strategies, Preventive Methods*. New York: Wiley Interscience Publication.
- Beştepe, E., Erbek, E., Saatçioğlu, Ö., Akar Özmen, H. Ve Eradamlar, N. (2010). Psikiyatrik Yardım Talebi Olan, Olmayan Ve Boşanma Aşamasındaki Çiftler Arasında Cinsiyet Yönünden Uyum, Problem Çözme Becerisi, Boyun Eğici Davranış Ve Öfke Tutumunun Karşılaştırılması. *Nöropsikiatri Arşivi*, 47(1), 15–22.
- Bradbury, T.N. , Karney, B.R. (2004). Understanding And Altering The Longitudinal Course Ofmarriage. *Journal Of Marriage And Family*, 66 (Nov), 862-879
- Burns, D.D., Sayers, S.L., Moras, K. (1994). Intimate Relationships And Depression: Is There A Causal Connection? *J Consult Clin Psychol*. 62:1033Y1043.

- Burns, J. W., Johnson, B. J., Mahoney, N., Devine, J., Pawl, R. (1996). Anger Management Style, Hostility And Spouse Responses: Gender Differences In Predictors Of Adjustment Among Chronic Pain Patients. *Pain*, 64(3), 445-453
- Canbaba, C. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde Ayaktan Takipli Bipolar Bozukluk Tanılı Ötirik Hastalarda Ve Ailelerinde Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi: Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması, T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 5-10.
- Casiano, M.E, Hawkins, D.R. (1987). Major Mental Illness And Childbearing. A Role For The Consultation-Liaison Psychiatrist In Obstetrics. *Psychiatr Clin North Am.* 10, 35-51.
- Chamberlain, S.R., Muller, U., Deakin, J.B., Corlet, T P.R., Dowson, J., Cardinal, RN., (2007). Lack Of Deleterious Effects Of Buspirone On Cognition In Healthy Male Volunteers. *J Psychopharmacol*, 21, 210-215.
- Corruble, E., Damy, C., Guelfi, J.D. (1999). Impulsivity: A Relevant Dimension In Depression Regarding Suicide Attempts? *J Affect Disord*; 53, 211-215.
- Cömert, E., (2004). "Depresif Bozukluklarda Anksiyete Şiddetine Göre Sürekli Öfkenin Ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi", İstanbul Üniversitesi Yüksek Lisans
- Çelik, D. B. (2009). Migren Baş Ağrısı Hastalarında Öfke Tarzları Ve Kişilik Özellikleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Çelikoğlu, G., Buturak-Visal, Ş. Rezaki-Özdemir, H., Güneş, A. Koçak, O. M., Nazlı, Ş. B. (2015). İki Uçlu Mizaç Bozukluğunda Dürtüsellik ve Hastalığın Başlangıç Yaşı İle İlişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 5 (4), 173-178.



- Dickman, S.J. (1993). Impulsivity And Information Processing, In *The Impulsive Client: Theory, Research, And Treatment*. American Psychological Association, 151–184
- Dougherty, D.M., Moeller, F.G., Steinberg, J.L., Marsh, D.M., Hines, S.E., Bjork, J.M. (1999). Alcohol Increases Commission Error Rates For A Continuous Performance Test. *Alcohol Clin Exp Res*, 23, 1342–1351.
- Deffenbacher, J.L. (1995). Trait Anger: Theory, Findings, And Implications. In C.D. Spielberger J.N. Butcher (Eds.), *Advances In Personality Assessment* 9, 177-201
- Dutraa, S.J., Reevesb, E.J., Maussc, I.B., Gruberan, J. (2014). Boiling At A Different Degree: An Investigation Of Trait And State Anger In Remitted Bipolar I Disorder, *Journal Of Affective Disorders* 168, 37–43
- Ellis, A., Maclaren, C. (1998). *Rational Emotive Behavior Therapy. A Therapist Guide*. USA. Impact Publishers.
- Erbek, E., Beştepe, E., Akar, H., Eradamlar, N., Alpkan, R. L. (2005). Evlilik Uyumu. *Düşünen Adam*, 18(1), 39–47.
- Feindler, E.L., Marriott, S.A., Iwata, M. (1984). Group Anger Control Training For Junior High School Delinquents. *Cognitive Therapy And Research*, 8 (3), 299-311.
- Fidanoğlu, O. (2007). Evlilik Uyumu İle Eşlerin Somatizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişki Ve Diğer Sosyodemografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Frank, E., Targum, S.D., Gershon, E.S., Anderson, C., Stewart, B.D., Davenport, Y., Ketchum, K.L., Kupfer, D.J. (1981). A Comparison Of Nonpatient And Bipolar Patient-Well Spouse Couples. *Am J Psychiatry* 138, 764-768.

