

**T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK –
MANİK EPİZOD-TANISI ALMIŞ HASTALARIN
RORSCHACH PROTOKOLÜ AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELİF GÜNERİ

061106112

İstanbul, Mayıs 2008

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK-
MANİK EPİZOD- TANISI ALMIŞ HASTALARIN
RORSCHACH PROTOKOLÜ AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELİF GÜNERİ

061106112

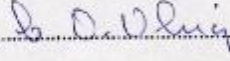
Danışman Öğretim Üyesi:

Yrd. Doç. Dr. BAYHAN ÜGE

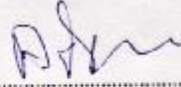
İstanbul, Mayıs 2008

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

27.05.2008 tarihinde tezinin savunmasını yapan Elif GÜNERİ'ye ait "Şizofreni ve Bipolar Affektif Bozukluk Tanısı Almış Hastaların Rorschach Protokolü Açısından Karşılaştırılması" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Psikoloji (Klinik Psikoloji) Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak Kabul Edilmiştir.



Prof. Dr. Mücella ULUĞ
(Başkan)



Prof. Dr. Adnan ZİYALAR
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Bayhan ÜGE
(Üye)
(Danışman)

Çalışmam boyunca bana her konuda yardımcı olan danışmanım Sn. **Yrd. Doç. Dr. Bayhan ÜGE**'ye, Rorschach testini öğrettiği ve sevdirdiği için, ayrıca kaynak konusundaki yardımlarından dolayı Sn. **Dok. Psk. Gülçin BAYCAN**'a, verilerimi süpervize eden ablam **Psk. Tülin TÜRKER**'e, verilerimi toplamam için yardımcı olan Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesindeki tüm meslektaşlarıma, yardımlarından dolayı sevgili **Gülçin KARADENİZ**'e, istatistik konusundaki emekleri için sevgili **Aylin TAŞDEMİR**'e, kendisinden çaldığım tüm zamanlar için, emeği, sabrı ve yardımseverliği için sevgili dostum ve eşim **İlhan YÖYEN**'e, her zaman yanımda olan ve motivasyonuma kaynak oluşturan annem ve babama, yabancı literatürdeki yardımlarından dolayı kardeşim **Tülay GÜNERİ BARIŞ** ve eniştem **Murat BARIŞ**'a, ve araştırmama katılmayı kabul eden tüm hastalarımın teşekkür eder, çalışmamın tüm ilgililere yararlı olmasını dilerim.

Psikolog Elif GÜNERİ

ÖZET

Şizofreni yüzyıllardır psikiyatri bilimini yakından ilgilendiren, günümüzün gelişen bilimsel bilgi birikimi ve teknolojik olanaklarına rağmen etyolojisi, epidemiyolojisi, prognozu ve tedaviye cevap şeklinin henüz tam olarak açıklanamadığı, bireyi gerçeklikten uzaklaştırarak, olağan dışı algılama ve yorumlama biçimine götüren, kişiyi içinde yaşadığı topluma ve kendisine uzaklaştırarak yeni bir gerçeklik yaratan, kişilikte ağır yıkım ile seyreden, halüsinasyonlar, hezeyanlar, dezorganize davranışlar ve duygulanımla karakterize, kronik ve yıkıcı bir hastalıktır.

Şizofreni hastası giderek uzaklaştığı, toplumda kimi zaman korku uyandırırken, sosyal uyumunun bozulmasıyla daha fazla içine kapanmakta ve kendi gerçekliğinde yaşayarak, fenomenolojik alanında ayrı bir dünyada varoluşunu sürdürmektedir.

Bipolar affektif bozukluk ise duygulanım düzeyinin ağır çökkünlükten taşkınlığa uzanan yelpazesinde şizofreni gibi tam aydınlatılmamış patofizyolojisi ve etyolojisi ile kişide ve içinde yaşadığı toplumda sosyal ve mesleki işlevselliğin bozulabildiği, hastanın duygudurumuna eşlik eden motor aktivitesindeki ve bilişsel işlevselliğindeki değişimlerle karakterize, kronik seyirli bir psikiyatrik hastalıktır.

Özellikle şizofrenin günümüzde pozitif özellikli şizofreni olarak tanımlanan halüsinasyon, hezeyan ve dezorganize davranışın hakim olduğu klinik tablosu ile bipolar affektif bozukluğun manik epizodu arasında semptomolojik olarak benzerlik bulunmaktadır. Bir başka ifadeyle iki hastalık grubunun exitasyon tablosunda düşünce, duygulanım ve davranış özellikleri benzerdir ve bu durum klinisyenin ayırt edici tanı koymasını güçleştirmektedir. Psikiyatri biliminde ayırımın en güç olduğu bu iki hastalığın ayırt edici tanısı yapılamadığında, klinisyen dünyada yaygın olan

eğilimle daha geniş bir tanı, “atipik pikoz” ya da “başka türlü adlandırılmayan psikoz”, tercih etmektedir.

Tüm bu bilgiler ışığında bu çalışmanın amacı, doğru tanının doğru sağaltım sürecinde etkili olacağı gerçeğinden hareketle Rorschach Testi'nin psikodiagnostik özelliğinden yararlanılarak, bu iki hastalık arasındaki ayırt edici tanıyı yapabilmektir. Bu bağlamda şizofreni hastaları ile bipolar affektif bozukluk tanısı almış hastaların manik epizod dönemlerinin Rorschach protokollerinin karşılaştırılması bu çalışmanın konusunu oluşturmaktadır. Araştırma Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden toplam 200 hasta ile yapılmıştır. Çalışmada cinsiyet faktörü de incelendiğinden hastaların 50'si şizofreni kadın, 50'si şizofreni erkek, 50'si mani kadın ve 50'si mani erkek hastadan oluşturulmuştur. Hasta yakınından muvafakat alındıktan ve ekte sunulan anket formu doldurulduktan sonra temel veri aracı olarak Rorschach testi kullanılmıştır. Hastaneye yatışlarının 10. gününde ve ilaç etkisinden en uzak oldukları saatler tespit edildikten sonra hastalara test uygulanmıştır. Daha sonra verilerin istatistiksel çözümlenmeleri bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Veriler varyans analizi, Mann-Whitney U testi ve Ki-Kare analiz yöntemleri ile irdelenmiştir.

Araştırma sonuçları Rorschach testinde şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod dönemindeki hastaların protokollerinin birbirinden belirgin olarak ayrıldığını ve Rorschach testinin ayırıcı tanı yapabildiğini göstermektedir.

Özetle, şizofreni hastaları ile bipolar affektif bozukluk manik epizoddaki hastaların bilişsel ve affektif süreçleri, ego fonksiyonları, kişiler arası ve sosyal uyum düzeyleri, nesne ilişkileri, immaturite ve impulsivite düzeyleri ve anksiyete düzeyleri arasında farklılıklar saptanırken, regression düzeylerinde bir farklılık saptanmamıştır. Bu değerlendirmeler ışığında çeşitli öneriler getirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, Bipolar Affektif bozukluk, Rorschach, Mani, Cinsiyet

ABSTRACT

In spite of hi-tech methods and cognitive accumulation of knowledge of today, schizophrenia, which has strong correlation with psychiatry, is a chronic and devastating illness which is characterized by hallucination, delirium, disorganized conducts and affection that badly devastate personality. The etiology, epidemiology and prognosis of schizophrenia as well as its way of responding to treatment have not entirely been clarified yet. It is schizophrenia that leads patients to be isolated from reality and causes them to adopt unusual ways of perception and interpretation by alienating patients from themselves as well as from the society in which they live and therefore such a state of mind creates a new kind of reality.

Patients with schizophrenia causes fear in the society from which they get more and more alienated. On the other hand, this sort of patient begins to live in an imaginary world by being more introverted as a result of his/her social harmony which is now disordered.

Bipolar affective disorder is a chronic psychiatric illness which is characterized by the changes in cognitive functions and motor activity accompanied by the patient's affection. Bipolar affective disorder causes patients and the society in which they live to get not only social but also professional functions disordered by means of pathophysiology and etiology which have not completely been illuminated yet. This situation is the same as schizophrenia in which affection ranges from depression to euphoria.

There are similarities between manic episode of bipolar affective disorder and clinic table of schizophrenia which is dominated by delirium, disorganized conduct and hallucination defined as positive schizophrenia. In other words, in the excitation table of both illnesses affection, thought and conduct are similar and this situation makes it difficult for a clinician to diagnose. Providing that these two illnesses, which are

almost impossible to distinguish, are unable to be diagnosed in psychiatry, clinician prefers to diagnose it as a typical psychosis or psychosis that cannot be defined in any other way.

In the light of all this data above, this study aims to distinguish both illnesses from each other through the psychodiagnostic feature of the Rorschach test. For this reason, this study is based on comparison of the Rorschach protocols of patients with schizophrenia and manic episodes of patients with bipolar affective disorder. In the study, 200 patients at Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi were involved. As both sexes were examined in the study, 50 of the patients were women with schizophrenia, 50 of them were men with schizophrenia, 50 of them were women with mania and 50 of them were men with mania. After the patient's family's permission was taken and a form of socio-demography form was filled in, the Rorschach test was used. This test was applied to the patients on the tenth day after they were brought to hospital and the moments at which the medicine influenced them the least were determined. Then the statistical analysis of the data was carried out by the computer. The results were analyzed with "varyans analizi", "Mann-Whitney U testi" and "Ki-Kare" methods.

The results of the study show that in the Rorschach test the protocols of the patients with schizophrenia and manic episode in bipolar affective disorder are remarkably different and that the Rorschach test is able to diagnose distinctively.

To sum up, the cognitive and affective process, individuals functions, individual relations and social adaptation, material relations, the levels of immaturity and impulsivity and the level of anxiety that patients with schizophrenia and bipolar affective disorder have are different but on the other hand, the level of regression is not different. Various suggestions were made taking all these assessments into considerations.

Key Words: Schizophrenia, Bipolar Affective Disorder, Rorschach, Mania, Sex

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1. Şizofreninin Tarihçesi	4
1.2. Şizofreni Tarihçesindeki Önemli Teorisyenler	6
1.2.1. Emil Kraepelin	6
1.2.2. Eugen Bleuler	6
1.2.3. Diğer Teorisyenler	8
1.3. Şizofreninin Tanımı	9
1.4. Şizofreninin Etyolojisi	11
1.4.1. Genetik Faktör	11
1.4.1.1. Aile ve Akraba Çalışmaları	12
1.4.1.2. İkiz ve Evlat Edinme Çalışmaları	12
1.4.2. Nörogelişimsel ve Nörodejeneratif Faktörler	13
1.4.3. Nörotransmitter Faktörler	16
1.4.4. Çevresel Faktörler	18
1.4.5. Ruhsal Faktörler	20
1.4.6. Aile Kuramları	23
1.4.7. Stres Yatkınlık Kuramı	25
1.5. Şizofreninin Epidemiyolojisi	25
1.5.1. Prevelans ve İnsidans	25
1.5.2. Yaş ve Cinsiyet	26
1.6. Şizofrenide Sınıflama	27
1.6.1. DSM-IV-TR'a Göre Şizofreni Tanı Ölçütleri	28
1.6.1.1. Paranoid Tip	29
1.6.1.2. Katatonik Tip	30
1.6.1.3. Dezorganize Tip	30
1.6.1.4. Ayrışmamış Tip	30
1.6.1.5. Rezidüel Tip	31
1.6.2. Andreasen ve Olsen'in Sınıflandırması	31
1.6.3. Crow Tipi / Tipli Şizofreni	32

1.6.4. ICD-10'a Göre Şizofreni Tanı Ölçütleri	32
1.7. Şizofreninin Klinik Sürece İlişkin Özellikleri	34
1.8. Şizofrenide Premorbid ve Prognoz	38
1.9. Şizofrenide Klinik Semptomatoloji	41
1.10. Şizofrenide Ayırıcı Tanı	46
1.11. Şizofreni-Mani Ayrımı	47
1.12. Bipolar Affektif Bozukluğun Tarihi	49
1.13. Bipolar Affektif Bozukluğun Tanımı	51
1.14. Bipolar Affektif Bozukluğun Etiyolojisi	52
1.14.1. Genetik Faktörler	52
1.14.1.1. Kromozal Çalışmalar	52
1.14.1.2. Aile, İkiz ve Evlat Edinme Çalışmaları	53
1.14.2. Nörotansmitter ve Nöroendokrin Faktörler	54
1.14.3. Nöroanatomik Faktörler	56
1.14.4. Psikodinamik Faktörler	57
1.14.5. Psikososyal Faktörler	60
1.15. Bipolar Affektif Bozukluğun Epidemiyolojisi	61
1.15.1. Prevelans	61
1.15.2. Yaş ve Cinsiyet	62
1.16. Bipolar Affektif Bozukluğun Prognozu	63
1.17. Bipolar Affektif Bozukluğun Sınıflandırılması	65
1.17.1. DSM-IV-TR'a Göre Duygudurum Bozuklukları	65
1.17.1.1. Duygudurum Epizodları	65
1.17.1.2. Bipolar Bozukluk	67
1.17.1.2.a. Bipolar I Bozukluğu	67
1.17.1.2.b. Bipolar II Bozukluğu	67
1.17.2. ICD-10'a Göre Bipolar Affektif Bozukluğun Sınıflandırılması	68
1.18. Bipolar Affektif Bozuklukta Manik Epizodun Klinik Sürece İlişkin Özellikleri	69
1.19. Problem	76
2. Hipotez	78
3. Önem	79
4. Kapsam ve Sınırlılıklar	80

5. Varsayımlar	81
6. Tanımlar ve Kısaltmalar	82
BÖLÜM II	
YÖNTEM	84
2.1. Araştırmanın Modeli	84
2.2. Evren ve Örneklem	84
2.3. Veri Toplama Araçları	85
2.3.1. Psikolojik Ölçme ve Değerlendirme	85
2.3.2. Projeksiyon'un Tanımı	86
2.3.3. Projektif Testler	87
2.3.4. Rorschach Testi	90
2.3.5. Rorschach Testinin Yöntemi ve Teknikleri	92
2.3.6. Türkiye'de Rorschach'nın Gelişimi	93
2.3.7. Rorschach Testi'nin Uygulaması	94
2.3.8. Rorschach Kodları	95
2.4. Veri Çözümleme Yöntemleri	105
BÖLÜM III	
Bulgular ve Yorum	107
BÖLÜM IV	
Sonuç ve Tartışma	157
4.1. Sonuç	157
4.1.1. Varyans Analizi Bulguları	157
4.1.2. Mann-Whitney U Testi Bulguları	161
4.1.3. Ki-Kare Bulguları	163
4.1.4. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın Bilişsel Süreçlerinin Değerlendirilmesi	163
4.1.5. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın Ego Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi	169

4.1.6. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın Affeksiyon Süreçlerinin Değerlendirilmesi	171
4.1.7. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Uyumunun Değerlendirilmesi	175
4.1.8. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın Nesne İlişkilerinin Değerlendirilmesi	177
4.1.9. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın Patolojik Tepkilerinin Değerlendirilmesi	179
4.1.10. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın Anksiyete (Angoisse) Süreçlerinin Değerlendirilmesi	180
4.1.11. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın K/C (Erlebnis) Puanlarının Değerlendirilmesi	182
4.1.12. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın Kadinsky (Regression) Puanlarının Değerlendirilmesi	184
4.1.13. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın İmmaturite Puanlarının Değerlendirilmesi	185
4.2.Öneriler	190
KAYNAKLAR	192
EK -1	210
EK-2	211
ÖZGEÇMİŞ	212

TABLO VE GRAFİKLER LİSTESİ

Tablo I.	Bilişsel Süreçlerin Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	108
Grafik I.a.	Bilişsel Süreçlerin Tanıya Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	109
Grafik I.b.	Bilişsel Süreçlerin Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	109
Grafik I.c.	Bilişsel Süreçlerin Tanı ve Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	110
Tablo II.a.	Bilişsel Süreçlerin Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	110
Grafik II.a.	Bilişsel Süreçlerin Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	111
Tablo II.b.	Bilişsel Süreçlerin Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi Değerlendirilmesi	111
Grafik II.b.	Bilişsel Süreçlerin Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	112
Tablo III.	Ego Fonksiyonlarının Varyans Analizi İle Değerlendirilmesi	115
Grafik III.a.	Ego Fonksiyonlarının Tanıya Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	115
Grafik III.b.	Ego Fonksiyonlarının Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	116
Grafik III.c.	Ego Fonksiyonlarının Tanı ve Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	116
Tablo IV.a.	Ego Fonksiyonlarının Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	117
Grafik IV.a.	Ego Fonksiyonlarının Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	118

Tablo IV.b.	Ego Fonksiyonlarının Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	118
Grafik IV.b.	Ego Fonksiyonlarının Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	119
Tablo V.	Affeksiyon Süreçlerinin Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	120
Grafik V.a.	Affeksiyon Süreçlerinin Tanıya Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	121
Grafik V.b.	Affeksiyon Süreçlerinin Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	121
Grafik V.c.	Affeksiyon Süreçlerinin Tanı ve Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	122
Tablo VI.a.	Affeksiyon Süreçlerinin Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	122
Grafik VI.a.	Affeksiyon Süreçlerinin Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	123
Tablo VI.b.	Affeksiyon Süreçlerinin Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	123
Grafik VI.b.	Affeksiyon Süreçlerinin Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	124
Tablo VII.	Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	126
Grafik VII.a.	Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Tanıya Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	127
Grafik VII.b.	Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	127
Grafik VII.c.	Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Tanı ve Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	128

Tablo VIII.a.	Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	129
Grafik VIII.a.	Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	129
Tablo VIII.b.	Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	129
Grafik VIII.b.	Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	130
Tablo IX.	Nesne İlişkilerinin Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	132
Grafik IX.a.	Nesne İlişkilerinin Tanıya Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	133
Grafik IX.b.	Nesne İlişkilerinin Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	133
Grafik IX.c.	Nesne İlişkilerinin Tanı ve Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	134
Tablo X.a.	Nesne İlişkilerinin Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	134
Grafik X.a.	Nesne İlişkilerinin Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	135
Tablo X.b.	Nesne İlişkilerinin Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	135
Grafik X.b.	Nesne İlişkilerinin Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	136
Tablo XI.	Patolojik Cevapların Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	138
Grafik XI.a.	Patolojik Cevapların Tanıya Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	139

Grafik XI.b.	Patolojik Cevapların Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	139
Grafik XI.c.	Patolojik Cevapların Tanı ve Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	140
Tablo XII.a.	Patolojik Cevapların Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	140
Grafik XII.a.	Patolojik Cevaplarının Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	141
Tablo XII.b.	Patolojik Cevapların Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	141
Grafik XII.b.	Patolojik Cevapların Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	142
Tablo XIII.	Anksiyete (Angoisse) Düzeylerinin Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	144
Grafik XIII.a.	Anksiyete (Angoisse) Düzeylerinin Tanıya Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	145
Grafik XIII.b.	Anksiyete (Angoisse) Düzeylerinin Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	145
Grafik XIII.c.	Anksiyete (Angoisse) Düzeylerinin Tanı ve Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	146
Tablo XIV.a.	Anksiyete (Angoisse) Düzeyinin Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	146
Grafik XIV.a.	Anksiyete (Angoisse) Düzeyinin Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	147
Tablo XIV.b.	Anksiyete (Angoisse) Düzeyinin Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	147
Grafik XIV.b.	Anksiyete (Angoisse) Düzeyinin Cinsiyete göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi	148

Tablo XV.a.	K/C Puanlarına İlişkin Ki-Kare Sonuçları	150
Grafik XV.a.	K/C Puanlarına İlişkin Ki-Kare Sonuçları	150
Tablo XV.b.	K/C Puanlarının Cinsiyete Göre Ki-Kare Sonuçları	151
Grafik XV.b.	K/C Puanlarının Cinsiyete Göre Ki-Kare Sonuçları	151
Tablo XVI.a.	Kadinsky (Regression) Puanlarına İlişkin Ki-Kare Sonuçları	152
Grafik XVI.a.	Kadinsky (Regression) Puanlarına İlişkin Ki-Kare Sonuçları	152
Tablo XVI.b.	Kadinsky (Regression) Puanlarının Cinsiyete İlişkin Ki-Kare Sonuçları	153
Grafik XVI.b.	Kadinsky (Regression) Puanlarının Cinsiyete İlişkin Ki-Kare Sonuçları	153
Tablo XVII.a.	İmmaturite Puanlarına İlişkin Ki-Kare Sonuçları	154
Grafik XVII.a.	İmmaturite Puanlarına İlişkin Ki-Kare Sonuçları	154
Tablo XVII.b.	İmmaturite Puanlarının Cinsiyete İlişkin Ki-Kare Sonuçları	155
Grafik XVII.b.	İmmaturite Puanlarının Cinsiyete İlişkin Ki-Kare Sonuçları	155

BÖLÜM I

GİRİŞ

Psikiyatri tarihinden daha eski bir geçmişe sahip olan şizofreni hastalığının insanlık tarihi kadar eski olduğu söylenebilir. Yüzyıllarca büyücülük, efsunculuk gibi şamanist uygulamalarla toplumda korku uyandıran bu hastalığa çare aranmıştır. Dönemin karakteristik inanç sistemiyle tedavi edilmeye çalışılan, doğaüstü güçlerin ve tanrıların gazabıyla açıklanan, özellikle ortaçağda, ruhban sınıfının etkisiyle tüm bilim dallarında olduğu gibi tıpta da karanlık bir dönemin yaşadığı süreçte, belirgin olarak ayrımcılığa uğrayan şizofreni hastaları, içlerine şeytan girdiği düşüncesiyle yüzyıllarca işkence görmüş, yakılmış ve öldürülmüştür.

Rönesans'la birlikte dini etkilerin azalmasıyla bilimde, sanatta ve tıpta başlayan yeniliklerle insan davranışında doğaüstü güçlerin ve tanrıların etkisi azalmış ve insan daha nesnel olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Bilimdeki, özellikle tıptaki gelişmelerle şizofrenin nedenleri, niçinleri ve nasılları incelenmiş, konu üzerine binlerce araştırma yapılmıştır.

Tıptaki determinist yaklaşımla şizofreniyi, biyolojik süreçlerle açıklama çabaları, beyin görüntüleme yöntemlerinin gelişimiyle hız kazanmış ancak epidemiyolojik verilerin hastalığın doğasını açıklamak için yeterli olmayışı sebebiyle, hastalığın psikolojik ve sosyal nedenleri üzerinde durulmuş ve günümüzde bu sendrom biyopsikososyal yaklaşımlarla açıklanır olmuştur.

Yüzyıllarca insanlığın korkulu rüyası olan şizofreni hastalığında, korku ve merak birlikteliğinden hareketle artan bilgi birikimi neticesinde, bugün gelinen nokta ise sebebi tam olarak bilinmeyen, her yaşta ve herkeste ortaya çıkabilen, kişilikte

yıkımla seyreden, ilaç sektöründeki tüm gelişmelere karşı kısmi remisyonlarla giden, yeti yitimine sebep olan, kişisel, ailesel ve sosyal bağlamda uyum güçlüğüne ve işlevsellikte kayıplara yol açan, kronik ve inreversibl, nöropsikiyatrik bir rahatsızlık olduğudur.

Şizofreni kadar eski ve gizemli bir başka sendrom ise bipolar affektif bozukluktur. Antik yunan mitolojisinde yerini alan bipolar affektif bozukluğun depresif ve manik hecmeleri Niobe ve Dionysos efsanelerinde işlenmektedir. Niobe efsanesinde sevilen nesnenin kaybı ile bireyin içinde bulunduğu depresif duygudurumu tanımlanmaktadır. Niobe, 12 çocuğunun kendisine kızan tanrıça Leto'nun çocukları Apollon ve Artemis tarafından öldürülmesinin ardından baş tanrı Zeus'a bu acıya dayanamadığını ve kendisini bir kayaya çevirmesini istemesiyle sürekli ağlayan bir kayaya çevrilmiştir. Dionysos efsanesinde ise bağ, şarap ve mistik vecd tanrısı Dionysos'un törenlerinde Bakkha'lar (Dionysos'a inanan kadınlar) çılgınca ve rengarenk giyinip, başlarına çiçeklerden süslü taçlar yayıp, gece karanlıkta dağlarda koşarak, şarkılar türküler söyleyerek kendilerinden geçene kadar dans eder, bu öförik duygulanımda frusturasyon eşiklerinin düşmesi sonunda ajite ve saldırgan davranır ve hatta kan dökerler. Mitolojide kısmi delilik olarak tanımlanan bu törenlerde Bakkha'ların taşkınlık tablosu bir efsane olarak kalmaya devam ederken günümüzde bipolar affektif bozukluk, etyolojisi, epidemiyolojisi, sağaltımı ve prognozu henüz tam olarak aydınlatılamamış, temel bozukluğun duygulanım ve duygudurumunda olduğu kabul edilen, depresif ve manik epizodlarla karakterize bir sendromdur.

Kraepelin, bundan yaklaşık yüz sene önce fikir uçuşmaları, duygulanımda yükselme, psikomotor aktivitede artış ile tanımladığı bipolar affektif bozukluğu, sirküler vasfı ve yıkımlı bir gidişata sahip olma özellikleriyle şizofreniden ayırmıştır. Ancak psikiyatri tarihi boyunca ayırıcı tanının en zor olduğu iki hastalık, şizofreni ve bipolar affektif bozukluk, klinik semptomatolojilerinin benzerliği nedeniyle günümüzde halen bu özelliklerini korumaktadır.

Hastalığın seyri sırasında bir çok benzer niteliği ile dikkat çeken bu iki hastalıkta uzun dönem izleme ile ayırıcı tanı yapılabilmektedir. Ancak klinisyenin hastayı exitasyon tablosunda interne ettiği ve hastane koşulları içerisinde izleyebildiği gerçeklerinden ötürü, ayırıcı tanı görüldüğü kadar kolay değildir. Bu bağlamda

yaratıcısının sadece kendisinin inandığı ve bu yüzden bugün bir şaheser kabul edilen yapıtının yayınlanmasında finansman sıkıntısı çektiği, mürekkep lekeleriyle başlayan, derken bir devrim niteliğine bürünen Rorschach Testi'nin kişilik dinamiklerini açıklanması ve ayırt edici tanıya gidebilmesi yani psikodiagnostik niteliği psikiyatri sahasında en çok tercih edilen projektif test olmasını sağlamıştır.

Rorschach testi sunduğu bu geniş olanağa rağmen başlangıçta, objektif testler gibi standart olarak puanlanamaması, standardizasyon çalışmasının olmaması, geçerlilik ve güvenilirlik şartlarının taşımaması nedenleriyle psikiyatri sahasında şüphe uyandırır da, Beck ve Hertz'in Rorschach testi için normatif verileri çalışma olarak yayınlamasının ardından, Rorschach testi objektif bir test olma yolunda ilk adımını atmıştır (Exner, 1986). Beck ve Hertz'in öncülüğünü yaptıkları bu çalışmaların ardından gelen araştırmalar ile Rorschach testinin bünyesine, projektif niteliğine ek olarak objektiviteyi de almasıyla, gerek kişilik analizinde ve gerekse tanı koymada en çok tercih edilen test olagelmiştir.

Rorschach testinin diagnostik özelliğinden hareketle, şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod hastalarının test bulgularının incelendiği bu araştırmada, psikoz genel başlığı içerisinde yer alan ve bu sebeple birbirinden ayırmanın güç olduğu bu iki hastalığı ayırt edecek verilere ulaşmak amaçlanmıştır. Doğru teşhisin doğru tedaviyi ve doğru sağaltım yöntemlerini getireceği gerçeğinden hareketle hastanın ayırt edici tanısının yapılması, farmakoterapiden psikososyal terapiye, aile ve hastanın bilinçlendirilmesinden hastanın sağaltım ve rehabilitasyon sürecine ilişkin bir çok alana hizmet edecektir. Aynı zamanda ayırıcı tanı, hastaya hastane koşullarında uygulanan işlemlerdeki (ilaç, laboratuvar istemleri, psikometrik ölçümler vs.) değişime ve bu işlemlerden kaynaklanan ekonomik ve iş gücü kaybının önüne geçecektir.

Şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanısı almış, manik epizod ile hastaneye yatışı yapılan hastaların Rorschach protokollerinin karşılaştırılması bu çalışmanın konusunu oluşturmaktadır.

Araştırma Haziran 2007- Şubat 2008 tarihleri arasında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak tedavi gören, DSM-IV-TR

tanı ölçütlerine göre şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanısı almış 200 kişilik bir örneklem grubu ile yapılmıştır. Çalışma, hastaneye exitasyon tablosu ile getirilen örneklem grubundaki hastaların, ilk sağıltım süreci, kapalı servis adı verilen kısmi izolasyonun olduğu birimlerde gerçekleştirdikten sonra, görece hastaların daha serbest oldukları açık servislere alınmalarının ardından, hastaneye yatışlarının 10. gününde gerçekleştirilmiştir. Uygulama yapılmadan önce araştırmacı hastanın kapalı servisteki sağıltım sürecine eşlik etmiş, hastaların hekimleri ile işbirliği içerisinde hareket ederek, sabah ve akşam olmak üzere günde iki kez vizitlerine katılarak hastaların klinik sürecini gözlemlemiştir. Uygulamaya geçmeden önce hasta ve hasta yakınları ile görüşülerek çalışma hakkında bilgi verilmiş, uygulamanın gönüllük esasına dayandığı ifade edilmiş, çalışmaya katılmak isteyen hastaların yakınlarına ekte sunulan anket formu doldurtulduktan sonra, hastanın ilaç etkisinden en uzak oldukları saatlerde, ilacını aldıktan 8 saat sonra, test uygulanmıştır.

Çalışma grubunun sınırlılıklarını, hastanın 25-35 yaş aralığında olması, ilkokul mezunu olması, çalışmaması (bir meslek icra etmemesi), 5 yıldan daha uzun süredir rahatsız olması, ilaç kullanımının düzensiz olması, kafa travması ve adli vaka öyküsünün olmaması ve son olarak bekar olması özellikleri oluşturmaktadır. Hastalığın prognozunu etkileyen faktörler olarak kabul edilen bu sınırlılıklar kontrol değişkeni olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya alınan hastaların bilişsel ve affektif süreçleri, ego fonksiyonları, kişiler arası ilişkiler ve sosyal uyum düzeyleri, nesne ilişkileri, immaturite, impulsivite, regression ve angooisse (anksiyete) düzeyleri, gerek hastanın tanısına göre ve gerekse cinsiyet değişkenine göre irdelenmiştir. Elde edilen verilerin varyans analizi ve Mann –Whitney U istatistik yöntemlerine göre analizleri yapılmış ve histogram çalışmalarıyla bütünleştirilmiş olarak sunulmuştur. Verilerin literatür ile karşılaştırıldığı tartışma bölümünün ardından öneriler ile çalışma bitirilmiştir.

1.1. Şizofreninin Tarihçesi

Şizofreni yazılı tarihin başlangıcından bu yana insanlığı etkilediği bilinen bir bozukluktur. Erken Yunan ve İbrani kaynaklarında şizofreninin farklı klinik

özelliklerinin kolayca tanınmakta olduğu görülmektedir (Tamminga ve Holcomb, 2005:27-39). İ.Ö. 1400 yıllarından kalmış Hint Veda yazılı metinlerinde, çıplak, pis, şaşkın bir şekilde başıboş dolaşan, dinle ileri derecede meşgul olan, kendini Tanrı zanneden, zehirleneceğinden korkan, yeni bir tufana sebep olmamak için işemeyi reddeden insanlardan bahsedilir (Işık, 1997:1-64).

Avrupa Ortaçağ'a girerken, metinlerde sözü edilen hastalara yardım etme çabalarının yerini, korkunun ve düşmanca duyguların aldığı görülmektedir. Bu karanlık dönemde, şeytana tutulmuş varlıklar olarak nitelenen bu insanlar için yapılan tanımlamalar, şizofreni semptomlarıyla büyük ölçüde örtüşmektedir (Mete, 1998/a:43). Bu dönemde şizofreninin psikotik belirtileri doğa üstü güçlere bağlanmış ve şizofreni hastalarının lanetlenmiş olduğu düşünülmüştür ve hastalar belirgin olarak ayrımcılığa uğramışlardır (Öztürk, 2004:217-218). İçlerindeki şeytani çıkarmak için işkence edilmiş, bu hastaların birçoğu yakılmıştır (Mete, 1998/a:43).

Rönesans'la başlayan aydınlanma döneminin ardından, 17.yüzyılda Willis'in, 18.yüzyılda Pinel'in bu hastalığı az çok tanıdıklarına ilişkin yazılar vardır. 18.yüzyılın başında İngiltere'de John Hastam ve George Man'ın gençlik çağında başlayan içe kapanma, düşünce bozukluğu ile belirtili olarak tanımladıkları ve bir ad veremedikleri içkökenli bozukluğun şizofreni olduğu düşünülebilir (Öztürk, 2004:217-218).

XIX. yüzyılda eskiden beri bilinen bu olgunun 'medikalizasyon' sürecini başladığı görülmektedir. İlk olarak Morel (1852) işlevsellikte ilerleyici bir yıkımla seyreden bu sendromu "demence precoce" olarak nitelendirmiştir (Kaplan ve Sadock, 2005:134). Erken bunama anlamına gelen "demence precoce" terimini ile (Ceylan, 1996:493-498) Morel, 13-14 yaşlarındaki bir çocuğun aile bireylerinden nefret duyması ile başlayıp daha sonra gittikçe kendi iç alemine çekilmesini, uyum sorunlarıyla başlayıp yıkımla sonlanan bir içe kapanma tablosu tanımlamıştır (Kaplan ve Sadock, 2000:1096-1231).

Kahlbaum 1863 yılında 'praphrenia hebetica' terimini kullanmış, 1874 yılında katatonik semptomları tanımlamıştır (Kaplan ve Sadock, 2005:134). Hecker 1871'de

“hebefreni” olarak tanımladığı hastalıkta hastaların garip davranışlarını kaydetmiştir (Ceylan, 1996:493-498).

1.2. Şizofreni Tarihçesindeki Önemli Teorisyenler

1.2.1. Emil Kraepelin

Benedict A. Morel’in “demence praecox”ini bilişsel bozukluğu ve erken başlangıcı vurgulayan “dementia praecox”a çeviren Kraepelin(1856-1926), bu terimle bilişsel bozulma (dementia) ve praecox (erken başlangıç) arasındaki farkı vurgulamaya çalışmıştır. Dementia praecox’u, sanrılar ve hezeyanlar ile uzun vadeli kötüleştirilen bir yön ve ortak klinik belirtiler olarak tanımlayan Kraepelin, hastalığın kişide bilinç, affekt ve irade alanında tam bir yıkıma neden olduğunu bildirmiş ve hastalığın, kronik bir gidiş gösterdiğini ifade etmiştir. Kraepelin’e göre dementia praecox, organik etmenlere bağlı olarak ortaya çıkmakta ve psikolojik belirtiler organik değişikliklere sekonder olarak bulunmaktadır. 1919 yılında yazdığı “Dementia Praecox ve Parafreni” isimli kitabında iki temel patolojiyi tanımlayan yazar, bu patolojileri, emosyonel aktivitelerde zayıflama, intrapsişik dengenin ve koordinasyonun bozulması olarak açıklamıştır (Ceylan, 2005:83).

Hastalarda sanrı ve varsanıların en belirgin belirtiler olduğunu ve hastalığın süregelen yıkımla seyrettiğini belirten teoriyensen, ayrıca (Kaplan ve Sadock, 2005:134), manik-depresif psikozlu hastaları erken bunamalı hastalardan belirli hastalık epizodlarının ve normal işlev gördükleri dönemlerin olmasıyla ayırmıştır (Kaplan, 2004:121). Kraepelin’in bir diğer önemli katkısı ise, günümüzün şizofreni kavramı içinde önemli bir yer tutan pozitif-negatif belirti ayırımının kavramsal çerçevesini hazırlamış olmasıdır (Işık, 1997:1-64).

1.2.2. Eugen Bleuler

Bleuler, dementia praecox kavramını yeniden ele alarak, bozuklukta kişinin ruhsal hayatındaki yarılmamanın önemli olduğunu vurgulamış, erken başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının gerekli olmadığını söyleyerek, daha çok zihinsel bağlantılardaki

bir bozukluk ve kişiliğin temel işlevlerinde bir parçalanmayla belirlendiği görüşünü savunmuştur (Gençtan, 2003:115).

1911 yılında “dementia precox” yerine literatüre şizofreni (us yarılmaması) terimini kazandırmış, bu terim ile düşünce, duygu ve davranışlar arasındaki bölünmeyi (schisms) belirtmeye çalışmış olan Bleuler, “demantia praecox” tanımının kapsamını da eleştirerek, bu durumunun tek bir hastalıktan çok heterojen bir grup olduğunu belirtmiş (Ceylan, 2005:84), erken başlangıç ve şiddetli yıkımın sadece ağır vakalarda görüldüğünü ve şizofreninin mutlaka yıkımlı bir gidişe sahip olmasının gerekmediğini vurgulamış böylece hastalığa kesitsel bir yaklaşım getirmiştir (Kaplan ve Sadock, 2005:135). Bleuler, şizofreni hastalarındaki zihinsel bölünme teorisi için primer belirtileri tanımlamış, bu temel belirtileri şizofreninin 4A’sı olarak isimlendirmiştir (Öztürk, 2004:218).

Şizofreniden etkilenen hastalardaki zihinsel bölünme ile ilgili teorisini açıklamak için şizofreninin temel veya primer semptomlarını özellikle gevşeme şeklindeki çağrışım bozuklukları ile belirli düşünce bozukluğunu kapsayacak şekilde tanımlamış olan teorisyen (Aker ve Özmen, 2001:246-268), en önemli temel semptomun, çağrışım (assosiasyon) bozukluklarıyla belirli düşünce bozukluğu olduğunu ileri sürmüştür. Diğer temel semptomları affektif bozukluklar, otizm ve ambivalans olarak saymıştır (Koroğlu, 2004:189). Bir başka ifadeyle Bleuler’in ‘4A belirtisi’ assosiasyon, affekt, Otizm(autizm) ve ambivalansı kapsamaktadır (Öztürk, 2001:217-281). Yardımcı semptomlar arasında ise halüsinasyonlar ve hezeyanlar vardır. (Kaplan ve Sadock, 2004:121)

Kraepelin hastalığın daha çok ergenlik çağından hemen sonra başladığına işaret ederek, şizofrenide kalıtımın rolünü ve hastalığın toksik, metabolik, dejeneratif bir hastalık özelliği taşıdığını ileri sürmüştür. Bleuler ise beyinde oluşan anatomik ya da kimyasal bozuklukların hastalığı ortaya çıkarttığını savunmuştur (Ceylan,2005:83-84).

Bu farklılıklar günümüzde henüz tam olarak aydınlatılamamıştır ve bugün bütün insanlığın korkulu rüyası olan şizofreni, iş gücü ve ekonomik kayıpların yanı sıra,

harap ediciliği ve az anlaşılır nöropsikiyatrik hastalıklarından biri olma özelliğini korumaktadır (Sobell vd, 2002:1068-1082).

1.2.3.Diğer Teorisyenler

Psikobiyooloji okulunun kurucusu Adolf Meyer, Kraepelin ve Bleuler'in yaklaşımını kabul etmekle beraber şizofreninin uzunlamasına gidişinin incelenmesi gerektiğini öne sürmüştü (Gençtan, 2003:115), şizofreni ve diğer mental bozuklukları çeşitli yaşam streslerine karşı birer tepki olarak değerlendirmiş, bu sendroma bu yüzden 'şizofrenik reaksiyon' adını vermiştir (Kaplan ve Sadock, 2004:121-122).

Kişilerarası psikanalitik okulunun kurucusu olan Harry Stack Sullivan, toplumsal yalnızbaşlılığın (izolasyon) şizofreninin hem bir nedeni hem de bir belirtisi olduğu ifade ederken, bir başka teorisyen, Gabriel Langfeldt, majör psikotik semptomları olan hastaları gerçek şizofrenler ve şizofreniform psikozlar olmak üzere iki gruba ayırmıştır. Langfeldt, depersonalizasyon, otizm, duygusal küntlük, sinsi başlangıç ve derealizasyon duygularını gerçek şizofreniyi tanımlarken önemle vurgulamıştır. Langfeldt'in yayınlarını takiben literatürde gerçek şizofreni; çekirdek şizofreni, şizofrenik süreç ya da remisyonuz şizofreni olarak da bilinir hale gelmiştir (Kaplan ve Sadock, 2004:121-122).

Bir psikiyatrist ve filozof olan ve varoluşçu psikanalizde önemli katkıları bulunan Karl Jaspers, psikopatolojiye temel ilkeler ve katı kavramsal çatı olmaksızın yaklaşırken, şizofreni ile ilgili varsayımlarında denek-nesne, sebep-sonuç ve gerçek-hayal gibi kavramlardan uzak durmuştur (Kaplan ve Sadock, 2005:134). Jaspers psikopatolojik belirtilerin daha derinden daha yüzeyele doğru olmak üzere tabakalar ya da düzeyler şeklinde organize olduğunu belirtmiştir. En derin düzeyin organik belirtilerle temsil edilmekte olduğunu, ardından şizofrenik, afektif ve nörotik belirtiler ve son olarak da kişilik bozuklukları ile ilişkili belirtilerin geldiğini belirtmiştir (Maj ve Sartorius, 1999:1-37).

Jackson ikincil nörolojik fenomenlerden birincil olanı ayırmak için pozitif ve negatif terimlerini kullanmış (Ceylan,2005:85), pozitif belirtilerin (varsanılar, sanrılar ve dezorganize düşünce gibi anormal durumların varlığı) hasarlı beyin tarafından

engellenemeyen ya da açığa çıkarılan beyin süreçlerini yansıttığını, negatif belirtilerin ise (duygulanımda küntlük, emosyonel içe çekilme ve bilişsel kayıplar) doğrudan insan davranışından sorumlu beyin alanlarında meydana gelen hasarlardan kaynaklandığını belirtmiştir (Maj ve Sartorius, 1999:1-37).

1930'larda Kurt Schneider şizofreni için patognomonik olduğunu ileri sürdüğü 'birincil sıra' (first rank) belirtileri tanımlamıştır (Öztürk,2001:217-219). Bu terim ile şizofrenide en sık rastlandığına inandığı belirtileri ifade eden Schneider (Chien vd, 2001:304-311)'e göre , kendilik ve dış dünya arasındaki engeli bozan 11 tane birinci sıra bulgusu; işitme varsanıları, kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylendiğini işitme, dış güçler tarafından bedenin etkilenmesi, düşünce çalınması ve düşünce sokulması, düşünce çekilmesi, düşünce yayınlanması, kişinin kendisi hakkında konuşan ve davranışları üzerinde yorum yapan sesler duyması, düşüncenin, eylemin ve hareketin dışardan kontrol edilmesi gibi birtakım sanrı ve varsanılardan oluşan bir grup belirtiyi kapsamaktadır (Erkoçve Aker, 1998:6-21).

Psikiyatri tarihindeki bir diğer önemli isim olan Freud ise şizofreniyi insan ilişkilerindeki çatışma ve engellenmelere karşı tepki sonucu, 'birincil özseverlik (narsisizm) dönemine gerileme (regresyon) sonucunda ortaya çıkan klinik bir tablo olarak ele almıştır (Gençtan,1999:121-148).

1980'de Crow, pozitif ve negatif ikilemine dayalı bir şizofreni tipolojisi ortaya koymuştur (Maj ve Sartorius, 1999:1-37). Crow'un makalesinin büyük ses getirmesinde kullanılan nöroleptiklerin varsanı, sanrı gibi pozitif semptomları yatıştırması, hastaların toplum içinde rol almalarını gerekli kılması, buna karşın yaşamlarının önemli bir bölümünü hastanede yatarak geçiren hastalar için önemli bir sorun oluşturmayan negatif belirtilerin bu dönemde bir sorun haline gelmesi etkili olmuştur (Atasu ve Biren, 2000: 141-145).

1.3.Şizofreninin Tanımı

Geçen yüzyıldan beri ruh hekimliğini en çok uğraştıran, fakat bugün bile çeşitli yönleri tam açıklanamamış olan şizofreni (Öztürk, 2004:217), patofizyolojisi ve etyolojisi hakkında çok az bilgi olan, karmaşık ve şiddetli seyreden (Rapoport vd,

2005:434-49), kognitif disfonksiyon ve zaman zaman pozitif ve negatif semptomlarla karakterize kompleks bir hastalıktır (Austin, 2005:329-340).

XIV. yüzyıldan miras kalan bir etkiyle toplumda korku uyandıran, kişiyi alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaştıran, içinde yaşadığı toplumdan kopararak kendi iç dünyasının derinliklerine sürükleyen şizofreni hastalığı (William, 1998:5), bireyin, düşünce, davranış, algı, konuşma, iletişim, sosyal ilişkiler, dikkat, dürtü denetimi, çevre ile olan etkileşim, duygusal ifadeler, motor davranış alanlarında belirtiler gösteren, gerçeği değerlendirmenin bozulmuş olduğu, heterojen özellik gösteren psikotik bir hastalıktır (Ceylan, 2005:70).

'Us yarılmaması' anlamı taşıyan şizofreni terimi duygulanım ve düşünce arasında kopukluğu ifade eder (Ceylan, 2005:76). Bir başka deyişle kişinin kendi iç dünyasına yönelerek, dış çevreye kendini kapatmasıyla başlayan, düşüncelerini, algılamalarını, davranışlarını ve duygulanımlarını etkileyerek süregiden, sadece kişide değil, kişinin ailesi ve sosyal çevresinde de güçlülere ve çok yönlü yıkımlara yol açan, başlangıcı, semptomları ve gidiş şekli açısından çok farklı seyirler izleyebilen bir hastalıktır (Şahin, 1999:72-78).

DSM-IV'te altı aydan uzun süren, en az bir ay hezeyan, halüsinasyon, dezorganize konuşma, dezorganize veya katatonik davranış ve negatif belirtilerden iki veya daha fazlasının olduğu bir bozukluk olarak tanımlanan şizofreni hastalığı (DSM-IV, 1998:127-129), erken yaşlarda başlayarak hayat boyu devam eden, kötü seyirli ve kişilik yıkılması ile kendini gösteren bir hastalıktır (Merikangas ve Swendsen, 1997:144-155). İşlevselliğin önemli ölçüde bozulabildiği bu hastalık (Yüksel, 2001:256-303), tek bir hastalık olarak tartışılmış olsa da (Kaplan ve Sadock, 2003:471-473), olasılıkla heterojen etyolojili bir grup bozukluğu içerir ve kapsadığı hastaların klinik görünümü, tedaviye yanıtları ve gidişleri birbirinden farklıdır (Kaplan ve Sadock, 2005:134).

Daha geniş bağlamda ise şizofreni, birçok davranış ve düşünce bozukluğuna neden olan, beynin yapısında, fizyoloji ve kimyasında önemli değişikliklerin olduğu çok sistemli bir psikiyatrik bozukluktur. Algılama, düşünme, konuşma, dil, sosyal etkileşimler, motor davranış, dikkat, istem, dürtü kontrolü, duygusal ifadeler ve

çevreye yanıt alanlarında önemli belirtiler olmakla birlikte, tanı koydurucu tek ve özgül bir belirtisi veya laboratuvar testi yoktur (Goldman, 2000: 233-251).

1.4.Şizofreninin Etyolojisi

Semptomları bakımından heterojen özellikler gösteren (Kaplan ve Sadock, 2005:141) ve yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %1 olan (Hallmayer vd, 2005:468-476) vakalarının çoğunda etyoloji bilinmemekte (Stevens, 2002:713-719), ancak yapılan çalışmalar sonucu elde edilen bilgiler ışığında genetik ve çevresel yatkınlık faktörlerinin birbirleriyle etkileşimi etyopatogeneze sorumlu tutulmaktadır (Austin, 2005:329-340).

1.4.1. Genetik Faktör

Günümüze kadar yapılmış araştırma sonuçları, şizofreninin olumsuz genetik ve çevresel faktörlerin etkisi altında beyin gelişiminde meydana gelen bozukluklar neticesinde oluştuğuna işaret etmektedir (Sobell vd, 2002:1068-1082). Bu durum ise, şizofreninin etyolojisinde özellikle kalıtımın önemli derecede rol aldığını göstermektedir (Saha vd, 2003:3-10).

Genetik araştırmalar Kallmann'dan bu yana sürmektedir. Bu dönemde (1938-1946) araştırmacıların saptadıkları iki temel bilgi mevcuttur. İlki, şizofreninin şizofrenik üyelere sahip ailelerde daha sık görülmesidir. Diğeri ise hastalığın sıklığının akrabalığın yakınlığına göre artmasıdır (Merikangas ve Risch, 2003:625-635).

Yapılan çalışmalar şizofreninin etiyolojisinde genetik faktörlerin varlığını işaret etmektedir (Sennvik vd, 2000:169-172). Fakat çalışmalar bu geçiş şeklini tam olarak aydınlatamamıştır (Whatley vd, 1998: 227-237). Şizofreninin etiyolojisinde kalıtımın oynadığı rol konusunda otozomal dominant geçiş olabileceğini savunanların yanı sıra, poligenik-multifaktöriyel geçişi savunanlar da bulunmaktadır (Muir, 1992:2-5).

1.4.1.1. Aile ve Akraba Çalışmaları

Multifaktöryel kalıtım gösteren, kompleks bir hastalık olarak tanımlanan şizofrenide en büyük risk faktörünün pozitif aile hikayesi olduğu bilinmektedir (Merikangas ve Risch, 2003:625-635). Zaman içinde yapılan ikiz, evlat edinme ve aile araştırmalarında şizofrenideki genetik faktörlerin önemi vurgulanmış ve akrabalık ilişkisi ile şizofreni arasındaki bağlantının yüksek oranda bulunduğu belirtilmiştir (Cannon vd, 1998: 67).

Buna göre bir şizofren hastanın birinci derecede akrabalarında şizofreni olma riski %8-10 arasında değişirken, akrabalık uzaklaştıkça risk oranında da düşme gerçekleşmektedir (Öztürk, 2004:220). Ebeveynlerden birisi şizofrenik ise çocuklarda hastalığın görülme oranı %12, ikisi şizofrenik ise bu oran %35-45, herhangi bir akrabasında şizofreni olan bireylerde şizofreni geliştirme olasılığı ise %2.5 olarak bildirilmektedir (Yüksel, 2006:223).

Yakın zamanlı bir araştırmada birinci derece akrabalarda bu hastalığın görülme oranı %10-15 arasında olduğu belirtilmektedir (Papiol vd, 2004:78-80). Bir başka çalışmada ise bireylerin şizofreni hastasına olan yakınlıklarına göre akrabalarının taşıdıkları risk oranları incelenmiştir. Araştırma bulgularına göre tek yumurta ikizlerinde %48, çift yumurta ikizlerinde %17, çocuklarda%13, kardeşlerde %9, ebeveynlerde ve üvey kardeşlerde %6, torunlarda %5, yeğenlerde %4, amca, hala, dayı ve I. derece kuzenlerde %2 ve genel popülasyonda %1 olarak bildirilmiştir (Kirov vd ,2005:14-8).

1.4.1.2. İkiz ve Evlat Edinme Çalışmaları

Yapılan çalışmalarda tek yumurta ikizlerinde görülen eş-hastalanma oranının çift yumurta ikizlerinde görülenden daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Tek yumurta ikizlerinde tam bir eş-hastalanma görülmeşi, olayın temelinde kalıtım-dışı faktörlerin de bulunabileceğini düşündürmektedir (Nguyen vd, 2003:1-10). Buna karşın kalıtım dışı faktörlerin incelendiği evlat edinme çalışmalarında, evlat edinilen monozigot ikizlerin biyolojik ebeveynleri tarafından yetiştirilen ikizler ile aynı oranda hastalığa sahip olması, genetik etkinin çevre etkisinden daha kuvvetli olduğu

görüşünü desteklemektedir. Buna göre dizigotlarda kardeşlerden biri hasta ise bu oran %10-14, monozigotlarda ise bu oran %40-87 kadardır (Jones ve Cannon, 1998:1-25).

Evlat edinme konusundaki çalışmalar ilk olarak 1960'lı yıllarda, Heston tarafından yapılmıştır ve şizofren annelerin çocuklarında şizofreni oranı %11 bulunurken, normal annelerin çocuklarında bu oran %0 olarak bulunmuştur (Ceylan, 2002:1-40). Bir başka deyişle şizofreni tanısı almış kişilerin sağlıklı ailelerde yetişen çocuklarında şizofreni daha sık görülmektedir ve şizofreni tanısı alan evlatlıkların biyolojik akrabalarında şizofreni görülme oranı daha yüksektir (Öztürk, 2004:222).

Evlat edinme araştırmaları neticesinde elde edilen sonuçlardan bir diğeri ise, aile ortamı çok bozuk değilse kişide şizofreniye yatkınlık olsa bile, hastalanma riski göreceli olarak düşük olduğu yönündedir. Ancak, bir taraftan kalıtsal yatkınlığın olması, bir taraftan da aile ortamının ağır düzeyde bozuk oluşu, şizofreninin görülme olasılığını yükseltebilmektedir (McDonald ve Murphy, 2003:41-63).

1.4.2. Nörogelişimsel ve Nörodejeneratif Faktörler

Etiyoloji üzerindeki görüşler eskiden beri organik ve psikososyal olmak üzere iki ana kümede toplanarak tartışılmışsa da, 20-30 yıldan beri şizofreni, giderek artan bir yaygınlıkla, beynin bir gelişim bozukluğu olarak kabul edilmektedir (Savaş ve Mete, 1997:321-355).

Nörogelişimsel kuram, gen çevre etkileşimine bağlı olarak gelişen beyindeki yapı ve işlev değişikliklerinin hayatın ilerleyen dönemlerinde şizofreninin ortaya çıkmasına katkıda bulunacağını öne sürmektedir (Opler ve Susser, 2005:1239-42; Rapoport vd, 2005:434-49). Bu hipoteze göre, şizofreni erişkin beyinde anormalliklere yol açan ve beyin gelişimini etkileyen prenatal ve perinatal erken dönem beyin hasarları sonucu gelişmektedir (Ceylan, 2005:249). Bir başka ifadeyle doğum öncesi ya da doğum sonrası oluşan nörogelişimsel anormalliklerin şizofreniye yol açabileceği öne sürülmektedir (Meltzer ve Fatemi, 2003:260-277).

Buna karşın çocukluktan itibaren şizofreni hastasında bir bilgi işleme kusuru olduğu şeklindeki görüş de giderek önem kazanmıştır (Church vd, 2002:129-147). Glutamat nöronlarının aşırı eksitatif nörotransmisyonu sonucu nöronların dejenere olması (Rezaki ve Dalkara, 2003:43-50), şizofrenide işlevsel olmayan glutamat nörotransmisyonu (Lobato vd, 2001:155-163) ve ayrıca tedavisi güç olan negatif semptomların doğrudan ventriküler genişleme, frontal gri madde azalması ve hipokampal hacim azalması ile ilişkili olması şizofrenideki nörodejeneratif sürece destek sağlayan görüşlerdir (Ashe vd, 2001:691-707). Günümüze kadar yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında şizofreni hastalarının beyinde fonksiyonel ve yapısal bozuklukların saptanması da, hastalığın seyri sırasında nöron fonksiyonlarında progresif kayba yol açan bir dejeneratif sürecin devam ettiğini düşündürmektedir (Stahl, 2003:1-64).

Nükleer TM Yöntemleri; Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (CT), Pozitron Emisyon Tomografisi (PET), Nükleer Manyetik Rezonans (NMRI) gibi tekniklerle şizofrenik hastaların beyinleri, çeşitli yapısal bozuklukları değerlendirmek amacıyla araştırılmıştır. Bu araştırmalar neticesinde elde edilen bulgulardan bazıları şunlardır:

Hastalık öncesi uyumu bozuk, nöroleptiklere iyi yanıt vermeyen (Andreasen, 1997: 27-33), pozitif belirtileri az ve negatif belirtileri fazla (Lawrie ve Abuhmeil, 1998:110-120), ayrıca nöropsikolojik test bozukluğu göstermiş prognozu kötü şizofrenik hastaların beyin yarı ventriküllerinde genişleme ve kortikal atrofi olduğu (Siegel vd, 1993:1325-1336), şizofrenik probandların (genetik bir hastalıkta bir ailede ilk kez o hastalığın görüldüğü kişi) ventriküllerinin, etkilenmeyen kardeşlerine göre daha büyük olduğu (Noga vd, 1996:27-40; Sharma vd, 1998:132-138), hastaların yaklaşık %80'inde saptanan en yaygın bulgunun lateral ventriküllerin temporal boynuzlarının ve üçüncü ventrikülün genişlemiş olduğu (Shenton vd,1991:103-13) belirtilmektedir.

CF tekniğiyle yapılan postmortem (ölüm ardı) araştırmalarda; kronik şizofreniklerin bazılarının beyinde bazal ganglionlarda, temporal ve limbik bölgelerde hafif küçülme, hipokampusta piramidal hücrelerde düzensizlik ve korteks atrofisine rastlanmıştır (Sobell vd, 2002:1068-1082). Negatif belirtiler gösteren şizofreniklerin bir kısmında frontal lob yetmezliği bulunduğu, şizofren hastaların piramidal hücre

yoğunluklarında normalden sapmalar olduğu gösterilmiştir (Powchik vd, 1998:325-341). Şizofrenik hastaların çalışma belleğinin ana yapıları olan temporal, singulat ve dorsolateral prefrontal kortekste anomaliler olduğu izlenmiştir (Alessandro vd, 2000:26-33).

NMRI tekniğiyle yapılmış araştırmalarda ise şizofrenik hastalarda hipokampus, amigdala ya da parahipokampal girusta hacim eksikliği saptanmıştır (Andreasen, 1997:27-33). Bazı araştırmacılar buldukları süperior temporal girus hacmindeki değişikliklerin düşünce bozukluğu veya işitme varsanlarıyla ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir (Savaş ve Mete, 1997:321-355). Şizofreni hastalarında kontrollere oranla sağ ve sol insuler korteks hacminde de anlamlı azalma olduğu gösterilmiştir (Crespo vd, 2004:107-115). Bazı şizofreniklerin sol beyinde prefrontal ve hipokampus, amigdala ve parahipokampal bölgelerinde görülen anormalliklerin genetik bir anomali ile ilgili olduğu öne sürülmüştür (Lawrie ve Abuhmeil, 1998:110-120). Sol temporal hacim azalması ile negatif semptom şiddetinde korelatif bir ilişki olduğu, sol anterior hipokampus hacminin halüsinasyon ve pozitif semptomların şiddeti ile (Rajaprabhakaran vd, 2001:79-87), sol posterior hipokampus hacminin ise, negatif semptomların şiddeti ile negatif korele olarak bulunduğu bildirilmiştir (Nelson vd, 1998:433-440). Şizofreni hastalarının beyinlerde, beyin fonksiyonlarına aracılık eden akson, dendrit ve sinapsların yoğunluğundaki azalmanın sonucu olarak beyin hacminde bir azalma olduğu (Stahl, 2003:1-64), frontal lop lezyonlarının sıklıkla çalışma belleğinde bozulmaya yol açtığı (Mesulam, 2004:121-164) ve bu durumun şizofreni hastasında dürtüsel cevabın bastırılmasını önlediği düşünülmektedir (Atasu ve Biren, 2000:141-145). Dorsolateral prefrontal korteks lezyonlarının ise içgörü yokluğu, sosyal çekilme, spontan davranışlarda azalma, affekte düzleşme, dikkatsizlik ve özbakımda azalmaya neden olduğu, bu bulguların şizofreni hastalarında görülen negatif belirtilere çok benzediği rapor edilmiştir (Ha vd, 2004:251-260).

Ayrıca prefrontal ve temporal korteks gibi öğrenme ve bellek işlevinde önemli role sahip yapılardaki patolojinin öğrenme ve bellek bozukluğunun nöral alt yapısını oluşturduğu ve bu nedenle şizofrenili hastaların gerektiğinde, prefrontal kortekste bazı alanları etkinleştiremedikleri kabul edilir (İris vd, 2003:24-34). Negatif semptomların ventrikül genişlemesi, radyolojik ölçümlerde hipofrontalite ve

nörokognitif testlerde genel bir disfonksiyon ile ilişkili olduğu, negatif semptomların aksine pozitif semptomların genel bir disfonksiyon ile karakterize olmadığı, halüsinasyonlar ve sanrılar olarak ikiye ayrılan pozitif semptomların, halüsinasyon ve sanrılarının belirgin bir bilişsel bozuklukla birlikte olmadığı, buna karşılık düşünce bozukluğunun dikkat bozukluğu ile birlikte olduğu gösterilmiştir (Igor ve Kenneth, 1996:504-519). Şizofreni hastalarında görülen pozitif belirtiler subkortikal dopaminerjik hiperaktiviteye bağlanmıştır. (Ha vd, 2004:251-260).

1.4.3. Nörotransmitter Faktörler

Şizofreninin fizyopatolojisinde dopamin, serotonin, norepinefrin ve GABA hipotezleri üzerinde durulmuştur. Bunlardan dopamin hipotezi, son 30 yılda bir çok araştırmada ele alınmıştır (Bergson vd, 2003:486-492; Collier ve Tao, 2003:177-184). Dopamin hipotezinin özü bazı şizofreniklerde mezolimbik, mezokortikal ya da nigrostriyal dopaminerjik nöronlarda göreceli olarak etkinliğin artışına dayanmaktadır(Malmberg ve David, 1993:58-62). Bir başka ifadeyle şizofreni, aşırı dopaminerjik aktivitenin sonucunda ortaya çıkmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2005:137). Dopamin aktivasyonundaki bu artışın sanrılar, varsanılar, dikkat bozukluğu belirtilerinin nedeni olabileceği düşünülmektedir (Meltzer, 1991:90-95).

Crow'un, Tip 1 adını verdiği ve hezeyanlar, halusinasyonlar ile giden akut tip şizofrenide, dopaminerjik reseptör yoğunluğunda artış olduğu, Tip 2 şizofrenide ise, dopaminerjik reseptör yoğunluğunda azalmanın yanı sıra ventriküler genişleme saptandığı ileri sürülmüş ve negatif bulguların merkezi dopamin etkinliğinde azalmayla ilişkili olduğu düşünülmüştür (Öztürk, 2004:226-227; Yazıcı, 2001:200-220). Bu konuda yapılan araştırmalar sonucunda D2, D3, D4 reseptörlerinin duyarlılığındaki artış pozitif bulgulardan, D1 ve D5 reseptörlerinin duyarlılığındaki azalma negatif bulgulardan ve bilişsel işlevlerdeki kayıptan sorumlu tutulmuştur (Meltzer ve Fatemi, 2003:260-277).

Beyin omurilik sıvısı (BOS) ve plazmadaki HVA (dopaminin majör yıkım ürünü olan homovalinik asit) düzeylerinin ölçüldüğü bir araştırmada şizofrenler ile kontrol grupları karşılaştırıldığında; BOS HVA düzeyi farklılıklarıyla ilgili değişik sonuçlar elde edilmektedir (Andreasen vd, 1998:203-218). Bir başka çalışmada ise subkortikal

mezolimbik dopaminerjik yolakta dopaminerjik aktivitenin arttığı, buna bağlı pozitif belirtilerin oluştuğu, prefrontal kortekse uzanan mezokortikal dopaminerjik yolakta dopaminerjik aktivitenin azaldığı, buna bağlı negatif belirtiler ve nöropsikolojik bozuklukların görüldüğü düşünülmektedir (Abi-Dargham, 2003:166-171).

Hastalığın etyolojisinde dopamin hipotezi en fazla kabul gören teori olmasına rağmen (Kaplan ve Sadock, 2005:137) dopaminin, şizofrenide etkilenen yegane nörotransmitter olmadığı düşünülerek, diğer nörotransmitterlerin şizofrenideki rolü geniş araştırma alanı bulmuştur. Hastalığın etyolojisinde rol oynadığı düşünülen diğer sistemler arasında norepinefrin, serotonin, Gaba reseptörleri sayılabilir (Önder ve Küçükada, 1999:45-57; Rezaki, 1998:31-34).

Şizofreninin oluşumunda serotonin reseptörlerinin, 5HT1, 5HT1D, 5HT2, 5HT3, 5HT6 ve 5HT7, duyarlılığındaki değişiklikler sorumlu tutulmuştur (Meltzer ve Fatemi, 2003:260-277). Yeni geliştirilmiş güçlü bir serotonin, 5-HT2 ve dopamin, D2 engelleyicisi Risperidon ile yapılan bir çalışmada özellikle negatif belirtiler başta olmak üzere, hem negatif hem pozitif belirtilerin iyileştiğinin görülmesi serotonin kuramını destekler niteliktedir (Usall vd, 2000:219-223). Ancak şizofreninin, beyin serotonerjik sisteminin aşırı aktivitesinden kaynaklandığını ileri süren bu hipotez daha iyi kurgulanmış çalışmalarla desteklenmemiştir (Ebert vd, 2003:260-278).

Şizofreninin etyolojisinde rolü olduğu düşünülen bir diğer nörotransmitter ise norepinefrindir. Bazı çalışmalarda Tip I semptomatolojiye (Hiperdopaminerjik Sendroma) benzer akut şizofrenik belirtiler gösteren, nöroleptiklere ve klonidine olumlu yanıt veren paranoid şizofren hastalarda beyin, BOS ve plazmada artmış norepinefrin düzeyleri elde edildiğini bildirilirken, Tip II bulgular gösteren kronik, klinik olarak stabil paranoid şizofrenlerde norepinefrin düzeyinde bir artış izlenmediğini bildiren çalışmalarda vardır (Ceylan, 2002:1-40). Bununla birlikte çeşitli çalışmalarda elde edilen norepinefrin sistemiyle ilgili bulguların şizofrenide temel bir rol oynamaktan çok, dopamin vb. diğer nörotransmitter sistemlerindeki defektlerin yansmasıyla ilgili oldukları düşünülmektedir. Şizofrenide norepinefrin sisteminin ya aşırı aktif ya da yetersiz olduğu ileri sürülmektedir (Işık, 1997:1-64).

Şizofreninin etyolojisinde öne sürülen glutamat hipotezinde ise glutamatın hipoaktivitesi, hiperaktivitesi ve glutamatın yol açtığı nörotoksisite üzerinde durulmaktadır. Yine glutamat antagonisti olan fenilsiklidinin akut alınması ile şizofreniye benzer bir sendromun ortaya çıkmasından dolayı şizofreni etyolojisinde glutamatın da etkisi olduğu ileri sürülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2005:137-138; Işık, 1997:1-64).

1.4.4. Çevresel Faktörler

Aile ve ikizler üzerinde yapılmış araştırmalarda elde edilen bilimsel sonuçlar, şizofreninin etiyolojisinde kalıtımın etkili oluşuna işaret etse de, çevresel etkenlerin de etiyolojide belirleyici rol oynadığı göz ardı edilemez (Petronis vd, 2003:169-178). Şizofreni olgularının çoğunun küçük etkili birçok risk geni ile istenmeyen çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu olabileceği ileri sürülmektedir (Picker ve Coyle 2005:197-205).

Çevresel risk faktörleri biyolojik ve psikososyal faktörleri içermektedir. Şizofreni riski prenatal ve perinatal olaylardan etkilenmektedir. Bazı sosyodemografik faktörler ve kimi etnik azınlık topluluklarında yaşayanlarda risk artışı bildirilmiştir (Mueser ve McGurk, 2004:263-271).

Çevresel risk faktörleriyle ilişkili olarak yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlar şunlardır: Şizofrenide kentleşme, endüstriyel yapı ve göç önemli risk faktörlerindedir. Şizofreni insidansı şehirlerde ve endüstriyel bölgelerde köylere göre daha yüksektir. (Ceylan, 2005:93). Endüstrileşme şizofreni sıklığını etkileyebilir. Gelişmekte olan ülkelerde sanayileşmiş ülkelerle temas artıkça şizofreni sıklığı da artmaktadır (Yüksel, 2006:235). Bununla birlikte sanayileşmiş büyük kentlerin alt sosyoekonomik bölgelerinde şizofreni oranlarının yüksek olduğu bildirilmiş olup, sosyoekonomik koşullar ile morbidite arasında güçlü bir korelasyon bulunmuştur (Harvey vd, 1996:418-426).

Şizofreninin göçmen kişiler arasında daha sık görüldüğüne dair yayınlar vardır. Ancak göçmenliğin yarattığı sorunların doğrudan şizofreniye yol açtığı gösterilebilmiş değildir (Huddeleston,1992: 118-120).

Şizofreni, her türlü sosyoekonomik ortamda ve kültürde görülebilmekle beraber düşük sosyoekonomik kesimlerdeki enfeksiyon, doğum öncesi bakım ve yoksulluk gibi stresörler şizofreni insidans ve prevelansını arttıran faktörler olabilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004:123). Başka bir görüşe göre ise, ciddi ruhsal bozukluklar bireylerin zamanla alt sosyal sınıflara kaymasına yol açmaktadır (Cannon vd, 1993:551-564).

Şizofreni cinsiyete göre de farklılık göstermektedir: Kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür ancak erkeklerde başlangıç yaşı kadınlara göre daha düşüktür. Erkeklerde ortalama 18-19, kadınlarda ortalama 28-29 yaşlarında başlar. Ayrıca hastalığın gidişi kadınlarda erkeklere göre daha iyi biçimde seyredir. Rölaps kadınlarda daha seyrek, remisyon dönemleri daha uzundur (Ceylan, 2005:95-97). Bununla birlikte şizofrenisi olan kişilerde evlilik oranı toplum ortalamasının altındadır. Yalnız yaşamak şizofreniye yatkınlığı arttırmakta ya da bu kişiler hastalık nedeniyle evlenmekte zorluk çekmekte ve daha sık boşanmaktadır (Koroğlu, 2004:210).

Şizofreni çalışmalarında önemli bir bulgu, şizofreni gelişme olasılığının kış ve baharın erken dönemlerinde doğanlarda daha fazla, baharın geç dönemlerinde ve yazın doğanlarda ise daha düşük olmasıdır. Yapılan bazı araştırmalarda kış ve ilkbahar aylarında doğanlarda şizofreni riskinde hafif bir artış izlenmiştir (Jones ve Cannon, 1998:1-25). Bir hipoteze göre, virüs veya beslenmeyle ilgili mevsimsel değişimler gibi mevsime özgü risk etkenleri etkili olabilir. Bir başka hipoteze göre ise şizofreni için genetik yatkınlığı bulunan insanlar mevsime özgü olumsuzluklar için düşük biyolojik avantaja sahiptirler (Kaplan ve Sadock, 2005:135).

Şizofrenide bir başka risk faktörü olarak gebelik komplikasyonları, düşük doğum ağırlığı ve doğum sırasındaki enfeksiyonlar gösterilmiştir (Ashe vd, 2001:691-707). Yapılan çalışmalarda şizofreniklerde ventriküllerdeki genişlemenin hamilelik esnasında ya da erken bebeklik dönemindeki nörogelişimsel bozuklukların bir sonucu olduğu düşünülmektedir (O'Collaghan vd, 1991:479-483). Özellikle hamileliğin üçüncü, dördüncü ve beşinci aylarında annenin enfeksiyon ajanlarıyla karşı karşıya kalması, diyabetes mellitus, sigara kullanımı ve gebelik komplikasyonları gibi olaylar şizofreniye katkıda bulunan önemli faktörler olarak

incelenmiştir (Opler ve Susser, 2005:1239-42). Düşük doğum ağırlığı ile ilgili yapılan bir çalışmada, düşük doğum ağırlığı ve prenatal komplikasyonlar hikayesinin şizofrenik hastalarda, kontrol grubundaki bireylere göre daha yüksek oranlarda olduğu rapor edilmiştir (Jones ve Cannon, 1998:1-25).

1.4.5. Ruhsal Faktörler

Şizofreninin nörozların gelişiminde rol alanlara göre daha erken dönemde oluşan gelişimsel fiksasyonlardan kaynaklandığını ileri süren Sigmund Freud (Kaplan ve Sadock, 2004:128) ve Karl Abraham'a göre psikozlar da diğer psikopatolojiler gibi çatışma-savunma modeli çerçevesinde anlaşılabilir. Sadece çatışmalar daha yoğundur ve gelişimsel olarak erken evreyle ilişkili ilkel savunmaların kullanılmasına neden olur. Ego işlevleri geçmişteki çatışmalarla ilişkili olarak ödipal dönem öncesine gerilemiştir (regresyon) (Ceylan, 2005:613-614).

Bir başka ifadeyle şizofrenideki başlıca bozukluğun bir ego organizasyon bozukluğu olduğunu ileri süren psikoanalitik kurama göre egonun dezorganizasyonu gerçekliğin yorumunu ve dürtülerin denetim altında tutulmasını etkilemektedir (Freud, 1999:193-211). Buna göre şizofreni hastalarında regresyon primer narsistik evreyedir. Libido dış nesnelere geri çekilmiş ve egoya bağlanmıştır. Libidonun geri çekilmesi dış dünyayı anlamsızlaştırdığı için hasta olağan dışı birtakım inanışlar geliştirerek dış dünyaya yeniden bir anlam kazandırmaya uğraşır (Freud, 2000:43-70). Başka bir deyişle libido bir çatışma sonucu dış dünyadan (nesnelere) bedene geri çekilip birinci narsistik döneme saplanır (fiksasyon). Libido enerjisi kişinin kendilik imgesine ya da beden imgesine yatırılır (Ceylan, 2005:613-614).

Şizofrenide ki çekilme o kadar derindir ki gerçeklikle (dış dünya, ilişkiler ve nesne temsileri) bağ kopar. Şizofrenide regresyona karşın hasta kopmuş olduğu gerçek dünya ile belirtileri aracılığı ile ilişki kurar. Belirtiler bir şekilde ruhsal dengenin ve gerçeklikle bağın yeniden kurulması çabasıdır (Ceylan, 2005:613-614).

Ruhsal denge ilkel içe atma (introjeksiyon), çözülüm (dissosiasyon), yoğunlaştırma (kondansasyon), yer değiştirme, şekil değiştirme (distorsiyon), yansıtma ve yansıtımlı özdeşimle (projektif idantifikasyon) sağlanır. Prenatal dürtüler, anal ve

üretal sadistik eğilimler rastgele sergilenirler. Kişi toplumsal yaşamdan geri çekilmiştir (izolasyon). Gerçekçi dünyanın bir yadsınması söz konusudur. Savunma düzeneklerinin içsel dürtüleri kontrol edemedikleri durumlarda yoğun bunaltı ve bilinç bulanıklığı da (konfüzyon) klinik tabloda görülebilir (Ceylan, 2005:613-614).

Fenichel'e göre egonun regresif yıkılışında dış dünyanın yıkımı fantazileri, depersonalizasyon, ilkel (arkaik) düşünce ve konuşma biçimi, dezorganize ve bazı katatonik belirtiler görülür ve zihinsel gelişim boyunca kazanılmış farklılaşmaların yitmesi söz konusudur. Varsanılar, sanrılar, toplumsal çekilme ve konuşma özelliklerinin çoğu ile bazı katatonik belirtiler de egonun onarım çabaları olarak düşünülebilir (Fenichel, 1974:379-411).

Paul Federn'de şizofreninin bir ego hastalığı olduğunu belirterek, libido enerjisinin ego sınırlarına olan yatırımının kaybı ya da azalması ile egonun içsel ve dışsal sınırlarında ortaya çıkan zayıflamaların ilkel ego durumlarının ortaya çıkmasına ya da zihinsel dünya ile dış gerçek dünya arasındaki sınırın ortadan kalkmasına neden olduğunu belirtir. Buna karşın Heinz Hartman şizofrenik bozulma öncesinde var olan ego kusurları öncesinde durmuş ve egonun tüm işlevlerinin aynı şekilde bozulmadığını vurgulamıştır (McGlashan ve Hoffman, 2000:1159-1169).

Harry Stuck Sullivan ise şizofrenik belirtilerin kişi ile çevre arasındaki etkileşmelere bir tepki olarak ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Sullivan bu durumun kaynağının kişinin geçmişindeki, özellikle anne ile başlayan, önemli diğer kişilerle olan ilişki örüntülerinden alındığını, kişiler arası ilişkilerde yaşanan benlik saygısı düşüklüğü sonucunda ortaya çıkan bunaltının yol açtığı çözümlümün şizofrenik belirtileri doğurduğunu savunmaktadır. Yani şizofreni gelişim evrelerinde yaşanmış travmaların yığılması sonucunda beliren parçalanma ve dağılma tehdidine karşı uyumsal bir tepki olarak ortaya çıkar (Kaplan ve Sadock, 2004:128-129).

Freida Fromm-Reichmann ise şizofreniyi anne-çocuk ilişkisi çerçevesinde ele alarak; şizofrenili bireyleri çocukluklarında edindikleri kötü deneyimler nedeniyle başkalarına karşı korku ve güvensizliklerini yenemeyen kişiler olarak değerlendirir (Gabbard, 2000:563-607).

Şizofreniyi anne-çocuk çerçevesinde değerlendiren bir başka teorisyen, Margaret Mahler, hatalı anne tutumları nedeniyle bebeğin anne ile yeterli ve dengeli bir birleşme (simbiyozis) sağlayamamasının gelişimsel bir eksiklik ortaya çıkardığını, bunun da kişiyi ikincil bireyleşme evresinde gerilemeye duyarlı hale getirdiğini ileri sürer (McGlashan ve Hoffman, 2000:1159-1169). Böylece şizofrenide kişi ego sınırlarının kaybolduğu, kaynaşma yaşantılarının ağırlık kazandığı, gerçekliğin yerini otistik fantezilerin aldığı sözel öncesi otistik döneme geri döner (Gabbard, 2000:563-607). Bu gerileme durumunun, çocukluktan başlayarak temel güven duygusunun sağlanmaması, sürekli düş kırıklığı ve kişilerarası ilişkilerin bozukluğu yüzünden olduğunu belirten Mahler'e göre çocuk, gelişmenin oral döneminde anne çocuk ilişkisini belirleyen tam bir bağımlılık ve yakınlığın ötesine geçemez ve anneden ayrılamaz (Mahler vd, 2003:65-151). Böyle bir zeminde çevre ilişkilerindeki büyük- küçük incinmeler bu gerileme eğilimini artırarak (Aker ve Sungur, 2001:9-13), içe kapanım ve şizofreninin diğer belirtileri bir çeşit savunma ve uyum biçimi olarak ortaya çıkar (Goldstein, 2000:20-26).

Nesne ilişkileri temsilcilerinden Melanie Klein'e göre şizofreni bireyin zorlanmalar karşısında yaşamın ilk yılında anne-bebek ilişkisinde somutlaşan "paranoid-şizoid durum"a gerilemesi sonucunda ortaya çıkar. Bebek normal gelişiminde hiyerarşik yapılanmada yer alan paranoid durumda ortaya çıkan bunaltıdan kendilik bütünlüğünü korumak için saldırgan dürtüleri ve kötü parçaları anneye yansıtır. Anne bu dönemde kendisine yansıtılan kötü parçaları iyilerle bütünleştirip bebeğe geri gönderemezse, bir sonraki dönem olan "depresif duruma" yeterince geçiş yapılamaz ve zorlanmalar karşısında paranoid duruma kolayca gerileme olabilir (McGlashan ve Hoffman, 2000:1159-1169). Paranoid durumda kişinin saldırgan duyguları bölünür ve başkalarına yansıtılır, sonra da onlardan gelecek tehdit olarak algılanır. Çekilme (withdrawal) paranoid bunaltıdan kurtulmanın yolu olarak ortaya çıkar (Gabbard, 2000:563-607). Bir başka ifadeyle erken ego işlevlerinde (dürtü kontrolü ve düzenlenmesi, çevredeki objelerle ilişkiler, dış gerçeği anlama, yanıt verme, bilişsel işlevler) yapısal bir defekt olduğunu belirten Klein'e göre bu defekt çocuğu, anne-çocuk ilişkisinde duyarlı hale getirir. Kişilik gelişimi de bu şekilde yakından etkilenir. Dezorganizasyona duyarlılık oluşur (Yüksel, 2006:236). Bu bağlamda paranoid şizofren evrenin aşılmasında başarısız kalınmasının şizofreninin temelini oluşturur (Tura, 2000:36-41).

1.4.6. Aile Kuramları

Aile kuramları şizofreniyi aile içi hatalı etkileşimler ve öğretmenlerle açıklamaya çalışır. Şizofrenili bireylerin aile üyelerinde gözlenen bazı davranış örüntüleri bu kuramların çıkış noktasıdır (Ceylan, 2005:613-614). Şizofrenini etyolojisinde 4 tip aile kuramı yer almaktadır.

Bunlarda ilki “Çifte Açmaz” kuramıdır. Çocukların ana babalarından davranış, tutum ve duyguları hakkında çelişkili mesajlar aldığı durum Gregory Bateson tarafından çifte açmaz “Double Bind” (ikili çıkmaz) kavramını ile açıklanır (Köroğlu, 2004:195). Buna göre çocuk, ailede uzun yıllar birbiri ile çelişkili mesajlarla karşılaşmakta, bu mesajların hangisine göre davranacağını bilememekte ve bir çıkmaza girmektedir. Giderek bu mesajlara aldırılmamayı öğrenerek kendine özgü anlayış ve iletişim biçimini oluşturmaktadır. Bireyin kendine özgü geliştirdiği bu iletişim biçimi zamanla hastalığın ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (İlnem vd, 1998:16-22).

Bir başka ifadeyle anne babalarla çocukları arasında çifte çıkmaz biçiminde gerçekleşen iletişimin çocuğu ikilemde bırakarak şizofrenik belirtilere neden olacağı ya da bunların, varsa belirtileri şiddetlendireceğini ileri sürülmüştür. Çifte çıkmazda çocuğa iletilmek istenen mesaj sözel ya da sözel olmayan öğeleriyle birlikte iki zıt anlamda verilmektedir. Çocuğu kucaklayan bir ebeveyn, bir yandan fiziksel olarak donuk ve mesafeli bir tutum takınırken, diğer yandan “neden bana hiç sevgi göstermiyorsun” diye sorarsa, çocuk ne yaparsa yapsın doğrusunu yapamayacağını düşünür ve çıkmaza düşer (Ceylan, 2005:613-614).

İkinci kuram “Bölünmeler ve Çarpık Aileler” kuramıdır: 1950'li yıllarda Theodore Lidz “marital schizm” (yarılma) kavramını biri aşırı baskın ve saldırgan, diğeri bağımlı ve edilgen iki aile tipolojisi tanımlamıştır (Arkar, 1996:191-194). Bu kuramın birinci tipinde anne baskın, baba edilgen ve bağımlıdır. İkinci tipinde ise anne baba arasında hostilite, tartışma ve çatışmalar vardır. Açık çatışmalar olduğu halde patolojik bağımlılıkları nedeniyle evliliklerini sürdüren ebeveynler arasındaki “yarılmış evlilik” (marital schism) ve süregelen anlaşmazlıklarını bir uyum perdesi

arkasında gizleyen ebeveynlerin “çarpık evlilik” durumlarında ebeveynlerin çocukla kurdukları patolojik ilişkileri şizofreni gelişmesinde etkilidir (Lidz, 1966:329-332).

Bir başka ifadeyle birinci tip ailede; ana babalar arasında belirgin bir bölünme vardır ve ana babalardan biri karşı cinsteki çocuğa aşırı yaklaşır. İkinci tip ailede ise ana babadan birisi ile olan çarpık ilişki ana babalar arası bir güç mücadelesine neden olur ve bir ana babanın üstünlüğü ile sonuçlanır (Ebert vd, 2003:260-278).

Üçünü bir aile kuramı “Sözde Samimi ve Sözde Düşman Aileleri” tanımlar: 1960’lı yıllarda Wynne ve Singer, aile içinde yalancı sevgi ve birlikteliğin çok sık görüldüğünü vurgulamışlar, şizofrenlerin ailelerinde çarpık iletişimlerden söz etmişlerdir. Buna göre, anne baba iletişimlerinde üstü kapalı, ilgisiz, tutarsız, anlamları açık olmayan konuşmalar, bulanık düşünce ve temalar, ne zaman duracağını, devam edeceğini ve yoğunlaşacağı ayarlanamayan iletişim biçimleri söz konusudur. Her iki ebeveynde görülen iletişim sapmaları şizofrenik bireyin ortaya çıkmasında önemli derecede sorumludur (Huddeleston, 1992:118-120).

Son kuram ise “Duygu Dışavurumu” kuramıdır: 1959’da ilk kez “Expressed Emotion” (Duygu Dışavurumu) kavramı ele alınmıştır (İnem vd, 1998:16-22). Duygu dışavurumu, şizofren kişiye karşı ana babaların ya da diğer bakım verenlerin eleştirme, düşmanlık ve aşırı ilgi gibi davranışlarıyla belirlenir. Neyin nasıl söylendiği ile analiz edilen duygu dışavurumunu araştıran pek çok yazar (Kaplan ve Sadock, 2004:129), sık alevlenme gösteren şizofrenik hastaların ailelerinde yaptıkları incelemeler sonucunda, bu hastaların aile ortamlarında duygu dışavurumunun yüksek olduğunu, bu durumun ise alevlenmelere zemin hazırladığını bildirmişlerdir (Koroğlu, 2004:195).

Öğrenme kuramları açısından bakıldığında ise önemli, emosyonel sorunlara sahip olan ve daha sonra şizofreni gelişen çocuklar ailelerini taklit ederek düşünme yollarını ve rasyonel olmayan reaksiyonları öğrenirler. Bir başka ifadeyle şizofrenili insanların zayıf kişiler arası ilişkileri çocukluk sırasındaki kötü modellerden öğrenme aracılığı ile gelişir (Kaplan ve Sadock, 2005:140).

1.4.7. Stres Yatkınlık Kuramı

Stres-yatkınlık kuramı şizofreni için nörodinamik bir modeldir. Bu hipoteze göre şizofreni genetik ya da biyolojik etkenlerle, ruhsal, yapısal ve yaşantısal etkenlerin etkileşimleri sonucunda ortaya çıkan bir bozulmadır. Yaşantısal etkenler ancak doğal yapıdaki sorunlarla birlikte etkileşerek şizofrenik bir sürecin doğmasına yol açmaktadır (Ceylan, 2005:618-619).

Biyolojik, psikososyal ve çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşiminin anlatımı olarak tanımlanan stres yatkınlık modelinde, özel bir yatkınlığı bulunan kişide stresli bir durumla karşılaşıldığında şizofreni belirtilerinin geliştiği ileri sürülmüş (Buchanan ve Carpenter, 2000:1096-1110). Ani ve beklenmedik yaşam olaylarının, hastalığın ortaya çıkmasında tetikleyici etkenler arasında yer aldığı görüşleri bu kurama destek sağlamaktadır (Huddeleston, 1992:118-120) Konuya ilişkin yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının stres yaratan yaşam olaylarıyla karşılaşmalarının toplum ortalamasının üzerinde olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte stres yaratan yaşam olaylarıyla karşılaşma, şizofreniye yol açmaktan ziyade hastalığa yatkınlığı olan kişilerde predispozan faktör olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (Arıhan, 1998:64-74).

1.5. Şizofrenin Epidemiyolojisi

1.5.1. Prevelans ve İnsidans

Şizofreni nokta prevelansı bugün için, binde 0.6 ile binde 0.7 arasında değişir. Bir yıllık prevelans ise binde 2.7-7 arasındadır (Ceylan, 2005:86-87). Yıllık insidansı 100.000'de 10-15 kadardır. Kabaca her yıl 10.000'de 1 kişide şizofreni geliştiği bildirilmektedir (Hafner ve Heiden, 1997:139-151).

Ulusal Ruh Sağlığı Kurumunun (NIHM) desteklediği Epidemiyolojik Alan Taraması (ECA) çalışmasında, yaşam boyu prevelans % 0.6-1.9 olarak bildirilen şizofreni hastalığının dünyanın her yerinde prevelansı aşağı yukarı eşittir (Kaplan ve Sadock, 2005:134). Bu oran psikiyatri kliniklerinde %20.4, cezaevlerinde %6.7, bakım

kurumlarında %3.8 olarak belirlenmiştir (Alper vd, 1997:113; Özcan, 1999:101-113).

Bazı kaynaklarda şizofreninin, şehirlerde ve sanayinin gelişmiş olduğu bölgelerde köylere göre daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir. Bu gözlemler, şehirlerdeki sosyal stresörlerin risk altındaki insanları şizofreni gelişmesi için etkilediğini düşündürmektedir (Kaplan ve Sadock, 2005:136). Yıllık insidansı ise bazı coğrafik değişimlere bağlı olarak 10.000’de 0.5 ile 5.0 arasında değişmektedir (Buchanan ve Carpenter, 2000:1096-1110; Kaplan ve Sadock, 2005:134). Buna ilişkin yakın zamanda Londra’da yapılan bir araştırmada binde 5.13 gibi yüksek bir yaygınlık saptamıştır (Hallmayer vd, 2005:468-76).

Şizofreni bütün sosyal sınıflardaki insanlarda görülebilen yaygın psikotik bozukluklardan biridir. (Öztürk, 2002:214) Ancak düşük sosyoekonomik seviyede şizofreninin daha sık görülmesi, bu seviyedeki kişilerin daha fazla stres ve yoksulluk içinde yaşaması sonucu enfeksiyonlar, doğum öncesi bakım yetersizliği gibi koşullar nedeni ile şizofreniye daha yatkın hale gelmeleri veya bu kişilerin genetik yatkınlık nedeniyle oluşan ağır ruhsal bozukluklar sebebi ile kuşaklar boyunca toplumun daha düşük sosyokültürel seviyelerine kayma göstermesiyle açıklanmaktadır. Litaratürde “Kayma Hipotezi” adını alan bu olguya göre hastaların ekonomik durumları hastalığa bağlı olarak düzelmekte, geriye doğru gitmektedir. Hastalık, olguların eğitimlerini, iş performanslarını etkilemekte, sorumlulukları da buna bağlı olarak gelişmemektedir. Sosyoekonomik düzey dağılımı şizofreniklerin babalarında da aynı bulunmaktadır. Bu bulgu kayma hipotezini desteklemektedir (Yüksel, 2006:235).

1.5.2. Yaş ve Cinsiyet

Kraepelin bu hastalığın genellikle ergenlik (delikanlılık) ya da ilk gençlik çağında başladığını belirtmek üzere hastalığa erken bunama adını vermiştir. Bleuler ise 1911’de yayınlanmış büyük yapıtında hastalık belirtilerinin 30-40 yaşlarında hatta daha geç ortaya çıkabileceğini açıklamıştır. Son yıllarda “çok geç başlangıçlı şizofreni” üzerine yayınlar görülmektedir (Öztürk, 2004:219).

Bir çok yazar hastalığın başlama yaşı olarak erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaş aralığını işaret etmektedir (Buchanan ve Carpenter, 2000:1096-1110; Güleç ve Köroğlu, 1997:321-355; Hafner ve Heiden, 1997:139-151).

Prevelansın cinsiyet bakımından incelendiği bir araştırmada şizofreni sıklığının kadınlar için 100.000'de 11.4, erkekler için ise 100.000'de 15.1 olduğu bildirmiştir (Goldacre vd, 1994:318-322). Fakat genel kabul hastalığın oluşma sıklığının cinsiyete göre önemli bir fark göstermediği (Leach ve Cherer, 1992:20-24), bununla birlikte iki cinsiyette hastalığın başlama yaşı ve gidişinin farklı olduğudur. Kadınlarda başlangıç yaşının daha geç olduğu ve erkek cinsiyetine göre genellikle iyi bir prognoz gösterdiği belirtilmektedir (Leung ve Chue, 2000:3-38). Bu farklılıkta kadınlarda östrojen hormonunun, merkezi D2 reseptörlerindeki duyarlılığı azaltıcı etkisine bağlı olarak başlangıç yaşındaki gecikmede etkili olabileceği düşünülmektedir (Arıhan, 1998:64-74). Paralel olarak kadınlarda, menopoz döneminde hastalığın seyrinde ikinci bir yükselme dönemi de tespit edilmiştir Bu tespit dikkatleri östrojen hormonu üzerine çekmiştir (Castle ve Murray, 1993:691-700).

1.6. Şizofrenide Sınıflama

Şizofrenik bozukluklar M.Ö. 1400'lerden bu yana tanınmasına karşın, tablonun standart bir şekilde tanımlanması ve sınıflandırılması konusundaki güçlükler henüz çözümlenmemiştir ve bu alandaki çalışmalar halen sürmektedir (Fidaner, 1998:17-22).

Günümüzde sınıflandırma ve tanı koymada DSM-IV-TR, ICD-10, Crow tipi/tipli sınıflama, Andreasen ve Olsen'in negatif/pozitif (N/P) tanı sistemi gibi çeşitli sistemler kullanılmaktadır. Araştırmamızda DSM-IV-TR kriterlerine göre tanı konulan hastalarla çalışıldığından, diğer tanı sistemlerinden kısaca söz edilmekle yetinilecektir.

1.6.1. DSM-IV-TR'a Göre Şizofreni Tanı Ölçütleri

A. Karakteristik belirtiler: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (veya daha fazlasının) bulunması: Hezeyanlar, halüsinasyonlar, dezorganize konuşma, ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış, negatif belirtiler (affektif donukluk, aloji ya da avolisyon).

Not: Hezeyanlar bizar ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki veya daha fazla sesin birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A tanı ölçütünden sadece bir belirtinin bulunması yeterlidir.

B. Toplumsal/Mesleki işlev bozukluğu: İş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarında bir ya da daha fazlasında, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk ve ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişiler arası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir).

C. Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A tanı ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamalıdır. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal yada rezidüel dönemlerde, sadece negatif belirtilerle ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle kendini gösterebilir.

D. Şizoaffektif bozukluğun ve duygudurum bozukluğunun dışlanması: Şizoaffektif bozukluk ve psikotik özellikler gösteren duygu durum bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) aktif evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda major depresif, manik yada mikst epizotlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif evre belirtileri sırasında duygu durum epizotları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde bağımlılığının/genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir yaygın gelişimsel bozuklukla ilişkisi: Otistik bozukluk ya da diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar da varsa şizofreni ek tanısı konabilir (DSM-IV-TR, 2001:137-150).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayımladığı DSM-III (1980), DSM-III-R (1994) ve DSM-IV (1994) -genel olarak Kraepelin'in sınıflandırmasını temel alarak- şizofreninin 5 alt tipi tanımlamıştır (Beratis vd, 1997:239-44). Bununla birlikte DSM III-R ve DSM-IV ve DSM-IV-TR tanı sistemleri daha çok klinik durumları göz önünde bulundurarak alt tiplere yapmaktadır (Yazıcı, 2001:200-220). Ancak bazı hastaların herhangi bir alt tipte bulunduğu halde, zaman içinde başka bir alt tipe ait özelliklerde gösterebildiği ve prognoz, tedavi vb. yönlerden alt tipler arasında farklılıklar olduğu bildirilmektedir (Kaplan ve Sadock, 1995:602-608). Ayrıca bir alt tipin tanısının, en son değerlendirmedeki baskın klinik tablo göz önünde bulundurularak yapılması önerilmektedir (Önder, 2000:133-153). Günümüzde en yaygın kullanılan tanı kriterlerinin son versiyonu DSM-IV-TR'a göre şizofreni alt tipleri beş başlık altında incelenmektedir.

1.6.1.1. Paranoid Tip

A. Bir ya da birden fazla sanrı ya da sıklıkla işitme varsanılarının olması

B. Şunlardan hiçbirinin bulunmaması: Dezorganize konuşma, dezorganize ya da katatonik davranış, donuk ya da uygunsuz duygulanım (DSM-IV- TR, 2001:139).

Diğer alt tiplere göre daha akut ve geç başlangıçlıdır. Klinik gidişi iyidir. Görece değişmez nitelikte, sıklıkla paranoid türden sanrılar, bu sanrılara eşlik eden algı bozuklukları, özellikle işitme varsanıları klinik tabloya egemendir, Ayrıca tabloya anksiyete, kızgınlık, kavgacılık ve şiddet eşlik edebilir. Kişiler arası ilişkileri sıklıkla yapmacık, tek düze ya da aşırı yoğunluktadır (Doğan, 2001:41-46).

1.6.1.2. Katatonik Tip

Aşağıdakilerden en az ikisi klinik görünümüne egemendir.

- A. Katalepsi ya da stupor ile belirlendiği üzere motor hareketsizlik.
- B. Açıkça amaçsız ve dış uyaranlardan etkilenmeyen aşırı motor aktivite.
- C. Aşırı negativizm ya da mutizm.
- D. Postür alma, basmakalıp hareketler, belirgin mannerizmler ya da belirgin grimasın olması ile belirlendiği üzere istemli hareketlerde acayipliklerin olması
- E. Ekolali ya da ekopraksi (DSM-IV-TR, 2001:139-140).

Hastalığın nadir görülen bu tipinde, motor bozukluk temel görünümü oluşturur. Bu tablo; ajite bir hiperaktiviteyi ya da stupor, rijidite ve balmumu esnekliği adı verilen bizar pozisyon alışlarla belirli genel motor aktivitedeki yavaşlamayı içerir (Ebert vd, 2003:138). 15-25 yaşlarında başlayan katatonik tipte, ciddi beslenme sorunları nedeniyle halsizlik ve hiperpreksi gelişebilir (Ceylan, 1996:493-498).

1.6.1.3. Dezorganize Tip

- A. Dezorganize konuşma ve davranış, donuk ya da uygunsuz duygulanım belirgindir.
- B. Katatonik tip için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır (DSM-IV-TR, 2001:139).

Genellikle genç yaşta, birden ve renkli pozitif belirtilerle başlayıp, sinsi bir gidiş göstermektedir. Düşünce ve devinim bozuklukları belirgindir. Enkoherans, çağrışımlarda dağınıklık, dezorganize ve regresif davranışlar, künt ya da uygunsuz duygulanım sık görülür. Benlik yıkımı hızlıdır (Coşar, 1998:29-34).

1.6.1.4. Ayrışmamış Tip

Şizofreninin A tanı ölçütlerini karşılayan semptomların olduğu ancak bunların paranoid, dezorganize ya da katatonik tipin tam ölçütlerini karşılamadığı şizofreni tipidir (DSM-IV-TR, 2001:140). Bir çok şizofreni tipinin özelliklerini karşılayan ya da diğer tiplerin hiçbirinin özelliklerini tamamiyle karşılamayan belirtiler mevcuttur. Genellikle kötü prognozludur (Ceylan, 1996:493-498).

1.6.1.5. Rezidüel Tip:

A. Belirgin sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ve ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış yoktur.

B. Negatif belirtilerin ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin hafif biçiminin varlığı ile bu bozukluğun sürdüğüne dair kanıtlar vardır (DSM-IV-TR, 2001:140).

Duygu küntlüğü, vurdumduymazlık, girişim azlığı, sosyal çekilme, düşüncede somutlaşma ve yoksullaşma, kendine bakımda azalma, apati gibi negatif bulgular ön plandadır. Akut alevlenmeli dönemlerin arasında kalıntı belirtiler olarak bu semptomlar sürer. Sanrı ve varsanılar öne çıkan belirtiler değildir (Özmenler ve Battal, 1998:5-16)

1.6.2. Andreasen ve Olsen'in Sınıflandırması

Klinik belirtilerin psikopatoloji ile açıklanabilmesi ve psikopatoloji ve nörobiyolojinin birleştirilmesi öğelerinden hareket eden Andreasen, pozitif belirtili şizofreni, negatif belirtili şizofreni ve karma belirtili şizofreni modellerini geliştirmiştir (Andreasen, 1982:789-794).

Buna göre negatif belirtili şizofreni; doğal işlevlerde eksiklik ya da yokluk belirtileri ile karakterizedir. Duygulanımda küntlük, konuşma ve düşünce içeriğinde yoksullaşma, ilgi ve isteğin azalması, zevk alamama, sosyal geri çekilme, kendine bakımın bozulması gibi belirtilerin önde olduğu tiptir (Özmenler ve Battal, 1998:5-16).

Pozitif belirtili şizofreni; doğal işlevlerde fazlalık, aşırılık ve sapmalar ile karakterizedir. Sanrı, varsanı, bizar davranış, çağrışım çözülmesi, enkoherans gibi belirtilerin önde olduğu tiptir (Özmenler ve Battal, 1998:5-16).

Karma belirtili şizofreni ise pozitif ve negatif belirtili şizofreni semptomlarının bir arada bulunduğu şizofreni tipidir (Andreasen, 1982:789-794).