- Frosch, J. (1971). Technique In Regard To Some Specific Ego Defects In The Treatment Of Borderline Patients. *Psychiatr Q*, 45, 216–220
- Gazioğlu, I.E.A. (2009). Evlilik Okulu Projesi. H. Yavuzer (Ed.). *Aile Yaşam Döngüsü* (29-47). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Goldman, L., Haaga, D. A. (1995). Depression And The Experience And Expression Of Anger In Marital And Other Relationships. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 183(8), 505-509
- Gökçe, B. (1978). Evlilik Kurumuna Sosyolojik Bir Yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 1, 7-21.
- Gladding, T., S., Yıldırım I. (Ed). (2012). *Aile Terapisi Tarihi, Kuram Ve Uygulamaları*. Ankara: PDR Yayınları.
- Granek, L., Danan, D., Bersudsky, Y., Osher, Y. (2016 ). *Living With Bipolar Disorder: The Impact On Patients, Spouses, And Their Marital Relationship, Bipolar Disorder*,.18(2), 192-9.
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Hasin, D.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J., Huang, B.. (2005) Prevalence, Correlates, And Comorbidity Of Bipolar I Disorder And Axis I And II Disorders: Results From The National Epidemiologic Survey On Alcohol And Related Conditions. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 66(10), 1205–1215.
- Gray, J.A. (1995). A Model Of The Limbic System And Basal Ganglia: Applications To Anxiety And Schizophrenia, In *The Cognitive Neurosciences*. 1165–1176
- Goldberg, J. F., Harrow, M., Grossman, L. S. (1995). Course And Outcome In Bipolar Affective Disorder: A Longitudinal Followup Study. *American Journal Of Psychiatry*, 152, 379 –384.

- Goodwin, R.D., Jacobi, F., Bittner, A., Wittchen, H.U. (2007). Duygudurum Bozukluklarının Epidemiyolojisi. T Oral (Çev. Ed.), 2006, İstanbul, Sigma Yayınevi, 34-55.
- Güleç, H., Tamam, L., Usta, H., Saygılı, I., Güleç, M.Y., Zengin, M.(2009). Bipolar Bozuklukta Dürtüsellik. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10, 198-203.
- Gündoğan, M. (2015). Eşlerin Bağlanma Tarzları ile Çift Uyum Düzeyi Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
- Hagop, S., Akiskal, Mauricio, Tohen Çeviri (2009). Bipolar Psikofarmakoterapi, Hastanın Bakım Ve Desteği: 1-2.
- Hakvoort, E.M., Bos, H.M.W., Balen, F.V. Hermanns, J.M.A.(2010). Family Relationships And The Psychosocial Adjustment Of School-Aged Children In Intact Families. The Journal Of Genetic Psychology, 171(2), 182–201
- Harbrung, E.H., Gleiberman, L., Russell, M. Cooper, L. (1991). Anger Coping Styles And Blood Pressure In Black And White Males. Psychosomatic Medicine, 53, 153-164.
- Hisli-Şahin, N., Onur, A., Basım, H. N. (2008). İntihar Olasılığının, Öfke, Dürtüsellik ve Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizlik ile Yordanması. Türk Psikolojik Dergisi, 23 (62), 79-88.
- Hisli-Şahin, N., Durak-Batıgün, A. (2009). Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Riskini Belirlemeye Yönelik Bir Modelin Sınanması. Türk Psikiyatri Dergisi, 20 (1), 28-36
- Hollander E, Evers M. (2001). New Developments In Impulsivity. Lancet., 358, 949- 950.

- Ho, M.Y., Al Zahrani, S.S., Al Ruwaitea, A.S., Bradshaw, C.M. Szabadi, E. (1998). 5-Hydroxytryptamine And Impulse Control: Prospects For A Behavioural Analysis. *Journal Of Psychopharmacology*, 12, 68-78
- Işık, E. (2003). *Depresyon Ve Bipolar Bozukluklar*. Görsel Sanatlar Matbaacılık, İstanbul, 467-509.
- Jentsch, J.D., Taylor, J.R. (1999). Impulsivity Resulting From Frontostriatal Dysfunction In Drug Abuse: Implications For The Control Of Behavior By Reward-Related Stimuli. *Psychopharmacology (Berl)* 146, 373–390
- Jonas, B.S., Brody, D., Roper, M., Narrow, W.E. (2003). Prevalence Of Mood Disorders In A National Sample Of Young American Adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38(11), 618–624.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., Keller, M. B. (2002). The Long-Term Natural History Of The Weekly Symptomatic Status Of Bipolar I Disorder. *Archives Of General Psychiatry*, 59, 530 –537
- Kessler, R.C., Rubinow, D.R., Holmes, C. (1997) The Epidemiology Of DSM-III-R Bipolar I Disorder In A General Population Survey. *Psychol Med*, 27, 1079-1089.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence And Age-Ofonset Distributions Of DSM-IV Disorders In The National Comor
- Kısa, C., Yıldırım, S.G., Göka, E. (2005). Ataklık Ve Ruhsal Bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(1), 46-54
- Kim, E. Y., Miklowitz, D. J. (2004). Expressed Emotion As A Predictor Of Outcome Among Bipolar Patients Undergoing Family Therapy. *Journal Of Affective Disorders*, 82, 343–352.

- Kleindienst, N., Engel, R. R., Greil, W. (2005). Psychosocial And Demographic Factors Associated With Response To Prophylactic Lithium. A Systematic Review For Bipolar Disorders. *Psychological Medicine*, 35, 1685–1694.
- Koçinoğlu, H. (1991). Sosyoekonomik Düzeyi Farklı Ailelerin Evlilik Konusundaki Bilgi Tutum Ve Tavırlarının Saptanması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: GÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kökdemir, H. (2004). Öfke ve Öfke Kontrolü. *Pivolka*, 3 (12), 7–10.
- Köroğlu, E. (2007). Psikozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri; Hekimler Yayın Birliği, Ankara
- L'Abate L. (1993). A Family Theory Of Impulsivity, In *The Impulsive Client*. American Psychological Association, 93–117
- Lawrence, E., Bradbury, T.N. (2001). Physical Aggression And Marital Dysfunction: A Longitudinal Analysis. *Journal Of Family Psychology*, Vol.15. No.1, 135- 154.
- Lerner, H. (2004). Öfke Dansı, 5. Baskı, (Çeviri: Gül, S.), İstanbul: Varlık Yayınları
- Loewenstein, G. (1996). Out Of Control: Visceral Influences On Behavior. *Organizational Behavior And Human Decision Processes*, 65, 272-292
- Lichtenstein, P., Yip, B.H., Bjork, C., Pawitan, Y., Cannon, T.D., Sullivan, P.F., Hultman, C.M. (2009). Common Genetic Determinants Of Schizophrenia And Bipolar Disorder In Swedish Families: A Population-Based Study. *Lancet*, 373, 234-239.
- Maj, M., Akiskal, H., Lopez-Ibor, J. (2002). *Bipolar Disorder*, John Wiley And Sons Ltd, İki Uçlu Bozukluk (Çev. Ed. T. Oral). Medikal Yayın, İstanbul..
- Merikangas, K.R., Akiskal, H.S., Angst, J., Greenberg, P.E., Hirschfeld, R.M., Petukhova, M., Kessler, R.C. (2007) Lifetime And 12- Month Prevalence Of Bipolar