1.6.3.Crow Tipi/Tipli Şizofreni

Son yıllarda, heterojen klinik tabloların indirgemeci yaklaşımlarıyla Crow, şizofreni hastalarını pozitif ve negatif belirtilerine göre Tip I ve Tip II sendrom olarak iki şekilde sınıflandırmıştır (Aker ve Özmen, 2001:246-268).

Tip I Sendrom: Akut başlangıç, sanrı, varsanı ve diğer pozitif semptomların bulunduğu bu klinik tablo tipik antipsikotiklere iyi yanıt alınması, entelektüel yıkımın az olması veya hiç olmaması, beyin görüntülemesinde yapısal anormalliklerin bulunmaması, geri dönüşümsüz istemsiz hareketlerin bulunmaması özelliklerine sahip olup, öne sürülen patofizyoloji, D2 reseptör yoğunluğu veya duyarlılığında artmanın bulunmasıdır. Bir başka ifadeyle pozitif semptomlar hezeyan, halüsinasyon, dezorganize konuşma, aşırı derecede dezorganize ya da katatonik davranış, akut başlangıç, nöroleptiklere iyi yanıt, iyi seyir (prognoz), geri dönüşlü (reversible) olma, kognitif bozukluğun olmaması, dopaminerjik hiperaktivite, premorbid dönemde iyi düzeyde işlevsellik ile karakterizedir (Uzun, 2005:643-648).

Tip II Sendrom: Künt duygulanım, konuşma fakirliği, istenç azlığı ve diğer negatif belirtilerden oluşan klinik, kronik ve yavaş ilerleyen bir seyir, tipik antipsikotiklere olumsuz yanıt, entelektüel yıkım, geri dönüşümsüz istemsiz hareketler, yapısal beyin anormallikleri özelliklerine sahip olup, patofizyolojisindeki faktör, temporal ve frontal kortekste hücre kaybıdır. Başka bir anlatımla negatif semptomlar aloji, avolüsyon, affektif küntleşme, kronik gidiş, nöroleptiklere sınırlı yanıt, kötü seyir (prognoz), geri dönüşsüz (irreversible) olma, kognitif bozukluk, premorbid dönemde düşük işlevsellik düzeyi, beyinde yapısal değişiklikler ve hücre kaybı ile karakterizedir (Uzun, 2005:643-648).

1.6.4. ICD-10'a Göre Şizofreni Tanı Ölçütleri

A. Düşünce yankılanması, düşünce sokulması ya da çekilmesi ve düşünce yayımlanması.

- Kontrol edilme, etkilenme ya da edilgenlik sanrıları (beden hareketlerini, özel düşünceleri, eylemleri ya da duyguları etkileyen) sanrılı algılama.
- Hastanın davranışlarını yorumlayan ya da kendi aralarında hastayı tartışan işitme varsanılıarı ya da bedenin belli bölgelerinden gelen varsanısal sesler.
- Tümü ile olanak dışı, kültüre uygun olmayan, süreklilik gösteren başka sanrılar, örn. dinsel/siyasal kimliğe ya da insanüstü güç ve yeteneklere sahip olma (hava durumunu denetleme, başka dünyalardan yabancılarla iletişim kurabilme gibi).

B. Herhangi bir türden inatçı varsanılar; bu varsanılar duygulanımla uyum göstermeyen gelip geçici ya da aşırı yüklü fikirlerle birlikte olmalı; ya da haftalarca, aylarca kesintisiz olarak her gün bulunmalıdır.

- Düşünce akımında kopma ve başka düşünce sokulmaları, bunun sonucu oluşan çağrışımlarda dağınıklık (enkoherans), uygunsuz konuşma ya da neolojizm.
- Katatonik davranış, örn. Eksitasyon, bedeni belli bir pozisyonda tutma, balmumu esnekliği, negativizm, mutizm ve stupor.
- Negatif belirtiler, örn. Belirgin apati, konuşma azlığı, duygusal tepkilerde küntleşme ya da uygunsuzluk gibi; bu belirtiler genellikle sosyal çekilme ve sosyal performansın düşmesine yol açar; bu belirtiler depresyona ya da nöroleptik tedaviye bağlı değildir (ICD-10, 1992:79-90).

ICD-10' a göre şizofreni tanısı koyabilmek için: A grubu belirtilerden en az bir tanesi açıkça; eğer belirtiler açık değilse en az iki tanesi; ya da B grubu belirtilerden en az iki tanesi; en az 1 aydır zamanın büyük kısmında sürmelidir (Kendler vd, 1996:1530-40).

1.7. Şizofreninin Klinik Sürece İlişkin Özellikleri

Şizofreni duygulanımları, davranışları ve kişinin çevreyle olan bağlantılarını bozan kronik nöropsikiyatrik bir hastalıktır (Sobell vd, 2002:1068-1082).

Şizofreninin klinik semptomları 3 ana bölümde toplanmaktadır:

- Pozitif semptomlar: Varsanılar, sanrılar ve düşünce bozukluklarını,
- Negatif semptomlar: Anhedoni ve sosyal çekilme gibi semptomları,
- Bilişsel semptomlar: Dikkat, çalışma belleği ve yönetsel işlevlerdeki bozuklukları içerir (Austin, 2005:329-340).

Şizofreni için tanı kriterlerinin bir bileşeni olmasalar da, bu hastalığın semptomlarını; pozitif semptomlar, negatif semptomlar, bilişsel semptomlar, agresif/saldırgan semptomlar ve depresif/anksiyöz semptomlar olmak üzere beş boyutta ele alan çalışmalar da bulunmaktadır (Nakaya vd, 1999:39-50; Stahl, 2003:1-64).

Pozitif ve Negatif Semptomlar: Şizofreninin pozitif ve negatif belirtileri kuşkusuz Krapelin'den günümüze kadar değişimler olmamıştır. Ancak bu belirtilerin yorumlanışında ve şizofreni için önceliklerinin saptanışında önemli farklılıklar olmuştur (Ceylan, 2005:643-656).

Pozitif belirtiler daha çok aşırı dopaminerjik aktiviteye bağlı olarak hastalığın akut dönemlerinde ortaya çıkabilir ve negatif belirtilere göre antipsikotik ilaç kullanımına daha fazla yanıt verebilirler (Ceyhun, 2000:20-30). Konuşmada düzensizlik, aşırı konuşma, konuşmada kalıplaşmış yinelemeler, duygulanımda uygunsuzluk ve taşkınlıklar, işitme ve görme varsanıları, yanılsamalar, düşünce içeriğinde gerçeklikten uzak, acayip, tutarsız sanrılar, çağrışım bozuklukları, kopukluklar, kaymalar, dağınıklar ve çocuksu (regresif) davranışlar pozitif belirtilere örnek olarak verilebilir (Öztürk, 2004:242-243). Pozitif belirtili şizofreni tanısı için; belirgin halüsinasyonlar, hezeyanlar, yapısal düşünce bozuklukları, acayip, dağınık davranışlardan en az birinin bulunması gerekirken; aloji, affektif düzleşme, irade yokluğu, apati, dikkat eksikliği, anhedoni, sosyal çekilme bulunmaması gereken semptomlardır (Uzun, 2005:644-646).

Negatif belirtiler ise tedaviye yanıtın az olduğu, stabil dönemlerde ortaya çıkabilen ve daha süregelen uyumsuzluk özellikleri olarak değerlendirilen belirtilerdir (Ceyhun, 2000:20-30). Aşırı içe kapanma, toplumdan çekilme, konuşmada, düşüncede fakirleşme, soyut düşünme yetisinin azalması, hareketlerde azalma, duygulanımda küntleşme, istek ve iradenin azalması, özbakımda azalma, iş ve toplumsal uyum alanlarına ilginin azalması negatif belirtilerden bazılarıdır (Öztürk, 2004:242-243). Negatif belirtili şizofreni tanısın için; aloji, affektif düzleşme, irade yokluğu, apati, dikkat eksikliği, anhedoni, sosyal çekilme semptomları tabloya hakimken; belirgin halüsinasyonlar, hezeyanlar, yapısal düşünce bozuklukları ve acaip, dağınık davranışların olmaması gerekmektedir (Cummings ve Trimble, 2003: 41-47).

Hastalık öncesi araştırıldığında pozitif belirtilerin daha ön planda olduğu şizofreni hastalarında doğum komplikasyonlarının daha az ve yetiştikleri ailede sorunların daha fazla bulunduğu, negatif belirtileri baskın olanların ise doğum komplikasyonlarının daha fazla ve daha düşük eğitim düzeyi ile birliktelik gösterdiği izlenmiştir. Negatif belirtileri olan hastalar ergenlik dönemi başlarında edilgen, toplumsal açıdan yalıtılmış ve övgülere karşı tepkisiz olarak izlenirken, pozitif belirtileri baskın olan hastalar aşırı etkin, kolay sinirlenen saldırgan kişiler olarak izlenmektedir. Negatif belirtileri baskın olan hastalarda ventriküler genişlemenin ve bilişsel bozukluğun daha fazla olduğu saptanmıştır (Güleç ve Köroğlu, 1997:321-355).

Şizofrenik hastalarla yapılan uzun süreli çalışmalar, negatif semptomların erken evrelerde daha az şiddette ve daha az sıklıkta görüldüğünü ve ilerleyen evrelerde sıklığının ve şiddetinin arttığını göstermektedir. Erken dönemde klinik görünümde daha çok pozitif semptomlar baskındır ve yapılanmış ya da sistemli sanrılar ve varsanılar daha sıktır. Oysa dezorganize düşünce, uygunsuz duygulanım ve davranışsal semptomlar hastalığın ilerleyen dönemlerinde daha sık gözlenmektedir (Lindstrom ve Knorring, 1994:274-278).

Şizofrenide her iki hemisferde de bozukluk olduğu, pozitif psikotik semptomların daha çok sağ hemisfer yetersizliğiyle, negatif psikotik semptomların sol hemisfer yetersizliği ile ilişkili olduğu, tek bir hemisfere lokalizasyonun olmadığı bildirilmiştir (Calligiuri vd, 2005:151-61). Negatif semptomların şiddetli frontal lob işlev

bozukluğu ve beyindeki anatomik anormalliklerle ilişkili olduğu öne sürölmektedir. Ayrıca şizofrenideki negatif semptomlar ve diğer nörolojik sendromlar arasındaki benzerlikler bu karakteristik durumun nörolojik olarak patolojik bir şizofreni spektrum alt tipi olabileceğini düşündörmektedir (Penades vd, 2001:64-69).

Bilişsel Semptomlar: Günümüzde bilişsel bozukluklar şizofreninin en yaygın özelliklerinden biri olarak kabul edilmektedir. şizofrenide bilişsel bozukluklar tanı ölçütlerini karşılayan belirtiler ortaya çıkmadan önce tespit edilebilir ve remisyon dönemleri dahil tüm hastalık boyunca kalıcı olurlar (Davidson vd, 1999:1328-1335).

Bir başka deyişle şizofrenide bilişsel bozukluklar hastalığın semptomlarından bağımsız olarak görölmektedir. şizofrenin gidişi sırasında pozitif ve negatif semptomlarda dalgalanma gözlenirken klinik durumdaki değişmelere karşın bilişsel bozulma görece sabit kalmaktadır (Bowie ve Harvey, 2005:613-633) ve şizofrenide bilişsel bozukluklar tanı ölçütlerini karşılayan belirtiler ortaya çıkmadan önce tespit edilebilmektedir (Addington vd, 1997:180-184).

şizofreni hastalarında yaygın bilişsel işlev bozukluğu olduğu öne sürölmekle birlikte bazı bilişsel eksikliklerin yaygın değil özgül ve seçici olduğu (dikkat, çalışma belleği, epizodik bellek ve anlamsal bellek) destekleyen çalışmalar mevcuttur (Elvevag ve Goldberg, 2000:1-21). şizofrenide baskın olan bilişsel bozukluklar arasında dikkat, bellek, akıl yürütme, düşünsel işlemleri anlamlandırabilme ve problem çözmedeki kayıplar yer almaktadır (Kaplan ve Sadock, 2003:471-504; Öztürk, 2004:235). Hastaların günlük yaşamlarını idame etme ve problem çözme yeteneklerini objektif şekilde yansıttığı düşünöldüğünde, bilişsel bozuklukların önemi daha da artmaktadır (Bowie ve Harvey, 2005:613-633).

şizofreni hastalarında zaman içinde meydana gelen olayları ve algıları bütünleştirme, planlama, amaca yönelik davranışı sürdürebilme ve davranışsal esneklik konusundaki bozukluklar, ilgisizlik, güdüsözlük ve apati görölmektedir (S.Karakaş ve H.M.Karakaş, 2000:215-227). Çeşitli çalışmalarda bilişsel yeterliliği ölçen testlerdeki performans ve şizofrenik semptom ilişkisi araştırılmış ve negatif semptomların azalmış bilişsel test performansı ile daha yakından ilişkili olduğu

(Berman vd, 1997:1-10), pozitif semptomların da özellikle azalmış dikkatle ve semantik bellekle ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (Bozikas vd, 2004:392-400).

Nöropsikolojik testlerle şizofreni hastalarında dikkati ölçen çalışmalarda şizofreni hastalarının kötü performans gösterdiği bildirilmektedir (Karakaş ve Aydın, 1999:113-131). Şizofreni tanısı konulan hastalara uygulanan anlık dikkat süresi, dikkati sürdürme, görsel tarama ve izleme, seçici dikkat ve dikkatin yönetsel denetimi testleri de dahil olmak üzere bir dizi nöropsikolojik testlerde dikkat bozukluğu gözlenmiş olup, özellikle dikkati sürdürme şizofrenide neredeyse her zaman bozuk olarak saptanmıştır. Şizofreni tanısı konulan hastalar çözümleri açık olmayan sorunları çözmede ya da varolan bilgiyi yeni kombinasyonlara dayandırmaları gerektiğinde güçlük çekmektedirler (Maj ve Sartorius, 1999:1-37).

Şizofreni hastalarında yapısal ve işlevsel bozukluklar ve dikkat bozuklukları talamik süzme bozukluğu ile ilişkilendirilmiş, şizofrenili beynin uyarıcıları süzme işleminde bozukluktan dolayı bir uyarıcı bombardımanı altında kaldığı ve dikkati odaklama ve sürdürme yetisinin bozulduğu belirtilmiştir (Andreasen, 1997:27-33). Dolayısıyla hastalarda, algılama ve düşünce bozukluğuna bağlı olarak dikkati odaklama becerisinde yetersizlik görülmekte, ilgi azlığı ve dikkat yetersizliğinden kaynaklanan bir bellek bozukluğu ortaya çıkabildiği düşünülmektedir (Öztürk, 2004:235-236).

Şizofrenide bellek sistemlerinde bozukluk olduğu görüşü birkaç çalışmayla desteklenmiştir (Kayser vd, 2006:237-252; Umbricht ve Krijes, 2005: 1-23). Bununla birlikte şizofrenideki sözel bellek bozukluğunun yeni ardışık bilgiyi öğrenme stratejilerindeki yetersizliğe bağlı olduğu ileri sürülmektedir (Saykin vd, 1991:618-624).

Sözel çalışma belleği alanında yapılan çalışmalar şizofreni hastalarında çalışma belleğinin bilgileri kullanabilme becerisinin, depolama becerisine göre daha fazla etkilendiğini göstermektedir. Şizofrenide çalışma belleği bozukluğu, dezorganize davranıştan sanrılı düşüncelere kadar değişen farklı şizofreni belirtilerinin oluşmasına katkıda bulunmaktadır (Bowie ve Harvey, 2005:613-633). Keefe ve arkadaşları kendi zihinsel yaratıcılıklarını kaybeden şizofreni hastalarının, düşünce sokulması ve işitsel hallüsinasyonlar gibi ciddi sanrı ve varsanlı düşüncelerinin

kendilerinden veya diğerlerinden kaynaklandığını ayırt edememeleri ile ilişkili olduğunu, bunun da çalışma belleği bozukluğu olarak düşünülebileceğini ileri sürmüşlerdir (Keefe vd, 2002:51-67).

Şizofrenide sık görülen belirtilere bakıldığında şu özellikler dikkat çekmektedir.

- Hallüsinasyonlar ve olağan üstü deneyimler: Olguların yaklaşık %50'sinde izlenir. Bunlarında yaklaşık % 50'sini işitme hallüsinasyonları oluşturur.
- Hezeyanlar: Hastaların % 90'nından fazlasında görülür.
- Katatoni (Stupor, katalepsi, otomatizm, mannerizm, stereotipi, postür ve grimas, negativizm, ekopraksi): %7-10 oranında izlenir. Sırasıyla en sık mannerizm, stereotipi, stupor, negativizm, katalepsi, otomatizm ve ekopraksiye rastlanır. Mannerizm, stereotipi, negativizm, katalepsi, otomatizm, postür ve grimas şizofreni için diğer katatonik belirtilerden daha spesifiktir.
- Düşünce içeriği ve formunun bozuklukları: En sık raydan çıkma (%56), ve konuşma içeriğinin yoksulluğu (%40) saptanır. Bazıları pozitif (raydan çıkma, illojik düşünce), bazıları negatif (konuşma içeriğinin yoksulluğu) belirtiler olarak sınıflandırılır.
- Emosyonel bozukluklar: Duygulanım, duygu durum ve motivasyon alanında bozukluklar vardır. (Anhedoni %30-45, uygunsuz duygulanım %20, düz duygulanım veya künt duygulanım %50, azalmış jestler %57, değişmeyen yüz ifadesi %53, vokal esnekliği kaybı %53, azalmış spontan hareketler %37, zayıf göz ilişkisi %37, affektif yanıtızlık %30 ve depresyon %10-70 oranında görülür). Uygunsuz duygulanım bir pozitif belirti iken, affektif küntleşme ya da düzleşme, anhedoni, apati negatif belirtilerdir.
- Psikolojik defisitler: Negatif belirtiler olup dikkat bozuklukları, bellek bozuklukları, alışılmadık algı deneyimleri ve isteklilikte azalmayı içerir (Ceylan, 2005:614).

1.8. Şizofrenide Premorbid ve Prognoz

Premorbid: Hastalık süreci kendini ortaya koymadan önce premorbid bir dönem bulunmakta ve bu dönemde şizoid veya şizotipal gibi A kümesi kişilik tipi belirtileri

bulunmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2005:146). Şizofrenik hastalar hastalık öncesinde genellikle içe dönük, sessiz, arkadaşı az, yalnızlığı yeğleyen, garip, ilgileri sınırlı ve güvensiz kişilerdir. Aileler çocuklarının hastalık başlamadan önce hep çalışan sessiz, uyumlu, içe dönük ve arkadaşsız olduklarını söylerler (Öztürk, 2004:234). Bunlara ek olarak toplumdan uzaklaşma, okula ya da işe karşı ilgi kaybı, kendine bakımda ya da giyim kuşamda kötüleşme, olağandışı davranışlar, öfke patlamaları (Ceylan 2005:97-98), aşırı mastürbasyon yapma, kendi kendine gülme ya da konuşma, garip içerikle ortaya çıkan obsesif uğraşlar (Işık, 1997:1-64), metafizik, dinsel uğraşlar, zamana aldırmama, kendi düşleri ile aşırı yoğunlaşma, garip davranışlar, sıra dışı konuşmalar, değişik algısal deneyimler, stres karşısında kolay incinme, motor beceriksizlik ve düzensiz bir gelişimsel ilerleme prodromal dönemin özelliklerindedir (Beha ve Kumbasar, 1994:53-57).

Başka bir anlatımla şizofreniklerin aile, okul ya da iş gibi önemli işlevsellik alanlarında uyumları azalmıştır (Goldstein, 2000:20-26). Aile tarafından bunlar çoğu zaman hastalık belirtisi olarak yorumlanmaz, yaşamın günlük sorunlarına bağlanabilir (Kavanag, 1992:601-620). Hastalık ilerledikçe hastanın daha çok içine kapandığı, dış dünya ve gerçeklerden daha fazla koptuğu ve daha fazla hastalık belirtisinin ortaya çıktığı görülür (Bellack vd, 1992:674-680). Hasta yavaş yavaş kendi içine kapanır, çevreyle ilişkilerini sınırlar, evden çıkmama, arkadaşlarıyla ilişkide kopmalar izlenir (Işık, 1997:1-64). Hasta uç düşünce ve davranışlarla dolaşmaya başlar. Aile ve yakın çevre tarafından bir kişilik değişikliği olduğu fark edilse bile önemsenmez. Çok sayıda olguda prepsikotik dönemde belirgin bir anksiyete olduğu belirtilmiştir. Bazen hastalık manik bir tabloyu düşündürür tarzda aşırı hareketli bir şekilde başlayabilir. Bazı hastalarda bir türlü düşüncelerin sonunu getirememesi, düşüncelerin bitmemesi söz konusudur. Bazen prepsikotik dönemde bir depresyon varolabilir. Hasta gerçek ya da sembolik anlamda bir kayba uğramıştır. Hastanın depresyondan sonra eski kişiliğine dönmediği, olaylara tepkisinin azaldığı, insanlardan uzaklaştığı, duygusal olarak küntleştigi ve giderek psikozun yerleştiği görülür (Ceylan, 2002:1-40).

Başlangıç: Hastaların bir kısmında psikotik başlangıç ani ve açık bir şekilde görülebilmekle beraber hastaların büyük bir kısmında belirgin psikotik belirtilerin bulunmadığı (Ceylan, 2002:1-40), yavaş gelişen, haftalar-yıllar boyunca sürebilen

anksiyete, depresyon, obsesyon ve kompulsiyonlar, panik, somatik yakınmalar gibi özgül olmayan semptomların bulunduğu bir premorbid dönemin ardından (Kırpınar, 1998:41-45), psikotik belirtilerin belirgin olarak bulunduğu akut bir dönem takip eder. Akut döneminin ardından da işlevsellikte belirgin bir düşme veya eski işlevselliğe dönememe (kalıntı) dönemleri görülür. Kalıntı dönem sıklıkla yavaş ilerleyici olup tabloya negatif belirtiler hakimdir. Şizofreni tanısı konur konmaz, erken belirti ve bulguların geriye doğru hatırlanması bozulabilir (Kaplan ve Sadock, 2004:132).

Başlangıç döneminde hasta yavaş yavaş gerçeklik kavramını yitirmeye başlamanın getirdiği korku hatta bazen konfüzyon içindedir. Yaşadığı gerçek dışı yaşantılarına bir açıklama getirmek amacıyla psikotik düşünce, duygu ve davranışlar geliştirmeye başlar. Zaman içinde hasta bu savaşını bırakır ve yaşadıklarını gerçek olarak kabul eder. Artık klinik tablo yerleşmeye başlamıştır. Eğer hastalık daha da ilerleyecek olursa, belirgin klinik bulgular yerini belirsiz, silik, düzensiz ve regresif duygu, düşünce ve davranışlara bırakır (Işık, 1997:1-64).

Prognoz:Şizofrenide genel olarak prognozun iyi olmadığı söylenebilir. Bleuler şizofrenilerin %25'inin iyileştiğini, %25'inin birkaç semptomunun kaldığını, % 25' nin aşırı kişilik yıkımı gösterdiğini, %25'nin de bunama gösterdiğini bildirmiştir. (Ceylan, 2005:119)

Öz kıyım, fiziksel hastalık ve erken ölüm riskinin artmasına yol açan şizofreni hastalığında, hastaların yaşam ortalaması 10 yıl kadar azalmıştır. Buna karşın hastalık sürekli kötüleşmemekte, 5 yıl kadar sonra bir plato çizmektedir (Ceylan, 1996:493-498).

Şizofreninin gidişinde bir diğer önemli faktör, hem patofizyolojik hem de prognostik önemi olan, hastalığın başlangıç yaşıdır. Hastalığı daha erken başlayanlar daha çok erkeklerdir ve bunların hastalık öncesi uyumları daha bozuktur, okul başarıları daha düşüktür, bunlarda yapısal beyin anomalilerine ya da bilişsel işlev bozukluklarına ilişkin kanıtlar daha belirgindir, negatif belirti ve bulguları daha fazladır ve hastalıklarının sonlanımı daha kötüdür. Bunun tersine hastalığa geç başlayanlar daha çok kadınlardır, bunlarda yapısal beyin anormallikleri ya da bilişsel işlev

bozukluklarına ilişkin kanıtlar daha azdır, daha iyi sonlanım gösterirler. Şizofreninin ilk psikotik epizodunun ortalama başlangıç yaşı erkekler için 20'li yaşların ilk yıllarıyla ortaları arası, kadınlar içinse 20'li yaşların sonlarıdır. Geç başlayan şizofreniklerde depresif ve otonomik belirtiler daha yüksek oranda bulunmaktadır. Erken başlayanlarda psikososyal yıkım daha fazla olmaktadır (Öztürk, 2001:220-235).

Şizofreninin kliniği hastalığın dönemlerine göre farklılık göstermektedir. Bazı hastalarda hezeyan, hallüsinasyon gibi pozitif belirtiler olmadan yalnızca negatif belirtilerle klinik tablo ilerler. Hastada sosyal çekilme ve affektif küntlük belirgindir. Hasta işini, öğrenim durumunu kaybeder. Yemek yeme alışkanlıkları değişir, kilo kaybeder (Ceylan, 2005:109-110). Soyut düşünme ve gerçeği değerlendirme yetisinde bozulmalar bulunur. Hastalarda işitsel, görsel, koku ve somatik hallüsinasyonlar tabloya eşlik edebilir. Diğer belirtiler arasında duygulanımda küntleşme, uygunsuz duygudurum, anhedoni ve toplumsal çekilmeler yer alır. Şizofreni hastalarında enerji ve dürtü kaybı vardır. Hastalar bu nedenle kişisel hijyenlerini sağlamakta, düzeli bir iş yaşamını sürdürmekte zorlanırlar (Güleç ve Köroğlu, 1997:321-355).

1.9. Şizofrenide Klinik Semptomatoloji

Genel Görünüm ve Davranış: Şizofren hastaların genel görünümü tamamı ile bakımsız, bağırان, ajite bir kişiden; titiz giyimli, tamamı ile sessiz ve hareketsiz bir kişiye kadar geniş bir sahayı kapsar (Savaş ve Mete, 1997:321-355). Şizofreniye özgü tipik bir görünüm tanımlanmasa da genellikle bu kişilerin tuhaf görünüş ve davranışları dikkat çeker (Kaplan ve Sadock, 2004: 132). Hastaların çoğunda belirgin bir vurdumduymazlık, ilgisizlik, donukluk ve çekingen bir görünüm vardır. Uzun süre hasta olanlarda bakımsızlık, dağınıklık ve temizliğe özen göstermeme görülür (Öztürk, 2004:234-242). Haftalarca traş olmaz, banyo yapmaz, pejmurde bir şekilde dolaşırlar (Ceylan, 2005:109-110). En sık görülen ve en önemli olan belirti ağır ilgisizlik, eylem azlığı ve toplumdan geri çekilmedir. Ağır bir durgunluk ve ilgisizlikten, aşırı taşkınlığa kadar değişik görünümde olabilir (Ceylan, 1996:493-498). Garip yüz, göz hareketleri (manyerizm), kalıplaşmış yineleyici el, kol, beden hareketleri (stereotipi), hareket yankılanması (ekopraksi), belli bir durumda donmuş

gibi kalma (katatoni) görülebilir (Coşar, 1998:29-34). Beklenmedik biçimde saldırgan ve ajite davranabilirler. Davranışları genellikle toplumsal normlara uymaz (Özmenler ve Battal, 1998:5-16).

Bilinç ve Yönelim: Bilinç açık, zaman, yer ve kişiye yönelim tamdır. Ancak ağır yıkım gösteren olgularda yönelim ve bellek bozuklukları varmış izlenimi alınır. Fakat bu bulgular hastanın ilgi azlığına ve dikkat dağınıklığına bağlıdır (Alper vd,1997:113). Birçok hastada görüldüğü gibi ileri derecede ilgisizlik, vurdumduymazlık varsa, kolay yönelim sorularına hastanın yandan ya da yanlış yanıtlar verdiği sık görülebilir. Hatta ağır düşünce ve davranış dağılmasıyla belirli olan akut, taşkın, dağınık (dezorganize) şizofreni türlerinde, seyrekte olsa deliryuma benzer bir klinik görünüm olabilir (Öztürk, 2004:235-236).

Konuşma: Hastada çok konuşma, hiç konuşmama, konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, fakirleşme, abuk sabukluk, kalıplaşmış yinelemeler, konuşma yankılaması ve çocuksuluk gibi değişik belirtiler olabilir (Öztürk, 2004:234-242).

Hastalar amaca yönelik konuşmazlar. Çevresel konuşma, yandan cevaplar, enkoherans, kelime salataları, neolojizm, bloklar sık görülür. Bir şizofrenin konuşması yetersizlik ifade etmekten çok ilgisizlik ifade eder. Hasta söylenmesi gereken bir çok şeyi atlar, kendisi atladıklarının farkındadır. Andereasan'a göre şizofrenide görülen düşünce, konuşma ve iletişim bozuklukları şunlardır: Konuşma/düşünce fakirliği, konuşma/düşünce içeriğinde azalma, basınçlı konuşma, konuşmada distraktibilite, yandan cevaplar, dağılma (çağrışım kopukluğu, fikir uçuşması), enkoherans, kelime salatası, şizofazi, klang çağrışım, neolojizm, çevresel konuşma, hedef kaybı, perseverasyon, ekolali, blokaj, yapmacık konuşma, kendine atıf yapma (Ceylan, 2005:101).

Düşünce ve Çağrışımlar (Düşünce Biçimi ve Akımı): Düşünceyi oluşturan sözcükler ve simgeler arasındaki mantıksal zincir kopmuştur. Düşüncenin akışında durmalar (blok), bir düşünceden bir başkasına kaymalar, sapmalar, düşüncelerin çok yoğun

olarak zihne üşüşmesi, düşünce sıkışması görülür. Hasta düşüncede anlamdan çok sözcüklerin akımına, ahengine, uyağa kendini kaptırır (Klang çağrışım). Düşünce soyutluktan çıkarak somutlaşır. Düşünce çocuklaşır (regresif düşünce) (Mete, 1998/b:23-28)

Şizofrenide düşünce süreci bozuklukları ise negatif yapısal düşünce bozukluğu olarak da adlandırılan; konuşmanın ve konuşma içeriğinin yoksullaşması ve pozitif yapısal düşünce bozukluğu olarak da adlandırılan; enkoherans, raydan çıkma, klang çağrışım, basınçlı konuşma, parafazi, ekolali, bloklar, neolojizm ve perseverasyon'dur (Lindstrom ve Knorring, 1994:274-278).

Bu hastalığın karakteristik semptomları yüksek kortikal işlev sahalarındaki yaygın bozulmaya bağlıdır. Şizofreninin seyri sırasında, sıklıkla bir dönemde varsanılar ve sanrılar gözlenir. (Maj ve Sartorius; 1999:1-37). Şizofrenide “sanrı” düşünce içeriğinin en temel bozukluğudur. Bir anormalliği temsil eder ve kişinin kültürel geçmişiyle açıklanamayacak yanlış bir inançtır. (Savaş ve Mete, 1997:321-355). Sanrılar (hezeyanlar) düşünce içeriği bozukluklarının en ileri formudur ve tümü ile gerçek dışıdır (Cummings ve Trimble, 2003:41-83).

Genel olarak hezeyanların şizofrenide dağınık, sistematize olmamış, düzensiz ve iyi gelişmemiş özelliklere sahip olduğu görülür. Özellikle perseküsyon ve kontrol edilme hezeyanları ile sıkça karşılaşılır. Bunun dışında büyüklük, küçüklük, nihilistik, cinsel, somatik, depersonalizasyon, kontrol edilme, düşünce okunması, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması, referans fikirleri, etkilenme sanrıları görülür (Ceylan, 2005:98-99).

Duygulanım: Duyguların dışavurumunda ve duygusal tepki vermede bir yetersizlik söz konusudur (Mete, 1998/b:1-28). Hastaların sıklıkla soğuk, ilişki kurulması güç kişiler olduğu görülür (Huddeleston, 1992:118-120).

Şizofrenide anhedoni, uygunsuz duygulanım, duygulanımda düzleşme gibi duygulanım bozuklukları sık gözlenir (Maj ve Sartorius, 1999:1-37). Bunlardan

affektif küntlük Şizofrenini en karakteristik belirtisini oluşturur. Bazen de affekt sığ ya da uygunsuz olabilir (Ceylan, 2005:109-110). Bu  zellikler yanında, hastanın ses tonu da çoğunlukla tekdüze olup, duygulanımı belli etmez ( zt rk, 2004:234-242). Yavaş yavaş dış dünya gerçeklerinden kopan ve ego sınırları parçalanmaya başlayan hasta, dünyanın sonunun geldiği, yok olacağı, bedeninin, kişiliğinin, benliğinin parçalanacağı Şeklindeki yaşadığı çeşitli düşüncelerin etkisiyle, korku, panik, dehşet ve  ok nt  duyguları içinde olabilir. Bazen de tam tersine kendini ulaşılmaz  l de g cl  gören, evrenle bütünleşmiş hissedene, dinsel yönden kendinden geçen hastalar, öfori ve taşkınlık duyguları gösterebilirler. Hastalık ilerledikçe duygusal yaşamlarında gittikçe artan kısıtlanma, sığlık, azalma ve donukluk izlenir (IŞık, 1997:1-64).

Algılama bozuklukları: Şizofrenide bilişsel işlevlerin bozulduğu en önemli alan algılamadır. Niteliksel olarak önemli algı bozuklukları varsanıllar (hallüsinasyon) ve yanılsamalardır (illüzyon). En sık işitme varsanılları görülür. Bunlar genellikle korkutan, hor gören, aŐaĐılayan olumsuz sözler, küfürler, emir veren komutlar, yaptığı eylemleri tanımlatıcı seslerdir (Bellack vd, 1992:674-680). İŞitsel hal sinasyonlarda bazı sesler elementer biçimdedir, bazı sesler vücudun bir organından ya da parçasından gelebilir, bazı sesler ise kişinin kendi düşüncelerini iŐittiĐini bildirdiği seslerdir (Ceylan, 2005:107-110).

Şizofren hastalar da görsel hallüsinasyonlar da ortaya çıkabilir (Ceylan, 2005:107-110). Diğer hallüsinasyonlar ise somatik, dokunma, koku, tat varsanıllarıdır ancak, bunlar Şizofrenide daha az sıklıkta görülür (Bellack vd, 1992:674-680).

Soyut Düşünme yetisi: Soyut düşünme yetisi genellikle bozulmuştur. Soyut kavramlar somut bir biçimde yorumlanır. Farklılık ve benzerlikleri kavrama yeteneği yitirilebilir (Karşıdağ vd, 2000:225-230). Düşünce çocuklarınkine benzer Şekilde somuttur. Genel bir ilgisizlik nedeniyle hafıza ve diğer bilişsel fonksiyonlarında da bozulma olduğu görülse de bu gerçek bir bozulma değildir (Ceylan, 2005:109-110).

Gerçeği Değerlendirme Yetisi: Nesnel dış dđnyada olup bitenle, kişinin i dđnyasında meydana gelenleri birbirinden ayırt edebilme yetisi genellikle bozulmuştur (Mete, 1998/b:23-28). İgđrđsđ yoktur, içinde bulunduğu durumu kabul etmez, hastalığını inkar eder (Ceylan, 2005:109-110).

Motor Etkinlik: şizofrenide belli belirsiz bir ilgisizlik ve durgunluktan ağır bir hareket bozukluğuna kadar değişen nitelikte hareket bozuklukları olabilir. Uzamış bir hareketsizlik, mannerizm, grimas, balmumu yumuşaklığı, verilen postđrđ muhafaza etme, katatoni ve stereotipi gđrđlebilir (Ceylan, 2005:109-110). Bu bağlamda bazen aşırı hareketlilik ve taşkınlık ortaya çıkabilir. Tuhaf yüz, gđz hareketleri, yineleyici kalıplaşmış el, kol ve beden hareketleri gđrđlebilir. Bazen donmuş gibi aynı pozisyon sđrdürđlebilir. Bu kişiler verilen bir pozisyonu rahatsızda olsa uzun süre bozmadan koruyabilir ve bazen bu durumda ani taşkınlık gđsterebilir (Savaş ve Mete, 1997:321-355).

Genel davranış ve devinimde en sık gđrđlen belirti ağır ilgisizlik, istekli eylemin azlığı ve toplumdandan çekilmedir. Garip cinsel davranışlar, ortalıkta özdoyum ya da özbakımında kayıp gđrđlebilir (Öztürk, 2004:241). Sosyal inhibisyon ortadan kalkmıştır. Hasta masanın üzerindeki başkasının çayını içebilir, ortalık yerde soyunup dökünmeye başlayabilir, orta yerde idrarını yapmaya ya da mastürbasyona başlayabilir (Ceylan,2005:109-110).

Enerji ve dđrtđ kaybına bağlı hareketi başlatma ve sđrdürmedeki yetersizlik nedeniyle şizofreni hastaları, kendine bakım ve temizlikle ilgili işlevleri yerine getirmemekte, dđzenli bir iş yada okul yaşamını sđrdürmekte gđçlük çekmektedirler (Mete, 1998/b:23-28).

Dđrtüsellik ve Özkıyım: şizofreniklerde dđrtđ denetimi son derece zordur. Hastalar bazen intihar girişiminde bulunabilir. İntihar girişimleri birden ortaya çıkan, planlanmamış girişimlerdir (Ceylan, 2005:109-110).

Somatik Belirtiler: Şizofreniye özgü somatik bir belirti yoktur. Hastalığın başlangıç döneminde polimorf ağrı, halsizlik ve hazımsızlık gibi yakınmalar, akut alevlenme dönemlerinde uyku bozuklukları, iştahsızlık, terleme, taşikardi, kan basıncı yükselmesi gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Bazı hastalarda aşırı yeme, kilo alma, bazılarında yememe ve zayıflama olabilir. Ayrıca silik nörolojik bulgular saptanabilir (Mete, 1998/b:23-28).

1.10 Şizofrenide Ayırıcı Tanı

Şizofrenik bozuklukların tanımlanmasındaki güçlükler, belirtilerin çok değişik ve karmaşık olması, belki birçok hastalık türünün tek bir hastalık türü içine sokulmaya çalışılması, sınıflandırma güçlükleri ve başka nedenlerle ayırıcı tanı ölçütlerinin kesin ve yeterli olduğu savunulamaz (Öztürk, 2004:252).

Şizofreni tanısının konulmasında tek başına bir belirti ayırt edici değildir. Şizofreni belirtileri farklı ruhsal bozukluklarda da görülebilir. Şizofreni tanısı için herhangi bir laboratuvar testi bulunmamakla birlikte tanı, klinik olarak konmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2005:145).

Bir başka ifadeyle şizofreninin klinik belirti ve bulguları üç anahtar durumu gündeme getirir. İlki, hiçbir belirti ve bulgu şizofreni için patognomonik değildir; şizofrenide görülebilen her belirti ve bulgu diğer nörolojik ve psikiyatrik hastalıklarda da görülebilir. İkinci olarak hastanın semptomları zaman içinde değişir, hastanın varsanıları aralıklı olabilir ve sosyal durumlara uyumu değişkenlik gösterebilir; bir duygu durum bozukluğunun bulguları şizofreni seyri içerisinde de gelip geçebilir. Üçüncü olarak, hastanın eğitim düzeyini, entelektüel yeteneklerini, kültürel ve alt kültürel düzeyini dikkate alınması hastanın soyut kavramları anlamadaki güçlüğünü açıklayabileceğinden önemlidir (Kaplan ve Sadock, 2004:131-132).

DSM-IV'e göre, şizofreni tanısının konulabilmesi için hezeyanlar (sanrılar), hallüsinasyonlar (varsanılar), dezorganize konuşma (çağrışımlarda dağınıklık, sık sık konu dışı sapmalar, enkoherans gibi), ilerici derecede dezorganize ya da katatonik davranış, negatif belirtiler (duygulanımda donukluk, aloji ya da avolisyon) gibi karakteristik belirtilerden bir aylık bir dönem boyunca, bu sürenin önemli bir

kesiminde iki ya da daha fazlasının bulunması; kişinin iş, kişilerarası ilişkiler yada kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlasında bozukluğun başlangıcından itibaren geçen sürenin önemli bir kısmında belirgin kayıpların olması ve hastalığın geçmiş öyküsünün en az 6 ay olması gerekmektedir. Bununla birlikte hastalığın aktif evre belirtileri değerlendirilerek şizoaffektif bozukluk ve psikotik özellikler gösteren duygudurum bozuklukları dışlanmalı ve bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkmamalıdır (Stahl, 2003:1-64). Bir başka deyişle şizofreninin tanı ölçütlerini karşılayan başka bir çok psikotik sendrom daha vardır. Bunların başlıcaları şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk ve kısa psikotik bozukluktur (Köroğlu, 2004:227).

1.11 Şizofreni-Mani Ayrımı

Taşkınlık nöbetine (maniye) benzeyen klinik tablolar şizofreni ve şizofreni benzeri bozukluklarda, paranoid özellikli panik durumlarında, psödo-psikozda, toksik-organik nedenlere bağlı ruhsal bozukluklarda, çocukluk çağında özel durumlarda, alkol ve başka madde bağımlılığının birlikte bulunmasında ve kişilik bozukluğunun birlikte bulunuşunda görülmektedir (Öztürk, 2004:291-342).

Bununla birlikte psikiyatri tarihi boyunca ayırıcı tanının en zor olduğu iki klinik tablo mani ve şizofreni olagelmıştır. Bunun nedeni şiddetli mani tablolarını kesitsel olarak şizofrenden ayırmanın bazen gerçekten olanaksız olmasıdır. Burada, kesitsel ve uzunlamasına izleme ile tanı koymanın önemi belirgin olarak ortaya çıkmaktadır; yine de bazen, uzunlamasına izlemeyle bile kesin tanı konulması çok güç olabilmektedir. Bu gibi durumlarda sıklıkla başvurulan yöntem, “atipik” ya da “başka türlü adlandırılmayan psikoz” şeklinde geçici bir tanı konulmasıdır. Eğer bu tercih edilmiyorsa, ABD’deki gibi, bu iki antiteden maninin seçilmesi ve ikiüçlü bozukluk tanısı konulması da dünyada yaygın görülen bir uygulamadır. Bu tarz bir uygulamada şizofreni tanısı nedeniyle damgalanmanın önemli bir payı olduğu da muhakkaktır. Bu iki hastalık antitesini bu kadar ayrılmaz hale getiren ise “psikoz” kavramıdır (Oral, 2005:63-76).

Maninin şizofreniden ayırt edilmesindeki zorluk özellikle eğer hastalığın hipomani ile başlayan gelişme evreleri gözlenmemişse, hastada sanrılar, anlaşılmaz konuşma ve şiddetli taşkınlık varsa ve hasta duygulanım bozukluğunun bu belirtilerle örtüldüğü ileri bir evrede görülmüşse güç olabilmektedir (ICD-10, 1992:101-123).

Şizofreni ve mani arasında ayırım yapmadaki güçlükte bir başka sebep, bu bozukluklarda görülen semptomların ortak olabilmesinden kaynaklanır (grandiöz ve persekütuar hezeyanlar, irritabilite, ajitasyon ve katatonik semptomlar gibi) (Köroğlu, 2004:306-307).

Şizofreni mani ayırımını güçleştiren bir diğer faktör ise şizofrenisi olan hastalarda görülen bilişsel kayıplara benzer kayıpların bipolar affektif bozukluğu olan hastalar için de geçerli olmasıdır. Fakat bu konuda daha az yayın bulunmaktadır. Bugüne kadar bildirilen bilişsel kayıplar korteksteki yaygın işlevsel bozuklukları yansıtıyor şeklinde yorumlanabilir. Manik hastada yönelim ve bellek korunmuştur. Fakat bazen öforilerinin artmasıyla yanlış yanıtlar verebilirler. Emil Kraepelin bu belirtiyi “delirözmani” olarak adlandırmıştır (Kaplan ve Sadock, 2005:190).

Manik dönemi klinik olarak şizofreniden ayırmadaki güçlükte bir diğer faktör yükselmiş duygudurumdur. Duygudurumun neşeli, bulaşıcı ve yükselmiş olması, hızlı ve basınçlı konuşma ve hiperaktivitenin birlikte görülmesi, mani tanısına daha yakın bir klinik tabloyu düşündürür. Duygudurum bozukluğu için aile öyküsünün olması, işlevselliğin ara dönemlerde daha iyi oluşu, ayırıcı tanıda önemli bir fark olarak bildirilmiştir (Yazıcı vd, 1999:133-42). Manideki neşe genellikle çevresindekileri güldürür, neşesi konuşmaları ile uyumludur ve genellikle tuhaf, acayip görülmez, abartılı, kabarmış görülebilir. Manik hasta eğlenceli bulunur. Oysa ki şizofrenideki neşede bir tuhaflık, anlaşılmazlık, belirtilen düşüncelere uygunsuzluk vardır. Şizofrenik taşkınlık durumunda davranışlar, sanrılar ve varsanılar genellikle düzensiz, dağınık ve duygudurumla uyumsuzdur. Hastanın düşüncesi dağınık, acayip, anlaşılması güç olup, bunlar hastanın öznel iç dünyası ile ilgilidir. Oysa ki manide sanrılar genellikle kabarmış bir benlik duygusu ve coşkulu bir duyguduruma uygun büyüklük ve güçlülük sanrılarıdır (Öztürk, 2004:321-322).

1.12. Bipolar Affektif Bozukluğun Tarihçesi

Duygulanım bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinir. Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanınabilmektedir. Mani ve melankoli deyimlerini ilk olarak kullanan ve bugün ağır çökkünlük olarak bildiğimiz bozukluğa melankoli adını veren Hipokrat (MÖ.460-35) (Öztürk, 2004:295), duygu durumunun vücudun içindeki kan, beyin sıvısı, karaciğerde bulunan sarı safra ve dalaktaki siyah safra arasındaki dengeye bağlı olduğunu ileri sürmüştür (Sofuoğlu ve Gönül, 2001:288-300). Birinci yüzyılda Kapadokya'lı Aretaeus, “mani ve melankolinin” birbiriyle bağlantılı durumlar olduğu fikrini ortaya atmış böylece mani kavramı psikiyatrik nozolojide ayrıntılı olarak ilk kez tanımlanmıştır (Sofuoğlu ve Gönül, 2001:288-300). Aynı zamanda semptomatolojik olarak benzemelerine rağmen eksojen ve endojen depresyonu ayrı ayrı tarif etmiş, bu iki hastalığın aynı kişide farklı zamanlarda ortaya çıktığını belirtmiştir (Işık, 2003:463-510). Alexander ise (M.S. 600) melankoli ve maniye dört alt grup altında toplayarak; kanın başta ve bütün bedende toplanmasından kaynaklanan iki ayrı tip melankoli yanında, kara ve sarı safra toplanmasından kaynaklanan melankoli tiplerini ayırmıştır (Köknel, 2000:5-11).

Rönesansla birlikte bilimde başlayan aydınlanma ile insan daha nesnel ve gerçekçi bir biçimde incelenmiştir. Fransa'da Fernel ruhsal bozuklukları beynin zarlarını, yapısını ve karıncıklarını bozan nedenlere bağlı olarak üç büyük gruba ayırmıştır. Birinci grupta baş ağrılarına, ikinci grupta ateşli akıl hastalıkları, bilinç bulanıklığı ve maniye, üçüncü grupta baş dönmesi, felç, epilepsi, karabasan ve titremeye yer vermiştir. İngiltere'de Robert Burton 1621'de “Melankoli'nin Anatomisi” adlı kitabında beyinden kaynaklanan melankoli ile bedenden kaynaklanan melankoliye ilişkin belirti ve bulguları belirtmiştir (Köknel, 2000:5-11).

18.yüzyılın başlarında Fransa'da Pinel (1747-1826) ve öğrencisi Esquirol, manik hastalarda durgunluk dönemleri gözlemlediklerinden ve depresyonun kış ve yaz alt gruplarından bahsetmişlerdir (Köknel, 2000:5-11). 1850'li yıllarda Jean Pierre Falret ve Jules Baillarger birbirini izleyen mani ve depresyon ataklarının tek bir bozukluk olduğunu belirtmek üzere “folie circulaire” ve “la folie a double forme” tanımlarını kullanmışlardır. Bu terimlerle mani ve melankoli klinik tablolarını gösteren akıl

hastalıklarını aynı hastalığın iki değişik görünümü olarak kabul etmişler ve nöbet nöbet gelen bu hastalığın kadınlarda daha sık olduğunu ve kalıtımla ilgisi bulunduğunu ileri sürmüşlerdir (Jefferson ve Greist, 1995:57-65).

1884 yılında “Psikiyatri Temel Kitabı”ını yayımlayarak ruhsal hastalıklarla beyin bölgelerinin işlev bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen Meinert’e göre mani ve melankoli beyin kabuğunun uyarılmasına bağlı işlevsel hastalıklardır (Köknel, 2000:5-11). Aynı yıllarda Kahlbaum, distimi ve siklotimi terimlerini tanımlamış, mani ve melankolinin aynı hastalığın çeşitli nöbet şekilleri olabileceğine işaret etmiş ve bu hastalığa “Vesenia typica circularis” adını vermiştir (Thompson ve Isaacs, 1998:1-11).

19.yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankolinin değişik türlerini, klinik belirtilerini yazmışlarsa da hepsini psikoz-manyak depresif adı altında toparlamayı, hastalığın belirtilerinin gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını Kraepelin başarmıştır (Öztürk, 2004:295). Manik Depresif hastalığın bugünkü anlayış içinde belirlenmesini sağlayan araştırmacı bu hastalığı ilk defa şizofreniden ayırmış, “la folie maniaco depressiv” adı altında tanımladığı bugünkü bipolar duygu durum bozukluğunun, periyodik olabileceğini ve yıkım olmaması nedeniyle o zamanki adıyla “dementia precox” olan şizofreniden ayrıldığını belirtmiş, izlediği olgularda sonbaharda başlayıp ilkbaharda kaybolan ruhsal bozukluklardan da bahsetmiştir (Thompson ve Isaacs, 1998:1-11). Teorisyen, manik haller için fikir uçuşması (fuite des idea), mizaçta bir kalkınma ve bir hareket artmasını ifade etmiş, depresyon için kederli bir zemin de sıkıntı, düşüncede yavaşlama ve hareket azalmasına dikkati çekmiştir (Işık, 2003:463-510).