- Spectrum Disorder In The National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry, 64 (5), 543–552.
- Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M., Swann, A.C. (2001). Psychiatric Aspects Of Impulsivity. Am J Psychiatry, 158, 1783-1793.
- Monterosso, J., Ainslie, G. (1999). Beyond Discounting: Possible Experimental Models Of Impulse Control. Psychopharmacology (Berl), 146, 339-347
- Nazlı, S. (2009). Aile Danışmanlığı. Ankara: Anı Yayınları.
- Özabacı, N. (2009). Evlilik Okulu Projesi. H. Yavuzer (Ed.). Evlilik Öncesi İlişkiler (48-60). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Özdemir, P.G., Selvi, Y., Aydın, A. (2012). Dürtüsellik ve Tedavisi. Current Approaches In Psychiatry. 4, (3), 293-314
- Özer, A. K. (1994). Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçekleri Ön Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 9 (31), 26-35
- Özgüven, I. E. (2001). Ailede İletişim Ve Yaşam. Ankara: PDREM Yayınları.
- Özgüven, I. E. (2000). Evlilik Ve Aile Terapisi. Ankara: PDREM Yayınları.
- Öztürk, M.O., Ulusahin, A. (2008). Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları; Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Sti. Ankara, 337-428
- Patton, J.H., Stanford, M.S. And Barratt, E.S. (1995). Factor Structure Of The Barratt Impulsiveness Scale. Journal Of Clinical Psychology, 51, 768-774
- Peluso, M.A.M., Hatch, J.P., Glahn, D.C, Monkul, E.S., Sanches, M., Najt, P. (2007). Trait Impulsivity In Patients With Mood Disorders. Journal Of Affective Disorders, 100, 227-231

- Sayın, Ö. (1990). *Aile Sosyolojisi: Ailenin Toplumdaki Yeri*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- Scocco, P., Meneghel, G., Dello, B.M. (2001). Hostility As A Feature Of Elderly Suicidal Ideators. *Psychological Reports*, 88, (1), 863–869.
- Spinhoven, P., Penninx, B.W, Hickendorff, M., Van Hemert, A.M., Bernstein, D.P., Elzinga, B.M. (2014). Childhood Trauma Questionnaire: Factor Structure, Measurement Invariance, And Validity Across Emotional Disorders. *Psychol Assess*, 26, 717-729.
- Sanford, K., Rowatt, W. C. (2004). When Is Negative Emotion Positive For Relationships? An Investigation Of Married Couples And Roommates. *Personal Relationships*, 11, 329–354.
- Steele, M.S, Mcgarvey, S.T. (1997). Anger Expression, Age And Blood Pressure In Modernizing Samoan Adults. *Psychosom Med*, 59, 632-637
- Sunohara, G.A., Malone, M.A., Rovet, J., Humphries, T, Roberts, W, Taylor, M.J. (1999). Effect Of Methylphenidate On Attention In Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): ERP Evidence. *Neuropsychopharmacology*, 21, 218–228
- Suppes, T., Leverich, G.S., Keck, P.E., Denicoff, K.D., Altshuler, L.L., Mcelroy, S.L., Rush, A.J., Kupka, R., Frye, M.A., Bickel, M., Post, R.M. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network, II: Demographics And Illness Characteristics Of The First 261 Patients. *J Affect Disord*, 67, 45–59.
- Swann, A.C., Janicak, P.L., Calabrese, J.R., Bowden, C.L., Dilsaver, S.C., Morris, D.D., Petty, F., Davis, I. (2001). Structure Of Mania: Subgroups With Distinct Clinical Characteristics And Course Of Illness In Randomized Clinical Trial Participants. *J Affect Disord*, 67, 123-132