1957’de Kari Leonhard, Kraepelin’in manik depresif psikoz tanısını manik ve depresif ataklarla giden bipolar bozukluk ve yalnızca depresif ya da manik ataklarla giden monopolar bozukluk olmak üzere iki alt gruba ayırmayı önermiştir. Bu terimler kullanıma girdikten sonra bipolar bozukluk tanımı içine yalnızca manik ataklarla giden, unipolar bozukluk tanımı içine de yalnızca depresif ataklarla giden duygulanım bozuklukları alınmıştır (Işık, 2003:463-510).

1.13. Bipolar Affektif Bozukluğun Tanımı

İnsanın ruhsal yaşamında bilişsel (cognitive) ve duygulanımsal (affective) süreçler birbirinden ayrılamaz. Bilişsel deyince algılamak, tanımak, değerlendirmek, zamana ve yere oturtmak, neden sonuç bağlantıları kurmak, belleğe yerleştirmek gibi zihinsel yetiler anlaşılır (Öztürk, 2004:300). Affektivite deyimini ile kişinin duygusal yaşamı, yaşantılarına eşlik eden duygusal tonus, bu tonusun çeşitli değişiklikleri, oynamaları ve bu oynamaların gözlenebilen davranışla, düşünme denilen içsel davranışlarına yansıyan görünümleri, affektler yani duygular yer alır (Yazıcı, 1997:429-438).

Sağlıklı insan, sürekli aynı duygu durumunda kalmaz. Normal duygudurum belli sınırlar içinde dalgalanmalara sahiptir. Ancak, bir duygulanım uzun süre aşırılaştığı veya uygunsuz tepkiler olarak ortaya çıktığında bir duygudurum bozukluğu düşünülür (Jefferson ve Greist, 1995:57-65). Bir başka deyişle duygulanım bozukluğu, insanların içinde buldukları gerçek durumla bağdaşmayacak bir şekilde elem, keder ve mutsuzluk halleri ile bunların zıddı olan neşe, keyif ve iyimserlik hali içinde bulunmalarına verilen isimdir (Ziyalar, 2006:270).

Duygudurum bozuklukları patolojik duygudurumunun ve bununla ilişkili vejetatif, psikomotor bozuklukların klinik görünümüne egemen olduğu bir grup psikiyatrik bozukluktur (Dubovsky vd, 2003:439-542). Etyolojisi, belirtileri, biyokimyasal temeli, tedaviye cevap ve sonlanış özellikleri arasındaki ilişkiler henüz tam olarak anlaşılammıştır. Duygulanımdaki temel bozukluk çökkünlükten (bunaltı ile birlikte olabilir) coşkuya (elatoin) kadar uzanabilen bir değişimdir (ICD-10, 1992:103).

Depresyon ve manik epizodu tarifleyen iki uçlu duygudurum bozukluğunun bugünkü kullanım adı bipolar affektif bozukluktur. Bipolar affektif bozukluk, farklı durumlar arasında (manik depresif epizod) dönüşümle karakterize iki uçlu bir hastalıktır. Sıklıkla coşku ve depresyon ataklarıyla birlikte çeşitli bilişsel ve davranışsal semptomlar içeren kronik bir seyir gösterir (Bowden, 1997:6). Bir başka deyişle depresif dönemlerle birlikte manik ya da karma epizodların da bulunduğu bipolar affektif bozukluk (DSM-IV-TR, 2001:163), nöbetler arasında kişinin sağlıklı duygu duruma dönebildiği (ötimi) bir duygudurum bozukluğudur (Casona vd, 1999:319-328).

Bipolar affektif bozukluklar en az bir hipomanik, manik ya da karma atakla seyrederek. İki alt tipi bulunan bipolar affektif bozuklukta; bipolar I bozukluk, hipomani atakları ile birlikte ya da hipomani atakları olmaksızın mani ataklarını, bipolar II bozukluk ise manik atak olmaksızın bir ya da daha fazla hipomanik atağı içermektedir (Dubovsky vd, 2003:439-542).

1.14. Bipolar Affektif Bozukluğun Etyolojisi

Bipolar affektif bozukluk çevresel, biyokimyasal, genetik faktörlerden etkilenen bir hastalıktır (Sofuoğlu ve Gönül, 2001:288-300). Biyolojik ve psikososyal etkenler, birbirleri ile etkileşerek duygulanım bozukluklarına neden olurlar. Bipolar affektif bozukluklarda, öncelikle başlangıçta, psikososyal etkenler hastalığın ortaya çıkmasında belirgin etken olarak yorumlansa da, zamanla birçok hastada nöbetlerin açık psikososyal etken olmaksızın kendiliğinden ortaya çıkabildiği görülmüş, manide ve yineleyici ağır çökkünlüklerde biyolojik etkenlerin daha büyük rol oynadığı ileri sürülmüştür (Öztürk, 2004:296).

1.14.1. Genetik Faktörler

Bipolar bozukluğun kalıtsal yönü yapılan çeşitli kromozal, aile, evlat edinme ve ikiz çalışmalarında gösterilmiştir.

1.14.1.1. Kromozal çalışmalar

Bipolar affektif hastalığın kadınlarda daha fazla görülmesi, bu hastalığın genetik geçişinde X seksüel kromozomunun olası önemini işaret etmiş ve yapılan çalışmalarda, bipolar affektif bozukluğun geçişinde X kromozomuna bağlı dominant kalıtımın rol oynadığı görülmüştür (Ackenheil, 2001:101-111).

Kromozal çalışmalarında moleküler bağlantı araştırmalarında X.kromozom, 13. ve 17. kromozom üzerinde bipolar affektif bozukluk ile ilişkili olduğu belirtilen gen bölgelerinin bulunduğu ileri sürülmektedir. Araştırmacılar bundan yola çıkarak bipolar affektif bozukluğun mitokondriyal yolla kalıtılmış olabileceğini ileri

sürmüşlerdir ve bu görüş ileri çalışmalarla da desteklenmiştir (Kırk vd, 1999:508-518).

Özellikle bipolar I bozukluğu olmak üzere duygudurum bozuklukları ve genetik belirteçler arasındaki ilişki 5, 11,18 ve X kromozomları için vurgulanmıştır (Kaplan ve Sadock, 2005:177). Yakın zamanda yapılan bir araştırma 1152 bireyden oluşan bipolar affektif bozukluk tanılı hastalar ve aileleriyle yürütülmüştür. Bu çalışmanın neticesinde 17. kromozom ve 6. kromozom üzerinde bağlantılı bölgeler saptanmıştır (Dick vd, 2003:107-114).

Günümüze kadar yapılan kromozal çalışmalar çeşitli kromozomlar ile bipolar affektif bozukluk arasında bazı ilişkiler bildirilmişse de belli bir gen ile bipolar affektif bozukluk arasındaki ilişki günümüzde tam olarak ortaya konamamıştır (Kaplan ve Sadock 2004:162). Araştırmalarda bozukluğun polimorfik, poligenik ve multifaktöryel bir kalıtım ile genetik geçiş gösterdiği ileri sürülmüştür (Sourney vd, 2000:65-68).

1.14.1.2. Aile, İkiz ve Evlat Edinme Çalışmaları

Günümüze kadar yapılmış olan aile, ikiz ve evlat edinme araştırmaları duygu durum bozukluklarında kalıtımın önemli bir rolü olduğunu göstermektedir (Sullivan vd, 2000:1552-1562).

Bipolar I bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabalarında, kontrol grubuna oranla bipolar I bozukluk 8-18 kat ve majör depresif bozukluk 2-10 kat fazla görüldüğü belirtilmektedir. Bipolar I bozukluklu hastaların yaklaşık %50'sinin en az bir ebeveyni bir duygudurum bozukluğuna, en sık olarak da majör depresif bozukluğa sahiptir (Kaplan ve Sadock, 2005:177).

Akrabalık derecesi ile bipolaritenin türünü inceleyen bir çalışmada bipolar I bozukluğu olan bireylerin birinci derece akrabalarında bipolar I oranı %4-24 ve bipolar II oranı %1-5 olarak bildirilmiştir (Coryell vd, 1993:720-727). Duygu durum bozukluklarının gelişmesinde güçlü biçimde anlamlı bir genetik faktörün varlığına işaret eden bu çalışmalarda, eğer bir ebeveyn bipolar affektif bozukluk I'e sahipse, herhangi bir çocuğunda bir duygudurum bozukluğu olma olasılığı %25, eğer her iki

ebeveyn de hastaysa çocuklarının bir duygudurum bozukluğuna sahip olma olasılığı %50-75 olarak bildirilmiştir. Akrabalık derecesi uzaklaştıka bir duygudurum bozukluğuna sahip olma olasılığı da dūřmektedir (Kaplan ve Sadock, 2005:176-177).

Ailede genetik yūklūlūđūn hastalıđın bařlama yařı üzerine etkisini inceleyen arařtırmalarda ikinci kuřaklarda hastalıđın daha erken yařlarda bařladıđı ve daha ciddi seyrettiđi (McInnis vd, 1993:90-385), ailelerinde bipolar bozukluk olan çocuk ve ergenlerin 30'lu yařlarında yūksək oranda (%50'den fazla) spontan mani ya da hipomanik epizod geliřtirecekleri ōngörūlmüřtūr (Geller vd, 2001:303-305).

Epidemiyolojide ikiz çalıřmaları da bipolar bozukluđun kalıtsal bir hastalık olduđunu kuvvetle desteklemektedir (Tohen vd, 2000:111-25). Arařtırma verilerinde monozigot ikizlerin %65'inde hastalık yūnūnden uyum varken, dizigot ikizlerde bu oran %14'tūr. Ailelerinde affektif bozukluk olan ve evlatlık verilmiř çocuklar üzerinde yapılmıř çalıřmalarda, bu çocukların 3/8'inin unipolar bozukluđu olduđu, 8/118'ini de biyolojik ebeveylelerinden bařka bir psikiyatrik bozukluk ya da affektif bozukluk gōsterdikleri bulunmuřtur (Adanur, 2004:108). Monozigotik ikizler aynı genleri tařırken dizigotik ikizler genlerin yarısını paylařtıđı için konkordans deđerleri arasında gōrūlen bu fark bipolar I'in genetik geçiřini kuvvetle destekleyen bir bulgu olarak deđerlendirilmektedir (McGuffin vd, 2002: 211-246; Taner ve Yūksel,1998:5-12).

Bochereau'un 2000 yılındaki çalışmasında bipolar I bozuklukta, diğer duygudurum bozukluklarına gōre genetik ōzelliklerin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Bochereau ve Corcos 2000:157-160). Bir başka araştırmada ise bipolar bozukluklu hastaların ailelerinde duygudurum bozukluğu yanında diğer psikopatolojilerin de daha sık izlendiği belirtilmiştir (Manning ve Ahmed, 2002: 142-150).

1.14.2. Nōrotansmitter ve Nōroendokrin Faktōrler

Duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde en çok üzerinde durulan biyojenik aminler norepinefrin, dopamin ve serotoninidir. Serotonin aktivitesinde azalma hem depresyonda hem bipolar bozuklukta, noradrenalin aktivitesinde azalma bipolar

depresyonda, serotonin aktivitesi azalmışken noradrenalin ve dopamin aktivitesinde artma manide genellikle saptanmış olan bulgulardandır (Kaplan ve Sadock, 2005:175).

Norepinefrin ve serotonin hipotalamus ve limbik sistemde lokalize olmuş durumdadır. Kabul edilen yaygın hipoteze göre bu iki nöralaktaricının her ikisinin birden ya da birini yetersizliği ile depresyon, fazlalığında ile manik hecme görülmektedir (Arkonaç, 1998:417).

Serotoninin beyindeki ana yıkım ürünü olan 5-hidroksi-indol asetik asit (5 HIAA) düzeylerinin beyin omurilik sıvısında düşük bulunması nedeniyle, çökkünlüklerde serotoninergic etkinlikte bir azalma olabileceği varsayımı, sağaltımda serotonin geri alım inhibitörleri ile başarılı sonuçlar alınması serotonin hipotezini kuvvetlendirmektedir (Öztürk, 2004:298-299).

Depresyon patofizyolojisine en sık eşlik eden biyojenik aminler norepinefrin ve serotonin olsa da, dopaminin de rol aldığı kuramsal olarak kabul edilmiştir. Veriler, depresyonda dopamin aktivitesinin azaldığını, manide ise arttığını düşündürmektedir. Dopamin ve depresyon hakkında iki yeni kuramda depresyonda mezolimbik dopamin yolağının disfonksiyonel olabileceği ve dopamin D1 reseptörünün depresyonda hipoaktif olabileceği bildirilmiştir (Kaplan ve Sadock, 2005:175).

Duygudurum bozukluklarındaki dopaminergic hiperaktivite manik ve psikotik semptomlarla ilişkili bulunurken (Brown vd, 1994:317-347), bipolar bozukluğun depresyon döneminde kullanılan, norepinefrin ile serotonin gerilimini engelleyen trisiklik antidepresanlar ve monoamin oksidaz inhibitörleri manik döneme kaymaya neden olabilmektedir (Bottlender vd, 2001:79-83). Tedaviye dirençli depresyon hastalarında dopamin ve norepinefrin salımını arttıran ilaçların sağaltımda başarılı olması bu bulguyu desteklemektedir (Ackenheil, 2001:101-111).

Norepinefrin hipotezinde ise şizofrenisi olan hastalar ve normal kişilere kıyasla depresyonda, beyin omurilik sıvısında somatostatin düzeylerinin daha düşük olduğu ve manide yükseldiği bildirilmiştir (Dubovsky vd, 2003:439-542). Yapılan bazı çalışmalarda manik hastalarda norepinefrin düzeylerinin arttığı bulunmuştur (Sofuoğlu ve Gönül, 2001: 288-300).

Başka bir biyokimyasal hipotez ise, intrasellüler sodyumun, manide depresyondan daha fazla arttığı ve iyileşme döneminde ise azaldığı yönündedir. Depresyonda sodyum birikiminin, potasyum ve su atılımının arttığı, manik dönemlerde ise bunun tersi bir durumun gözlemlendiği gösterilmiştir. Bipolar affektif bozuklukta, G proteini işlevlerindeki değişikliklerin patofizyolojik açıdan önemli olduğu, tedavi edilmeyen manik olgularda G proteini işlevlerinde artma bulunduğu saptanmıştır. Lityumun G proteini işlevlerini azalttığı gösterilmiştir (Yazıcı vd,1999:133-42).

Nörotransmitterlerden başka nöroendokrin sistemin de (adrenal hormonlar, tiroid hormonları ve büyüme hormonunun yer aldığı yolaklar) etyolojide rolü olduğu düşünülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2005:175-176). Tiroid bozuklukları sıklıkla afektif belirtilerle komorbid görülmektedir. Majör depresif bozukluklu hastaların yaklaşık üçte birinde sentetik tirotropin releasing hormon (TRH) infüzyonunda azalmış TSH salınımının bulunması, (Kaplan ve Sadock, 2004:160), büyüme hormonu ve prolaktin salgısının azalmış olması, melatoninin günlük salınımı azalırken, gece salınımının artması, LH düzeyinin azalmış olması ve serotonine bağlı plazma prolaktin seviyesinin artışı (Yüksel, 2006:190-191) nöroendokrin kuramı destekleyen bulgulardır.

1.14.3. Nöroanatomik Faktörler

Duygudurum düzenlenmesinde rolü olan beyin alanlarındaki yapısal ya da işlevsel değişikliklerin duygudurum bozukluklarının gelişmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Limbik sistem, bazal ganglia ve talamusta beyin sağ tarafında meydana gelen lezyonlar ikincil mani oluşturabilmektedir (Soares ve Mann, 1997:86-106).

Günümüze kadar Magnetik Rezonans (MR) görüntülemesi ile yapılan bazı çalışmalarda elde edilen sonuçlar kısaca şöyle özetlenebilir: Bipolar affektif bozukluk tip I hastalarında, kontrol grubu ve unipolar hastalarına göre beyaz maddede ve subkortikal alanda yoğunluk artışı saptanmıştır. Lateral ventriküllerde genişleme, amigdal çekirdekte genişleme, frontal lob ve bazal ganglionlarda yoğunluk artışı tespit edilmiş bulgulardır (Sofuoğlu ve Gönül, 2001:288-300). Her

yaştaki yetişkin bipolar affektif bozukluk hastalarının üçüncü ventrikülde genişleme olduğu gösterilmiştir (Woods vd, 1995:846-847). Ancak bu bulgu bipolar bozukluğa özgül değildir. Bu alanların yaş ile birlikte artış göstermesi bu bulgunun duygudurum bozukluklarından çok serebrovasküler hastalıkların göstergesi olabileceğini düşündürmüştür (Soares ve Mann, 1997:86-106). Bir başka çalışmada ise bipolar bozukluğu olan hastaların serebral ventrikül hacminde genişleme, amigdala hacminde artış bildirilmektedir (Harrison, 2000:96-98). Aynı şekilde bipolar bozukluğu olan hastalarda singulat korteksin hacminde ve glial hücrelerinde azalma, bazal gangliada hiperintens lezyon artışı, hipokampal alandaki hücre gruplarında atrofi ve yoğunluk azalması izlendiği bildiriler arasındadır (Işık, 2003:463-510).

1.14.4. Psikodinamik Faktörler

Duygudurum bozukluklarının psikodinamik açıklamasına ilişkin ve bugün de etkili olan görüşlerin, Freud ve Abraham'ın çalışmalarına dayandığı söylenebilir. Freud, melankolinin ön koşulları olarak; obje kaybı, ambivalans ve libidonun egoya dönüşünü göstermiştir. Yas tutma ve depresyon arasındaki benzerliğe dikkat çeken Freud, yas tutma olayında gerçek bir obje kaybının bulunduğunu, depresyonda ise gerçek ve varsanılan kayıpların getirdiği bir elem ve yeis halinin bulunduğunu ileri sürmüştür. Depresyonun oluşması için önce büyük bir sevginin bulunması, bunun karşılık görememesi, yerini kin ve nefrete bırakması ve bu duyguların kişinin benlik duygumunu zedelemesi şarttır. Bu iç karmaşayı düzeltemeyen ve içine saklamaya çalışan ego “introjeksiyon- içe atım”, üst benliğin “süperego” eleştirici tesiri ile duyulan saldırganlığı kendi üzerine yöneltir, kendini cezalandırmak ister (Ziyalar, 2006:273).

Bununla birlikte Abraham 1912 yılında melankolik depresyonla yas arasında karşılaştırma yapma düşüncesini geliştirmiştir. Teorisylene göre her iki durumda da kişi bir kayıp yaşamaktadır, ancak yas tutan kişinin yitirdiği kişiyle ilgilenmesine karşın, depresif kişi suçluluk duyguları içerisinde. Abraham, depresif duygu durumunu, kaybedilen nesneye karşı yaşanan öfkenin kişinin kendi üzerine çevrilmesi ve anal-sadistik döneme bir gerileme olarak yorumlamıştır (Gençtan, 2003:141-158). Bir başka ifadeyle Abraham'ın depresyona ilişkin dört ön koşulu;

oral erotizmin yapısal olarak baskınlığı, oral dönemde fiksasyon, çocuğun erken dönem yaşantılarında sevgiyle ilgili yineleyen düşkünlüklerinin varlığı ve ilk temel düşkünlüğünün yaşamın sonraki dönemlerinde yinelenmesidir (Karasu, 1990: 133-47).

Psikodinamik teoride klasik depresyon görüşü dört anahtar noktayı içerir: Oral evrede bebek anne ilişkisinin bozulması depresyona yatkınlığı artırabilir. Depresyon gerçek ya da hayali nesne kaybı ile ilişkilendirilebilir. Nesne kaybı ile bağlantılı stresle baş etmek üzere ayrılan nesnelerin introjeksiyonu, devreye giren bir savunma düzeneğidir. Kayıp nesne sevgi ve nefretin bir karışımı olarak dikkate alındığından, öfke duyguları kişinin kendi içine yönlendirilmiştir (Kaplan ve Sadock, 2005:177-178).

Depresyonu kendine dönük saldırganlıkla açıklayan görüşlere katılmayan Bibring ise depresyonun, idealler ile gerçekler arasındaki gerilimden kaynaklandığını belirtir. Ona göre her insanın değerli ve sevilen biri olmak, güçlü ve üstün biri olmak, iyi ve seven biri olmak gibi narsisistik beklentileri vardır. Fakat egonun bu ölçütlere ulaşamayacağını farkında olması, kişinin kendisini güçsüz ve çaresiz hissetmesine ve depresif duruma girmesine neden olur. Böylece kişinin kendine olan saygısını sarsan herhangi bir narsisistik engellenme ya da zedelenme klinik depresyonun ortaya çıkmasına neden olabilir. Gerilim egoyla bir başka ruhsal yapı arasında değil, egonun kendi yapısı içinde yaşanır (Gabbard, 2000:203-231).

Mani ise Freud'a göre ego ile süperego arasında bir füzyondur. Daha önce bu iki yapı arasında süregelen çatışmaya harcanan enerji manide zevk amacıyla kullanılmaya başlanır (Gençtan, 2003:141-158). Abraham'a göre ise mani depresyona karşı bir savunma niteliğindedir. Depresyona neden olan aşırı katı ve baskıcı süperegoya karşı manik dönemde bir başkaldırı yaşanmaktadır (Işık, 2003:463-510). Teoriysen, manik dönemlerin, gelişimsel bir trajediyi tolere etme yetisi yokluğunu yansıtıyor olabileceğine inanır. Bertram Lewin, manik hastanın egosunu, cinsellik gibi zevkli uyaranlar ya da agresyon gibi korkulan uyaranlar tarafından ezilmiş olarak ele almıştır (Kaplan ve Sadock, 2005:178). Bibring ise maniyi, depresyona karşı ödünleyici ikincil bir tepki ya da narsisistik beklentilerin düş gücüyle karşılanma çabalarının bir anlatımı olarak açıklamaktadır (Öztürk, 2004:303).

Psikodinamik teori ise anne babanın zıt kişilik yapısı ve zıt ego savunma düzeneklerine sahip olmasının, çocuğun sağlıklı özdeşim kurmasını engelleyerek kısmi özdeşimler geliştirmesine yol açtığını ve ileride bunlar arasındaki gidiş gelişlerin depresyon veya mani nöbetlerinin oluşmasına sebep olduğunu ileri sürmektedir (Işık, 1991:167-190).

Özetle mani ile ilgili kuramların çoğu, manik dönemleri altta yatan depresyona karşı bir savunma olarak görür. Bu teoriye göre manideki hastalarda altta yatan bir depresyon vardır, bu hastalar enerji ve etkinlik düzeylerini arttırarak ve duygudurumlarını yapay olarak kabartarak buna karşı bir psikolojik savaş verirler. Kimi zaman manik epizodun ortasında depresif duygudurum dönemlerinin gözlenmesi bu açıklamayı bir ölçüde haklı çıkarmaktadır (Koroğlu, 2004:293-294).

Melanie Klein, manik depresif durumları, bebeklik döneminde olumlu nitelikli içselleştirilmiş nesnelere geliştirememiş olmanın bir yansıması olarak kabul eder. Buna göre depresif kişiler bebeklik döneminde olağan ve geçici olarak yaşanan depresif konumlarını aşamamış insanlardır. Bu nedenle, bebeklik döneminde kendi yıkıcılıkları ve hırsları sonucu yok ettiklerine inanmış oldukları olumlu ve sevilen nesnelere yasını sürdürürler. Bu yıkıcılıkları sonucu, bir yandan yitirdikleri nesnenin özlemini yaşarken, diğer yandan geriye kalan içselleştirilmiş olumsuz nesnelere tarafından yok edileceklerine inanırlar. Klein'a göre manide görülen omnipotans, yadsıma, küçümseme ve idealize etme gibi manik savunmalar, ana babaya karşı zafer kazanma ve ana baba çocuk ilişkisini tersine çevirme isteğidir. Bu zafer kazanma isteği ise suçluluk duygularına ve depresyona yol açmaktadır (Gabbard, 2000:203-231). Özetle Klein, kişinin büyüklük sanrıları geliştirdiği omnipotans gibi manik savunmaları, maninin depresyona karşı bir savunma tepkisi olarak görmüştür (Kaplan ve Sadock, 2005:178).

Bir başka deyişle mani, zayıf egonun, cezalandırıcı süper egoya karşı kazandığı zaferle benlik saygısında artma, megalomanik ve narsistik duyguların alabildiğine yaşanması şeklindedir. Festival dünyasında yaşar görünen hastaların dış görünüşlerinin aksine aşırı bağımlı olduklarının, kolay yönlendirilebildiklerinin ve kolay duygulandıklarının, hatta kederli duygular içinde ağlayabildiklerinin görülmesi altta yatan depresyonun bir delili olarak kabul edilebilir. Fenichel'e göre ise mani

egonun narsistik ihtiyaçlarının gerçekte veya hayalen yerine getirilmiş olduğunu görerek mutluluğun ve coşkunluğun yaşanmasıdır (Güldoğan, 1994:25).

Varoluşçu psikiyatri ise mani ve depresyonu birbirinden ayrı varoluş biçimleri olarak inceleyerek, maniyi ketlenme ve baskılara karşı içgüdülerin kazandığı zaferin kutlanması olarak yorumlamıştır. Mani, mantığın ve dış dünya gerçeklerinin yadsındığı bir iyimserlik dünyasıdır. İyimserlik, özgeci bir düşünce ve yaşam biçimidir. Bu yaşam biçiminde kişi büyür ve çevresindeki dünya küçülür (Gençtan, 2003:141-158).

Beck tarafından geliştirilmiş olan bilişsel görüşe göre depresyon, temelde bir duygulanım bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluktur. Duygulanım bozukluğu buna ikincil gelişir. Buna göre depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı yerleşmiş olumsuz kavramlar vardır (Öztürk, 2004:304).

Davranışçı görüş ise öğrenilmiş acizlik kavramını kullanarak depresyonu açıklamaya çalışır. Bu kuram kişinin depresif halinin, uzun süreli acı ve stresi önleyememelerindeki acizliklerine olan tam inançtan kaynaklandığını, sıkıntıya ve kedere maruz kaldıklarında, kurtulmak için ellerinden hiçbir şey gelmediğini düşündüklerini ve bu şekilde depresyona girdiklerini ileri sürmektedir (Arkonaç, 1998:417-420).

1.14.5. Psikososyal Faktörler

Çevresel faktörlerin hastalığın başlamasındaki rolü tam olarak bilinmemektedir. Bununla beraber, çevresel faktörlerin yaşam stili ile birlikte hastalığın şiddetini ve gidişini etkilediği bildirilmiştir (Frank ve Thase, 1999:453-468).

Önemli ekonomik sorunlar, aile sorunları, iş hayatındaki sorunlar, beden sağlığının bozulması, sevgi nesnesinin yitimi, emeklilik, iş kaybı, benliğe yönelik saldırı ve daha bir çok fiziksel ya da psikososyal olayların duygulanım bozukluklarının ortaya çıkmasında veya süregelenleşmesinde rol oynadığı ileri sürülmektedir (Güldoğan, 1994:24). Bir çok çalışmada stresli olayların, uyuma-uyanma dizgesindeki

değişikliklerin, alkol-madde kötüye kullanımının hastalık gidişini etkilediği ve iyileşme süresini uzattığı bildirileri çevresel faktörlerin bipolar affektif bozukluğun etyopatolojisinde etkin olduğunu destekler bulgulardır (Colombo vd, 1999:267-270; Goldberg vd, 1999:733-40; Strakowski vd, 2000:191-206).

Duygudurum bozukluklarının etyolojisinde önerilen “duyarlılaşma modeli”, ilk epizodların genellikle bir çevresel stres sonrası ortaya çıktığını, ancak daha sonraki epizodlarda stresör olmaksızın epizodun ortaya çıkabileceği klinik gözlemine dayanır. Bu kuramda, stresin beyinde, çeşitli nörokimyasal sistemlerde uzun süreli bozulmalar ya da olası nöronal kayıp yaratarak psikososyal stresörlere duyarlılık yarattığı düşünülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2005:177). Bir başka deyişle ilk nöbeti tetikleyen yaşam olaylarının çoğunun özgül olmadığı, biyolojik ve ruhsal yatkınlık olduğunda rahatsızlığın başlamasında önemli bir etken oldukları bildirilmiştir (Öztürk, 2004:301).

1.15. Bipolar Affektif Bozukluğun Epidemiyolojisi

1.15.1. Prevelans

Bipolar affektif bozukluk için yaşam boyu prevelans ortalama %1 olarak kabul edilmekle birlikte hem klinik hem toplum çalışmaları geniş bir iki uçlu spektrumun varlığına dair anlamlı kanıtlar sunmaktadır (Angst, 1998:143-151). Yakın zamanlı birkaç araştırmada bipolar affektif bozukluğun görülme oranının, klasik klinik görünümün dışında kalanlarla birlikte ele alındığında %5’e ulaştığı bildirilmektedir. (Angst vd, 2003:133-146; Hirschfeld, 2004:83-88). Bipolar bozukluk için daha geniş tanımlamaların kullanıldığı durumlarda ise bu oran %7’ye kadar çıkmaktadır (Akiskal vd, 2000:5-30).

Bipolar bozukluğun prevelansına ilişkin farklı bildirilen olmasının yanısıra bipolar bozukluğun farklı tipleri için de araştırmalar değişik prevelans bildirmişlerdir: Toplum örneklemelerinde bipolar I bozukluğun yaşam boyu prevalansı %0.4-1.6 arasında değişirken, bipolar II için bu oran yaklaşık %0.5, siklotimi için %0.4-1 olduğu görülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2005:174; Köroğlu, 2004:293; Kruger vd, 1995:117-120; Szadoczky ve Papp, 1998:155-162).

1.15.2. Yaş ve Cinsiyet

Genelde bipolar I bozukluğun ortalama başlangıç yaşı majör depresif bozukluğun ortalama başlangıç yaşından daha küçüktür. Bipolar I bozukluğun başlangıç yaşı çocuklukla (5-6 yaşları gibi erken yaşlar) 50 yaşları arasındadır (Köroğlu, 2004:293). Ancak 15 yaş öncesi bipolar bozukluğun tanısı, atipik özellikler ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile birlikteliği yüzünden oldukça zordur (Ghaemi vd, 1999:135-144). 60 yaş üzerinde başladığını bildiren yayınlarda ise bu başlangıcın daha çok santral sinir sistemi hastalıkları gibi genel tıbbi durumlarla ilişkili olduğu bildirilmektedir (McDonald ve Nemeroff, 1996:174-96; Yazıcı, 1997:429-438).

Bipolar affektif bozuklukta ortalama başlangıç yaşı yakın zamanlı bir araştırmada 21 olarak bildirilmiştir (Manning ve Ahmed, 2002:142-150). Bir başka çalışmada ise hastalığın ortalama 15-19 yaşları arasında pik yaptığı, bunu 20-24 yaş arası dönemin izlediği (Tohen vd, 1992:1580-1584), ilk başlangıç yaşıyla ilk tedavi veya hastaneye yatma yaşı arasında 5 ile 10 yıllık bir sürenin olduğu bildirilmiştir (Lish vd, 1994:281-294).

Bipolar bozukluk prevalansı kadın ve erkek arasında farklılık göstermez. Erkeklerde ilk epizod daha çok bir manik epizod, kadınlarda ise majör depresif epizod olmaktadır (Köroğlu, 2004:293). Bu farka ilişkin açıklamalarda, hastalığın etiolojisindeki biyolojik faktörler üzerinde durulmuştur (Leibenluft, 1996:163-173). Hormonal farklılıkların, çocuk doğurmanın etkilerinin, kadın ve erkek için psikosoyal faktörlerin farklılaşmasının ve öğrenilmiş çaresizlik davranışsal modellerinin bu farklılığı açıklayabileceği ileri sürülmüştür (Kaplan ve Sadock, 2005:174).

Bununla birlikte ilk epizottan sonra kadınlarda rekürrens daha sık olduğu ve ileri yaştaki kadınlarda gençlere oranla rekürrens riskinin yüksek olduğu (Angst ve Sellaro, 2000:445-457; Kessing ,1998: 29-34), tipoloji açısından bakıldığında ise bipolar I bozukluğun kadın ve erkeklerde eşit olarak görülmesine karşın bipolar II bozukluğun kadınlarda daha sık olduğu (Işık, 2003:463-510; Leibenluft, 1996:163-173), bipolar I bozukluğu olan kadınlarda sonraki epizodların (çoğu kez psikotik

epizodlar) postpartum dönemde gelişme olasılığının yüksek olduğu bildirilmektedir (Köroğlu, 2004:293).

1.16. Bipolar Affektif Bozukluğun Prognozu

Bipolar olguların %34-79'unda ilk epizodun mani olduğu, ilk epizodun erkekte mani, kadında depresyon şeklinde ortaya çıkmasının daha sık olduğu, erkeklerde manik ve depresif epizotların yıllar içerisinde aşağı yukarı eşit kalma özelliğine karşılık, kadınlarda depresif epizotların baskın olduğu, epizot sayısı arttıkça döngü uzunluğunun kısalma eğilimi gösterdiği (Kruger vd, 1995:117-120) ve sıklıkla manik epizoddan önce hastaların birkaç depresif epizod geçirdikleri bildirilmektedir (Lish vd,1994: 281-294).

Bipolar ve unipolar depresyonu karşılaştıran araştırmalar sonucunda ise bipolar depresyonda epizod sayısının genellikle unipolar depresyondan daha fazla olduğu (Perlis vd, 2006:225-231), postpartum başlayan depresif epizodların bipolar depresyonda unipolar depresyona göre daha sık izlendiği (Freeman ve Keck, 2001:652-660), bipolar bozuklukta tedavi edilmemiş bir depresif epizodun sonlanımının ortalama 3-6 ay, unipolar depresyonda ise 6-12 ay sürdüğü rapor edilmiştir (Mitchell ve Malhi, 2004:530-539). Epizod geçişlerinin araştırıldığı yakın zamanlı bir çalışmada unipolar depresyon tanısıyla yatarak izlenen, yaş ortalamaları 23.0 olan 74 gencin, 15 yıl boyunca izlem çalışması sonucu bu hastaların %46'sında manik ya da hipomanik epizod ortaya çıktığı bildirilmiştir (Goldberg ve Harrow, 2001:1265-70).

Yaşam boyu atak sıklığı 2 ile 30 arasında değişen bipolar affektif bozuklukta hastaların %40'ında 10'dan fazla evre görülür. Hastaların yaklaşık %7'sinde hastalık semptomları tekrar etmez, % 45'inde birden fazla evre görülür, %40'ında ise kronik bir hastalık söz konusudur. Hastaların üçte biri kronik semptomlara sahiptir ve ciddi sosyal kayıplar yaşarlar (Kaplan ve Sadock, 2005:192-193).

Bipolar bozuklukta ilk belirtiler genellikle hayatın ikinci ya da üçüncü on yılında başlamaktadır. İlk üç-altı atak boyunca ataklar arası sürenin giderek kısaldığı, daha sonra bu sürenin yılda bir-iki atak olacak şekilde değişmeden kaldığı, ortalama bir hastanın 35 yaşından önce 10 ya da daha fazla sayıda akut atak yaşadığı gösterilmiştir (Dubovsky vd ,2003:439-542). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise

bipolar hastalarda unipolar hastalara göre atak sayısının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, atakların daha fazla mevsimsel özellik gösterdiği ve ataklar arası düzelmelerin tam olduğu bildirilmiştir (Ateşçi vd, 2000:42).

Psikososyal işlevsellikle hastalık arasındaki ilişkiye değinen çalışmalarda ataklar arasındaki belirtiler incelenmiştir. Buna göre atak dönemindeki belirti düzeyinin psikososyal işlev düzeyi ile atak sayısından daha fazla ilişkili olduğunu belirtilmiştir (Gitlin vd, 1995:1635-1640). Bir başka çalışmada ise hastalık boyutuna ulaşmayan eşik altı belirtilerin psikososyal sonlanışı etkilediği, bu dönemlerdeki kalıntı belirtilerin önemli prognostik rolü olduğu bildirilmiştir (Fava, 1999:47-61).

Manik atak geçiren hastaların uzun dönem takiplerinde, hastaların %35'inin işlevselliğinde önemli bir azalma olduğu saptanmıştır. Psikotik belirtili manik atakların varlığında, diğer manik epizodların da psikotik belirtili olma ihtimalinin arttığı ve ataklar arası tam düzelmeye düzeyinin de azaldığı bildirilmektedir (Blazer, 2000:1302). Bipolar bozuklukta hastaların %60'ı kişiler arası ilişki sorunları ve iş yaşamında zorluk yaşar, epizodlar arası subklinik semptomlar gösterirler (Tohen vd, 2000:111-25). 1-4 yıl süreyle yapılan izlem çalışmalarında hastalık öncesi kötü iş yaşantısı, alkol bağımlılığı, psikotik özellikler, dönemler arası depresif özellikler ve erkek olma zayıf prognostik belirteçler olarak saptanmıştır. Manik dönemlerin süresinin kısa olması, başlangıç yaşının ileri olması, özkıyım düşüncelerinin az olması, eşlik eden psikiyatrik veya tıbbi sorunların az olması ise iyi prognoz göstergesi olarak belirtilmiştir (Kaplan ve Sadock, 2005:192).

Psikososyal işlevsellikle hastalık arasındaki ilişkiye değinen bir başka araştırma ise Coryell ve arkadaşları tarafından yapılan, 6 sene boyunca izledikleri 148 bipolar hastayı normal kontrollerle karşılaştırdıkları çalışmadır. Bipolar hastaların kontrol gruplarına göre anlamlı olarak farklı bir şekilde eğitimlerini ve mesleki durumlarını ilerletemediklerini ve izlemin son senesinde anlamlı oranda daha fazla işsiz kaldıklarını rapor etmişlerdir. Yaş olarak normal kontrollerle eşleşmiş olmalarına rağmen, evlenme oranları yarı yarıya düşük, evli olanlarda boşanma ve ayrılma oranları iki kat yüksek bulunmuştur. Kişiler arası ilişkiler, cinsel işlevler, eğlenme – dinlenme uğraşları ve hayattan genel tatmin açılarından da kontrollere göre daha kötü durumda oldukları bildirilmiştir (Coryell vd, 1993:720-727).

Bipolar bozuklukta özkıyım oranı da yüksektir (Angst ve Preisig, 1995:17-23). Bipolar-I bozuklukta bu oran %10-15 olup, genellikle depresif ve mikst epizod sırasında meydana gelir (Isometsa vd, 1995:99-106). Farmakoterapi ile özkıyım riskinin azaltılabileceğini bildiren yayınlar mevcuttur (Perugi vd, 1998:63-71; Tondo vd, 1997:339-351). Yaşam boyu intihar girişimi bipolar bozuklukta %26, major depresif bozuklukta ise %14 bulunmuştur (Mitchell ve Malhi, 2004:530-539).

1.17. Bipolar Affektif Bozukluğun Sınıflandırılması

Bipolar affektif bozukluk belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma (mikst) ataklarla giden ve ataklar arasında kişinin tamamen sağlıklı duygu durumu haline (ötimi) dönebildiği kronik seyirli duygulanım bozukluğunu tanımlar(Işık, 2003:463-510)

1.17.1. DSM –IV-TR’ a Göre Duygudurum Bozuklukları

DSM-IV-TR’da duygudurum bozuklukları üç kısımda incelenmektedir. Birinci kısımda duygudurum bozukluklarının tanısını koymada kolaylık sağlaması için duygudurum epizodları tanımlanmakta, ikinci kısımda duygudurum bozuklukları açıklanmakta , üçüncü ve son kısımda ise en son duygudurum epizodunu ya da rekürren epizodların gidişini tanımlayan belirleyicileri yer almaktadır.

1.17.1.1.Duygudurum Epizodları

Majör depressif, manik, mixt ve hipomanik epizod şeklinde dört gruba ayrılan duygudurum epizodlarından sadece konumuzla ilgili olan manik epizoda yer verilecektir.

Manik Epizod:

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

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

(1) Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite

(2) Uyku gereksiniminde azalma (örneğin sadece 3 saatlik bir uykudan sonra kendisini dinlenmiş hisseder).

(3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.

(4) Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yaşıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı.

(5) Distraktibilite (dikkat dağınıklığı yani dikkat önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir).

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

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

C. Bu semptomlar mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

E. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin Hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

1.17.1.2. Bipolar Bozukluk

DSM-IV-TR’da bipolar bozukluklar başlığı altında dört tip bozukluktan söz edilmektedir: Bipolar I bozukluğu, bipolar II bozukluğu, siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk. Araştırmamızda siklotomik ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk dışlanmıştır. Bu yüzden sadece isimlerine değinilmekle yetinilmiştir.

1.17.1.2.a. Bipolar I bozukluğu

- A. En az bir manik ya da karışık tip epizod vardır.
- B. Depresif epizodlar ya sergilenmiştir ya da ilerde ortaya çıkacakları varsayılmaktadır (ancak, bulunmaları tanı için gerekli değildir).
- C. Duygudurum epizodları şizoaffektif bozukluğa uymamaktadır ve şizofreni, şizofreniform bozukluk ya da delüzyonel bozukluk üzerine eklenmemiştir.
- D. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bir rahatsızlık ya da bozulmaya neden olmaktadır.
- E. Belirtiler bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir madde ya da ilaç) ya da genel tıbbi bir hastalığın (örn. hipertiroidi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

1.17.1.2.b. Bipolar II bozukluğu

- A. En az bir majör depresif epizodun ya da geçirilmiş epizod öyküsünün varlığı.
- B. En az bir hipomanik epizodun ya da geçirilmiş epizod öyküsünün varlığı.
- C. Manik ya da karışık tip bir epizodun geçirilmemiş olması

D. A ve B ölçütlerindeki duygudurum belirtileri şizoaffektif bozukluğa uymamaktadır ve şizofreni, şizofreniform bozukluk ya da delüzyonel bozukluk ya da başka bir yerde sınıflandırılmayan psikotik bozukluk üzerine eklenmemiştir.

E. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bir rahatsızlık ya da bozulmaya neden olmaktadır (DSM-IV-TR, 2001:151-189).

1.17.2. ICD-10' a Göre Bipolar Affektif Bozukluğun Sınıflandırılması

ICD-10 temel olarak DSM-IV'e benzemekle birlikte, ICD-10'a göre iki uçlu duygu durum bozukluğu tanısı koymak için biri mani evresi olmak üzere en az 2 evre gereklidir. Halbuki DSM-IV'te tek mani evresi bu tanı için yeterlidir. Ayrıca iki uçlu II bozukluğu tanısı ICD-10'da belirtilmemiştir. Bu ikiuçlu spektrum mani, hipomani, tekrarlayan kısa hipomani, sporadik kısa hipomani ve siklotimiyi kapsamaktadır (Angst, 1998:143-151).

F 30 Manik Nöbet: Burada rahatsızlık, şiddetine göre üçe ayrılmıştır. Üç grubunda ortak temel özellikleri duygu durumunda coşku ile fiziksel ve zihinsel etkinliğin miktarı ve hızında artmadır.

F30.1 Mani, Psikotik Belirtisiz: Duygu durumunda, kişinin içinde bulunduğu duruma uygun olmayan bir coşku vardır ve bu coşku kaygısız bir neşelilik halinden denetlenemeyen bir taşkınlık durumuna kadar değişebilen bir şiddettedir. Taşkınlıkla birlikte enerji artar ve bu da aşırı hareketliliğe, basınçlı konuşmaya ve uyku gereksiniminde azalmaya yol açar. Normal toplumsal frenler kalkar, dikkatin sürekliliği sağlanamaz ve sıklıkla belirgin dikkat dağınıklığı görülür. Kendine güven artmıştır, büyüklük fikirleri ve aşırı iyimser düşünceler rahatlıkla ifade edilir. Renklerin özellikle canlı (ve güzel olarak) görülmesi, yüzeylerin ve dokuların ince ayrıntıları ile uğraşma ve işitme keskinliğinde artma gibi algı bozuklukları olabilir. Kişi savurganca ve pratik olmayan işlere girişebilir, düşüncesizce para harcayabilir, ya da uygun olmayan ortamlarda saldırgan, şakacı ya da sevdalı rolünde olabilir. Bazı manik nöbetlerde duygu durumunda coşkudan çok tedirginlik ve kuşkuculuk hakimdir. İlk hastalık nöbeti genellikle 15- 30 yaşları arasında görülmeyle birlikte geç çocukluktan altmış ya da seksen yaşlarına kadar her yaşta ortaya çıkabilir.

F30.2 Mani, Psikotik Belirtili: Klinik tablo F30.1'in daha ağır biçimidir. Kendine aşırı güven ve büyüklük fikirleri, büyüklük sanrılarına; tedirginlik ve kuşkuculuk kötülük görme sanrılarına dönüşebilir. Ağır olgularda kimlik veya toplumsal rol ile ilgili büyüklük sanrıları veya dinsel sanrılar ön planda olabilir; fikir uçuşması ve basınçlı konuşma nedeniyle kişinin konuşması tümüyle anlaşılmaz bir hal alabilir. Şiddetli ve sürekli hareket ve taşkınlık, saldırganlığa ve şiddete yol açabilir. Yeme, içme ve kişisel bakımın ihmali tehlikeli derecede sıvı kaybı ve bakımsız kalmaya neden olabilir. Eğer istenirse, varsanı ve sanrıların duygu durumla uyumlu ya da uyumsuz olduğu belirtilebilir. Uyumsuz olması için sanrı ve varsanların duygulanım bakımından yüksüz olması gerekir.

Ayırıcı tanıda en sık rastlanan sorun, şizofreniden ayırt edilmesidir. Bu özellikle hastalığın hipomani ile başlayan gelişme devreleri gözlenmemişse, hastada sanrılar, anlaşılmaz konuşma ve şiddetli taşkınlık varsa ve hasta duygulanım bozukluğunun bu belirtilerle örtüldüğü ileri bir evrede görülmüşse önemlidir. Nöroleptik tedaviye cevap veren manik hastalarda da, fiziksel ve zihinsel etkinlik düzeyi normale döndükten sonra hastanın sanrı ve varsanları sürüyorsa benzer bir tanı sorunu ortaya çıkmaktadır. Şizofreni (F20) için tanımlanan, şizofrenide sık görülen varsanı veya sanrılar, duygudurumla uyumsuz psikotik belirtiler olarak belirtilebilir. Ancak bu belirtiler ön planda ve kalıcı ise, şizoaffektif bozukluk (F25) tanısı koymak daha uygundur (ICD 10, 1992:104-123).

1.18. Bipolar Affektif Bozuklukta Manik Epizodun Klinik Sürece İlişkin Özellikleri

Manik epizodun klinik özellikleri kısaca şöyledir: Emosyonel özellikleri; taşkın, kabarmış, elesyonda, öforik, irritabil, değişken (labil), kognitif özellikleri; yarışan düşünceler, basınçlı konuşma, düşünce uçuşmaları, benlik saygısında abartılı artma, grandiosite, distraktibilite, hezeyanlar, halüsinasyonlar, vejetatif özellikleri; uyku gereksiniminde azalma, enerji düzeyinde artma, bedensel yakınmalarda azalma, davranışsal özellikleri; hiperaktivite, her şeye aşırı katılma, aşırı para harcama, toplumsal girişkenlikte artma, aşırı konuşkanlık (basınçlı konuşma), başkalarının alanlarına girme, cinsel açıdan düşüncesiz davranışlarda bulunma ve yargılama bozukluğudur (Köroğlu, 2004:294-295).

Mani hafif düzeyde olduğunda fiziksel aktivite ve konuşmada bir artma olur, duygu durum labil ve daha çok öforiktir, ancak zaman zaman iritabilite ortaya çıkabilir, düşünceler taşkındır, para harcaması artmıştır ve cinsel isteğinde bir artma vardır. Mani orta derecede olduğunda belirgin bir hiperaktivite ile birlikte basınçlı konuşma vardır, öforik duygu durum daha fazla iritabilite, hostilite ve depresyon dönemleriyle bölünür ve grandiyöz ve diğer zihinsel uğraşları sanrısız yoğunluğa ulaşmış olabilir. Mani ağır olduğunda çılgınca bir hiperaktivite olur, düşünce akışı enkoherandır ve hezeyanlar giderek daha fazla bizar bir nitelikte olur ve halüsinasyonlar yaşanır. Çok nadiren hasta hareketsiz ve mutizm içinde olabilir (Köroğlu, 2004:294-295).

Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranış: Hastalar uyarılmış, konuşkan, aşırı hareketli, bazen eğlendirici ve güldürücüdürler (Kaplan ve Sadock, 2004:159-161). Manik hastalar çoğu zaman olağanüstü süslü giyimli, aşırı derecede makyajlıdır. Hastanın görünümü baskın olan duygu durumlarını yansıtır. Manik dönemlerinde parlak renkli giysiler seçerler ve giydikleri ileri derecede uyumsuz ve uygunsuz olabilir. Çok renkli, uygun olmayan kombinasyonlarda giyinebilir ve abartılı takı takabilir (Köroğlu, 2004:294-295). Bir başka ifadeyle manik hastalar aşırı enerjik görünüşleri, canlılıkları, renkli ve abartılı giyimleri, üzerlerinde süs ve takıların fazlalığı, hareketlerindeki aşırı artış ile dikkat çekerler (Ziyalar, 2006:280-282). Hastalığın çok ağır durumlarında aşırı hızlanma ve devinim artması yüzünden hasta dağınık, yorgun, bitkin durumda olabilir (Öztürk, 2004:318).

Çoğunlukla dost tavırlı, “uyanık”, ileri derecede kendilerine güvenli, patolojik düzeyde iyimser halleriyle çok “havalarda” bir görünüm sergilerler. Bu hastalar genelde şakacıdır, kelime oyunları yaparlar, kafiyeli şiirler yazarlar, başkalarına takılırlar, sürekli gülerler. Manik hastalar kendisiyle görüşme yapan kişinin yanışını bulmaya ve herkesin içinde bunu göstermeye çalışırlar. Depresyondaki kişilerin içe dönük inhibisyonlarının tersine genelde dostça tavırlı olan taşkınlıklar manik hastalardaki duygu durumunun dışa vuran ortak özelliğidir (Köroğlu, 2004:294-295).

Konuşma:Manik hastanın konuşması yüksek sesli, hızlı ve artmıştır. Düşüncedeki aşırı üretime uygun olarak konuşma bir sel gibi akar, daldan dala atlar. Neşeli ,öfkeli,

aşırı güvenli görünen bir ses tonu vardır. Hemen dostluk kurar, fakat bu dostluk yüzeysel ve kısa sürelidir (Öztürk, 2004:319; Yazıcı, 1997:429-438).