- Swann, A.C., Moeller, F.G., Steinberg, J.L., Schneider, L., Barratt, E.S. Dougherty DM. (2007). Manic Symptoms And Impulsivity During Bipolar Depressive Episodes. *Bipolar Disord*, 9, 206-212.
- Swann, AC, Bjork, J.M, Moeller, F.G. (2002). Two Models Of Impulsivity: Relationship To Personality Traits And Psychopathology. *Biol Psychiatry*, 15, 988-994
- Taşçı, E., Bolsoy, N., Kavlak, O., Yücesoy, F. (2008). Kadınlarda Evlilik uyumu. *Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği Dergisi*, Sayı: 2(5), 105-115.
- Thomas, S.P. (1989). Gender Differences In Anger Expression. Health Implications. *Research In Nursing And Health*, 12, 389- 398.
- Tsuchiya, K.J., Agerbo, E., Byrne, M., Mortensen, P.B. (2004) .Higher Socio-Economic Status Of Parents May Increase Risk For Bipolar Disorder In The Offspring. *Psychol Med*. 34, 787-793.
- Türkmenoğlu, M. (2003). Remisyonda Bipolar I Kadın Ve Erkek Hastalarda Evlilik İlişkisi Ve Cinsellik, Uzmanlık Tezi: Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Uzman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Tüfekçi-Hoşgör, E. (2013). Evli Çiftlerin Öfke İfade Tarzları ile Evlilik Uyumunun İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Vibha, P., Saddichha, S., Khan, N., Akhtar, S. (2013) Quality Of Life And Marital Adjustment In Remitted Psychiatric Illness: An Exploratory Study In A Rural Setting. *J Nerv Ment Dis*, 201, 334-8.
- Viguera, A., Baldessarini, R., Tondo, L. (2001) Response To Lithium Maintenance Treatment In Bipolar Disorders: Comparison Of Women And Men. *Bipolar Disord*, 3, 245–252.



- Watson, S., Gallagher, P., Dougall, D, Porter, R, Moncrieff, J., Ferrier, I.N., Young, A.H. (2014). Childhood Trauma In Bipolar Disorder. Aust N Z J Psychiatry. 48, 564-570.
- Yaşar, F. (2009). İlköğretime Devam Eden Öğrencilerin Anne-Çocuk İlişisini Kabul Ve Reddedici Algılama Düzeyinin Annenin Evlilik Doyumu Ve Evlilik Uyumu Düzeyiyle İlişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Yazıcı, O., Kora, K., Üçok, A., Saylan, M., Özdemir, O., Kızıltan, E., Özpulat, T. (2002) Unipolar Mania: A Distinct Disorder Journal Of Affect Disorder, 71 (1-3), 96-104
- Yenisey, F. (2009). Ceza Mevzuatı. İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi Yayınları.
- Yan, L. J., Hammen, C., Cohen, A. N., Daley, S. E., F Henry, R. M. (2004). Expressed Emotion Versus Relationship Quality Variables In The Prediction Of Recurrence In Bipolar Patients. Journal Of Affective Disorders, 83, 199 –206

Değerli katılımcı,

Bu anketin hazırlanış amacı bipolar affektif bozukluğu tanısı almış hastaların evlilik uyumlarının ne derece sağlıklı olduğu,dürtüsellik ve öfke düzeylerinin evlilik uyumlarına etkisinin incelenmesidir.

Ankette vermiş olduğunuz bilgiler kişisel değil bir grup olarak değerlendirilecektir.

**Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli tutulacaktır.Bu araştırmanın dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır.**Sizin bu ankette ki sorulara vereceğiniz açık,samimi ve doğru yanıtlar araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından son derece önemlidir.

Katılımlarınızdan dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Nergiz AKTAŞ

### DEMOGRAFİK BİLGİLER

Cinsiyet : Kadın ( ) Erkek ( )

Yaş : 18-24 ( ) 25-36 ( ) 37-50 ( ) 51 ve üstü ( )

Medeni Durumu : Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış ( )

Evlilik Süresi : 0-5 ( ) 6-10 ( ) 10 ve üzeri ( )

Çocuk Sayısı:

Eğitim Durumu : İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( )

Mesleği :

Hastalığın Başlangıç yaşı :

Hasta eşi iseniz Hastalığı ne zaman öğrendiğiniz :

## SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZLARI ÖLÇEĞİ

### I. BÖLÜM

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

	Hiç	Tümüyle		
1. Çabuk parlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kızgın mizaçlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Öfkesi burnunda bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Öfkelenince ağzıma geleni söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Engellendiğimde içimden birilerini vurmaya gelir.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim	(1)	(2)	(3)	(4)