Mani, psikomotor etkinlikte artma olarak ta tanımlanabilir. Kişi daha hızlı düşünür, daha hızlı konuşur ve daha hızlı davranır. Konuşmaları ve davranışları amaçsız değilse de hemen hiçbir zaman tamamlanamaz, tamamlansa bile anlamlı sonuçlara ulaşamaz. Aşırı hareketli manik hasta geveze, gürültücü, sürekli irite edici ve çevresindekileri rahatsız edici biri olabilir. Hastaların kendilerini aşırı önemsemeleri, kendilerini büyük görmeleri, ilişkide buldukları insanları küçük görmeleri sonucunu doğurabildiği, konuşma ve davranışlarıyla çevresindekileri rahatsız ettikleri için toplum tarafından dışlanabilirler (Köroğlu, 2004:294-295).

Hastaların konuşması araya girip kesilemez, mani yoğunlaştıkça konuşma yüksek sesle, çok daha hızlı ve bölünmesi çok daha zor hale gelir. Hastanın etkin hali yükseldikçe konuşma, sözcükler üzerinde oyunlar, şakalar ve konu dışı yandan yanıtlarla dolmaya başlar (Kaplan ve Sadock, 2004:159-161). Sürekli olarak bir konudan diğerine geçerler ve genelde cümlenin son kelimesi ikinci bir cümlenin başlangıcını çağırır. Bu hale literatürde “logorrhea” kelime ishali denir. Artmış olan öforileri “feeling of well being”, iyimserlikleri ve keyif hali sebebiyle bu konuşmalar çok sayıda espri, takılma, cinsel konulu hikayeler ve müstehcen anlatımlarla doludur. Cümlelerin arasına beyitler ve şarkılar da eklenmiştir. Ancak bu konuşma içeriğinin birden değiştiği ve hastanın hüznü bir konuya geçtiği ve birden ağlamaya başladığı da nadir değildir (Ziyalar, 2006:280-282).

Duygulanım: Duygulanımda coşku, aşırı neşe sıklıkla da öfke egemendir. Hastanın neşesi çevresindekilere de bulaşır. Açık saçık şakalar yapabilir. Sık görülen öfkeli, küfürücü bazen saldırgan tutumlar hasta engellenince ortaya çıkar. Aşırı neşesini, hareketliliğini durdurmaya çalışanlara çabuk kızabilir, saldırgan olabilir. Başlangıçta hafif bir hızlanma ve az taşkınlık içinde olan hastanın duyguları, hareketleri ve kabarması tırmanarak ağır bir kamçılanış ve taşkınlık durumu ortaya çıkar (Öztürk, 2004:319). Hastanın duygulanımındaki aşırı neşe ve keyif hali en ufak bir nahoş uyaran karşısında birden yerini sinirliliğe ve öfkeye bırakabilir ve hasta agresif ve zarar verici olabilir. Hastanın duygulanımlarında bir aşırılık gözlemlenir. Bu hale “high mood, elevated mood veya mood swings” adları verilir. Bu terimler mizaçtaki

yükselmeyi ve mizaçtaki ani sıçralamaları ifade eder. Bu hareketliliği engellemek isteyenler karşı acımasız davranabilirler (Ziyalar, 2006: 280-282).

Bir başka ifadeyle duygudurumları genellikle öforik olan mani hastasında beraberinde kızgınlık ve saldırganlık gözlenebilmektedir. Hastanın duygulanımı gün içinde değişimler gösterebilir, depresif bir ruh haline girebilir. Bazen fiziksel sınırlama gerekebilir (Yazıcı, 1997:429-438). Duygudurumları instabil, irritabl, öfkeli ya da agresif olabilir (Koroğlu, 2004:294-295). Daha ağır durumlarda agresyona kadar varabilen taşkınlıkları assosiyasyonlarının aşırı artmasından ve kognitif fonksiyonlarındaki karışıklık sebebiyle şaşkın ve konfüzyonda görülebilirler (Ziyalar, 2006: 280-282).

Bilişsel Yetiler: Bilinç açık, yönelim, bellek ve algılama genellikle yerindedir. Başlangıçta dikkat, algı ve bellek artması olursa da giderek dikkatin belli bir noktaya toplanamaması yüzünden algılaması dağılır. Hastanın dikkati bir uyarandan öbürüne kolaylıkla kayar. Çok ağır durumlarda yanlısalar ve varsanılar görülebilir. Aşırı yorgunluk, beslenememe, bitkinlik nedeniyle bazen bilinç bulanabilir, yönelim bozulabilir (Öztürk, 2004:319). Dikkat süresi çok kısa olan manik hastanın dikkati çabuk dağılır ve düşüncelerini bir konu üzerinde yoğunlaştırması imkansız hale gelir (Koroğlu, 2004:294-295).

Düşünce : Manik durumun kognitif işleyişi sınırsız ve hızı artan düşünce akışıyla şekillenir (Kaplan ve Sadock, 2004:169). Hastada düşünce süreci yani çağrışımlar hızlanmış ve artmıştır. Ancak düşünceler genellikle birbiriyle ya anlam ya da uyak bağlantıları gösterir. Hasta belli bir konu üzerinde duramaz .Fikirler hızla birbirini izler (Öztürk, 2004:319). Etkinlik seviyesi ilerlemeye devam ederse çağrışımlar kopar, konsantrasyon azalır (Kaplan ve Sadock, 2004:159-161; Yazıcı, 1997:429-438). Çağrışımların çok hızlanması, aynı zamanda şuur düzeyine birbirinden ilgisiz bir çok düşüncenin yığılması, klangassosiyasyonların “ses çağrışımlarının” bütün şuur düzeyini kaplaması sonucunda dialog gücünü kaybeder ve bu durumda “fikir uçuşması”, “flight of ideas”, adı verilen düşünme ve konuşma karmaşası içine girerler. Sosyal durumu, yaşı, kültürü ve fizik yapısı ile bağdaşmayacak konfabulasyonları vardır (Ziyalar, 2006:280-282).

Düşüncenin içeriği benlik kabarmasını yansıtan düşüncelerle doludur. Kimsenin yapamayacağı işleri yapacak güçtedir, herkesten üstün ve yeteneklidir. Büyüklük düşünceleri giderek büyüklük sınırlarına dönüşür. Kendini üst düzeylerde bir göreve hazır görür. Hızlanma, coşku ve benlik kabarmasına karşıt olarak hasta büyük yatırımlar yapabilir, parasını dağıtabilir, gereksiz eşyalar alabilir (Öztürk, 2004:319-320).

Benlik saygısında artmaya bağlı büyüklük ve olağandışı güçlülük duygusu izlenir (Kaplan ve Sadock, 2004:159-161). Manik hastaların %75'inde sanrılar bulunur. Bunlar genellikle aşırı zenginlik, yeteneklilik, sahip olunan güçler ile ilişkilidir. (Yazıcı, 1997:429-438). Bazen büyüklük düşünceleri sanrısız nitelik kazanır. Perseküsyon ve büyüklük sanrıları, varsanılar, referans fikirleri görülebilir (Kaplan ve Sadock, 2004:159-161).

Duygu durumuna uyumlu ya da duygu durumuna uygun olmayan sanrılar görülebilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004:169). DSM-IV içeriği, çok değerli, güçlü, bilgili olma, üstün bir kimliği olma ya da kutsal bir güç ya da ünlü bir kişi ile özel bir ilişkisi olma gibi tipik manik temalarla tümüyle uyumlu hezeyanlar ya da hallüsinasyonları duyguduruma uygun psikotik özellikler olarak tanımlarken, içeriğinde çok değerli, güçlü, bilgili olma, üstün bir kimliği olma ya da kutsal bir güç ya da ünlü bir kişi ile özel bir ilişkisi olma gibi tipik manik temalar olmayan, hezeyanlar ya da hallüsinasyonları (perseküsyon hezeyanları, grandiyöz düşünceler ya da temalarla doğrudan ilişkili olmayan) ise duyguduruma uygun olmayan psikotik özellikler olarak tanımlar (DSM- IV, 1994:500).

Bunun dışında Schneider tarafından tanımlanan “Schneider’in ilk sıra belirtileri” olarak adlandırılan belirtiler dizisinin psikotik özellikli olan duygu durum bozukluklarında bulunduğu gösterilmiştir. Bu belirti dizisi; düşünce çekilmesi, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması, kendi düşüncelerinin dışarıdan konuşulduğunu duyma, kendi hakkında konuşan ya da tartışan sesler duyma, kendi davranışları hakkında yorum yapan sesler duyma, sanrısız algılar, dışarıdan geliyormuş gibi olan bedensel duyular, dışarıdan geliyormuş ya da dışarıdan kontrol ediliyormuş gibi gelen duygular, dışarıdan geliyormuş ya da dışarıdan kontrol ediliyormuş gibi gelen dürtüler hissetme, dışarıdan geliyormuş ya da

dışarıdan kontrol ediliyormuş gibi gelen motor hareketler hissetme gibi belirtilerden oluşmaktadır (Cummings ve Trimble, 2003:41-83; Öztürk, 2004:247-248).

Devinim:Devinimde artma ve hızlanma belirgindir. Hasta gece gündüz hareket halindedir, yorulmak bilmez. Sabahlara dek kenti dolaşabilir, şiirler yazabilir, konuşabilir. Hastanın artan hareketliliği çevreyi tedirgin eder. Önlemeye çalışıldıkça öfkeli hareketlilik artar, bazen de saldırgan olabilir. Bu yüzden hasta yaşamsal tehlikeli durumlara girebilir (Öztürk, 2004:320).

Manik duruma özgü özelliklerden biri öfori ise, bir diğeri de dezinhibisyondur. Depresif hastalar için olabileceğin en kötülerini ihmal ve intihar iken manik hastaları bekleyen en büyük tehlikeler daha çok bu hastaların “pervasızlık”larından kaynaklanır. Araba kazalarına neden olabilirler, ihtiyatsızca girdikleri iş yatırımlarından dolayı büyük kayıplara uğrayabilirler ve hiperseksüaliteyi sonucunda “skandal”lar yaşayabilirler (Köroğlu, 2004:294-295). Bir başka deyişle dürtü denetimi azalan manik hasta intihar etmeye ya da adam öldürmeye kalkabilir, uygunsuz cinsel davranışlarda bulunabilir (Işık, 2003:467-509). Uygunsuz harcamalarla ailelerini zor duruma sokabilirler. Yani yargılama ve içgörülerini bozulmuştur. Yoğun bir biçimde yalan söylerler. Verdikleri bilgilerin güvenilir olmamasıyla ünlenmişlerdir (Kaplan ve Sadock, 2005:190). Sonuçlarını düşünmeden tehlikeli işlere girebilirler. Hastanın davranışları impulsif ve aynı zamanda tutkulu ve amaca dönüktür (Kaplan ve Sadock, 2004:159-161).

Manik hastalar da impulsivitenin bir başka bulgusu çok zaman sarhoşmuş gibi davranmalarını, kışkırtıldıklarında şiddetli bir öfkeyle tepki göstermeleridir. Hemen her zaman yeteneklerinin sınırlarını her alanda abartan manik hastalar ağrıya ve yorgunluğa karşı sanki bağışık gibidirler ve önemli bir takım somatik belirtilerini bazen gizlerler. Bir kural olarak manik hastalar içgörülerinden yoksundurlar ve gerçekten “iyi” olmadıklarının ayırımında değillerdir. Yardıma gereksinimleri olduğu söylendiğinde kızabilirler ve kendilerini tedavi edecek olanlar için davacı olacaklarını söyleyebilirler, tedaviyi zorlaştırabilirler (Köroğlu, 2004:294-295).

Manik hastaların yatan hasta servislerinde servis kurallarının sınırlarını zorlamaları, başkalarına karşı eylemlerinin sorumluluğunu almama eğilimleri, diğerlerinin

zayıflıklarını kendi çıkarları için kullanma eğilimleri ve servis tedavi ekibini bölme eğilimleri nedeniyle tedavileri karmaşıklaşabilir. Hastane dışında manik hastalar aşırı alkol alabilir ya da kendi kendilerini tedavi etmeye kalkabilirler. Bu çekiniksiz doğaları telefonu aşırı kullanmalarına, özellikle sabah erken saatlerde uzun uluslararası görüşmeler yapmalarına yol açabilir. Patolojik kumar, halka açık alanlarda soyunma eğilim, küçük ayrıntılara dikkat etme de hastalığın belirtilerindedir. Hastaların pek çok eylemlerinin impulsif doğası inanç ve amaç duygusu ile birleşir. Hastalar sıklıkla dini, politik, mali, cinsel konularla ya da kötülük görme fikirleriyle karmaşık sanrısız sistemle ilerleyecek kadar aşırı uğraşabilirler. Ara sıra manik hastalar gerileyebilirler ve idrar ya da dışkılarıyla oynayabilirler (Kaplan ve Sadock, 2004:165-167).

Manik hastada öfori ya da irritabilite, hipreaktivite, distraktibilite, toplumsal yönden uygunsuz davranışlar, uykuda azalma, iştahta artma, libidoda artma, düşünce uçuşmaları, taşkın düşünceler, grandiyöz hezeyanlar, halüsinasyonlar, içgörü yoksunluğu gibi klinik özellikler sosyal ve mesleki yaşamında ciddi sorunlar oluşturur (Köroğlu, 2004:294-295).

Dürtü kontrolü açısından bakıldığında manik hastalarda % 75 kadarı saldırgan ve korkutucudur. Manisi olan hastalar özkıyım ve cinayete kalkışabilirler. Önemli insanları tehdit eden hastalar (devlet başkanını gibi) şizofrenlerden çok manik hastalardır (Kaplan ve Sadock, 2005:190). Hareket ve enerji düzeyi artan ve hiperseksüalite gözlenen mani hastasında (Kaplan ve Sadock, 2004:159-161), aynı zamanda yargılamanın bozulması karakteristik bir özelliktir. Hem hastalıkları konusunda içgörülerini azdır hem de impulsif davranışlarıyla sosyal ya da ekonomik sorunlara sebep olabilirler (Kaplan ve Sadock, 2005:190).

Fizik ve Fizyolojik Belirtiler: Taşkınlık nöbeti sırasında uyku ileri derecede bozulur. Hasta günlerce sabahlara dek uyumaz, sürekli olarak bir şeyler yapmaya çalışır. Yazılar yazar, telefonlar eder, işyerlerini, tanıdıklarını, bütün kenti dolaşır. Buna karşın ertesi gün gene enerjik ve hareketlidir (Öztürk, 2004:320-321). Gecede sadece 2-3 saat uykuya gereksindiklerini hissedebilirler (Köroğlu, 2004:294-295).

Yeme isteği artsa bile yemek yemeğe vakit bulamaz ve bu yüzden kilo verir. Cinsel istek artar fakat aşırı hareketlilik içinde uyumlu cinsel etkinlik olmaz. Hasta giderek artmış ve dağınık ilgileri, aşırı konuşması, coşku, öfkeli, saldırgan davranışları ile yorgun düşer. Buna karşın dinlenmek istemez. Birkaç gün, birkaç hafta içinde sesi kısılır, zayıflar, bitkin düşer, kuruluk belirtileri gösterebilir, ateşi çıkabilir (Öztürk, 2004:320-321).

1.19.Problem

Bilindiği üzere psikiyatri literatüründe psikoz ana başlığı altında şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanıları büyük bir önem taşımaktadır. Bu iki büyük ve önemli hastalık grubundan prevalans gelişen ilaç sektörüne rağmen bipolar affektif bozukluk için ortalama %1 olarak kabul edilmekle birlikte hem klinik hem toplum çalışmaları geniş bir ikiye bölünmüş spektrumun varlığına dair anlamlı kanıtlar sunmaktadır (Angst, 1998:143-151). Yakın zamanlı birkaç araştırmada bipolar affektif bozukluğın görülme oranının, klasik klinik görünümü dışında kalanlarla birlikte ele alındığında % 5'e ulaştığı bildirilmektedir (Angst vd, 2003:133-146; Hirschfeld, 2004: 83-88). Bipolar bozukluk için daha geniş tanımlamaların kullanıldığı durumlarda ise bu oran %7'ye kadar çıkmaktadır (Akiskal vd, 2000:5-30). Şizofrenide ise nokta prevalansı bugün için, binde 0.6 ile binde 0.7 arasında değişir (Ceylan, 2005:86-87). Kabaca her yıl 10.000'de 1 kişide şizofreni geliştiği bildirilmektedir (Hafner ve Heiden, 1997:139-151). Buna ek olarak ülkemizde her yıl 6.000'den fazla yeni şizofren hastanın ortaya çıktığı ve 15-45 yaş grubu içinde 200.000'den fazla şizofren olduğu belirtilmiştir (Güldoğan, 1995: 25).

Bununla birlikte bu hastalıkların sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmalara yol açması, aile bütünlüğünde ve yapısında ekonomik ve ruhi sıkıntılara yol açması, ülke ekonomisinde ilaç ve hastane masrafları, sosyal güvenlik yasaları doğrultusunda sağlanan imkanların kullanılabilirliği, iş gücü kaybı gibi bir çok alan birlikte değerlendirildiğinde ortaya çıkan tablonun prevalans rakamlarını aşmış aşıkardır.

Azımsanamayacak kadar büyük olan bu rakamların aynı zamanda her iki hastalığın genetik özelliği ve bu rahatsızlıklara sahip bireylerin doğurganlık özellikleri göz önüne alındığında daha fazla artacağı düşünülebilir. Ülkemizdeki sosyokültürel yapı göz önünde bulundurulduğunda, bu rahatsızlığa sahip insanların aileleri tarafından evlendirildikleri ve böylece epidemiyolojide genetik geçişin kesinleşmiş yeriyle birlikte yeni hastalıklı bireylerin ortaya çıkacağı kaçınılmaz bir gerçektir. Ailelerin bu tutumunda ise sadece sosyokültürel yapının değil aynı zamanda hastalığı tanımaları için psikiyatri çalışanlarınca bilgilendirilmeyişinin de rolü olduğu düşünülebilir.

Bu bağlamda önemli bir problem şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanılarının konulmasındaki güçlütür. Bu güçlükte özellikle bipolar affektif bozukluğun hipomani ile başlayan gelişme evreleri gözlenmemişse, hastada sanrılar, anlaşılmaz konuşma ve şiddetli taşkınlık varsa ve hasta duygulanım bozukluğunun bu belirtilerle örtüldüğü ileri bir evresinde görülmüşse, ortaya çıkan ayırıcı tanı karmaşasında, her iki hastalık grubunun akut ve alevlenme dönemlerinde semptomatik olarak benzerlik göstermesi etkindir.

Psikiyatri tarihi boyunca ayırıcı tanının en zor olduğu iki klinik tablo olan mani ve şizofreni hastalıklarında, hastada bilişsel bozukluklar, dil ve iletişim bozuklukları, düşünce bozuklukları, algı bozuklukları, duygulanım bozuklukları, benlik duygusu ve ego işlevlerinde bozukluklar, davranış bozuklukları, dış dünya ilişkilerinde bozukluklar değişik derecelerde görülebilmektedir. Bir başka ifadeyle bipolar affektif bozukluğun manik dönemini klinik olarak şizofreniden ayırmanın güçlüğü manik epizodda psikotik özelliklerin görülmesinden kaynaklanmaktadır. Her iki hastalık tanısı için herhangi bir laboratuvar testi bulunmamakla birlikte tanı, klinik olarak konmaktadır. Exitasyon tablosunda hastaneye yatışı yapılan hastanın tanısı için klinisyen kesitsel ve uzunlamasına izleme çalışmalarıyla ayırıcı tanıya gitmeye çalışmakta yine de uzunlamasına izlem çalışmalarında bile ayırıcı tanı güç olabilmektedir. Bu gibi durumlarda sıklıkla başvurulan yöntem, “atipik” ya da “başka türlü adlandırılmayan psikoz” şeklinde geçici bir tanı konulmasıdır. Bu tercihte şizofrenideki stigmatizasyondan kaçınılması da elbette akla yakın bir sebeptir.

Ancak doğru teşhisin doğru tedaviyi ve sağaltımda etkili olan diğer yöntemleri getireceği gerçeği ise muhakkaktır. Ayırt edici tanının yapıldığı hastada farmakoterapiden psikososyal terapiye, aile ve hastanın bilinçlendirilmesini içeren psikoeğitim grup tedavilerinden hastanın sağaltım ve rehabilitasyon sürecine ilişkin bir çok alana alt yapı oluşturan ayırıcı tanı, aynı zamanda hastaya hastane koşullarında uygulanan işlemlerdeki (ilaç, laboratuvar istemleri, psikometrik ölçümler vs.) değişime ve bu işlemlerden kaynaklanan ekonomi ve iş gücü kaybının önüne geçecektir. Ayırt edici tanının yasaların ön gördüğü çerçevede bu hastaların hukuki ehliyetlerine ilişkin yapılan işlemlerde gerek hastayı ve gerekse ailesini koruyacağı da düşünülebilir.

İşte bu noktada projektif bir test olan Rorschach testinin kişiliğin dinamiklerine inerek tam bir kişilik profili vermesi, diagnostik özelliğiyle birleşince ayırt edici tanıda etkin olabilir. Şizofreni ve bipolar affektif bozukluğun manik dönemindeki hastaların Rorschach test bulgularının inceleneceği bu araştırmada, psikoz genel başlığı içerisinde yer alan ve bu sebeple birbirinden ayırmanın güç olduğu bu iki hastalığın test protokollerine yansıyan klinik semptomlarının ayırt edici tanıyı yapabileceği düşünülmektedir.

2. Hipotez

Deneklerin psikopatolojik semptomlarına yaklaşım Rorschach terminolojisinde geniş bir yelpaze oluşturmaktadır. Bu açıdan hipotezlerimizin aşağıdaki gibi takdimini uygun gördük.

- Rorschach testinin diagnostik özelliği şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod tanısı almış hastaların ayırıcı tanıları yapabilmektedir.
- Hastalık gruplarının test protokolleri birbirinden belirgin olarak farklı olup, hastanın kliniğiyle örtüşen belli alanlarda yoğunlaşma görülmektedir.
- Test kendi alt testleri ile hastanın kliniğini desteklemektedir.
- Şizofrenik alevlenme manik alevlenmeye göre bireyin bilişsel süreçlerini daha olumsuz etkilemektedir.
- Bireyin ego fonksiyonları şizofreni hastalığında bipolar affektif bozukluk hastalığına göre daha olumsuz etkilenmektedir.

- Bipolar affektif bozukluk hastalarının affektivitesindeki yükselme şizofreni hastalarınınkinden fazladır.
- Şizofreni hastalarının kişiler arası ilişkileri ve sosyal uyumu bipolar affektif bozukluk hastalarından daha fazla bozulmuştur.
- Şizofreni hastalarının nesne ilişkileri bipolar affektif bozukluk hastalarının nesne ilişkilerinden daha fazla bozulmuştur.
- Şizofreni hastaları ile bipolar affektif bozukluk hastalarının patolojik tepki düzeyleri arasında fark yoktur.
- Bipolar affektif bozukluk hastalarında anksiyeteyi kontrol edememe düzeyi şizofreni hastalarından daha yüksektir .
- Şizofreni hastaları bipolar affektif bozukluk hastalarından affektif küntlük bulgusuyla ayrılır.
- Şizofreni hastalarının impulsivite düzeyi mani hastalarından düşüktür.
- Şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanılı hastaların, exitasyon sırasında, regression düzeyleri arasında fark yoktur.
- Şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanılı hastaların Rorschach protokolü cinsiyete göre farklılık gösterir.

3. Önem

Bu çalışma birkaç nedenden dolayı önem taşımaktadır. Birinci neden klinik sahada şizofreni ile bipolar affektif bozukluğun manik döneminin tanı karmaşasına yol açmasıdır. Her iki hastalığın alevlenme döneminde semptomlar birbirine benzediğini için hastanın hangi hastalığın semptomlarını gösterdiğini ayırt etmek güçtür. Klinik görünümü benzeyen hastalıkların ayırımı başlangıçta yapılamadığından hasta bir süre izlenmekte, farmakoterapi başlanmakta ve aileden alınan bilgiyle de tanı konulmaya çalışılmakta ya da en geniş çerçevede hastalık ele alınarak psikoz teşhisi konulmaktadır. Ancak aileden alınan öykü birbiriyle tezat ifadelerle dolu olabilir, hastanın premorbidine ilişkin bilgide kısıtlılık olabilir ya da prognozundaki önemli bilgiler atlanabilir. Bu bağlamda aileden alınan öykü önemli olmakla birlikte bu bilginin geçerliliği ya da tanı koydurucu gücü şüphelidir. Klinisyenin uzun dönem izlem çalışmaları da ayırt edici tanıda uygulanan bir yöntemdir ancak bu gözlemlerinde zaman zaman yetersiz olduğu, ya da izlem çalışmalarının gerektirdiği

koşulların sağlanamaması da yaşanan sıkıntıların bir başka sebebidir. Bu bağlamda klinik sahada ayırt edici tanı karmaşası halen sürmektedir.

Hastanın tanısının konulmasının uygulanacak olan ilaç tedavisinin yanı sıra, psikososyal terapi tekniklerine de yol gösterici olduğu ve bu yöntemlerin de hastanın sağaltımında ve rehabilitasyon sürecinde etkin olduğu düşünüldüğünde, çalışmanın önemine ilişkin ikinci bir faktör olarak doğru tanının doğru tedavi yöntemlerini gerektirdiği ve getireceği gerçeği kabul edilmektedir.

Üçüncü bir faktör olarak klinikte çoğunlukla hastayı etiketlememek adına psikometrik test sonuçları açık seçik şizofreniyi işaret etmesine rağmen, uygulayıcının bu tanıyı koymakta tereddüt etmesidir. Gerçekte psikiyatrik hastalıklarda prognostik süreçte semptomatolojik düzeyde değişimler, var olan hastalığın alt tipolojisinde kendi aralarındaki kaymalar, psikiyatrik hastalıklar arasındaki komorbidite söz konusu olabilir. Ancak bu gerçek çoğu kez atlanarak hastaya uygulanan psikometrik ölçümler ile hastalığın prognozunun uyuşmadığı durumda testin güvenilirliğinden şüphe edilmektedir. Bu bağlamda bu çalışmanın bir diğer önemli gerekçesi Rorschach testinin diagnostik gücünü, geçerli ve güvenilir olduğunu, hastanın test uygulandığı sıradaki klinik görünümüyle örtüştüğünü ve projektif bir test olmasına rağmen aynı zamanda yansız ve objektif olduğunu da açıklamaya çalışmak olduğu söylenebilir.

Son olarak şu ana kadar böyle bir çalışmanın yapılmamış olması, araştırmanın yeni ve farklı olması heyecan ve motivasyon sağladığından uygulamacı için önem taşımaktadır.

4. Kapsam ve Sınırlılıklar

Araştırma Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2007 Haziran ile 2008 Şubat ayları arasında ve DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod dönemlerinde yatarak tedavi gören, 200 örneklem grubu ile yürütülmüştür. Örneklem grubundaki hastaların eşit dağılım göstermelerine dikkat edilerek, 100 şizofreni ve 100 mani hastası çalışmaya alınmıştır. Araştırmada cinsiyet değişkeni irdelendiğinden hastaların 50'si şizofreni

kadın, 50'si şizofreni erkek,50'si mani kadın ve 50'si mani erkek hastalardan oluşmuştur.

Çalışmaya alınan hastaların hastaneye yatışının 10. gününde test uygulanmıştır. Bu tercihte birkaç sebep söz konusudur. Birincisi hastanın akut semptomlarında testi uygulamanın olanaksız oluşudur. İkincisi hastalar yatışının ilk 10 günlük sürecinde adı geçen hastanenin kapalı servislerinde izlendikten ve uygulanan farmakoterapi ile iletişim kurmaya hazır hale geldikten sonra, görece hastaya daha fazla olanağın tanındığı açık servislere interne edilmişlerdir. Uygulama hasta açık servise alındıktan sonra yapılmıştır. Hastanın kapalı serviste tedavisini sürdürdüğü ilk 10 günlük süre içerisinde uygulamacı, hastanın günde iki kez olmak üzere sabah ve akşam vizitine katılarak hastanın kliniğini izlemiş ve hasta ile güven ilişkisini kurmaya çalışmıştır.

Çalışmanın ilaç etkisiyle kontaminasyonunu önlemek amacıyla, hastaların ilaç etkisinden uzak olduğu saatler tercih edilmiştir. Bu bağlamda hasta ilacını aldıktan 8 saat sonra uygulamaya alınmıştır.

Çalışma öncesinde hasta ve hasta yakınları ile görüşülerek çalışma hakkında bilgi verilmiş ve katılımın gönüllülük esasına açıklandıktan sonra çalışmaya katılmak isteyen hastaların yakınlarına ekte sunulan anket formu doldurtulmuştur.

Sadece iki hastalık grubunun iki ayrı cinsiyette test protokolü açısından farklılaşması çalışmanın bir başka sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu bağlamda çalışmaya alınan hastaların, 25-35 yaş arasında, bekar ve ilkökul mezunu olması, çalışmaması (bir meslek icra etmemesi), hastalığının 5 yıldan uzun süredir var olması, hastalığın remisyon dönemlerinde düzensiz ilaç kullanımının olması, geçirilmiş kafa travmasının olmaması, adli vakasının bulunmaması kontrol değişkeni olarak belirlenmiştir.

5. Varsayımlar

- Hermann Rorschach'a ait Rorschach testi diagnostik özelliğiyle şizofreni ve bipolar afektif bozukluk, manik epizod tanısı almış hastaların ayırt edici tanısı için yeterlidir.

- Hastalar teste ve anket sorularına samimiyetle yanıt vermişleridir.
- Araştırmadaki denek sayısının yeterli olduğu düşünülmektedir.

6. Tanımlar ve Kısaltmalar

Şizofreni: Patofizyolojisi ve etyolojisi hakkında çok az bilgi olan, karmaşık ve şiddetli seyreden (Rapoport vd, 2005:49.), kognitif disfonksiyon ve zaman zaman pozitif ve negatif semptomlarla karakterize (Austin, 2005: 329-340), bireyin, düşünce, davranış, algı, konuşma, iletişim, sosyal ilişkiler, dikkat, dürtü denetimi, çevre ile olan etkileşim, duygusal ifadeler, motor davranış alanlarında belirtiler gösteren, gerçeği değerlendirmenin bozulmuş olduğu, heterojen özellik gösteren psikotik bir hastalıktır (Ceylan, 2005:70).

Bipolar Affektif Bozukluk: Depresif dönemlerle birlikte manik ya da karma epizodların da bulunduğu (DSM-IV-TR, 2001:163), nöbetler arasında kişinin sağlıklı duygu durumuna dönebildiği (ötimi) bir duygudurum bozukluğudur (Casona vd, 1999:319-328).

Rorschach Testi: Standardize edilmiş 10 planş üstündeki mürekkep lekelerini anlamlandırarak şahsiyeti bütünü ile kavrayan, standardize bir ruhsal tanı yöntemidir (Anastasiadis, 1975).

Rorschach Testi için tez içerisinde kullanılan kısaltmalar şu şekildedir:

R: Toplam cevap sayısı.

G: Bütün yanıt.

D: Parça yanıt.

Dd: Çok küçük, detay yanıt.

Db: Beyaz kısımlara verilen yanıt.

F: Biçim, form yanıt.

F+: İyi form yanıtı.

F-: Kötü form yanıtı.

C: Saf renk yanıtı.

CF: Renk hakim form yanıtı.

FC: Form hakim renk yanıtı.

Ext: Beck'in extratensivite formülü.

H+ Hd.: İnsan + insana ait kısımlara ait yanıtlar.
Ban.: Popüler yanıt.
Triade: 3. 5. ve 8. kartlara verilen popüler yanıtların toplamı.
S.C.: Sosyal kontakt formülü.
Obj.: Objeye yanıtı.
Geog.: Coğrafya yanıtı.
Nat.: Doğaya ait yanıtlar.
Plt.: Bitki yanıtları.
Anat. : Anatomik yanıt.
Os.: Kemik anatomisi yanıtı.
Sex.: Seks yanıtı.
Sg.: Kan yanıtı.
Clob.: Gölge yanıtı.
FClob.: From hakim gölge yanıtı.
ClobF.: Gölge hakim form yanıtı.
KClob.: Objeye hakim gölge yanıtı.
K/C.: (ERLEBNİS): Affektivitenin yönünün tespit formülü.
Kadinsky: $K > Ka + Kobj.$ ile tespit edilen regression formülü.
Maturite : Loosli-Usteri'nin $F > CF + C$ ile tespit edilen affektif maturite formülü.

BÖLÜM II

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma, DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod teşhisiyle yatarak tedavi gören, kadın ve erkek toplam 200 hastaya Rorschach testi uygulanarak yapılmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini İstanbul il sınırları içerisinde Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak tedavi gören şizofreni hastaları ile bipolar affektif bozukluk manik epizod tanılı hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde, 100 kadın ve 100 erkek şizofren ve bipolar affektif bozukluk manik epizod teşhisi alan, toplam 200 hasta oluşturmaktadır. Örneklem grubu cinsiyet ve hastalık olarak iki genel gruba sınırlandırılmış, sadece şizofren ve bipolar affektif bozukluk manik epizod hastalıkları çalışmaya alınmış olup, psikoz genel başlığı çalışmadan dışlanmıştır. Katılımcılar 50 kadın şizofren, 50 kadın mani, 50 erkek şizofren ve 50 erkek mani hastasından oluşmaktadır. Çalışmaya alınan hastalar; 25-35 yaş arası, ilkokul mezunu, bekar, çalışmayan (bir meslek icra etmeyen), en az 5 yıldır hastalık öyküsü bulunan, tedavi süreçlerinde ilaç kullanımını düzensiz olan, kafa travması ve adli vaka öyküsü olmayan bireylerden oluşmaktadır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesini temsilen hastane başhekimisi ve eğitim koordinatörü ile görüşülerek, çalışma hakkında bilgi verilmiş ve gerekli olan izinler alınmıştır. Hastane servislerinde servis uzman psikiyatristleri ile işbirliği içerisinde çalışmaya alınabilecek hastalar belirlenmiştir. Çalışmaya alınan hastaların kapalı servislerde tedavisinin devam ettiği ilk 10 günlük süreç içerisinde, hastalar sabah ve akşam olmak üzere günde iki kez servis psikiyatristleri ile vizite alınmış ve genel klinik tabloları takip edilmiştir. Yatışının 10. gününde açık birimlere interne edilen hastalar ve yakınları ile görüşülerek çalışma hakkında bilgi verilmiş, gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmak isteyen hasta yakınlarından muvafakatnemeleri alınmış ve ekte sunulan anket formu (sayfa 209) doldurularak çalışma başlatılmıştır. İlaç etkisinin kontaminasyonunu önlemek amacıyla hasta ilacını aldıktan 8 saat sonra uygulamacı tarafından Rorschach testi uygulanmıştır.

Uygulama aracını açıklamadan önce “psikolojik lme ve değerlendirme”, “projektif test” ve “projeksiyon” kavramlarına yer verilecek ardından uygulama aracı, Rorschach testi, aıklacaktır.

2.3.1. Psikolojik lme ve Değerlendirme

Klinik psikologların mesleki rolleri arasında araştırma ve psikoterapiden başka psikolojik değerlendirme yer almaktadır (Dağ, 2006:99). Psikolojik değerlendirme çeşitli psikolojik yöntemler kullanarak, bireylerin yeteneklerini, davranışlarını, bireysel özelliklerini değerlendirme sürecine verilen isimdir ve psikolojik testler bu değerlendirmede önemli bir yer tutarlar (Savaşır, 2004:149). Psikolojik test kavramı, psikolojik ölçmeler yapmak amacıyla yapılandırılmış ya da oluşturulmuş, herkes tarafından standart biçimde kullanılabilecek her tür testi, tekniği, envanter ya da soru listesini, leği, izelge ya da cetveli ve anketi içeren geniş bir kavramdır (Dağ, 2006:102).

Bireylerin ruhsal durumunun, davranışlarının, insanlarla ve toplumla olan ilişkilerinin nicel olarak ifadelendirilmesine olanak sağlayan psikolojik testler

bireysel özellikleri değerlendirmek amacıyla kullanılan testlerdir. Anastasi'e göre psikolojik test, davranış örneklerinin standart ve nesnel ölçümüdür. Test sonuçları bize bir insanın davranışından örnekler verir ve bunu başkalarının ya da aynı bireyin değişik zamanlarda ki davranışlarıyla karşılaştırma olanağı sağlar. Bireyin davranışlarından örnekler alınmasındaki amaç, yalnızca bu örnekteki davranışı ölçmek değil, bu örneğin temsil ettiği daha anlamlı davranışlar hakkında bilgi edinmektir (Savaşır, 2004:149).

Bir başka ifadeyle psikolojik testler davranışın bir örneklemdir, bu örneklem standart bir koşul altında ifade edilmiştir, davranışın örneklemeden sayısal bilgiler sağlamanın (puanlama) belli kuralları vardır. Psikolojik testin temel işlevleri; tanı veya sınıflama, prognoz ya da yordama, araştırmalarda nesnel veri toplama olarak sayılabilir (Dağ, 2006:102).

2.3.2.Projeksiyon'un Tanımı

En basit ifadesiyle projeksiyon (yansıtma) rahatız edici düşünceleri, kabul edilmesi güç fikirleri, duyguları dışa yansıtarak dış algılamayı etkileyen bir ego savunma mekanizmasıdır (Savaşır, 2004:159). Bebeklikte gelişmemiş egonun kendini başka nesnelere ayırt edememesinden ve salt haz uğruna tatlıları kendine mal edip, tatsızları dışına atmasından doğan bu ilkel savunma biçimi gerçeğin yeterince tanınmamasından kaynaklanır. Çünkü egonun ilk yargısı yenilebilir ve yenilemez objeler arasındaki ayrımı yapmaktır. İlk kabul yutma, ilk red tükürmedir. Bu bağlamda projeksiyon ilk yadsımanın ürünüdür (Fenichel, 1974:135).

Genel olarak kişinin dürtü, arzu gibi içten gelen ve kabul edilemez duygularını kendinden dışarı atarak dış dünyaya atfetmesini anlatan projeksiyon kavramı gerçekte ilkel bir savunma mekanizmasından çok daha fazlasını ifade etmektedir. Freud'un belirttiği üzere projeksiyon sadece bir savunma olarak ortaya çıkmayıp, çatışma olmadığında da varılmakta, iç algının dışarı yansıtılmasının ilkel bir mekanizması olup, dış dünyayı oluşturmada duyuşsal algılarımızı etkilemektedir (Freud, 1918:107-108).

İlk kez Freud tarafından tanımlanan projeksiyon kavramı üzerine Murray 1938’ de detaylı bir çalışma yayınlamıştır. Murray’ın “projeksiyon” kavramı, kısmen Freud’un geliştirdiği ego savunma mekanizmalarından biri olan “yansıtma” (projection) kavramını da içermekle beraber, Freud’dan farklı olarak bu mekanizmayı, kişinin psikolojik yapılanması içerisindeki ihtiyaçlarının, ilgilerinin ve zihinsel işleyişinin; algısal girdiler yoluyla uyandırılması anlamında her insanda görülen doğal bir süreç şeklinde tanımlamış olduğu görülmektedir. Nihayetinde kişi, kendisini çevreleyen ortamı algılar ve kendi duygulanım durumuna, beklentilerine, arzularına göre tepki verir. Bir başka ifadeyle kişiliğin yapısı ve temel özellikleri, görünen davranışta ortaya çıkabilir. Projektif tekniklerle kişiliğin değerlendirmesinde projeksiyon bu anlamı ile yer almaktadır (Zabcı, 2004: 50-60).

Projeksiyonu kişinin kendisinin reddettiği ve kabul edemediği özellikler olan düşüncelerini, duygularını ya da isteklerini başka bir kişi ya da nesneye yüklemesi olarak ifade eden Köroğlu’nun projeksiyonu, normal projeksiyon ve bir semptom olarak projeksiyon şeklinde iki ana başlıkta açıkladığı görülmektedir. Buna göre normal projeksiyon, “mazeret” adı verilen günlük olağan etkinliklerden sayılabilir. Bir semptom olarak projeksiyon; rasyonalizasyon gibi, gerçeğin yanlış yorumu ya da çarpıtılmasıdır ve bu yüzden tehlikeli olabilir. Olgun olmama ve incinebilir olma ile birlikte gider. Displasman’ın (yer değiştirme) bir biçimidir ve inkar ile yakından ilgilidir. Patolojik olarak her tür paranoid bozuklukta işleyen mekanizmadır ve ego dezorganize olursa şunlara yol açar:

- Hezeyanlar ya da projekte edilen düşünceler: Ego, iç fantazilerini dış gerçeklikten ayırt etme yeterliğini yitirir.
- Bir düşünce projeksiyonu olan referans düşünceler.
- Hallüsinasyonlar ya da algı yanılmaları (Köroğlu, 2004:32).

2.3.3. Projektif Testler

Projektif testler terimi ilk olarak 1939’da L.K.Frank tarafından ortaya atılmıştır. Projektif testlerin amacı bireye belirsiz bir uyarıcı vererek duygularını, düşüncelerini,

fikirlerini cevaplarında yansıtmasını sağlamaktır (Savaşır, 2004:159). Frank'a göre projektif tekniklerin en önemli özelliği, kişinin kendi özel dünyası ve kişilik özelliklerini açığa çıkaran süreçleri uyandırmasıdır (Rabin, 1986:3-11).

Baymur, "Genel Psikoloji" isimli kitabında kişiliği, bireyin iç hayatını oluşturan ihtiyaç ve güdülerin dinamik bir örüntüsü olarak görenlerin, bireyin dış davranışlarını incelemekle yetinmeyip, kişinin iç hayatını dışa yansıtabilecek bazı metotlar geliştirdiklerini ve buna projeksiyon yani yansıtıcı testler adının verildiğini belirterek, projektif testlerde ana ilkenin, bireyi, belirsiz, eksik, karışık ya da değişik biçimlerde algılanabilecek müphem uyarıcılar karşısında bırakmak ve bireyin bu uyarıcıları anlamlandırmasını, tamamlamasını ya da bunları bir sistem ve düzene koymasını istemek olduğunu aktarır (Baymur, 1983:265).

Köknel'de (1989) aynı konuya vurgu yaparak projektif testlerde uyarıların genellikle belirsiz olduğunu, bireyin vereceği tepkilerin sınırlanmadığını, belirsiz uyarılara verilen tepkilerin kişinin kendi düşüncelerini, duygularını, çatışmalarını, gereksinimlerini ve kaygılarını yansıttığı varsayımının bu testlerin çıkış noktasını oluşturduğunu ifade etmektedir (Köknel, 1989:120).

Projektif testlerin sadece algı testleri olmadığını aynı zamanda davranışın bilinçdışı yönlerini ortaya çıkardığını, algısal ve hayali olan arasında karşılıklı bir etkileşimin söz konusu olduğunu, ve böylece projektif testlerdeki uyarının gerçekliğinin, fantezinin dıştaki sınırlarını denetlerken aynı zamanda algılananın fantezi ile zenginleştiğini belirten Rabin'den başka (Rabin, 1986:3-11) Rausch de Traunberg (1994) de projektif yöntemin özel bir durum ileri sürdüğünü, bu durumun algı ile projeksiyon, gerçeklik ve fantazi arasında bir birleştirme yeri olduğunu, bu birleştirme yerinden hareketle düşünce için bir alan açıldığını ve bu alanda simgeleştirme çalışmasının başladığını belirtmektedir (Roman, 2001:233-250).

Projektif deneyimin hem algısal hem de fantastik dünyada olanı davet etmesi açısından bir ikilem içerdiğini belirten Chabert' a göre bu ikilem durumu, test malzemesinde temsil edilmeyen imgelerin yaratılmasını gerektirirken aynı zamanda malzemenin gerçekliğinden de güç alır. Böylece projektif bir test de tıpkı geçiş

olguları gibi test malzemesinin somut ve elle tutulur yapısından dolayı gerçekliğe ve projektif düzeneklerin uyanışı ile fantastik olana çağrı yapar (Chabert, 1997:11-12).

Projektif testlerin amaçları kişinin bireysel işlevselliğini dinamik açıdan inceleyerek, kendisine has özel eklemlemelerini, değişim kapasitelerini ve ortaya çıkabilecek ruhsal davranışlarının varlığından haberdar olmalarını sağlamaktır. Test sırasında zihni işlemleri sorgulama sonucunda da kişinin ruhsal işleyiş biçimi ortaya çıkmaktadır. Çeşitli teorik modeller çerçeveyi anlamlandırırken burada seçilen psikanalitik model ile projektif testler klinikteki flu ve sorgulanan durumlarda yol gösterici olmaktadır. Projektif testler klinik psikoloji araştırmalarında kullanılan çok yararlı ve değerli bir metot olarakta görülmelidir. Sundukları güçlü teorik alt yapı, sabit ölçülebilir durumları her türden popülasyona uygulanabilir olmaları, hem niteliksel hem de niceliksel açıklamalara izin vermeleri, projektif testlerin sürekli güncelliğini koruduğunu göstermektedir.

(http://www.rorschachturk.org/ror_projektif.asp 17.01.2008)

Projektif tekniklerin bir diğer özelliği ise bir yandan uyarının, test ortamının, kullanılan malzemenin, testi uygulama yönteminin standart oluşu buna karşın beklenen yanıtın tanımlanmamış olmasıdır. Bir başka ifadeyle projektif testlerde doğru yanıt yoktur, sınırsız çeşitlilikte yanıt alınır. Genel bir kural olarak, uyarın ne kadar az yapılmışsa ve ne kadar çok belirsizse, kişinin içten gelen arzularının, kaygılarının ve çatışmalarının o oranda daha fazla teste yansıtılabileceği düşünülür. Rorschach testi bu özelliğiyle en çok tercih edilen projektif testlerden biri olmuştur (Bellack ve Abrams, 1997:1-3).

Projektif testlerin genel özellikleri şunlardır:

- Dolaylı bir yöntemdir. Birey verdiği cevapların önemini bilmez.
- Cevap özgürlüğü vardır. Objektif testlerin tersine ‘evet’, ‘ hayır’ şeklinde kısıtlı cevaplar yerine projektif testlerde tam bir özgürlük vardır. Birey uyarıcıları kendine göre cevaplandırır. Cevaplar hiçbir şekilde kısıtlanmamıştır.
- Projektif testlerde uyarıcı tam olarak belirlenmemiştir. Böylece bireyin tam belirli olmayan uyarıcıyı kendine göre değerlendirip, kendi duygu ve düşüncelerini yansıtacağı düşünülmüştür.

- Kişiliği bütün olarak değerlendirmeye yöneliktir.
- Projektif testlerin, uyarıcılara değişik ve çok sayıda özgür cevap verme özelliği cevapların istatistik değerlendirilmesini, güvenilirliğinin saptanmasını, nesnel olmayı güçleştirir (Savaşır, 2004:159).

2.3.4.Rorschach Testi

Standardize edilmiş 10 planş üstündeki mürekkep lekelerini anlamlandırmak veya şekillendirmek biçiminde olan bu test üzerinde Rorschach'dan önce çalışanlar olmuştur. Fakat Rorschach'dan önce kimse mürekkep lekeleri testinden şahsiyeti bütünlüğü ile kavrayan standardize bir ruhsal tanı yöntemi çıkarmayı düşünmemiştir (Anastasiadis, 1975).

İsviçreli psikiyatr Hermann Rorschach geliştirdiği bu testi bir kişilik testi olarak ortaya çıkarmıştır Mürekkep lekelerini algılamayı incelemek için kullanırken birçok değişik tanıli hastaların değişik cevaplar verdiğini görmüş ve lekeleri tanı ve kişiliğin dinamiğini açıklamak için kullanmaya başlamıştır (Savaşır, 2004:159).

Hermann Rorschach, psikiyatri çalışmalarını Eugen Bleuler'in yanında yürütmüş, Jung'tan ve psikanalizden etkilenmiştir. 1910 yılında yayınladığı birçok psikanalitik çalışma ve makalesi bulunmaktadır. 1911 yılında ise mürekkep lekeleri ile ilgilenmeye başlamıştır. 1919'da bu alana olan ilgisinin derinleşmesi sonucunda 1921'de "Psikodiagnostik" isimli başyapıtını yayınlamıştır. Kitabın orijinal başlığı "algılamaya dayalı tanısal test" olup, normal, nevrotik ve psikotik vakaları içerir. Hermann Rorschach'ın ilk amacı sağlıklı veya patolojik deneklerin fantazmatik içeriklerden bağımsız olarak, algısal süreçlerini lekeler aracılığıyla ifade etmeleriydi. Yorumların ikincil olarak düşünülmesi gerektiğini savunmaktaydı (İkiz, 2001:13-14).

Mürekkep lekelerini algıyı incelemek üzere kullanırken, değişik hastalık gruplarındaki insanların ayrı tepkiler verdiklerini gözlemiş ve lekeleri kişiliğin dinamik özelliklerini anlamak ve tanıya varmak için kullanmaya başlamış olan

Rorschach (Anastasi, 1970:495-498), algıyı duyum, bellek ve çağrışımı kapsayan yorumsal bir süreç olarak tanımlamıştır. Rorschach'a göre test edilen kişi mürekkep lekesini gördüğünde duyuları kaydeder, onları geçmiş deneyimlerine dayanarak imgelere dönüştürür ve daha sonra benzer bellek izleriyle bunları birleştirerek bu imgelere bir anlam yükler. Sonuç olarak yorum algının özel bir türü, Rorschach deneyimi ise kişinin algısal gücünün testi olarak adlandırılabilir (Rorschach, 1969:17-18).

Rorschach testi malzemesi siyah ve çeşitli kromatik renkte, mürekkep lekelerini içeren 10 resimden oluşur. Bu testin amacı sujeye yapılanmamış bir uyararı vererek, o uyararı nasıl algıladığını incelemektir. Testin yapılanmamış olması onun algılanması sırasında bireyin kişilik özelliklerinin rol oynamasına neden olur. Amaç verilen belirsiz uyarıcı sayesinde (mürekkep lekesi) bireyin duygularını, çatışmalarını, düşüncelerini yansıtmalarını sağlamaktır (Anastasi, 1970:495-498).

Rorschach testinin, "beklenmedik", yani belirsiz bir biçimde oluşturulmuş şekillerin özgürce yorumlanmasına ilişkin "psikolojik bir deney" olduğunu ifade eden Samurçay'a göre deney rastlantısal olarak ortaya çıkmış, yani özgün olmayan şekillerin yorumlanmasıdır. Rorschach'nın da belirttiği gibi Rorschach test deneyi belirsiz ve beklenmedik şekillerin özgür bir şekilde yorumlanması esasına dayanır (Samurçay, 1983:19-52).

Rorschach testi Beck tarafından geliştirilmiş ve A.B.D.'de tanıtılmıştır. Test yetişkin ve çocuklara verilmekle birlikte kullanılan normlarda farklılıklar göstermektedir. (Morgan, 1981:284).

Rorschach puanlaması, yorumlanması zor bir test olduğundan ve standart bir test olmasına karşın psikolog'un özelliği de işe karıştığından tecrübeli bir psikolog tarafından verilmelidir. Testin değeri psikolog'un bilgisi ve tecrübesi ile artmaktadır. (Anastasi, 1970:495-498).

Rorschach protokolündeki tepkiler; yer (bütün, detay, v.b), belirleyici (renk, biçim, hareket, v.b.), kapsam (hayvan, insan, bitki v.b.) ve orijinalite açısından puanlanır. Bu

puanların yüzdeleri ve bu puanların birbirleriyle olan ilişkileri, tepkilerin söylenişi, niteliği de testin değerlendirilmesinde göz önüne alınır.

Kişiliğin dinamiklerini ölçen bu test, sözel bir test olup bireysel olarak uygulanmaktadır. 7-70 yaş arası herkese uygulanabilen Rorschach testinde zaman sınırlaması yoktur. Materyali on tane kart ve kayıt formu olan test, siyah ve renkli mürekkep lekelerini içeren on resimden oluşur. Her kart kendi içerisinde şekil, renk, hareket ve gölge içermektedir. 1, 4, 5, 6, 7 numaralı kartlar koyu renkli, siyah ve beyaz, 2 ve 3 numaralı kartlar siyah ve kırmızı renklerden oluşmakta, 8, 9 ve 10 numaralı kartlar ise renklidir. Her kartın ortak özelliği simetrik ve bir eksen etrafında oluşmalarıdır. Hasta gruplarına uygulanabildiği gibi, pedopsikiyatri alanında çocuklara, geriatri alanında yaşlılara, nöroloji alanında Alzheimer hastalarına, adli psikiyatri alanında suçlulara ve ordu içerisinde askerlere uygulanabilmektedir (İkiz, 2001:82-86).

2.3.5. Rorschach Testinin Yöntemi ve Teknikleri

Günümüzde, Rorschach testinin yönergesi, puanlanması ve yorumlanması açısından bir birlik bulunmamaktadır. Hermann Rorschach'nın ölümünden sonra farklı ekoller kendi sistemlerini, dolayısı ile kendi yönerge, puanlama ve yorum stratejilerini oluşturmuşlardır. Hermann Rorschach'dan sonra, Beck, Klopfer, Piotrowski, Rappaport, Exner kendi puanlama ve yorum sistemlerini geliştirmişler, Hertz ve Schaffer da özellikle testin yorum alanına büyük katkılarda bulunmuşlardır (Özer, 1994:3-5).

Farklı teknikleri kullansalar da, birbirinden değişik eğilimleri temsil eden tüm okullar Hermann Rorschach'ın orijinal yöntemine sadık kalmışlar ve aynı malzemeyi kullanmışlardır (Beizmann, 1982: 22).

Fransa'da geliştirilen teknikler Klopfer, Piotrowski ve Beck'in yorumlamaları üzerine kurulmuştur. Beizmann'ın 1966'da yayınladığı "Form Yanıtlarının Puanlaması" kitabıyla çalışmalar istatistiksel verilere oturtulmuştur. Schafer'in 1940'lı yıllarda psikanalitik yöntemle Rorschach testini bütünleştirmeye çalıştığı

modelinden hareketle, bu okulun temsilcileri psikanaliz ve psikanalitik psikopatolojiye dayanarak Rorschach çalışmalarını yürütmektedirler. Fransız okulunda testin sadece içeriği değil, nasıl söylendiği de önemlidir. Gizli ve görünürdeki içerik beraber ele alarak ruhsal yapılanma anlaşılmasına çalışılır. Sadece algısallık değil, testi veren ile etkileşim de göz önüne alınır. Hastanın verdiği yanıtları sınıflayarak alt gruplara ayırmayı içeren psikogram hazırlamanın yanı sıra, her kartın içerik olarak psikanalitik teoriye dayanılarak yorumlanmasına özen gösterilir (İkiz, 2001:24-27).

2.3.6. Türkiye’de Rorschach’nın Gelişimi

“Rorschach testi insan ruhunun röntgen filmidir”. Bu cümle ilk Türk klinik Psikologu olan Doç.Dr. Yani Anastasiadis’e aittir. Türkiye’nin ilk kez Rorschach testi ile tanışması Yani Anastasiadis ile olmuştur. İstanbul Üniversitesinde öğrenciyken “Karakter Bozukluğu” dersinde Hermann Rorschach’ nın adını ilk kez duyan Anastasiadis’in ilgisi, Loosle-Usteri’nin “Manuel Pratique du test du Rorschach” kitabı ile başlar. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde staj yaparken Dr. Mazhar Osman kendisinden paranoya hastalarına Rorschach testi yapmasını ister. Böylece ilk kez 1947’de Rorschach testi hastanede hastalara uygulanmaya başlar. 1955-1960 yılları arasında Anastasiadis, hastanede çalışan psikologlara haftada iki gün Rorschach dersleri vermeye başlar. Bu derslerde Palem, Bohm, Beck ve Nina Rausch de Traubenberg’in değişik yaklaşımlarını gösterir. Klinik deneyimlerini geliştirmek için Paris St. Anne hastanesinde bir süre çalışır. Anastasiadis’e göre E.E.G. nasıl beyin fonksiyonlarını gösteriyorsa Rorschach testi de insan ruhunu yansıtmaktadır. Formülasyonlar üzerine çalışarak detaylı bir psikogram hazırlamıştır. Rorschach testinde bir diğer önemli kişi, Ankara Üniversitesi’nden Prof. Nermin Samurçay’dır. Samurçay, Daniel Lagache’de psikanalitik psikoterapi eğitimine devam etmiş, Prf. Zazzo ile çalışmıştır. Burada Rorschach testini öğrenen Samurçay, Dider Anzieu’un yorumlamasıyla ilgilenmiştir. Samurçay, uzun yıllar Ankara Üniversite’sinde Rorschach testini anlatmıştır (İkiz, 2007/a: 12- 14).

1977’de sonra 2008 yılına kadar yapılan Türk araştırmaları (Dinçel,1977, Samurçay,1978; İnceer, 1982; Bakır, 1984; Gürel,1985; Oran,1986; Özaydın,

Kireççi, Taneli, 1987; Ebadi, 1988; Oğuzkaya, 1991; Gücer, 1992, Üge, 1993; Torun, 1994, Yücel, 1998; Erdener, 2002; Pirim, 2002; Zabcı, 2004) Rorschach testiyle istatistiğin birleştiği testlerdir (İkiz, 2007/a:12-14).

2.3.7.Rorschach Testinin Uygulaması

Rorschach testinin uygulama koşulları şöyledir. H. Rorschach'nın da belirttiği gibi uygulama her türlü korkunun, kaygının dışında gerçekleştirilmelidir. Dış baskı ve otorite karşısında bağımlılık durumu tüm testleri, özellikle Rorschach testini etkileyecektir. Bu nedenle testi, deneye güven duyabileceği bir ortamda uygulamak vazgeçilmez bir gerekliliktir (Baymur, 1983:265).

Rorschach testi uygulaması için denegin alışageldiği bir rahatlık, dinginlik içinde bulunması gerekir. Gerginlik, korku, kaygı halleri testin uygulanmasını engeller. Denek, test odasına girdiğinde uygulayıcı, Rorschach testi hakkında bir bilgisinin olup olmadığını sorar. Uygulayıcının yapacağı açıklama “kişilik” ya da “zeka” gibi denegi yanıltıcı yanıtlar vermeye iten kavramları anımsatacak, çağrıştıracak hiçbir öge taşımamalıdır. “Hayal gücünü” ölçen bir test olduğu açıklaması yapılacak en tarafsız açıklamadır. Önemli olan soru sorduğunda bireyi, her testin zihinsel yeteneklerini ölçmek amacıyla uygulanmadığı yönünde rahat ettirmek, kaygılarını gidermektir. Test uygulayan, denegin soruları dışında hiçbir gereksiz bilgi vermeyecektir. Eğer sorular uygulamayı etkileyecek düzeyde ise, test sonrasında daha fazla bilgi verileceği sözü verilebilir. Test materyali birinci kart en üstte ve şekilli kısımlar görülmeyecek şekilde masanın üzerinde bulunmalıdır. Denek masada, uygulayıcının biraz önünde ve solunda, uygulayıcıya sırtı dönük olarak oturur. Rorschach testi gün ışığında ve mümkünse sabah olmalı, asla yapay ışıkta uygulanmamalıdır (Samurçay, 1983:19-52).

Hermann Rorschach hastaya testi verirken “Bu sizce ne olabilir?” sorusunun sorulması gerektiğini söylemiştir. Farklı okullarda, bu yönergeye bazı eklemelerin yapıldığı görülmektedir; “Bu test 10 adet mürekkep lekesinden oluşmaktadır” türünde açıklamaların da içinde bulunduğu bir dizi farklı yaklaşım vardır (İkiz, 2001:69).

Deneğe birbiri ardına kartlar verilir ve “bu ne olabilir” diye sorulur. Denek kartı elinde tutar ve istediği şekilde döndürebilir. Şekli gözüne istediği kadar yakın veya uzak tutabilir. Her karta en az bir cevap almak denir, ancak bunun için bir telkinde bulunmaktan kaçınılmalıdır. Yanıtlar alındığı sürece bir kağıda not edilir. Kartın incelenmesi için bir zaman sınırı konulmaz (Kronenberg ve Lemkau, 1975:21-53).

Anket Rorschach testinin önemli evrelerinden biridir. Anket yoluyla sağlanan bilgiler olmaksızın psikolog testi yorumlayamaz. Kartlar deneğe bir bir gösterilip cevaplar alındıktan sonra anket evresine geçilir. Bu evrede deneğe verdiği cevabı kartın neresinde gördüğü sorulur. Kartta gördüğü form, hareket ve renk araştırmacılar, ayrıca gördüğü şeyin ne olduğu belirlenir. Ankete başlarken uygulayıcı “gördüğün şey hakkında sana sormak istediğim bir iki sorum olacak” şeklinde doğal bir biçimde konuşmalı, fakat belirli bir plan izlenmelidir (Saturçay, 1983:19-52).

2.3.8.Rorschach Kodları

Kodlama testi uygulayanın testin bitiminden sonra, verilen tüm yanıtları belirli bir sınıflamaya koymasındır. Bu çalışmada, kodlamada için Beizmann’ın (1966) “Form yanıtlarının puanlaması” adlı kitabı esas alınmıştır. Fransız Okulunda kodlama üç temel anlam içermektedir. Bunlardan birincisi, verilen yanıtın şeklin ne kadarını kapsadığı yani lokalizasyon, ikincisi bunun ne türden bir yanıt olduğu (biçim veya hareket), üçüncüsü de bu yanıtın içeriğidir (hayvan, insan, anatomi vs.). Her bir alan için özel bir harf yani endeks kullanılmaktadır (İkiz, 2001:94).

G (Global) yanıtları: Bütün yanıtlardır. Seçilen alan kartın bütünüdür. Kişinin kartları aldığıında, dış dünyayı algılamasında tekil ve bütüncül yaklaşımları vurguladığında verilen lokalizasyona yönelik yanıtlardır (İkiz, 2007/b:10-13). Sosyal aktivite ve genel olarak çevreye gösterilen uyum için kabul edilecek değişkenlerden olan G cevapları, bireyin bütünleme, genelleme ve soyutlama yetisini belirtir (İnceer vd, 1984:119). Rorschach, G cevaplarını kuramsal zeka ile sistemli düşüncenin belli bir birlikteliğini içeren, büyük ilişkileri sezme erki ve sentez yeteneği olarak ele almaktadır. Ayrıca şekli bütün olarak algılamak bireyin gerçeğe güncel olarak yaklaşabilmesini de ifade eder (Saturçay, 1983:19-52). Birincil olarak emosyonel

faktörlere bağı olan G cevapları bireyin kavrama, algılama, gerçek ile ilişki kurma tipi konusunda bilgi verir (Kronenberg ve Lemkau, 1975:21-53). Global tutum bir mental yaklaşımdır, bir zihin yönüdür, objeleri bir bütün olarak algılama biçimidir. G'lerin fonksiyonu sadece intellektüel değildir. Bireyin o andaki projeksiyon yeteneğine bağlıdır. Rorschach'a göre normal zekalı bir kişi %25-30 arası global cevap verir. Global cevap %'si, 25'ten aşağı ise, bireyin zihinsel hudutları, koheren birlikler inşa etmeye engeldir (Anastasiadis, 1975).

D (Detay) yanıtları: Lekelerde detay, yani parçaların idrakini gösterir (Anastasiadis, 1975). Seçilen alan kartın bir bölümünü kapsar ve bu alan yalıtılmış olması, göreceli olarak boyutu ve yanıt sıklığı ile ayrıştırılır. Dünyayı algılamada, bilişsel süreçlerin çalışmasında bir uyarının diğerinden ayırt edilerek verildiği, kartların parçalara ayrılarak algılandığı yanıtlardır (İkiz, 2007/b:10-13).

Dd (Detay Detay) yanıtları: Küçük detayları yani küçük parçaların idrakini gösterir (Anastasiadis, 1975). Kartların küçük bir bölümü dikkate alınarak verilen yanıtlardır. Seçilen alan diğer kısımlardan koparılarak yalıtılması ve oldukça küçük boyutuyla dikkat çekmektedir (İkiz, 2007/b:10-13). Dd yanıtları deneğin sorunların üstüne gitmediği, sorunlarından kaçtığını, ayrıntılara saplandığına da alamettir. Gerçekleri değerlendirirken kendi fikirlerini ortaya koyamadığını, duygularından bir şeyler katamadığını, katı, rasyonel olma, forma uyma çabası içerisinde kalıpların dışına çıkmadığı anlamına gelmektedir (Anastasiadis, 1975).

Dbl (Detay Blanş) yanıtları: Kartların siyah kısımlarının dışında oluşturulan beyazlıklara verilen yanıtlardır. Seçilen alan karttaki şekil dışında kalan beyaz arka plandır (İkiz, 2007/b:10-13). Detay blanş muhalefete delalettir. Karşı koyucu bir tutum (negativizm), yapılması gerekeni yapmama durumu söz konusudur, hafif psikotik eğilimleri gösterebilir. Bununla birlikte deneğin inisiyatifini kullanabilme kapasitesine de işaret eder; şöyle ki deneğin her şeyi kabullenmeyip kendi fikrini savunması, kanıtlama çabaları, iç dinamizmini gösterebilir. Dbl yanıtları lekenin eksik yerlerine veriliyorsa regresyona eğilim, güven arayışı, kendini boşlukta hissetme ve ölüm korkularına işaret eder (Anastasiadis, 1975).

F (Form) yanıtları: Hem normal, hem de anormal deneklerin çoğunda yorum lekenin yalnızca şekli tarafından belirlenir. Bu tür form yanıtları "F" olarak işaretlenir.

(Kronenberg ve Lemkau, 1975:21-53). Biçim yanıtları olan F yanıtları seçilen alanın boyutları ve sınırları ile sadece görüldüğü ve olduğu gibi verildiği durumlardır. Kişi, test malzemelerini algılayıp buna anlam vererek kartlardaki şekilleri bildik şekillere çevirmektedir. Kenarları, köşeleri ile bütün bir şekli algılama kapasitesi olarak verilen yanıtlar, algısal, somut ve gerçek nesnelere yansıtılmasıdır. F yanıtları gerçeklik ilkesinin yapılandırılması hakkında bilgi verirken, temel ego fonksiyonlarından biri olan gerçekliği test edebilme yetisinin yanı sıra, yargılama, doğru düşünme, kendini değerlendirme, düşünme kapasitesi, bilinçli faaliyet gösterme gibi birçok sürecin işleyişi üzerinde yorum yapılmasına olanak sağlamaktadır (İkiz, 2007/b:10-13).

F cevapların yüksek olması; formalizasyon, hayatta kasılma, emosyonlarda inhibisyon, anksiyete yaratan bir kontrol eğilimini ifade eder (Samurçay, 1983:19-52).

Form cevapları F+ ve F- olarak işaretlenir.

F+ (İyi Form) yanıtları: Olumlu form yanıtlarıdır. Bir toplumda sayıca birçok kişi tarafından verilmesi esas olarak alınmaktadır. Verilen yanıtla gerçek biçim arasındaki uyum ön plandadır. Keskin, inandırıcı, doğru algılanan, iyi düşünülmüş yanıtlarda görülmektedir (İkiz, 2007/b:10-13). F+, iyi form cevapları, deneğin cevabının karttaki şekilde görülüp görülmemesine göre belirlenir (İnceer vd, 1984:119). F+ idrakin net olması demektir. Dikkatin uyanık olması, hatıra imajlarını iyi bir şekilde seçebilmek demektir. F+ cevapların %'si önemlidir. % 100 F+ çok rigid bir düşüncenin ifadesidir, iyi form cevaplar intellektüel yetenek çeşitliliği de evokasyon hafızasının kuvvetli olduğunu gösterir. Kuvvetli F yüzdesi, büyük bir intellektüel enerjiden ileri gelir veya böyle bir stüasyon, bireyin isteyerek veya istemeyerek affektif hayatını daralttığı zaman meydana gelmektedir (Anastasiadis, 1975).

Rorschach iyi biçim cevapları yüzdesinin altmış olduğu (F+= %60) durumları normal sınırlarda kabul etmekte, düşük sayıları patoloji göstergesi olarak ele almaktadır. Bu rakamın üstüne çıktıkça bireyin gerçeğe uyum kapasitesinin arttığı söylenebilir. Ancak %100'e varan F+ değeri, niteliğe verilen aşırı önemi vurgulamakta, katı

kuralcı kişilerin özelliği olarak kabul edilmektedir. Az sayıdaki cevaplar ise (% 60 ve civarı) çevresini gerçekçi ve doğru biçimde değerlendirebilen, yargılarında yanlıgıların az olduğu bireyi işaret etmektedir (İnceer vd, 1984:119).

F- (Kötü Form) yanıtları: Olumsuz form yanıtlarıdır. Ayrıştırılamayan ve tamamen düzgün sunulamayan formlardır. Kişinin doğru karar verememesi sonucunda kendisini kontrol etmeden her türlü uyarının egemenliğine bıraktığını gösteren bu yanıtlar, seçilen anlamla hiçbir benzerlik taşımayan yanıtlardır. İyi düşünülmüş yanıtlar olsalar da algısal olarak doğru değillerdir. Kişi gördüklerine herkesin verebildiği yanıtlar yerine keyfi açıklamalar yaparak bozulmuş imgeler sunmaktadır. (İkiz, 2007/b:10-13).

K (Kinestezi) yanıtları: Hareket yanıtlarıdır. Kişi, bir nesneyi algılayıp tüm bir beden imgesi oluşturmakta, sonrasında da bu nesnenin üzerinden yaratıcılığını kullanarak ona eylem yüklemektedir (İkiz, 2007/b:10-13). Hareket cevapları şekil algıları ve hareket faktörleri tarafından belirlenen cevaplardır. Denek objeyi hareket halinde imajine eder. Bununla birlikte hareket tarif edilen her cevap K değildir. Sıfat olarak kullanılan cevaplarda bir hareket varmış gibi düşünülse de bunlar form cevaplarıdır. (Kronenberg ve Lemkau, 1975:21-53). Testi formüle ederken K cevaplarının sağlıklı formülasyonu için aşağıda verilen cümle belki bir kural olarak alınabilir “İşaret edilen hareket yanıtın belirlenmesinde primer bir rol oynuyor mu?” Bazen bir cevabın F’ mi, K’ mı olduğunu belirlemek güç olur. Entellektüel denekler genellikle hareket faktörlerinin cevaba katkısının olup olmadığını söylerler; bununla birlikte bunların sorulması için testin bitmesini beklemek gereklidir. Aksi halde dikkat çok güçlü bir şekilde hareket faktörlerine çekilebilir (İnceer vd, 1984:119).

Hareketi gösteren yanıtlarda kişinin bir nesneyi algılayıp, ona bütün bir beden imgesi yükleyip, ardından yaratıcılığını kullanarak o nesneye bir takım hareketler yükleme kapasitesini ortaya çıkartmakta, biçim ve hareket beraber ortaya çıkmaktadır. Kişinin entellektüel seviyesini ve içselleştirebilme kapasitesini gösteren bu yanıtlar, aynı zamanda yaratıcılık ve ruhsal zenginliği de ortaya koymaktadırlar. Yaşa bağlı olarak gelişen entellektüel ve duygusal yetilerin artmasıyla K yanıtlarının da artması beklenmektedir (Anastasiadis, 1975).

K cevaplarının sayısı “zeka üretkenliği”, “çağrışım zenginliği”, “yeni çağrışımları biçimlendirme kapasitesi” ile orantılı olarak yükselmektedir. Düşünme ne kadar stereotipik ise, K cevapları da o kadar az olur (İnceer vd, 1984:119).

K cevapları aynı kişide renk cevapları ile kıyaslandığında kişinin yaşam tipi ortaya çıkarılır. K cevaplarının renk cevaplarına baskın olması durumunda, o kişinin dışadönükten ziyade içedönük bir kişi olduğunu ifade eder. İçe dönük tip yaratıcıdır, duygusal tepkileri stabil, hareketleri yavaştır, tepki göstermeden önce düşünür, onun tepkileri ikincildir (Kronenberg ve Lemkau, 1975:21-53). Renk cevapları bireyler arası duygulanımı ve temel affektif özellikleri ifade eder (İnceer vd, 1984:119).

Ka (Animal Kinestezi) yanıtları: Hayvana ait hareket yanıtlarıdır. Tüm bir insana ait özdeşleşme yapma ve bütün bir insan imgesine göndermede bulunma yerine, hareketlerin hayvanlar üzerinden açıklandığı durumlarda kullanılan kodlamalardır. (İkiz, 2007/b:10-13)

Kobj (Objekt Kinestezi) yanıtları: Nesnelere ait hareket yanıtlarıdır. Bir nesnenin üzerine yansıtılmış eylemleri içeren net ve sabit yanıtlardır (İkiz, 2007/b:10-13).

Rorschach testinde renklerin yorumlar üzerine etkisinin incelenmesinde değişik olasılıklar ortaya çıkar. Bunlar: C, CF ve FC kodlarıdır.

C (Saf Renk) yanıtları: Renk yanıtlarıdır. Tayin edici olan kartın rengidir. Renk uyaran olarak algılanmaktadır. Affektif yanın ön planda olduğu; canlı, renkli duygusal dünyanın hareketli olduğu durumlarda kullanılan kodlamadır (İkiz, 2007/b:10-13). Duygusal öğeleri ortaya koyan, kişinin uyaranlara nasıl yanıt verdiğini açıklayan yanıt türleridirler. C yanıtları aynı zamanda canlı ve renkli duygusal dünyanın varlığına işaret ederek, kişinin dışarıdan gelen uyaranlara yanıt verip sonra kontrol sağlayıp, sağlayamayacağı bakımından da önemlidirler. (Rorschach, 1969:29-36). Bu cevap impulsivitenin temsilcisi olarak kabul edilebilir. İmpulsivitenin kelime anlamı atılman, düşüncesizce hareket edendir. C’ler ne denli çoksa, impulsif eylemlere eğilim de o denli çoktur (Akdikmen, 1985).

C yanıtları, formun anlamlı bir katkısı olmaksızın yalnızca renk tarafından

belirlenmektedir. Bu kodu veren kişiler duygularını kontrol edemeyen, heyecanlarının etkisinde kolayca kalabilen, olaylar karşısında aniden patlayan, telaşa kapılan bireylerdir ve C cevabı ayrıca kaçış davranışına da işaret edebilir. Deneğin impulsif eğilimi vardır ancak kontrol etmek için soyutlamalara başvurur, dürtüyü duygusal yükünden arındırıp kontrol etme çabasına girebilir, ya da bu kontrolü yitirdiğini ve regresif bir cevap verdiği söylenebilir (Anastasiadis, 1975).

FC (Form Hakim Renk) yanıtları: Renk yanıtta katkıda bulunur ancak belirli bir form içinde yer almaktadır. Kişi rengi, kavramları tanımlamak için kullanmakta; çoğunlukla da söz konusu kavram kendi içeriğinde rengi barındırmaktadır (İkiz, 2007/b:10-13). FC cevapları normallerde yaygın olarak görülür. Duygusal ilişkilere girme yeteneği bu cevabı veren kişilerde görülen bir özelliktir ve FC'ler kişinin uyum yeteneğini de ifade eder (Minör vd, 1989:123-135). Yorum birincil olarak şekil üzerine kurulmuştur fakat renkten de anlamlı olarak etkilenir. FC yanıtları denekte mantığın duygulara baskın olduğunu gösteren cevaplardır. Bireyin duygularını ifade edebildiğini ancak daha çok mantığının ön planda olduğunu, ego gücünün fazla olduğunu, şahsiyetin pasiflik değil aktif tutum çabasına giriştiğinin göstergesi olan FC yanıtlarında, deneğin bunu yaparken duygularının farkında olabilme, kendisini başkalarının yerine koyabilme, kişiler arası ilişkilerinde spontanlık, kendisinin ve başkalarının duygularının farkından olabilme özelliklerinden söz edilebilir (Anastasiadis, 1975).

CF (Renk Hakim Form) yanıtları: Renk ön plandadır; ancak biçime ait özellikler de bulanmaktadır. Affektif yapının bir biçim üzerinden açıklandığı durumdur (İkiz, 2007/b:10-13). Sıklıkla normallerde de bulunan CF cevapları kadınlarda erkeklerden daha siktir. Duygusal dalgalanma, duyarlılık, çabuk öfkelenme bu cevabın taşıdığı özelliklerdir (Minör vd, 1989:123-135).

Yorum birincil olarak lekenin rengi tarafından belirlenir fakat form da tümüyle gözden uzak tutulmaz. CF cevapları C'ye nazaran kişi tarafından etkinlik, örgütlenme isteyen cevaplardır. Sıcak, içten gelen duyguların dışavurumudur. Bu kişilerin insan ilişkilerinde sıcaklık, spontanlık vardır. Ancak yine de çocuksuluktan duygularının etkisi altında kalmakta olan, egosantrik, kendi duygularını çok ön planda tutup başkalarının duygularına önem vermeyen, kendilerini başkalarının yerine koyamayan kişilerden söz edilebilir (Anastasiadis, 1975).

Üç grup renk cevabının ayrılması çok önemlidir ve bir gruba veya diğerine dahil etmek sıklıkla soruya açıktır. Doğal olarak birincil renk cevapları, yani formu tamamen ihmal eden cevaplar, tanınması en kolay olanlarıdır. Diğer iki grup genellikle “eğer şekil siyah olsa idi yorum yine aynı mı olacaktı” diye sorularak birincil renk cevaplarından ayrılabilir. Eğer bir cevabın FC veya CF olduğu çözülemiyorsa, renk cevaplarında form görmenin açıklığına bakılır. Form görmenin açıklığı, denek siyah lekeleri yorumladığı zamankinden daha az keskin ise, bir FC den ziyade CF düşünülebilir. Keza birincil olarak renk cevapları veren vakaların genellikle CF cevapları verdikleri de doğrudur (Anastasiadis, 1975). Renk cevaplarından C ve CF cevapları kişinin kendine dönüklüğünün ifadesidir yani bu kişilerin tepkileri egoisttir (Minör vd, 1989: 123-35).

Clob (Gölge) yanıtları: Kişinin korkularını karta aktardığı yanıtlardır. Clob yanıtları ağır endişe ve korkuyu işaret ederken (İkiz, 2007/b:10-13), bu tür tefsirler, formun ve gölgenin önemine göre deneğin, angooisse’a karşı mücadele kabiliyetini, aynı zamanda ruhi bakımdan denge derecesini gösterir. Clob cevapları esasen angooisse belirtisidir. Clob analizine baktığımızda; Clob cevapları, normal kişilerde nadirdir, şahsiyetin affektif merkezinde sarsılma, kuvvetli intibak güçlüğü, kuvvetli disphorie, dış stimüllüslere karşı anksiyeteli reaksiyon, dış realiteye intibakta güçlük, kontrolden tamamen mahrum merkezi affektif reaksiyonlar, şahsiyetin derin yapısında fragilite (kolay kırılabilirlik, zayıflık, narinlik), affektivitede mobilite (değişkenlik, sebatsızlık) anlamlarına gelmektedir. Özetle kartın karanlık niteliğine verilen Clob yanıtlar deneğin kendisini güvensiz hissetmesinden doğan ilkel anksiyeteyi belirtir. Genellikle çocukluk dönemi aggressive dürtülerin projekte edilmesiyle ortaya çıkan bu cevaplar aynı zamanda deneğin o dönemdeki düşünce biçimini de ortaya çıkarır; büyüsel veya mantık ötesi düşünce gibi. Clob cevaplarının fazlalığı şizofreniyi düşündürür (Anastasiadis, 1975).

FClob (Form Hakim Gölge) yanıtları: Anksiyetenin kontrol edildiği durumlarda, ClobF yanıtları da endişe boyutunun biçimin önüne geçtiği durumlarda görülmektedir (İkiz, 2007/b:10-13). Angooisse’ın henüz zekaya ve iradeye tabi olduğunu yani şahsiyetin henüz angooisse’ı kontrol edebildiğini gösteren FClob yanıtlarında, FClob sayısının 3’ten fazla olması deneğin, angooisse’nın kontrol çabasında başarısız olduğuna, şahsiyetin temelinde istikrarsızlık olduğuna ve dysphorie’ye işaret eder

(Anastasiadis, 1975).

ClobF (Gölge Hakim Form) yanıtlar: Gölgenin ön planda olduğu, formun bu gölgenin akabinde ortaya çıktığı yanıt tipidir. Rorschach testinde ClobF cevaplarının 3 taneden fazla olması şahsiyetin temelinde istikrarsızlık, kuvvetli dysphorie, neticesiz bir kontrol eğilimine işaret eder. ClobF sayısının daha fazla olması ise şahsiyetin merkezinde dysphorie'nin (melankolik eğilim) hakim olduğunu ancak muhakemenin henüz kaybolmadığını göstermektedir (Anastasiadis, 1975).

KClob (Obeje Hakim Gölge) yanıtlar: Objelerin gölgeli kısımlarda görülmesi ya da hareket halindeki gölgeli obje yanıtlarıdır (Anastasiadis, 1975).

H (Human) yanıtları: İnsan yanıtlarıdır. Kişi tam bir insan şekli sunabilmektedir. Özdeşim kapasitesi ile ilgili olan insan yanıtları bütün bir beden imgesine sahip kişiliğe gönderme yapmakta, sosyal uyumu göstermektedir (İkiz, 2007/b:10-13). Human yanıtları deneğin insanlarla ilişkilerini ve bu ilişkinin niteliğini, bireyin beden bütünlüğünü ortaya koyan yanıtlardır. Human yüzdesinin yüksek ve niteliklerinin kötü olması kişiler arası ilişkilerde ve sosyal uyumda yoğun sorunlar, insanlardan uzaklaşma, özdeşim problemleri, H yüzdesinin düşük olması ise gerçeklik ilkesinde kuru, kısır bir yaklaşımı, ilişkilerde yüzeyselliği, korkulu veya kaçış davranışlarını, idantifikasyon problemini işaret eder (Anastasiadis, 1975).

Hd yanıtları: İnsan şeklinin bir bölümünün verildiği yanıtlardır. Bedene ait kısımlar verilmekte, insan parça parça tasarımlanmaktadır (İkiz, 2007/b:10-13). Eksik ya da kopuk human yanıtları benlik imgesinin bozuk olduğunu, bireyin bedenini bu şekilde algıladığını gösterir (Anastasiadis, 1975).

A (Animal) yanıtları: Hayvan yanıtlarıdır. Kişini sosyalleşme süreci ve sosyal uyum yollarını göstermektedir (İkiz, 2007/b:10-13). Rorschach testinde hayvan cevapları sıklıkla görülür. Hemen hemen tüm zeki deneklerin eğitimlerine bakılmaksızın, cevaplarının % 25-50'si hayvan formudur. Dahası, yalnızca imajinatif yanı, hayal gücü kuvvetli olan denekler % 35'den daha az cevap verirler. Hayvan cevaplarının yüzdesinin %50'den fazla olması da stereotipi yani tekdüzeliğin, aynı şeyi tekrarlayıcılığın belirtisi iken, hayvan cevabının yüzdesinin düşük olması neşeli duygulanımı gösterir (Lipovsky vd, 1989:449-458).

Ad (Animal Detay) yanıtları: Hayvana ait özelliklerin bütün değil de beden parçaları şeklinde verildiği yanıtlardır (İkiz, 2007/b:10-13).

Anat.(Anatomi)yanıtları: İnsan ve hayvan bedeninin içine, organlara ve anatomik yapıya ait yanıtlardır (İkiz, 2007/b:10-13). Beden imgesi, yani kişinin bedenini algılayışı bakımından önemli olan anatomi yanıtları, dışarıdan bakıldığında görünmeyen, iç organları gösteren yanıtlardır (Phillips ve Smith, 1953:127).

Os. (Kemik) yanıtları: Kemik anatomisine ait yanıtlardır. Kişinin, düşmanca dürtülerini bastırmakta yoğun uğraş verdiği, bireyin kontrolünü kaybetme korkusunu açığa çıkartan yanıtlardır. Birey öfkesini, saldırgan dürtülerini bastırmaya çalışmakta, bunları ifade etmekte ketlenme yaşamakta ve bu duygu ve yaşantılarını inkar etme yolunu seçmeyi tercih ettiğinde bu tür cevaplar vermektedir (Prim, 2002: 56).

Obj. (Obje) yanıtları: Çeşitli cansız nesnelere adlandırıldığı yanıtlardır (İkiz, 2007/b:10-13). Objeye yanıtlarının insan yanıtlarını ne denli etkilediği çok önemlidir. Protokolde objeye yüksek H düşük ise canlı olanı yadsıma, cansızlaştırma eğilimi söz konusudur ve özellikle obsesif ve şizofrenilerde görülür. Bu patoloji grubunda nesneleştirme eğilimi küçümseme ve duyguları kaybetme ile birlikte görülür (Anastasiadis, 1975).

Plt. (Bitki) yanıtları: Bitki çeşitlerinin verildiği yanıtlardır (İkiz, 2007/b:10-13). Çocukluluğa gönderme yapar ve sayıca çok olması, içerik analiziyle değerlendirilerek “puerilisme” belirtisi olarak kabul edilir (Anastasiadis, 1975).

Geog. (Coğrafya) yanıtları: Çeşitli coğrafi şekillerin verildiği yanıtlardır. (İkiz, 2007/b: 10-13). Zeka kompleksine işaret eder, deneyin kendisini zeki gösterme çabaları olabileceği gibi, özellikle belirsiz tepkiler kaçış cevaplarına, beden imgesi bozukluklarına işaret eder (Anastasiadis, 1975).

Nat. (Doğa) yanıtları: Doğaya ait tanımlamaların yapıldığı yanıtlardır (İkiz, 2007/b:10-13). Sık Nat. cevapları hafif şizoid belirti olarak kabul edilir. Deneyin yalnız kalma, doğaya sığınma, kaçış ve uzaklaşma eğilimine işaret edebilir (Anastasiadis, 1975).

Ban. (Popüler) yanıtlar: Sık rastlanan yanıtlardır. Kişinin herkes gibi olduğu, gerçeklere uyduğunu ve sosyalleştiğini göstermektedir (İkiz, 2007/b:10-13).

K/C Faktörü : Erlebnis Typus'da “K” faktörü introversiviteyi, C faktörü ise extratensiviteyi gösterir. Erlebnis K'nın C' ye oranından görülmektedir. Hermann Rorschach birincisinde “K”, ikincisinde “C” faktörünün hakim olduğu iki psikolojik tip ortaya çıkarmıştır. Gerek introversivite ve gerekse extratensivite iki kutup eğilimdir. Hermann Rorschach erlebniste 4 tip ayırt eder.

- **İntroversif Tip:** Bunun saf tipi ve mixt tipi vardır. Saf tipinde K cevapları vardır, C cevapları yoktur. Mixt tipte ise hem K, hem de C cevapları vardır, fakat K cevapları baskındır. İntroversif tip mixt olduğu zaman adaptatif, saf olduğu zaman egosantrik bir ruhi yapıyı gösterir. Böyle bu erlebnis veren kişilerin düşünceleri kendi iç dünyalarına yönelmiştir, içlerine kapanmışlardır, çevreleri ile affektif ilişkileri zordur, zayıftır. Bu tiplerde aynı zamanda kuvvetli hayal gücü, yaratıcılık ve artistik kabiliyette vardır.
- **Extratansif Tip:** Burada da saf ve mixt tip vardır. Saf tipte sadece renk (C) cevapları bulunur, mixt tipte ise hem C hem de K cevapları vardır, fakat renk cevapları baskındır. Bu tip saf olduğu zaman renk cevaplarının tam baskınlığı ile ifade olunur. Bu tip ve özellikle mixt olanı sosyaldır, expansiftir, pratik ve sağduyu sahibidir, introversif tipten daha büyük bir uyum yeteneğine sahiptir. Loosli-Usteri'nin sonuçlarına göre saf extratansif tip 10-13 yaş arasındaki çocuklarda çok görülmektedir.
- **Ambiequal Tip:** Bu tipin “dilate” ve “retracte” şekli vardır. Dilate şeklinde K ve C cevapları hemen hemen eşittir ($K/C=3/5,5/3$). Retracte veya kopuk tipte ise gerek K ve gerekse C cevapları eşit sayıdadırlar ($K/C=4/4,3/3$). Ambiequal tip dilate olduğu zaman zengin ve dengeli bir şahsiyet ifadesidir. Gerek entellektüel alanda (orijinal düşünce, yaratıcı ve yapıcı düşünce) ve gerekse affektif alanda (vitalite ve heyecan) denge kurmuştur ve sosyal uyumu iyidir. Ambiequal retracte tip ise, fakir bir tiptir. Dilate tipte bulunan nitelikler burada çok fakirleşmiş durumdadırlar. Gerek dilate ve gerekse retracte tipler, özellikle affektif ambivalans gösterenlerde çok görülür.
- **Coarte Tip:** Burada da iki şekil vardır. Saf coarte ve coartatif tip. Saf coarte tipte K ve C cevapları hiç yoktur ($K/C=0/0$). Coartatif tipte ise bazen $K/C=1/0$ şeklindedir. Coarte tip melankoli ve kurumuş şizofrenlerde vardır.

Coartatip tip ise affeksiyon adına bir ümit demektir. Coarte tip, hislerin dışa vurulmasını inhibe eder, hayal gücünü frenler. Onda hakim olan, lojik fonksiyondur. Prodüktivite kabiliyeti zayıftır, affektif ilişkileri ve ilgileri çok sınırlıdır. Çok vicdan sahibi, titiz ve disiplinli, inhibe kişiler ve mental debiller çok defa coarte veya coartatiftirler.

Görüldüğü gibi ruh hastalığı olan birey uç kutuplardan birine fiske olmuş tiplerdir. Bu uç kutup saf introversif veya saf extratansif olabilir. Saf introversif tipin özellikleri şunlardır: Rigidite, affektif kuruluk, realite ile ilişkileri ve bağları kesmek. Saf extratansif tipin özellikleri ise, frensiz bir labilite, eksplozite, aynı zamanda agresif bir irritabilite, anxiete, maturite eksikliği ve regresif bir infantil affektivite (Anastasiadis, 1975).

Affektif Maturite: Loosli-Usteri'nin Rorschach testine katkılarından biri olan bu bölümde $FC > CF + C$ formülü kullanılır. Toplam FC sayısının, CF ve C toplamından büyük olması maturite, tersi immaturite bulgusu olarak kabul edilir (Anastasiadis, 1975).

Kadinsky: $K > Ka.+Kobj.$ formülü ile hesaplanır. Normalde toplam K sayısının, Ka ve Kobj. toplamından büyük olması beklenir. Formülün tersine dönmesi yani $K < Ka.+Kobj.$ olması, infantil hayal gücü olarak kabul edilir (Anastasiadis, 1975).

Beck'in Extratensivite Formülü: 8, 9 ve 10. planşlar için verilen toplam cevap sayısının, tüm planşlar için verilen cevap sayısı toplamına oranından hesaplanır. Bu oranın normal değeri %40'tır. $< \%40$ olması extratensiviteyi, $> \%40$ olması ise introversion'u işaret eder (Anastasiadis, 1975).

2.4. Veri Çözümleme Yöntemleri

Araştırma verilerinin tümü Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi (SBİP)-(Statistical Package for Social Sciences-SPSS) programının 12.0 sürümü kullanılarak çözümlenmiş, manidarlık .05 düzeyinde sınanmış, diğer manidarlık düzeyleri ayrıca belirtilmiştir.

Çözümlemede istatistiki analiz yöntemlerinden varyans analizi ve Mann-Whitney U testi, ayrıca iki değişken arasındaki bağıntıyı görebilmek için Ki-kare testleri uygulanmış, elde edilen verilerin histogram dağılımları çıkarılmış ve tüm veriler araştırmanın amaçlarına uygun olarak tablolar halinde verilmiştir.

BÖLÜM III

BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde araştırmada ele alınan amaçlar doğrultusunda toplanan verilerin istatistiksel çözümlenmeleri sonucunda elde edilen bulgular ve yorumları yer almaktadır. Bulgular bölümünde önce parametrik testlerden varyans analizi ile yapılan değerlendirme sonuçlarına ve bu sonuçların histogram dağılımlarına yer verilmektedir. Daha sonra nonparametrik testlerden Mann-Whitney U testi ile yapılan analiz sonuçları ve sonuçların histogram dağılımları yer almaktadır. En son bölümde ise Ki- kare analiz sonuçları ve sonuçların histogram dağılımları verilmiştir. Uygulanan tüm istatistiksel yöntemlerde bulgular tanı ve cinsiyet değişkenlerine göre analiz edilmiştir.

Tablo I. Bilişsel Süreçlerin Varyans Analizi İle Değerlendirilmesi

		Kadın			Erkek			Toplam			F	P
		n	Ort.	Ss	n	Ort.	Ss	n	Ort.	Ss		
R	Sch	50	20.20	7.01	50	16.70	4.64	100	18.43	6.17	125.243	p<.001
	Mani	50	31.18	6.02	50	26.24	7.83	100	28.71	7.38		
	Top.	100	25.69	8.52	100	21.47	8.00	200	23.58	8.51		
	F	21.188										
	P	p<.001										
G	Sch	50	37.36	25.01	50	49.02	22.47	100	43.19	24.37	24.73	P<.0001
	Mani	50	26.41	11.83	50	32.48	16.03	100	29.45	14.34		
	Top.	100	31.89	20.23	100	40.75	21.12	200	36.32	14.34		
	F	10.29										
	P	P<.001										
D	Sch	50	57.61	18.45	50	48.18	18.27	100	52.85	18.90	6.20	p<.05
	Mani	50	58.44	10.70	50	58.62	15.22	100	58.53	13.09		
	Top.	100	58.03	14.97	100	53.40	17.53	200	55.70	16.43		
	F	4.18										
	P	p<.05										
Dd	Sch	50	7.08	9.27	50	2.68	5.09	100	4.86	7.74	30.53	p<.001
	Mani	50	15.72	9.94	50	6.94	7.80	100	11.33	9.93		
	Top.	100	11.44	10.51	100	4.81	6.89	200	8.11	9.46		
	F	31.88										
	P	p<.001										
Dbl	Sch	50	1.08	2.41	50	1.46	3.63	100	1.27	3.07	4.49	p<.05
	Mani	50	2.92	4.29	50	1.58	2.20	100	2.25	3.46		
	op.	100	2.00	3.58	100	1.52	2.98	200	1.76	3.30		
	F	1.12										
	P	p>.05										

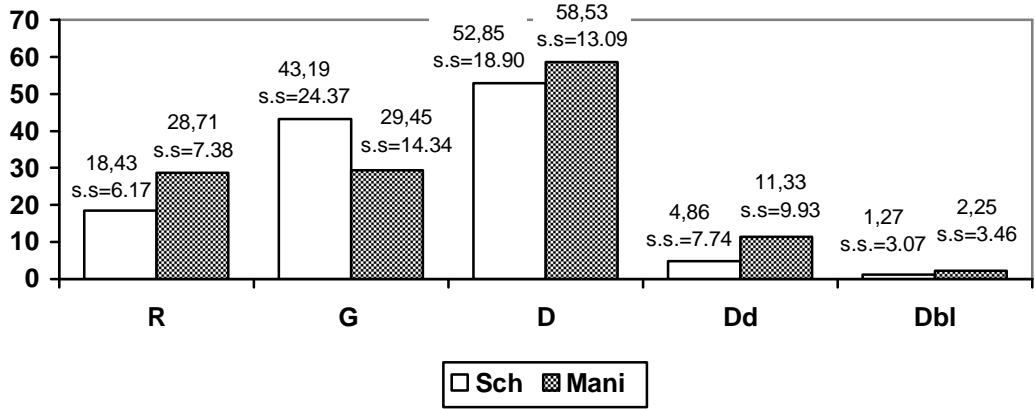
*p<.05 anlamlı

*p<.01 çok anlamlı

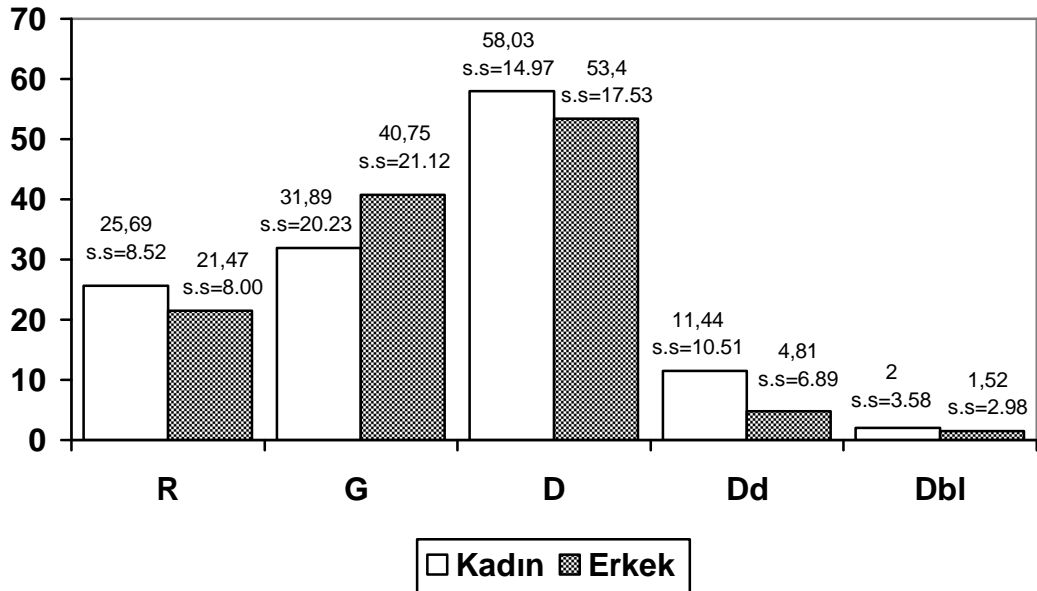
*p<.001 ileri derecede anlamlı

*p<.0001 ileri derecede çok anlamlı

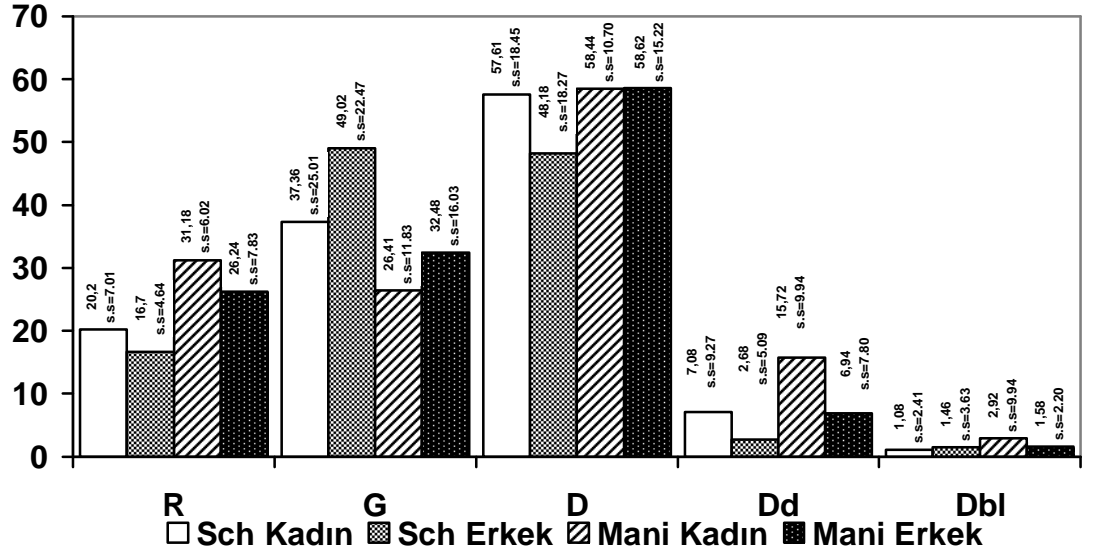
Grafik I.a. Bilişsel Süreçlerin Tanya Göre Varyans Analizi İle Değerlendirilmesi



Grafik I.b. Bilişsel Süreçlerin Cinsiyete Göre Varyans Analizi İle Değerlendirilmesi



Grafik I.c. Bilişsel Süreçlerin Tanı ve Cinsiyete Göre Varyans Analizi İle Değerlendirilmesi

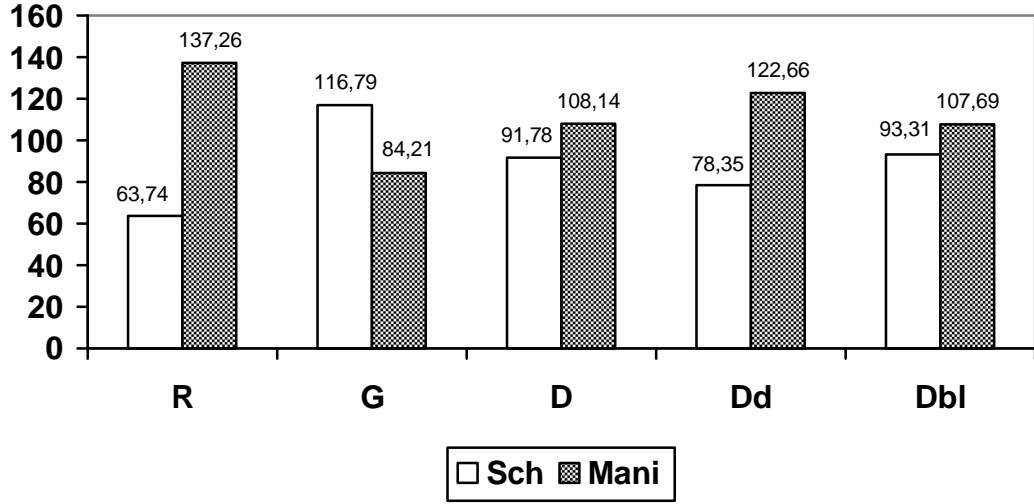


Tablo II.a. Bilişsel Süreçlerin Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi İle Değerlendirilmesi

	R	G	D	Dd	Dbl
Şizofreni sıra ort. (n=100)	63.74	116.79	91.78	78.35	93.31
Mani sıra ort. (n=100)	137.26	84.21	108.14	122.66	107.69
U	1324.000***	3371.000***	4136.000*	2784.500***	4281.000*

*p<.05, ***p<.001

Grafik II.a. Bilişsel Süreçlerin Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi İle Değerlendirilmesi

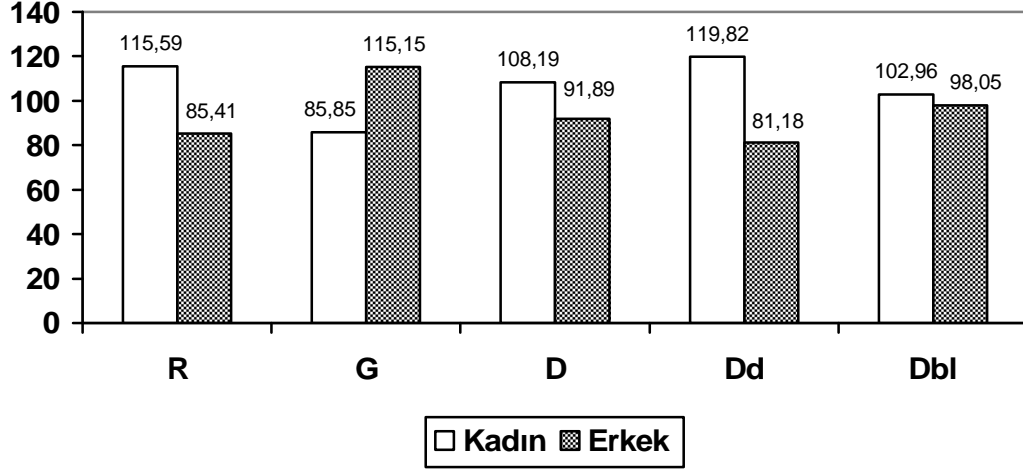


Tablo II.b. Bilişsel Süreçlerin Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi Değerlendirilmesi

	R	G	D	Dd	Dbl
Kadın sıra ort. (n=100)	115.59	85.85	108.19	119.82	102.96
Erkek sıra ort. (n=100)	85.41	115,15	91.89	81.18	98.05
U	3491.000***	3535.000***	4139.000*	3068.000***	4754.500

*p<.05, ***p<.001

Grafik II.b. Bilişsel Süreçlerin Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi İle Değerlendirilmesi



Tablo I' de görüldüğü gibi, kadın şizofren hastaların R puanlarının ortalaması 20.20, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 16.70'tir. Kadın mani hastaların R puanlarının ortalaması 31.18, erkek mani hastaların ortalaması ise 26.24'tür. Sonuçlara göre şizofreni hastalarının puanları ($X=18.43$), mani hastalarının puanlarına göre ($X=28.71$) daha düşüktür. R puanları mani hastalarının lehine $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F:125.243$ $p<.001$).