## II. BÖLÜM:

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

### ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç		Tümüyle	
11. Öfkemi kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Kızgınlığımı gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Öfkemi içime atarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Somurtur ya da surat asarım.	(1)	(2)	(3)	(4)

### ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç		Tümüyle	
16. İnsanlardan uzak dururum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Soğukkanlılığımı korurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. İçin için köpürürüm ama gösteremem.	(1)	(2)	(3)	(4)

### ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç	Tümüyle		
21. Davranışlarımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Başkalarıyla tartışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. İçimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)

### ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç	Tümüyle		
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Kötü şeyler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)

### ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç	Tümüyle		
31. İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Sinirlerime hakim olamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)

### BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ -11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren / Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman / Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım				
2. Düşünmeden iş yaparım				
3. Hızla karar veririm.				
4. Hiçbir şeyi dert etmem				
5. Dikkat etmem				
6. Uçuşan düşüncelerim var				
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım				
8. Kendimi kontrol edebilirim.				
9. Kolayca konsantre olurum				
10. Düzenli para biriktiririm.				
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam				
12. Dikkatli düşünen birisiyim				
13. İş güvenliğine dikkat ederim.				
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim				
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.				
16. Sık sık iş değiştiririm.				
17. Düşünmeden hareket ederim				
18. Zor problemler çözmek gerektiğinde kolayca sıkılırım				
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim.				
20. Düşünerek hareket ederim.				
21. Sıklıkla evimi değiştiririm.				
22. Düşünmeden alışveriş yaparım				
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim				
24. Hobilerimi değiştiririm				
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım				
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur				
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.				
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam				
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim				
30. Geleceğini düşünen birisiyim.				

## EVLİLİKTE UYUM ÖLÇEĞİ

### İLİŞKİLERE İLİŞKİN BİLİŞSEL ÇARPITIMLAR ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, insanların kişiler arası ilişkilerle ilgili olarak benimsedikleri bazı düşünceleri içermektedir. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuyup, bu düşüncelere ne derece katıldığınızı cevap kağıdında yazılı şıkları dikkate alarak belirtiniz. Okuduğunuz her bir ifade için tek bir işaretleme yapmaya özen gösteriniz.

Her insanın kendine özgü bir kişisel görüşü bulunduğundan bu ifadelerin doğru ya da yanlış cevapları yoktur. İşaretlemenizi genel olarak nasıl düşündüğünüzü dikkate alarak yapınız.

		Hiç Katılmıyorum	Çok az Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	İnsanlarla fazla samimi olmak genellikle sorun yaratır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	İnsanlar beni hiç anlamıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Çevremdeki insanlara gerçek duygu ve düşüncelerimi ifade edersem onlar tarafından reddedileceğime inanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bu hayatta gerçek dost yoktur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	İlişki kurduğum herkesin tüm duygu ve düşüncelerini benimle paylaşmasını isterim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Bir insanın gözünden nasıl bir insan olduğunu anlarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Karşımdaki kişiler ifade etmeseler de onların ne düşündüğünü anlarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Karşımdaki kişi ben ifade etmesem de benim ne düşündüğümü anlayabilmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Kendimi iyi hissedebilmem için başkalarının benim hakkımdaki duygu ve düşünceleri olumlu olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	İnsanlar dediği sözleri yerine getirmezler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Her zaman bir sosyal grupta yer almalıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Sosyal ortamlarda insanların beni olduğum gibi kabul etmeyeceğini düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Çevremizdeki insanlara karşı sürekli tetikte olmakta yarar var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Çevremdeki insanları üzmemek için hep kendimden ödün veririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	İlişkilerimde insanları hoşnut kılmak için onların istediği gibi davranmalıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Her zaman çevremde birilerinin olmasını isterim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	İnsanların bana daima anlayışlı davranmasını isterim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	İlişkilerde insanlar birbirlerinin tüm beklentilerini karşılamalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	İnsanlarla ilişkileri yüzeysel tutmakta her zaman yarar vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TOPLAM PUAN:** .....

**Uzman Yorumu:** .....

**Uygulayan:**