Cinsiyet değişkeni açısından bakıldığında her iki gruptaki kadın hastaların R puanları ($X=25.69$) erkek hastaların puanlarına ($X=21.47$) oranla daha yüksek bulunmuştur. R puanları kadın hastalar lehine $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ($F: 21.188$ $p<.001$). Ayrıca erkek mani hastaların puanları ($X=26.24$), erkek şizofren hastaların puanlarından ($X=16.70$) $p<.05$ düzeyinde, kadın mani hastaların puanları ise ($X=31.18$), kadın şizofren hastaların ($X=20.20$) ve erkek mani hastaların puanlarına ($X=26.24$) göre $p<.05$ düzeyinde anlamlı olarak farklılık göstermektedir.

G yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların G yüzdeleri ortalaması 37.36, erkek şizofren hastaların ortalaması 49.02'dir. Kadın mani hastaların G yüzdelerinin ortalaması 26.41, erkek mani hastaların ortalaması ise 32.48'dir. Sonuçlara göre şizofrenik

hastaların yüzdeleri ($X=43.19$), manik hastaların puanlarına ($X=29.45$) göre anlamlı düzeyde yüksektir. G yüzdeleri şizofreni hastalarının lehine $P<.0001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ($F: 24.73 P<.0001$).

Bunun yanı sıra cinsiyetler arasında da erkek hastalar lehine $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F: 10.29 p<.001$). Her iki gruptaki erkek hastaların G yüzdeleri ($X=40.75$) kadın hastaların puanlarına ($X=31.89$) oranla daha yüksektir. Ayrıca erkek şizofren hastaların yüzdeleri ($X=49.02$) erkek mani hastalarının ($X=32.48$) ve kadın şizofren hastalarının ($X=37.36$) yüzdelerine oranla $p<.05$ düzeyinde , kadın şizofren hastaların yüzdeleri ($X=37.36$) ise kadın mani hastaların ($X=26.41$) yüzdelerine oranla $p<.05$ düzeyinde manidardır.

D yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların D yüzdeleri ortalaması 57.61, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 48.18'dir. Kadın mani hastaların D yüzdelerinin ortalaması 58.44, erkek mani hastaların ortalaması ise 58.62'dir. Manik hastaların yüzdeleri ($X=58.53$), şizofrenik hastaların yüzdelerine ($X=52.85$) göre daha yüksektir. Toplam D yüzdeleri mani hastaları lehine $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. ($F=6.20 p<.05$).

Cinsiyet değişkeni açısından irdelendiğinde her iki grupta da kadın hastaların yüzdeleri ($X=58.03$) erkek hastalara ($X=53.40$) oranla daha yüksektir. Toplam D yüzdeleri kadın hastalar lehine $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F=4.18 p<.05$). Ayrıca D yüzdeleri erkek şizofren hastaların aleyhine ($X=48.18$), kadın şizofren ($X=57.61$) ve erkek mani hastalarına ($X=58.62$) göre $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Dd yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların Dd yüzdeleri ortalaması 7.08, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 2.68'tir. Kadın mani hastaların Dd yüzdelerinin ortalaması 15.72, erkek mani hastaların ortalaması ise 6.94'tür. Manik hastaların yüzdeleri ($X=11.33$), şizofrenik hastalara ($X=4.86$) oranla daha yüksektir. Dd yüzdeleri mani hastalığı lehine $P<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F=30.53 P<.001$).

Bunun yanı sıra Dd yüzdelerinde cinsiyete göre de kadın hastalar lehine $p<.001$ düzeyinde anlamlı farklılık saptanmıştır ($F=31.88$). Her iki grupta da kadın hastaların yüzdeleri ($X=11.44$) erkek hastalara ($X=8.11$) göre daha yüksektir. Bununla birlikte kadın mani hastaların Dd yüzdeleri ($X=15.72$) kadın şizofren hastalara ($X=7.08$) ve erkek mani hastalara ($X=6.94$) göre $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır.

Dbl yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların Dbl yüzdeleri ortalaması 1.08, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 1.46'dır. Kadın mani hastaların Dbl yüzdelerinin ortalaması 2.92, erkek mani hastaların ortalaması ise 1.58'dir. Dbl yüzdeleri mani hastaları lehine $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F=4.49$ $p<.05$). Manik hastaların değerleri ($X=2.25$) şizofrenik hastalara ($X=1.27$) oranla daha yüksektir.

Cinsiyet değişkeni açısından bakıldığında, manik kadınların değerleri ($X=2.92$) şizofrenik kadınlara ($X=1.08$) oranla, manik erkeklerin değerleri ($X= 1.58$), şizofrenik erkeklere oranla ($X= 1.46$) daha yüksek bulunmuştur. Ancak elde edilen değerler ($F=1.12$ $p>.05$) anlamlı farklılık düzeyine ulaşmamıştır.

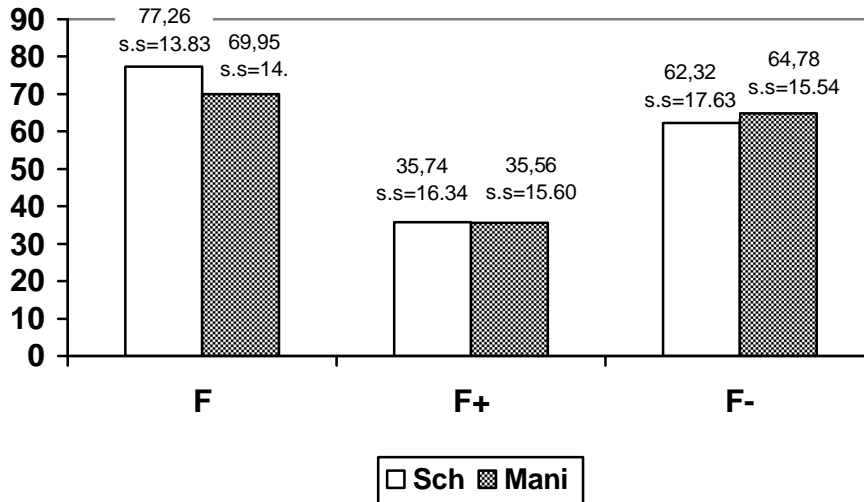
Tablo II.a.'dan da anlaşılacağı üzere, manik hastaların R ve Dd tepki sayısı şizofrenik hastaların R ve Dd değerinden $P<.001$, D ve Dbl değerleri ise $p<.05$ oranında anlamlı farklılık gösterirken, şizofrenik hastaların ise G değeri manik hastalardan $p<.001$ oranında farklılaşmaktadır.

Tablo II.b'de görüldüğü gibi, bilişsel süreçlerin cinsiyet değişkenine göre dağılımında her iki tanı grubunda yer alan kadın hastaların R ve Dd değeri erkek hastalardan $p<.001$ oranında, D değerleri ise $P<.05$ oranında anlamlı farklılık göstermektedir. Buna karşın her iki tanı grubundaki erkek hastaların ise kadın hastalara göre G değeri $P<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. Ancak Dbl değerinde ise cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

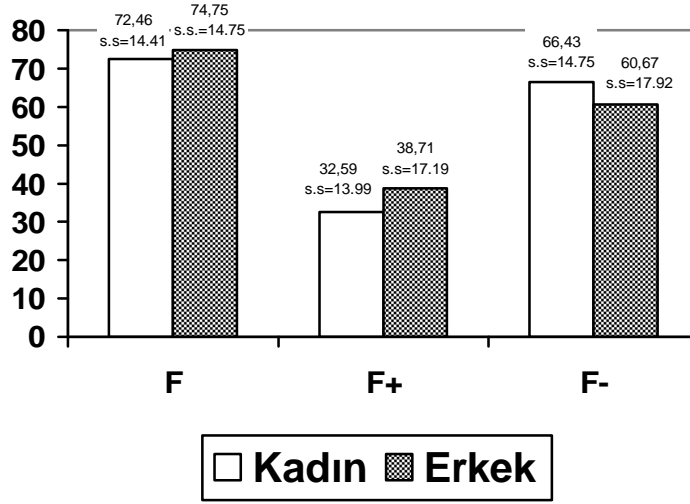
Tablo III.Ego Fonksiyonlarının Varyans Analizi İle Değerlendirilmesi

		Kadın			Erkek			Toplam			F	P	
		n	Ort.	Ss	n	Ort.	Ss	n	Ort.	Ss			
F	Sch	50	76.00	14.94	50	78.52	12.66	100	77.26	13.83	13.277	p<.001	
	Mani	50	68.92	1.08	50	70.98	15.83	100	69.95	14.48			
	Top.	100	72.46	14.41	100	74.75	14.75	200	73.60	14.59			
	F	1.30											
	P	p>.05											
F+	Sch	50	30.46	14.55	50	41.02	16.45	100	35.74	16.34	0.07	p>.05	
	Mani	50	34.72	13.21	50	36.40	17.77	100	35.56	15.60			
	Top.	100	32.59	13.99	100	38.71	17.19	200	35.65	15.93			
	F	7.70											
	P	p<.01											
F-	Sch	50	67.32	16.06	50	57.32	17.86	100	62.32	17.63	1.138	p>.05	
	Mani	50	65.54	13.42	50	64.02	17.52	100	64.78	15.54			
	Topl.	100	66.43	14.75	100	60.67	17.92	200	63.55	16.62			
	F	6.24											
	P	p<.05											

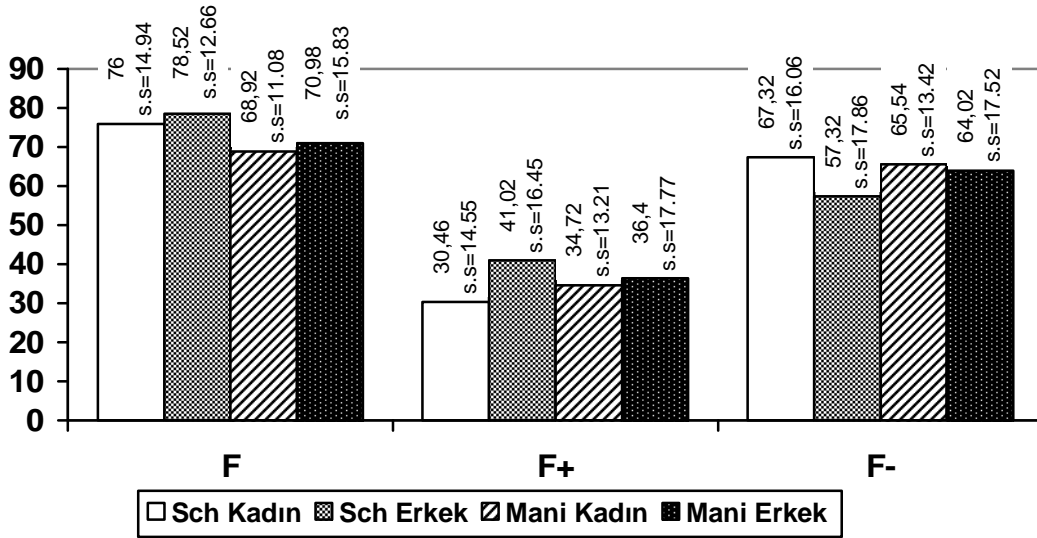
Grafik III.a. Ego Fonksiyonlarının Tanıya Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi



Grafik III.b. Ego Fonksiyonlarının Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi



Grafik III.c. Ego Fonksiyonlarının Tanı ve Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi

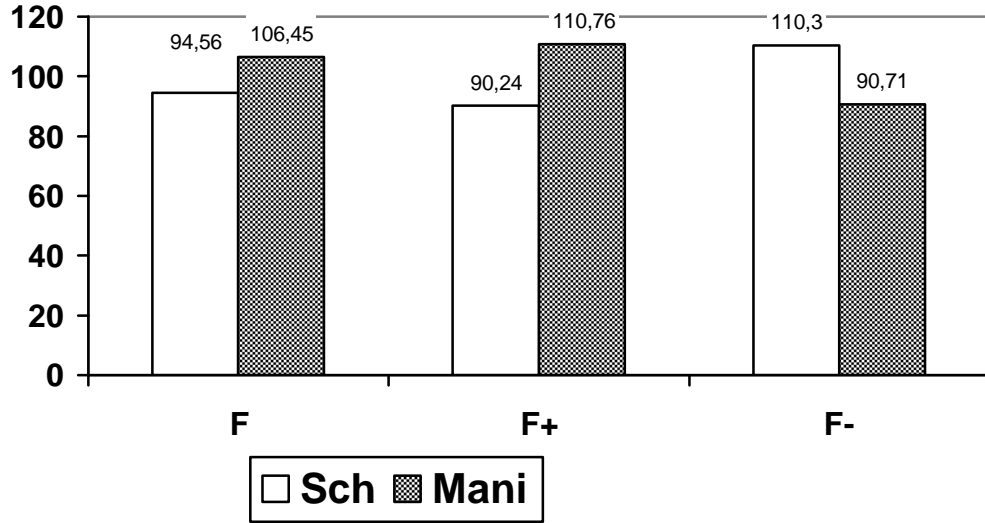


Tablo IV.a. Ego Fonksiyonlarının Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

	F	F+	F-
Şizofreni sıra ort. (n=100)	114.97	102.21	96.99
Mani sıra ort. (n=100)	86.04	98.79	104.02
U	3553.500***	4829.000	4648.500

***p<.001

Grafik IV.a. Ego Fonksiyonlarının Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

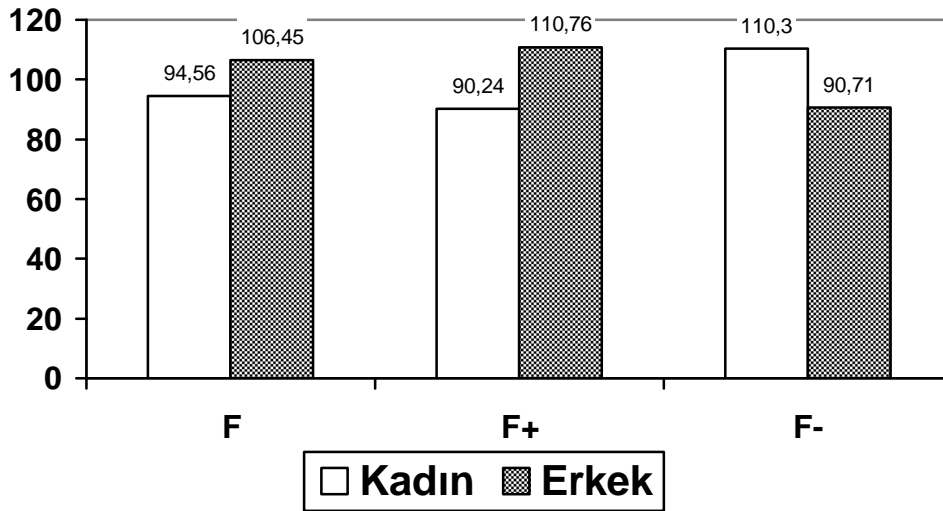


Tablo IV.b. Ego Fonksiyonlarının Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

	F	F+	F-
Kadın sıra ort. (n=100)	94.56	90.24	110.30
Erkek sıra ort. (n=100)	106.45	110.76	90.71
U	4405.500	3974.000*	4020.500*

*p<.05

Grafik IV.b. Ego Fonksiyonlarının Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi



Tablo III'ten de anlaşılacağı gibi, kadın şizofren hastaların F yüzdeleri ortalaması 76.00, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 78.52'dir. Kadın mani hastaların F yüzdelerinin ortalaması 68.92, erkek mani hastaların ortalaması ise 70.98'dir. Her iki gruptaki toplam şizofrenik hastaların yüzdeleri ($X=77.26$) manik hastalara ($X=69.95$) oranla daha yüksektir. Elde edilen sonuçlar F yüzdesi açısından şizofreni hastaları lehine $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F=13.277$ $p<.001$). Buna karşın kadın şizofren, erkek şizofren, kadın mani ve erkek mani hastaların F yüzdeleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>.05$) ve

cinsiyet değişkeni açısından F yüzdeleri anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır (F=1.30 p>.05).

F+ yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki F+ puanları tanı gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (F=0.07 p>.05). Bununla birlikte kadın şizofren hastaların F+ yüzdeleri ortalaması 30.46, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 41.02'dir. Kadın mani hastaların F+ yzdelерinin ortalaması 34.72, erkek mani hastaların ortalaması ise 36.40'tır. F+ yüzdeleri cinsiyet değişkeninde erkek hastalar lehine p<.01 düzeyinde anlamlı bulunmuştur (F=7.70, p<.01). Ayrıca erkek şizofren hastaların F+ yüzdeleri (X=41.02) kadın şizofren hastalara (X=30.46) göre p<.05 düzeyinde manidardır. Her iki grupta da erkek hastaların yüzdeleri (X=38.71) kadın hastalara (X=32.59) oranla daha yüksektir.

F- yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların F- yüzdeleri ortalaması 67.32, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 57.32'dir. Kadın mani hastaların F- yzdelерinin ortalaması 65.54, erkek mani hastaların ortalaması ise 64.02'dir. F- yüzdeleri tanıya göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (F= 1.138 p>.05). Buna karşın her iki grupta da kadın hastaların F- yzdelерinin (X=66.43) erkek hastalara (X=60.67) oranla p<.05 düzeyinde (F=6.24 p<.05), kadın şizofren hastaların F- yüzdeleri ise (X=67.32) erkek şizofren hastaların F- yzdelерinden (X=57.32) p<.05 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir.

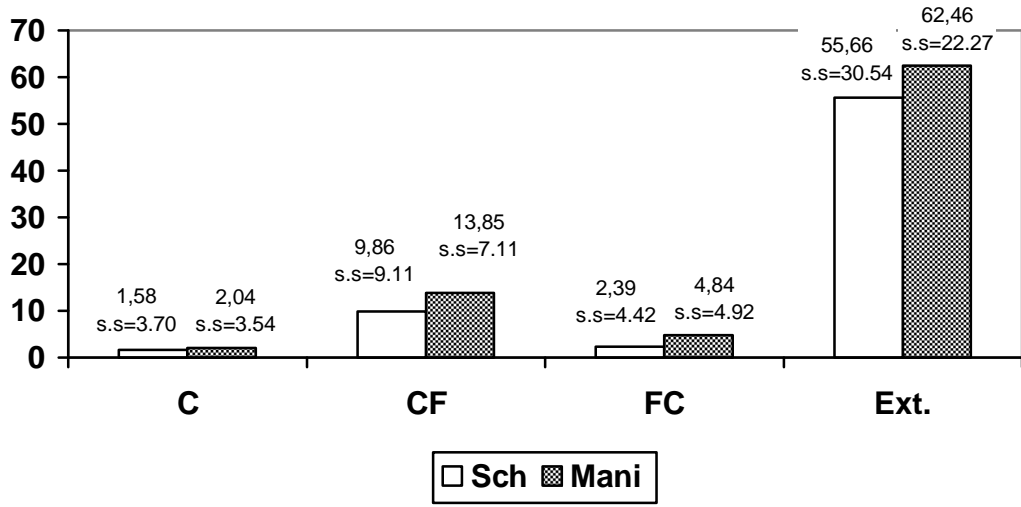
Tablo IV. a'da da görüldüğü üzere, şizofrenik hastaların F değeri manik hastalardan p<.001 düzeyinde anlamlı bir farklılık oluştururken, F+ ve F- değerlerinde bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo IV.b'de ise her iki tanı grubundaki hastaların F- değerinin cinsiyet değişkeni bağlamında anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir. Ancak erkek hastaların F+ değeri kadın hastalardan p<.05 ve kadın hastaların F- değeri erkek hastalardan p<.05 oranında anlamlı bir farklılık göstermektedir.

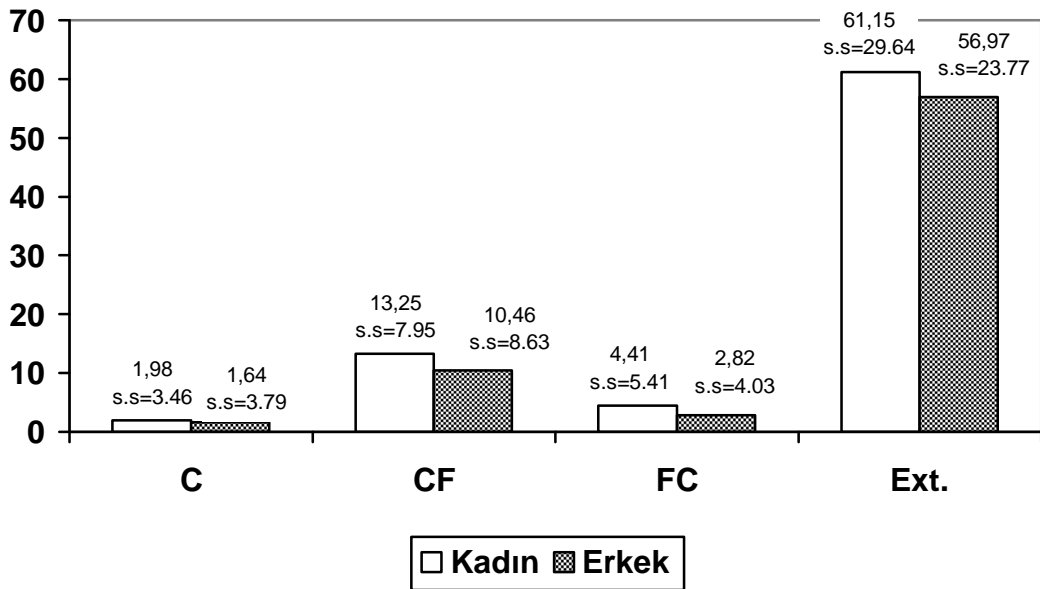
Tablo V. Affeksiyon Süreçlerinin Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi

		Kadın			Erkek			Toplam			F	P
		n	Ort.	Ss	n	Ort.	Ss	n	Ort.	Ss		
C	Sch	50	1.82	3.87	50	1.34	3.55	100	1.58	3.70	0.80	P>.05
	Mani	50	2.14	3.02	50	1.94	4.02	100	2.04	3.54		
	Top.	100	1.98	3.46	100	1.64	3.79	200	1.81	3.62		
	F	0.44										
	P	P>.05										
CF	Sch	50	11.38	8.33	50	8.34	9.67	100	9.86	9.11	12.16	p<.001
	Mani	50	15.12	7.15	50	12.58	6.92	100	13.85	7.11		
	Top.	100	13.25	7.95	100	10.46	8.63	200	11.86	8.39		
	F	5.94										
	P	p<.05										
FC	Sch	50	3.74	5.49	50	1.04	2.38	100	2.39	4.42	14.19	p<.001
	Mani	50	5.08	5.30	50	4.60	4.55	100	4.84	4.92		
	Top.	100	4.41	5.41	100	2.82	4.03	200	3.62	4.83		
	F	5.97										
	P	p<.05										
Ext.	Sch	50	56.82	32.41	50	54.50	28.84	100	55.66	30.54	5.44	p<.05
	Mani	50	65.48	26.19	50	59.44	17.26	100	62.46	22.27		
	Top.	100	61.15	29.64	100	56.97	23.77	200	59.06	26.88		
	F	1.22										
	P	p>.05										

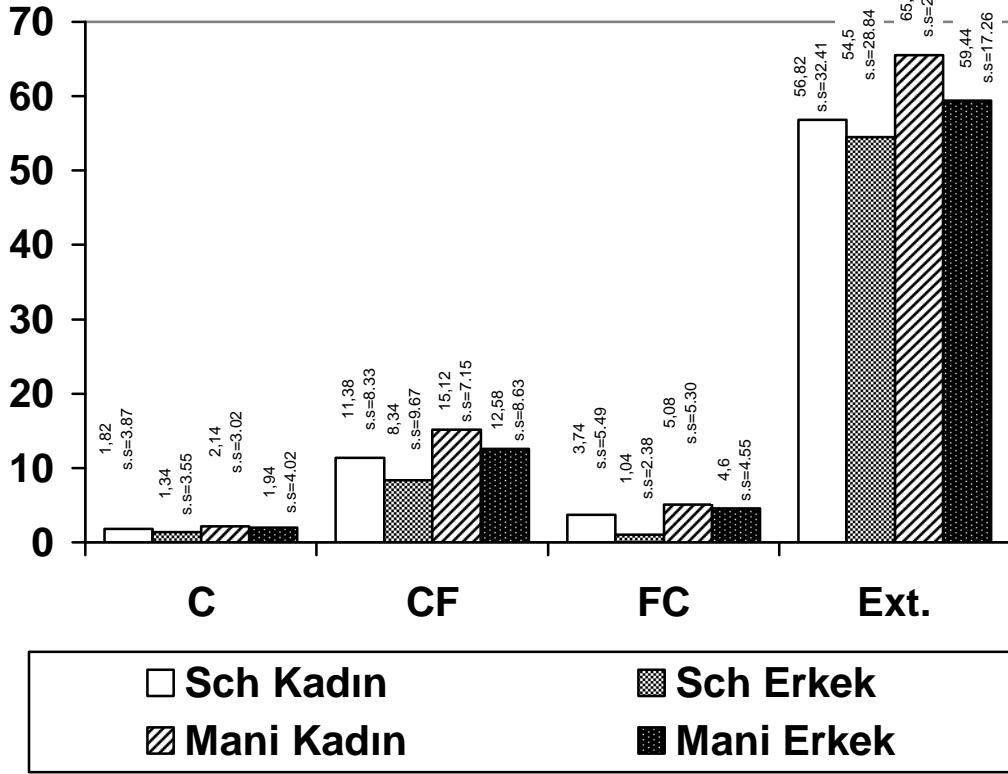
Grafik V.a. Affeksiyon Süreçlerinin Taniya Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi



Grafik V.b. Affeksiyon Süreçlerinin Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi



Grafik V.c. Affeksiyon Süreçlerinin Tanı ve Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi

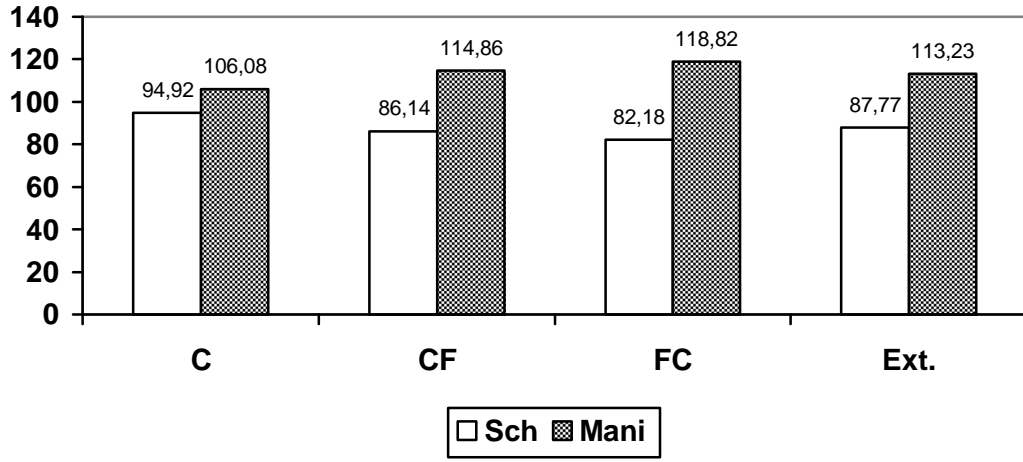


Tablo VI.a. Affeksiyon Süreçlerinin Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

	C	CF	FC	Ext.
Şizofreni sıra ort. (n=100)	94.92	86.14	82.18	87.77
Mani sıra ort. (n=100)	106.08	114.86	118.82	113.23
U	4442.000	3564.000***	3168.000***	3727.000**

p<.01, *p<.001

Grafik VI.a. Affeksiyon Süreçlerinin Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

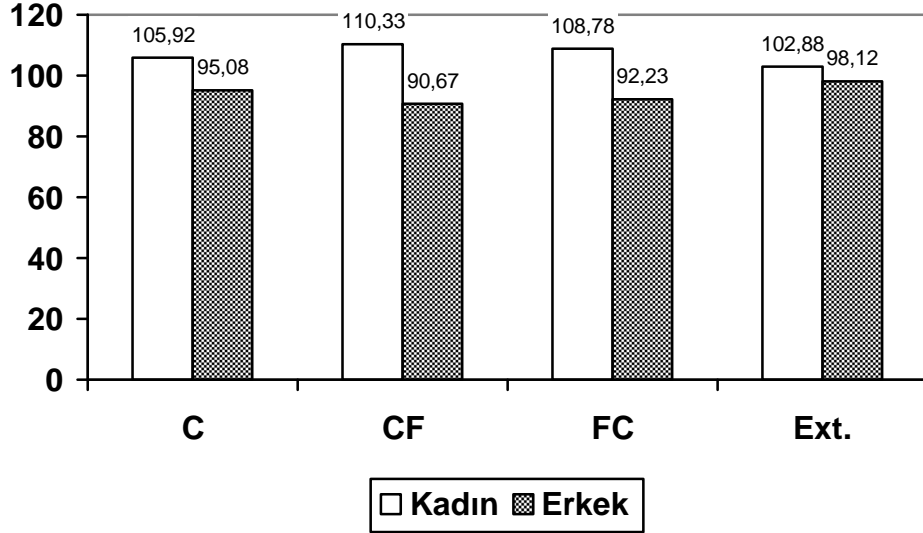


Tablo VI.b. Affeksiyon Süreçlerinin Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

	C	CF	FC	Ext.
Kadın sıra ort. (n=100)	105.92	110.33	108.78	102.88
Erkek sıra ort. (n=100)	95.08	90.67	92.23	98.12
U	4458.000	4017.000*	4172.500*	4762.000

*p<.05

Grafik VI.b. Affeksiyon Süreçlerinin Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi



Tablo V'te de görüldüğü gibi, kadın şizofren hastaların C yüzdeleri ortalaması 1.82, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 1.34'tür. Kadın mani hastaların C yüzdelerinin ortalaması 2.14, erkek mani hastaların ortalaması ise 1.94'tür. C yüzdeleri tanı grubu ($F=0.80$ $P>.05$) ve cinsiyet grubuna ($F=0.44$ $P>.05$) göre farklılaşmamaktadır.

CF yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların CF yüzdeleri ortalaması 11.38, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 8.34'dir. Kadın mani hastaların CF yüzdelerinin ortalaması 15.12, erkek mani hastaların ortalaması ise 12.58'dir. Tüm gruptaki manik hastaların yüzdeleri ($X=13.85$) şizofrenik hastalara ($X=9.86$) oranla daha yüksektir. CF yüzdeleri mani hastaları lehine $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F=12.16$ $p<.001$).

CF puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadın hastalar lehine $p<.05$ anlamlı farklılık saptanmıştır ($F=5.94$, $p<.05$). Her iki grupta da kadın hastaların puanları ($X=13.25$) erkek hastalara ($X=10.46$) oranla daha yüksektir. Ancak kadın şizofren,

erkek şizofren, kadın mani ve erkek mani hastaların CF yüzdeleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>.05$).

FC yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların FC yüzdeleri ortalaması 3.74, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 1.04'tür. Kadın mani hastaların FC yüzdelerinin ortalaması 5.08, erkek mani hastaların ortalaması ise 4.60'tır. Tüm gruptaki manik hastaların yüzdeleri ($X=4.84$) şizofrenik hastalara ($X=2.39$) oranla daha yüksektir. FC puanları mani hastaları lehine $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F=14.19$ $p<.001$).

Aynı şekilde FC puanları cinsiyete göre de kadın hastalar lehine $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F=5.97$ $p<.05$). Her iki grupta da kadın hastaların yüzdeleri ($X=4.41$) erkek hastalara ($X=2.82$) göre daha yüksektir. Erkek şizofreni hastalarının FC yüzdeleri ($X=1.04$) erkek mani hastaları ($X=4.60$) ve kadın şizofrenlere ($X=3.74$) oranla daha düşüktür. Elde edilen verilerin şizofren erkeklerin lehine $p<.05$ düzeyinde farklılaştığı görülmektedir.

Ext. yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların Ext. yüzdeleri ortalaması 56.82, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 54.50'dir. Kadın mani hastaların Ext. yüzdelerinin ortalaması 65.48, erkek mani hastaların ortalaması ise 59.44'tür. Tüm gruptaki mani hastaların Ext. yüzdeleri ($X= 62.46$), şizofreni hastalarına ($X= 55.66$) göre daha yüksektir. Toplam Ext. yüzdeleri mani hastaları lehine $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir fark oluşturmaktadır ($F=5.44$ $p<.05$). Ancak cinsiyete göre Ext. yüzdelerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($F=1.22$ $p>.05$).

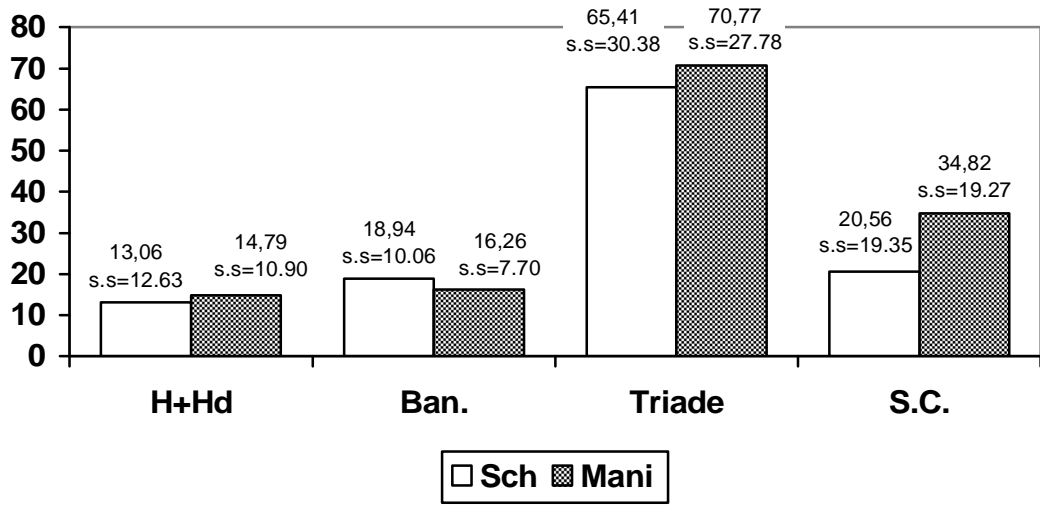
Tablo VI.a' dan da anlaşılacağı üzere, affeksiyon süreçlerinin Mann- Whitney U testi analiz sonuçlarında manik hastaların CF ve FC değerleri şizofrenik hastaların CF ve FC değerinden $p<.001$ düzeyinde, Ext. değerleri ise $p<.01$ düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Her iki tanı grubunda C değeri ise anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo VI.b' de ise görüldüğü üzere, cinsiyet değişkeni açısından affeksiyon süreçlerinin Mann- Whitney U testi analiz sonuçları CF değerlerinin kadın hastalar lehine $p < .05$ düzeyinde anlamlı bir şekilde farklılık gösterdiğini, buna karşın C ve Ext. yüzde değerlerinde anlamlı bir farklılık oluşmadığını göstermektedir.

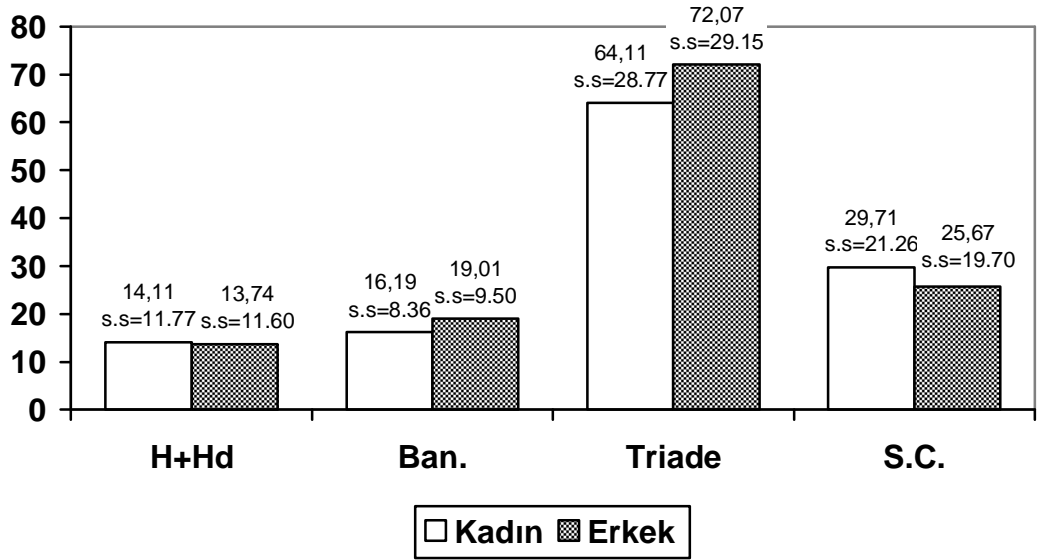
Tablo VII. Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi

		Kadın			Erkek			Toplam			F	P
		n	Ort.	Ss	n	Ort.	Ss	n	Ort.	Ss		
H+Hd	Sch	50	12.04	11.40	50	14.08	13.30	100	13.06	12.63	1.103	$p > .05$
	Mani	50	16.18	11.89	50	13.40	9.74	100	14.79	10.90		
	Top.	100	14.11	11.77	100	13.74	11.60	200	13.93	11.66		
	F	0.50										
	P	$p > .05$										
Ban.	Sch	50	15.76	9.44	50	22.12	9.74	100	18.94	10.06	2.74	$p > .05$
	Mani	50	16.62	7.20	50	15.90	8.22	100	16.26	7.70		
	Top.	100	16.19	8.36	100	19.01	9.50	200	17.60	9.04		
	F	3.02										
	P	$p > .05$										
Triade	Sch	50	59.42	31.17	50	71.40	28.64	100	65.41	30.38	1.72	$p > .05$
	Mani	50	68.80	25.62	50	72.74	29.92	100	70.77	27.78		
	Top.	100	64.11	28.77	100	72.07	29.15	200	68.09	29.16		
	F	6.32										
	P	$p < .05$										
S.C.	Sch	50	21.10	20.15	50	20.02	18.70	100	20.56	19.35	27.54	$p < .001$
	Mani	50	38.32	18.87	50	31.32	19.22	100	34.82	19.27		
	Top.	100	29.71	21.26	100	25.67	19.70	200	27.69	20.55		
	F	2.20										
	P	$p > .05$										

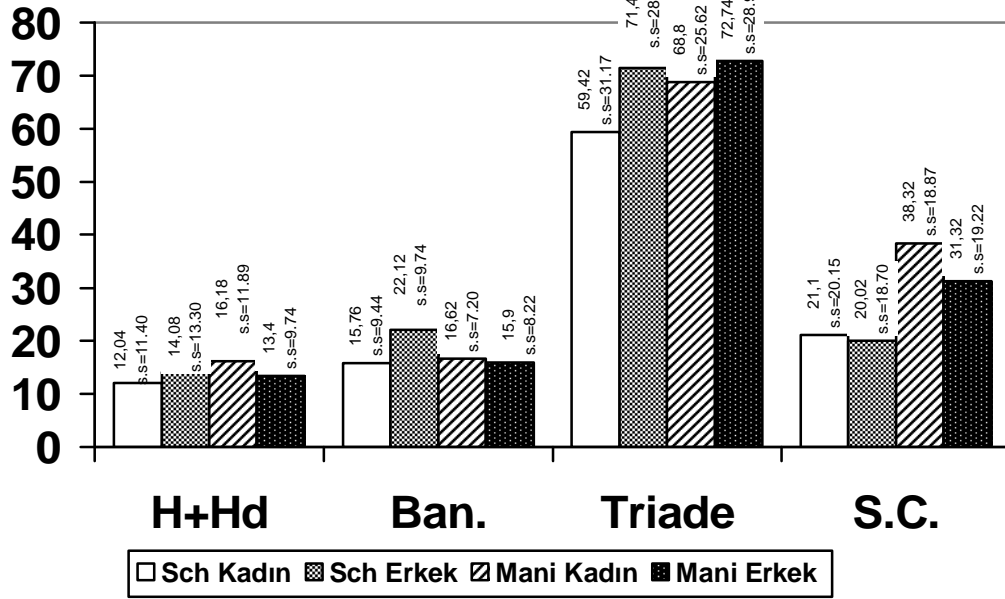
Grafik VII.a. Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Taniya Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi



Grafik VII.b. Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi



Grafik VII.c. Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Tanı ve Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi

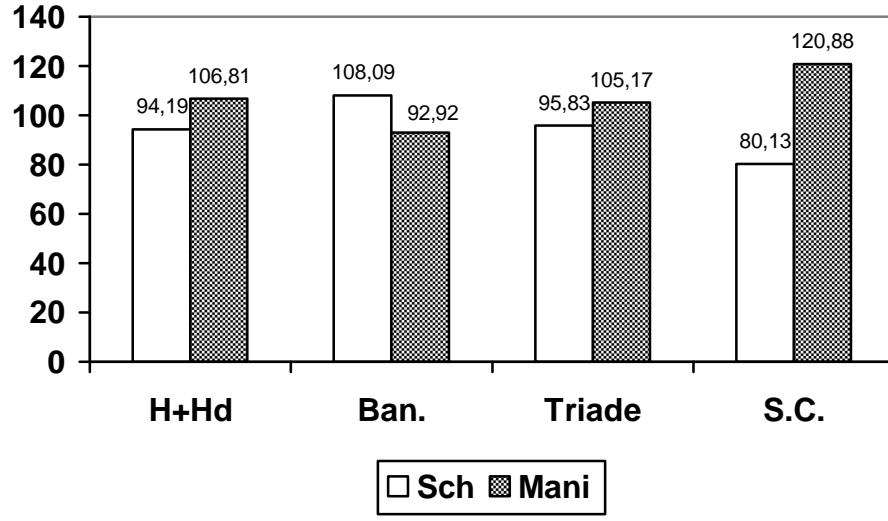


Tablo VIII.a. Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

	H+Hd	Ban.	Triade	S. C.
Şizofreni sıra ort (n=100)	94.19	108.09	95.83	80.13
Mani sıra ort. (n=100)	106.81	92.92	105.17	120.88
U	4369.000	4241.500	4533.000	2962.500***

***p<.001

Grafik VIII.a. Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

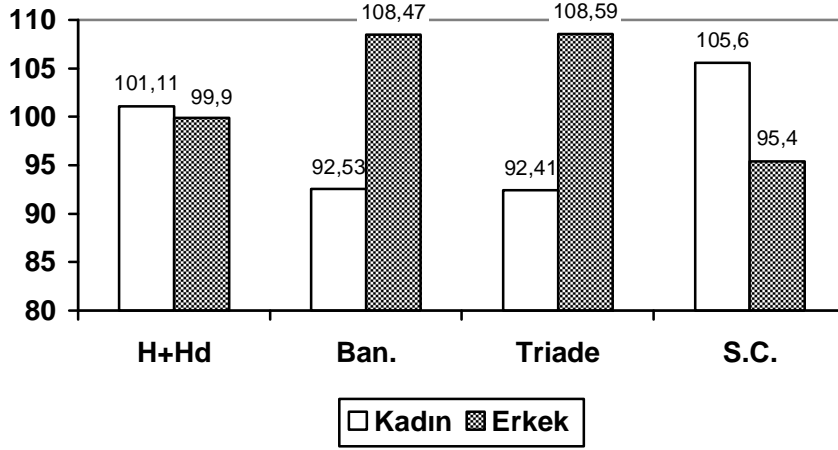


Tablo VIII.b. Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

	H+Hd	Ban.	Triade	S. C.
Kadın sıra ort (n=100)	101.11	92.53	92.41	105.60
Erkek sıra ort. (n=100)	99.90	108.47	108.59	95.40
U	4939.500	4203.000	4191.000*	4490.000

*p<.05

Grafik VIII.b. Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi



Tablo VII'den de görülebileceği gibi kişiler arası ilişkiler ve sosyal uyumun tanı ve cinsiyet açısından varyans analizi ile değerlendirilmesi sonucunda görülmüştür ki, kadın şizofren hastaların H+Hd. yüzdeleri ortalaması 12.04, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 14.08'dir. Kadın mani hastaların H+Hd. yüzdelerinin ortalaması 16.18, erkek mani hastaların ortalaması ise 13.40'dır. H+Hd. yüzdeleri tanı gruplarına ($F=1.103$ $p>.05$) ve cinsiyete ($F=0.50$ $P>.05$) göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Ban. yüzdeleri ise tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların Ban. yüzdeleri ortalaması 15.76, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 22.12'dir. Kadın mani hastaların Ban. yüzdelerinin ortalaması 16.62, erkek mani hastaların ortalaması ise 15.90'dır. Ban. yüzdeleri tanı gruplarına ($F=2.74$ $p>.05$) ve cinsiyete ($F=3.02$ $p>.05$) göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Triade yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların Triade yüzdeleri ortalaması 59.42, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 71.40'dır. Kadın mani hastaların Triade yüzdelerinin ortalaması 68.80, erkek mani hastaların ortalaması ise 72.74'tür. Triade değerleri tanı gruplarına göre farklılık göstermemiştir ($F=1.72$ $p>.05$).

Buna karşın cinsiyette erkek hastalar lehine $p < .05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=6.32$ $P < .05$). Her iki grupta da erkek hastaların puanları ($X=72.07$) kadınlara ($X=64.11$) oranla daha yüksek bulunmuştur.

S. C. yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların S.C. yüzdeleri ortalaması 21.10, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 20.02'dir. Kadın mani hastaların S. C. yüzdelerinin ortalaması 38.32, erkek mani hastaların ortalaması ise 31.32'dir. Tüm gruptaki manik hastaların puanları ($X=34.82$) şizofrenik hastalara ($X=20.56$) göre daha yüksektir ve S.C. değerleri mani hastaları lehine $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F=27.54$ $p < .001$).

Cinsiyet değişkeni açısından bakıldığında erkek mani hastalarının S.C. yüzdeleri ($X=31.32$) erkek şizofren hastalara ($X=20.02$) oranla daha yüksektir. Kadın mani hastalarının yüzdeleri ($X=38.32$) ise kadın şizofren hastalara ($X=21.10$) oranla daha yüksektir. Buna karşın S.C. puanlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($F=2.20$ $p > .05$).

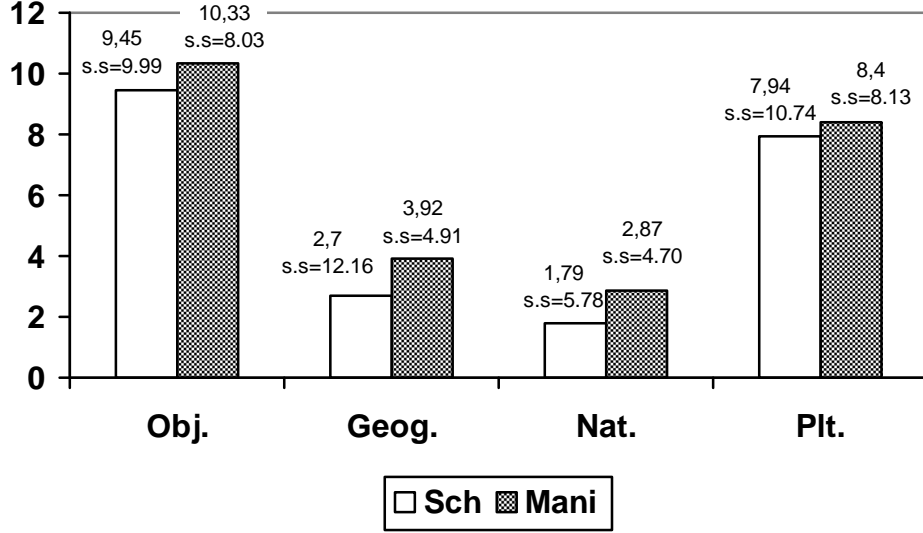
Tablo VIII.a.'dan anlaşılacağı gibi, kişiler arası ilişkiler ve sosyal uyumunun Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmesi sonucunda görülmüştür ki manik hastaların S.C. değeri şizofrenik hastalardan $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bununla birlikte her iki tanı grubunda H+Hd., Ban. ve Triade oranında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo VIII.b'de ise görüldüğü üzere kişiler arası ilişkiler ve sosyal uyum cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırılmış ve her iki tanı grubundaki kadın ve erkek hastalar arasında H+Hd., Ban., ve S.C. açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Buna karşın Triade değerleri her iki gruptaki erkek hastaların lehine $p < .05$ düzeyinde anlamlı farklılık göstermektedir.

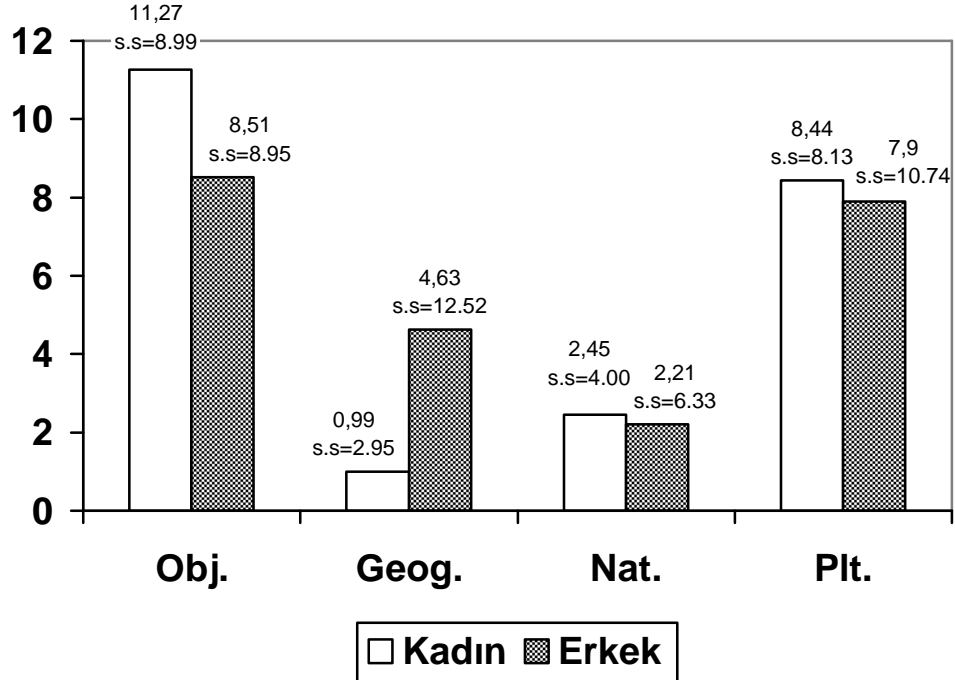
Tablo IX. Nesne İlişkilerinin Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi

		Kadın			Erkek			Toplam			F	P
		n	Ort.	Ss	n	Ort.	Ss	n	Ort.	Ss		
Obj.	Sch	50	10.22	9.90	50	8.68	10.12	100	9.45	9.99	0.48	p>.05
	Mani	50	12.32	7.94	50	8.34	7.70	100	10.33	8.03		
	Top.	100	11.27	8.99	100	8.51	8.95	200	9.89	9.05		
	F	4.72										
	P	p<.05										
Geog.	Sch	50	1.14	3.34	50	4.26	16.81	100	2.70	12.16	5.52	p<.05
	Mani	50	0.84	2.52	50	5.00	5.80	100	3.92	4.91		
	Top.	100	0.99	2.95	100	4.63	12.52	200	2.81	9.25		
	F	7.94										
	P	p<.01										
Nat.	Sch	50	2.02	3.94	50	1.56	7.20	100	1.79	5.78	6.13	p<.05
	Mani	50	2.88	4.04	50	2.86	5.31	100	2.87	4.70		
	Top.	100	2.45	4.00	100	2.21	6.33	200	2.33	5.28		
	F	0.10										
	P	p>.05										
Plt.	Sch	50	9.34	9.11	50	6.54	12.09	100	7.94	10.74	0.12	p>.05
	Mani	50	7.54	6.99	50	9.26	9.12	100	8.40	8.13		
	Top.	100	8.44	8.13	100	7.90	10.74	200	8.17	9.50		
	F	0.16										
	P	p>.05										

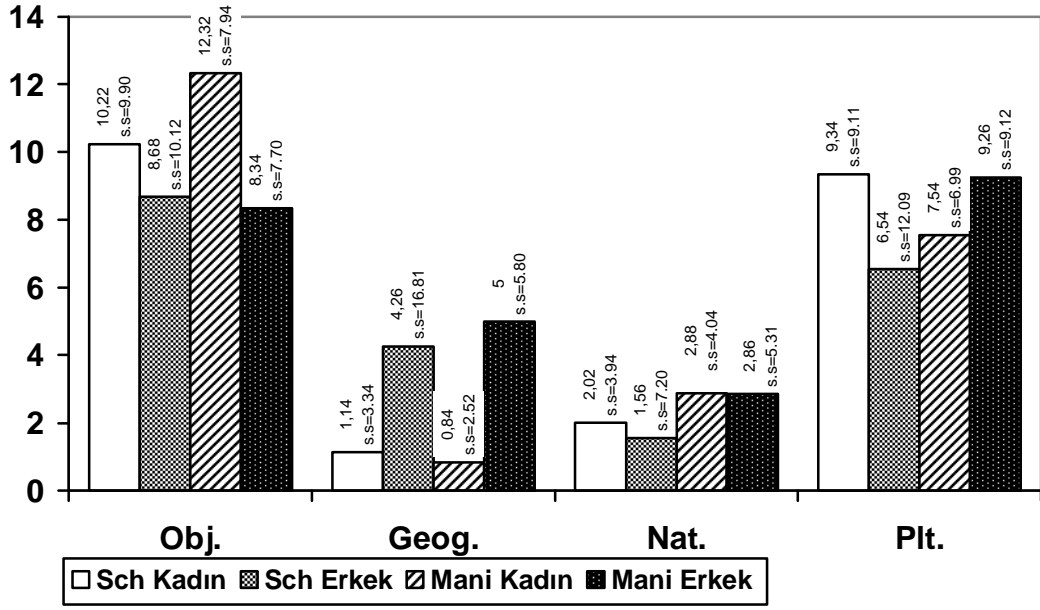
Grafik IX.a. Nesne İlişkilerinin Taniya Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi



Grafik IX.b. Nesne İlişkilerinin Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi



Grafik IX.c. Nesne İlişkilerinin Tanı ve Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi

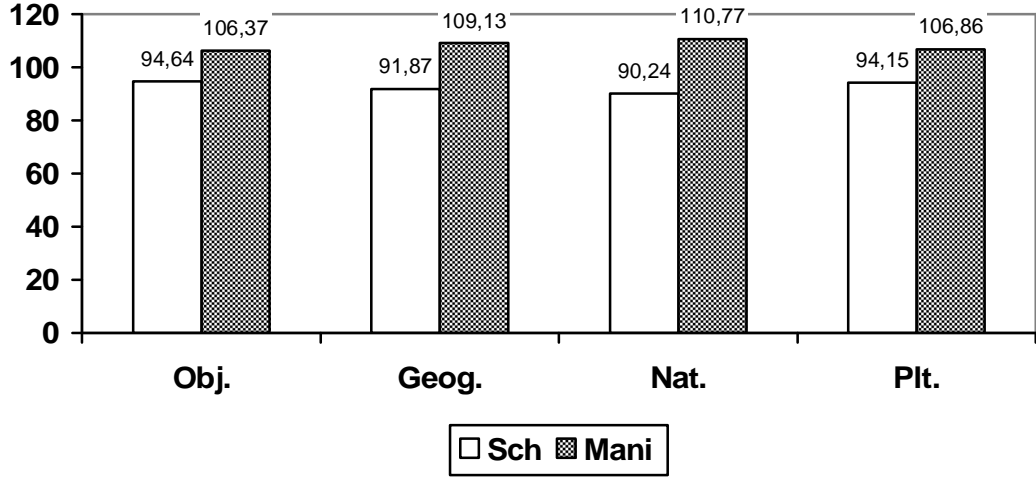


Tablo X.a. Nesne İlişkilerinin Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

	Obj.	Geog.	Nat.	Plt.
Şizofreni sıra ort (n=100)	94.64	91.87	90.24	94.15
Mani sıra ort. (n=100)	106.37	109.13	110.77	106.86
U	4413.500	4137.000**	3973.500**	4364.500

**p<.01

Grafik X.a. Nesne İlişkilerinin Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi İle Değerlendirilmesi

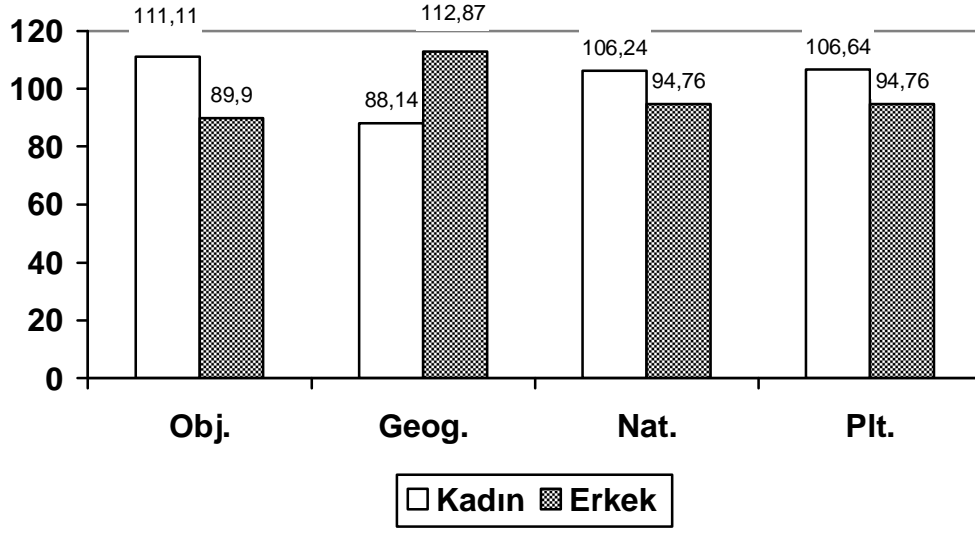


Tablo X.b. Nesne İlişkilerinin Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi İle Değerlendirilmesi

	Obj.	Geog.	Nat.	Plt.
Kadın sıra ort (n=100)	111.11	88.14	106.24	106.64
Erkek sıra ort. (n=100)	89.90	112.87	94.76	94.76
U	3939.500**	3763.500***	4426.000	4386.000

p<.01,*p<.001

Grafik X.b. Nesne İlişkilerinin Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi



Tablo IX'dan da anlaşılacağı gibi, nesne ilişkilerinin tanı ve cinsiyete göre varyans analizi ile değerlendirilmesi sonucunda görülmüştür ki, kadın şizofren hastaların Obj. yüzdeleri ortalaması 10.22, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 8.68'dir. Kadın mani hastaların Obj. yüzdelerinin ortalaması 12.32, erkek mani hastaların ortalaması ise 8.34'tür. Obj. değerleri tanı gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=0.48$ $p>.05$). Buna karşın puanların cinsiyete göre analizinde her iki grupta da kadın hastaların puanları ($X=11.27$) erkek hastalara ($X=8.51$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Obj. değerlerinde kadın hastalar lehine $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=4.72$ $p<.05$). Buna karşın kadın şizofren, erkek şizofren, kadın mani ve erkek mani hastalarının Obj. yüzdeleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>.05$).

Geog. yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların Geog. yüzdeleri ortalaması 1.14, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 4.26'dır. Kadın mani hastaların Geog. yüzdelerinin ortalaması 0.84, erkek mani hastaların ortalaması ise 5.00'dir. Tüm gruptaki manik hastaların değerleri ($X=3.92$) şizofrenik hastalara ($X=2.70$) oranla daha yüksektir. Geog. değerleri mani hastaları lehine $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F=5.52$ $p<.05$).

Bununla birlikte Geog. puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde, erkek hastalar lehine $p<.01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F=7.94$ $p<.01$). Her iki grupta da erkek hastaların Geog. puanları ($X=4.63$) kadın hastalara ($X=0.99$) göre daha yüksektir. Ancak kadın şizofren, erkek şizofren, kadın mani ve erkek mani hastaların Geog. yüzdeleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>.05$).

Nat. yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların Nat. yüzdeleri ortalaması 2.02, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 1.56'dır. Kadın mani hastaların Nat. yüzdelerinin ortalaması 2.88, erkek mani hastaların ortalaması ise 2.86'dır. Tüm gruptaki manik hastaların Nat. değerleri ($X=2.87$) şizofrenik hastalara ($X=1.79$) oranla daha yüksektir. Elde edilen veriler Nat. değerlerinde mani hastaları lehine $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F=6.13$ $p<.05$). Buna karşın cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($F=0.10$ $p>.05$).

Plt. yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların Plt. yüzdeleri ortalaması 9.34, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 6.54'tür. Kadın mani hastaların Plt. yüzdelerinin ortalaması 7.54, erkek mani hastaların ortalaması ise 9.26'dır. Plt. değerleri tanı ($F=0.12$ $p>.05$) ve cinsiyete ($F=0.161$ $p>.05$) göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

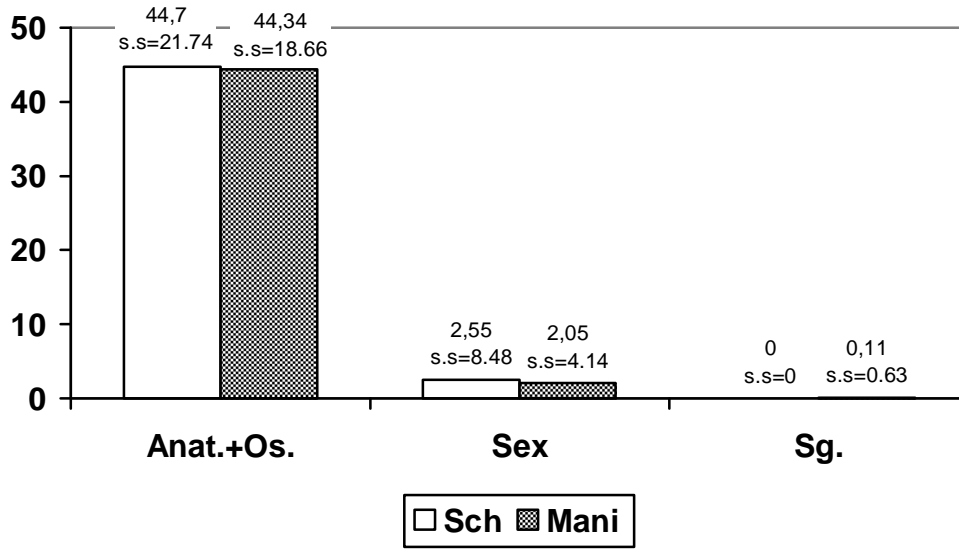
Tablo X.a'da görüldüğü gibi, nesne ilişkilerinin Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmesi sonucunda görülmüştür ki, manik hastaların Geog. ve Nat. değeri şizofreni hastalarının Geog. ve Nat değerinden $p<.01$ düzeyinden anlamlı bir farklılık göstermektedir. Buna karşın her iki tanı grubunda Obj. ve Plt. değerlerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo X.b'de ise nesne ilişkilerinin cinsiyete göre Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmesi sonucunda, her iki tanı grubundaki erkek hastaların Geog. değeri kadın hastaların Geog değerinden $p<.001$ düzeyinde, kadın hastaların Obj. değeri ise erkek hastaların Obj. değerinden $p<.01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. Ancak her iki tanı grubunda erkek ve kadın hastaların Nat. ve Plt. değerlerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

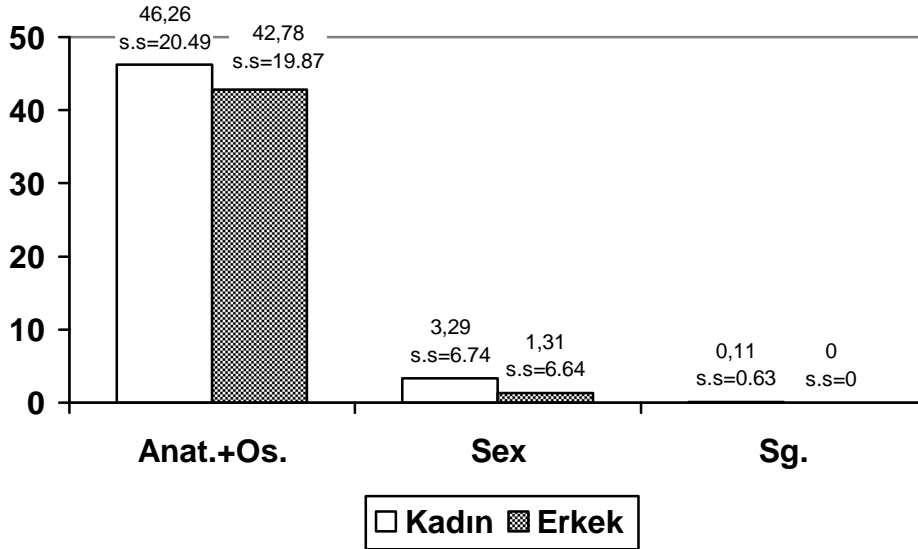
Tablo XI. Patolojik Cevapların Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi

		Kadın			Erkek			Top.			F	P
		n	Ort.	Ss	n	Ort.	Ss	n	Ort.	Ss		
Anat.	Sch	50	48.18	22.25	50	41.22	20.86	100	44.70	21.74	0.02	p>.05
	Mani	50	44.34	18.59	50	44.34	18.92	100	44.34	18.66		
	Top.	100	46.26	20.49	100	42.78	19.87	200	44.52	20.21		
+	F	1.48										
	P	p>.05										
Sex	Sch	50	3.08	7.80	50	2.02	9.16	100	2.55	8.48	0.28	p>.05
	Mani	50	3.50	5.56	50	0.60	2.04	100	2.05	4.14		
	Topl.	100	3.29	6.74	100	1.31	6.64	200	2.30	6.75		
	F	4.36										
	P	p<.05										
Sg.	Sch	50	0	0	50	0	0	100	0	0	3.07	p>.05
	Mani	50	0.22	0.89	50	0	0	100	0.11	0.63		
	Top.	100	0.11	0.63	100	0	0	200	0.06	0.45		
	F	3.07										
	P	p>.05										

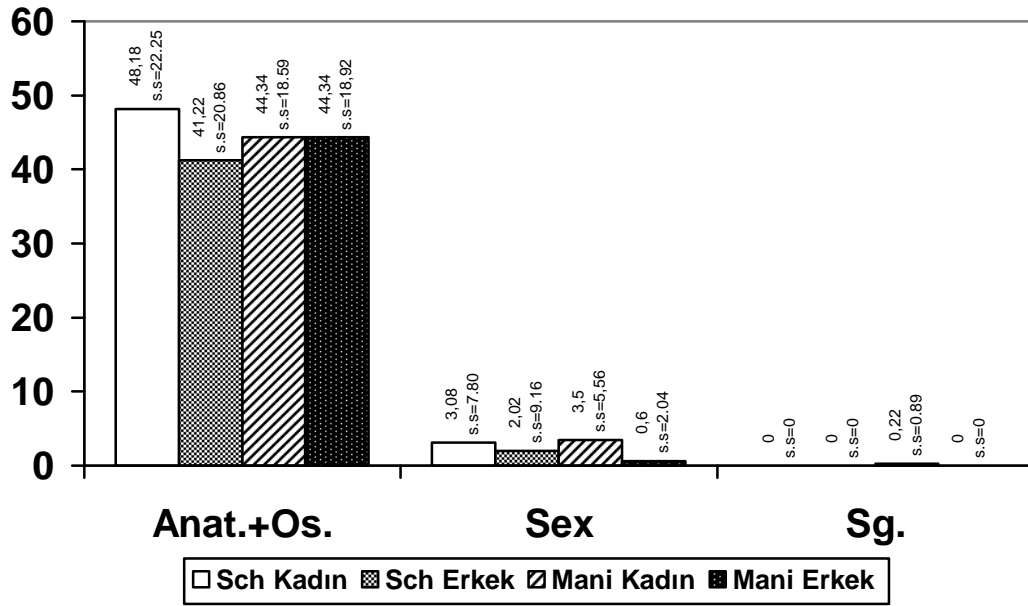
Grafik XI.a. Patolojik Cevapların Tanıya Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi



Grafik XI.b. Patolojik Cevapların Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi



Grafik XI.c. Patolojik Cevapların Tanı ve Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi

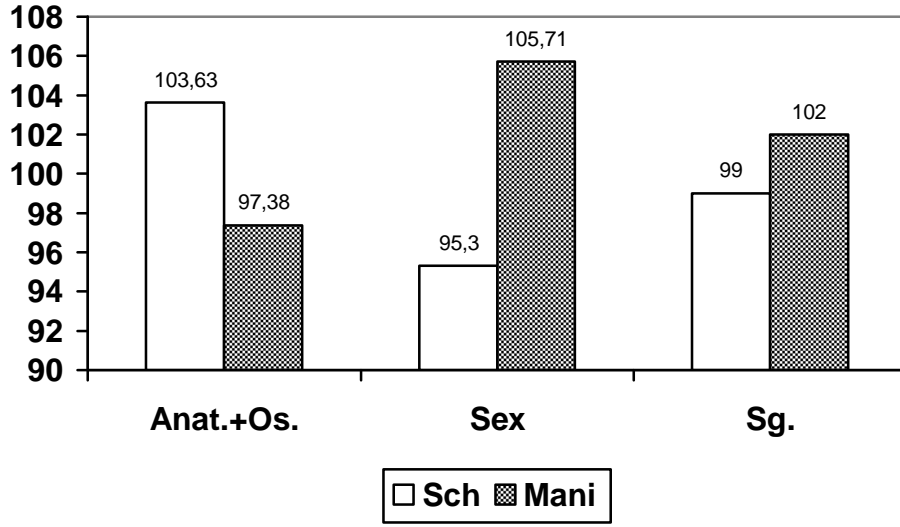


Tablo XII.a. Patolojik Cevapların Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

	Anat.+Os.	Sex	Sg.
Şizofreni sıra ort. (n=100)	103.63	95.30	99.00
Mani sıra ort. (n=100)	97.38	105.71	102.00
U	4687.500	4479.500	4850.000

$p > .05$

Grafik XII.a. Patolojik Cevaplarının Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

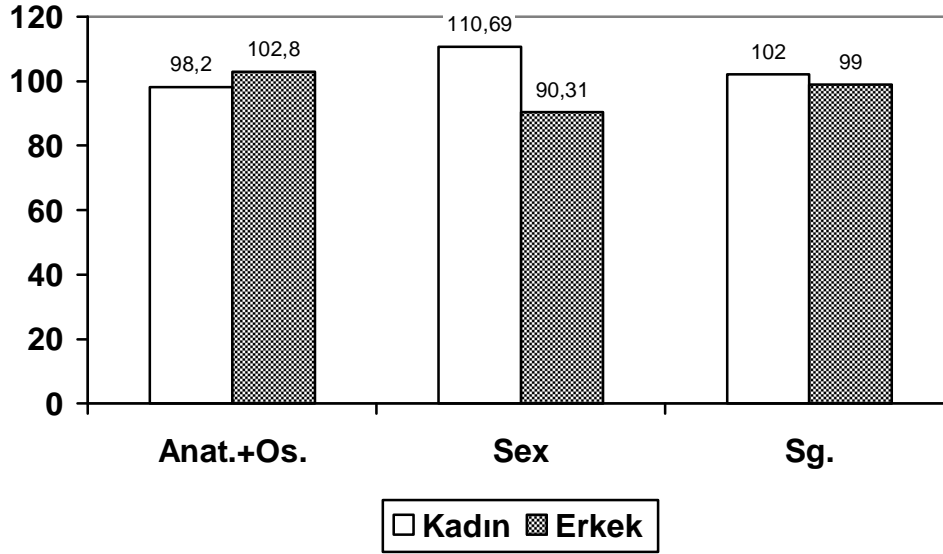


Tablo XII.b. Patolojik Cevapların Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

	Anat.+Os.	Sex	Sg.
Kadın Sıra ort. (n=100)	98.20	110.69	102.00
Erkek sıra ort. (n=101)	102.80	90.31	99.00
U	4787.500	4035.500***	4850.000

***p<.001

Grafik XII.b. Patolojik Cevapların Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi İle Değerlendirilmesi



Tablo XI'den de anlaşılacağı üzere, kadın şizofren hastaların Anat.+Os. yüzdeleri ortalaması 48.18, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 41.22'dir. Kadın mani hastaların Anat.+Os. yüzdelerinin ortalaması 44.34, erkek mani hastaların ortalaması ise 44.34'tür. Anat.+Os. değerleri tanı ($F=0.02$ $p>.05$) ve cinsiyete ($F=1.48$ $p>.05$) göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Sex. yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların Sex. yüzdeleri ortalaması 3.08, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 2.02'dir. Kadın mani hastaların Sex. yüzdelerinin ortalaması 3.50, erkek mani hastaların ortalaması ise 0.60'tır. Sex. değerleri tanı grubuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=0.28$ $p>.05$). Buna karşın puanlar arasında kadın hastalar lehine $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F= 4.36$ $p<.05$). Her iki grupta da kadın hastaların puanları ($X=3.26$) erkek hastalara ($X=1.31$) göre daha yüksektir. Ancak kadın şizofren, erkek şizofren, kadın mani ve erkek mani hastalarının Sex. yüzdeleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>.05$).

Sg. yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların Sg. yüzdeleri ortalaması 0, erkek şizofren

hastaların ortalaması ise 0'dır. Kadın mani hastaların Sg. yüzdelerinin ortalaması 0.22, erkek mani hastaların ortalaması ise 0'dır. Sg. değerleri tanı grubuna ($F=3.07$ $p>.05$) ve cinsiyete ($F=3.07$ $p>.05$) göre farklılık göstermemektedir.

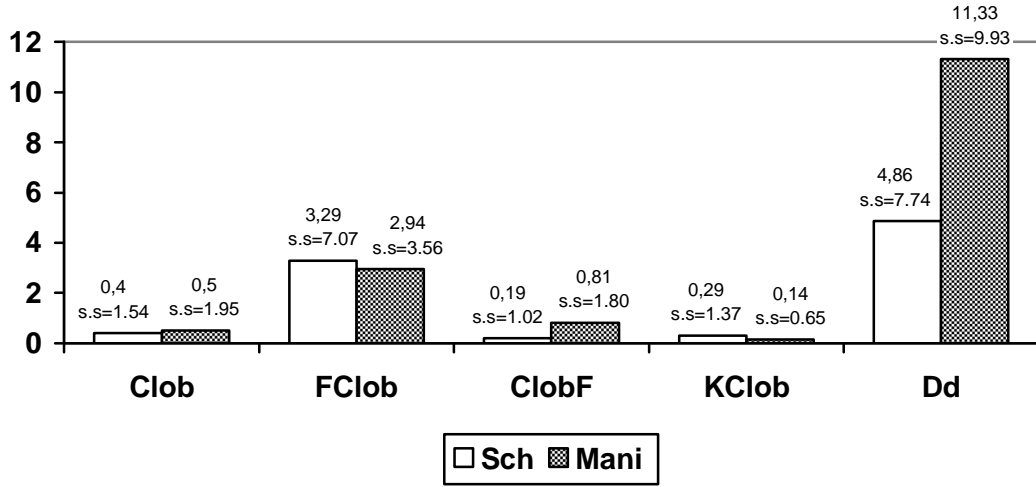
Tablo XII.a'da görüldüğü gibi,patolojik cevapların Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmesi sonucunda her iki tanı grubunda patolojik tepkiler açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Bununla birlikte Tablo XII.b'de ise her iki tanı grubundaki patolojik cevaplar cinsiyet açısından değerlendirilmiş ve kadın hastaların Sex cevaplarının erkek hastalara göre $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Ancak Anat.+Os. ve Sg. cevaplarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

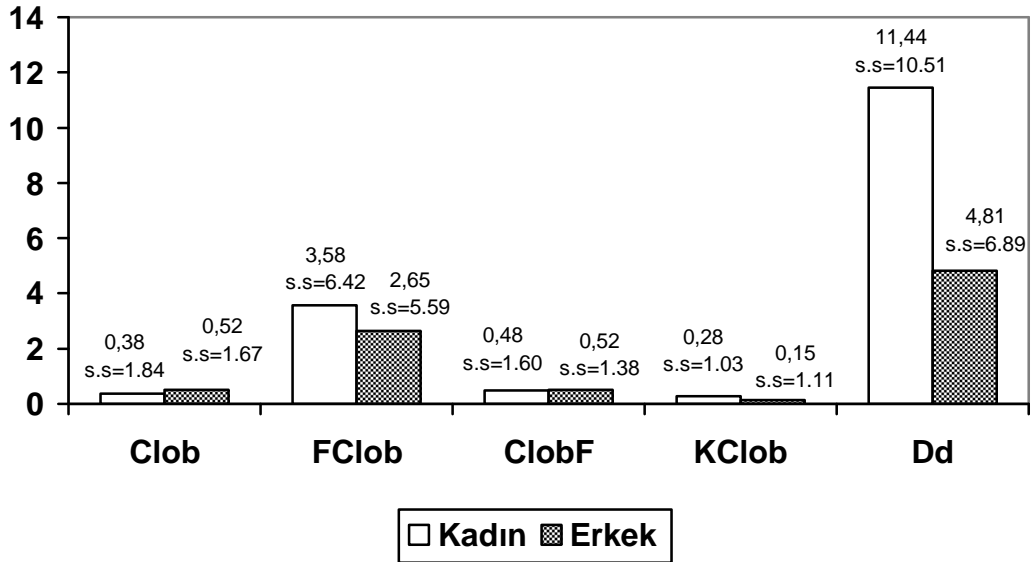
**Tablo XIII. Anksiyete (Angoisse) Düzeylerinin Varyans Analizi ile
Değerlendirilmesi**

		Kadın			Erkek			Top.			F	P
		n	Ort.	Ss	n	Ort.	Ss	n	Ort.	Ss		
Clob	Sch	50	0.32	1.38	50	0.48	1.71	100	0.40	1.54	0.16	p>.05
	Mani	50	0.44	2.22	50	0.56	1.66	100	0.50	1.95		
	Top.	100	0.38	1.84	100	0.52	1.67	200	0.45	1.75		
	F	0.32										
	P	p>.05										
FClob	Sch	50	3.72	8.47	50	2.86	5.36	100	3.29	7.07	0.20	p>.05
	Mani	50	3.44	3.38	50	2.44	2.69	100	2.94	3.56		
	Top.	100	3.58	6.42	100	2.65	5.59	200	3.12	5.58		
	F	1.38										
	P	P>.05										
ClobF	Sch	50	0.28	1.26	50	0.10	0.71	100	0.19	1.02	8.96	p<.01
	Mani	50	0.68	1.87	50	0.94	1.73	100	0.81	1.80		
	Top.	100	0.48	1.60	100	0.52	1.38	200	0.50	1.49		
	F	0.04										
	P	p>.05										
KClob	Sch	50	0.28	1.14	50	0.30	1.57	100	0.29	1.37	0.98	p>.05
	Mani	50	0.28	0.90	50	0	0	100	0.14	0.65		
	Top.	100	0.28	1.03	100	0.15	1.11	200	0.22	1.07		
	F	0.74										
	P	p>.05										
Dd	Sch	50	7.08	9.27	50	2.68	5.09	100	4.86	7.74	30.53	p<.001
	Mani	50	15.72	9.94	50	6.94	7.80	100	11.33	9.93		
	Top.	100	11.44	10.51	100	4.81	6.89	200	8.11	9.46		
	F	31.88										
	P	p<.001										

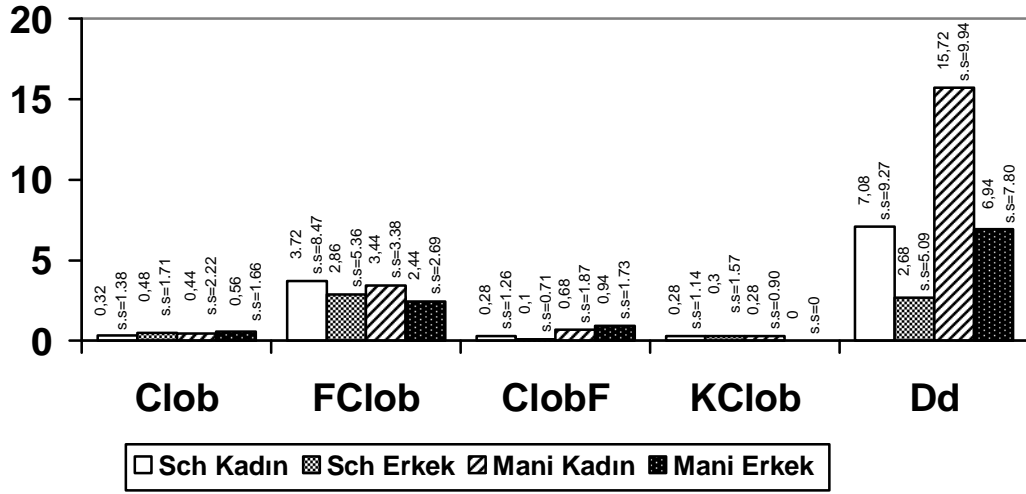
Grafik XIII.a. Anksiyete (Angoisse) Düzeylerinin Tanıya Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi



Grafik XIII.b. Anksiyete (Angoisse) Düzeylerinin Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi



Grafik XIII.c. Anksiyete (Angoisse) Düzeylerinin Tanı ve Cinsiyete Göre Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi

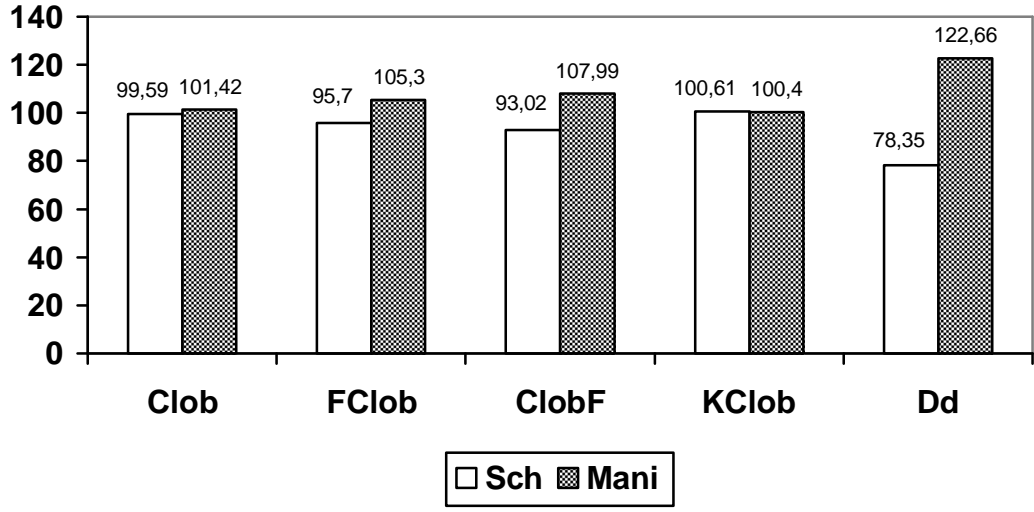


Tablo XIV.a. Anksiyete (Angoisse) Düzeyinin Tanıya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

	Clob	FClob	ClobF	KClob	Dd
Şizofreni sıra ort (n=100)	99.59	95.70	93.02	100.61	78.35
Mani sıra ort. (n=100)	101.42	105.30	107.99	100.40	122.66
U	4908.500	4520.000	4251.500**	4989.500	2784.500***

p<.01,*p<.001

Grafik XIV.a. Anksiyete (Angoisse) düzeyinin Taniya Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

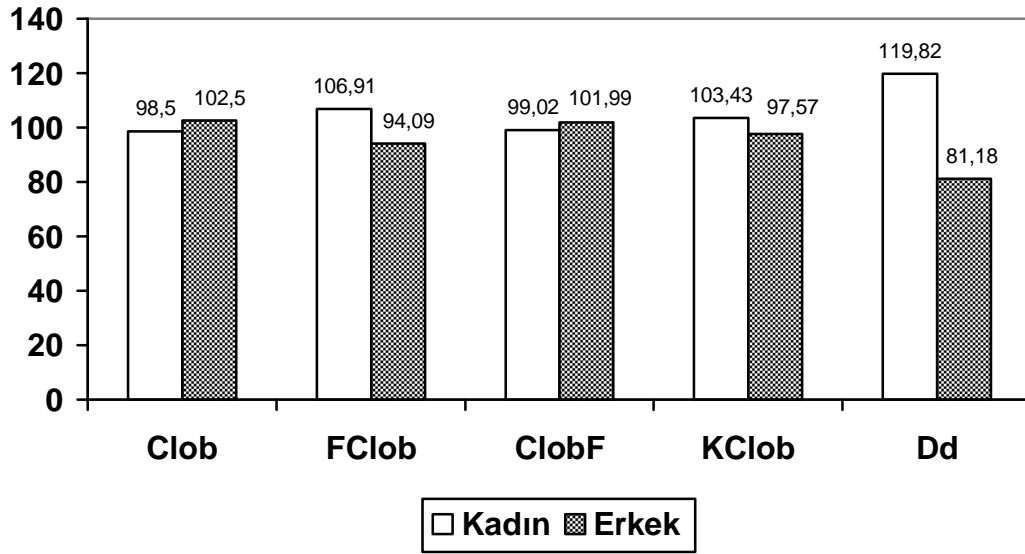


Tablo XIV.b. Anksiyete (Angoisse) düzeyinin Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

	Clob	FClob	ClobF	KClob	Dd
Kadın sıra ort (n=100)	99.59	106.91	99.02	103.43	119.82
Erkek sıra ort. (n=100)	101.42	94.09	101.99	97.57	81.18
U	4908.500	4359.000	4851.500	4707.000	3068.000***

***p<.01

Grafik XIV.b. Anksiyete (Angoisse) Düzeyinin Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi İle Değerlendirilmesi



Tablo XIII'den de anlaşılacağı gibi, Clob yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların Clob yüzdeleri ortalaması 0.32, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 0.48'dir. Kadın mani hastaların Clob yüzdelerinin ortalaması 0.44, erkek mani hastaların ortalaması ise 0.56'dır. Clob değerleri tanı grubuna ($F=0.161$ $p>.05$) ve cinsiyete ($F=0.32$ $p>.05$) göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Kadın şizofren hastaların FClob yüzdeleri ortalaması 3.72, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 2.86'dır. Kadın mani hastaların FClob yüzdelerinin ortalaması 3.44, erkek mani hastaların ortalaması ise 2.44'tür. FClob değerleri tanı grubuna ($F=0.20$ $p>.05$) ve cinsiyete ($F=1.38$ $p>.05$) göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

ClobF yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki, kadın şizofren hastaların ClobF yüzdeleri ortalaması 0.28, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 0.10'dur. Kadın mani hastaların ClobF yüzdelerinin ortalaması 0.68, erkek mani hastaların ortalaması ise 0.94'tür. Manik hastaların puanları ($X=0.81$) şizofrenik hastalara ($X=0.19$) göre daha yüksektir. ClobF değerinde mani hastaları lehine $p<.01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. ($F=8.96$ $p<.01$)

Bununla birlikte erkek mani hastaların yüzdeleri ($X=0.94$), erkek şizofren hastalara ($X=0.10$) oranla daha yüksektir. Ancak ClobF yüzdeleri cinsiyete ($F=0.04$ $p>.05$) göre anlamlı farklılık düzeyine ulaşmamıştır.

KClob yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların KClob yüzdeleri ortalaması 0.28, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 0.30'dur. Kadın mani hastaların KClob yüzdelerinin ortalaması 0.28, erkek mani hastaların ortalaması ise 0'dır. KClob değerleri tanı grubuna ($F=0.98$ $p>.05$) ve cinsiyete ($F=0.74$ $p>.05$) göre farklılık göstermemektedir.

Dd yüzdeleri ise tanı ve cinsiyete göre varyans analizi tekniğiyle karşılaştırıldığında görülmüştür ki kadın şizofren hastaların Dd yüzdeleri ortalaması 7.08, erkek şizofren hastaların ortalaması ise 2.68'dir. Kadın mani hastaların Dd yüzdelerinin ortalaması 15.72, erkek mani hastaların ortalaması ise 6.94'tür. Dd yüzdeleri mani hastaları lehine $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F=30.53$ $P<.001$). Manik hastaların yüzdeleri ($X=11.33$), şizofrenik hastalara ($X=4.86$) oranla yüksektir.

Ayrıca Dd yüzdeleri cinsiyete göre incelendiğinde kadın hastalar lehine $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F= 31.88$ $p<.001$). Her iki grupta da kadın hastaların puanları ($X=11.44$) erkek hastalara ($X=4.81$) oranla daha yüksektir. Kadın mani hastaların yüzdeleri ($X=15.72$) kadın şizofren hastalara ($X=7.08$) ve erkek mani hastalara ($X=6.94$) oranla daha yüksektir.

Tablo XIV.a'dan anlaşılacağı gibi anksiyete (angoisse) düzeylerini Mann-Whiynet U ile değerlendirilmesi sonucunda, manik hastaların ClobF değeri $p<.01$ oranında, Dd. değeri ise $p<.001$ oranında şizofrenik hastalara göre anlamlılık gösterirken, FClob, Clob ve KClob değerlerinde manidarlık saptanmamıştır.

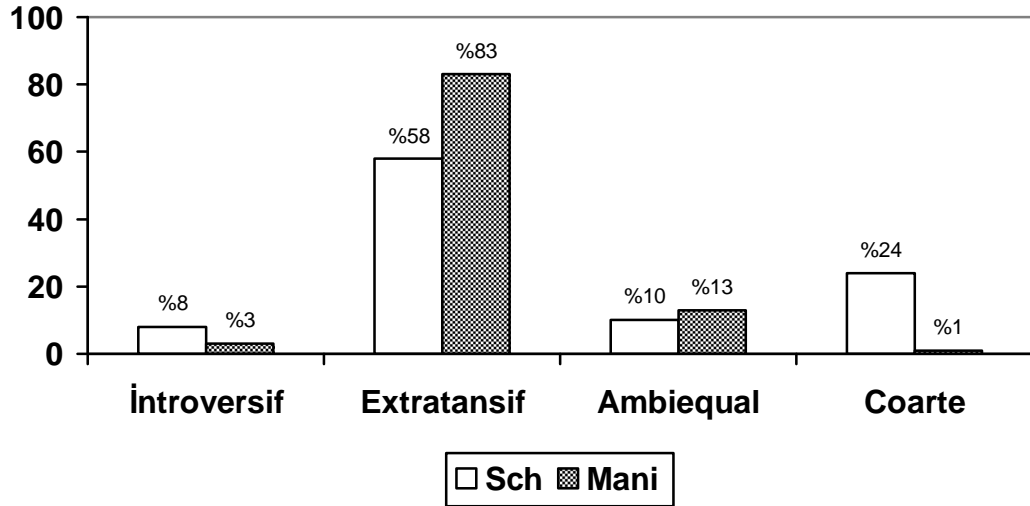
Tablo XIV.b'de ise cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadın hastaların Dd puanları erkeklere göre $p<.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Buna karşın her iki cinsiyetin FClob, Clob, ClobF ve KClob değerleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo XV.a. K/C (ERLEBNİS) Puanlarına İlişkin Ki-kare sonuçları

K/C	Şizofreni		Mani		X ²	Sd	P
	N	%	N	%			
İntroversif (içe dönük)	8	8	3	3	28.26	3	.000
Extratansif (Dışa dönük)	58	58	83	83			
Ambiequal (Yoğunlaşmış)	10	10	13	13			
Coarte (Daralmış)	24	24	1	1			
Toplam	100	100	100	100			

P<.001

Grafik XV.a. K/C Puanlarına İlişkin Ki-kare sonuçları

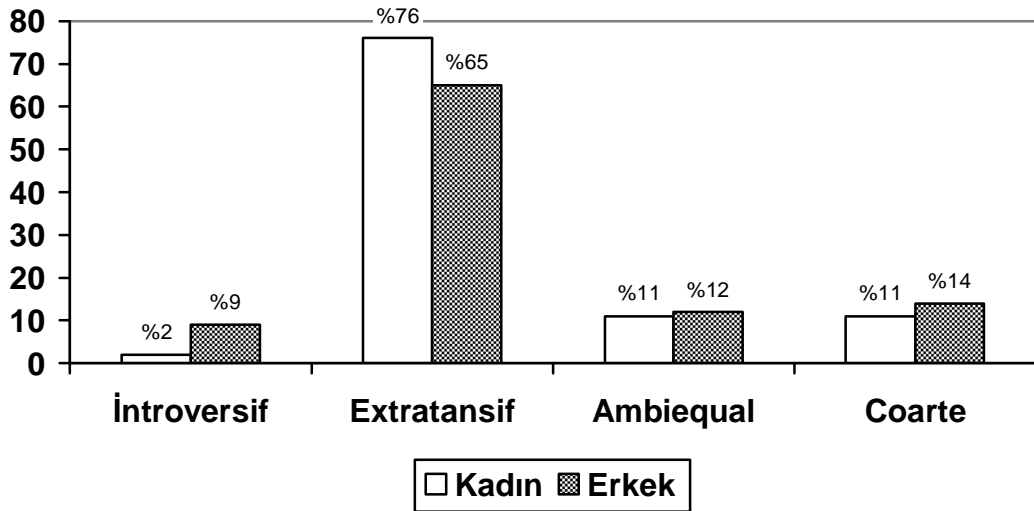


Tablo XV.b. K/C Puanlarının Cinsiyete Göre Ki-Kare Sonuçları

K/C	Kadın		Erkek		X ²	Sd	P
	N	%	N	%			
İntroversif	2	2	9	9	5.72	3	.126
Extratansif	76	76	65	65			
Ambiequal	11	11	12	12			
Coarte	11	11	14	14			
Toplam	100	100	100	100			

p>.05

Grafik XV.b. K/C Puanlarının Cinsiyete Göre Ki-kare sonuçları



Tablo XV.a'dan anlaşılacağı gibi, şizofrenik hastaların %8'i introversif, %58'i extratansif, %10'u ambiequal, %24'ü ise coarte tespit edilmiştir. Manik hastaların ise %3'ü introversif, %83'ü extratansif, %13'ü ambiequal, %1'i coarte çıkmıştır. Uygulanan Ki-kare sonuçlarına göre şizofrenik hastalar ile manik hastaların K/C puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (Ki-kare= 28.26 p<.001). Şizofreni hastalarının "introversif" ve "Coarte" yanıtları maniklere oranla daha

yüksek iken, mani hastalarının ise “extratansif” ve “ambiequal” yanıtları şizofreni hastalarından daha yüksektir.

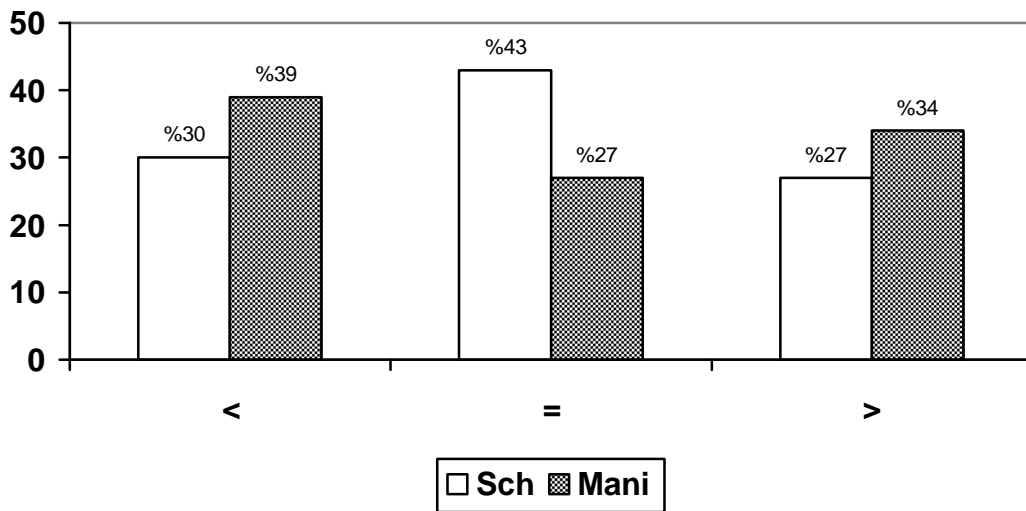
Tablo XV.b’de görüldüğü gibi kadın hastaların %2’si introversif, %76’sı extratansif, %11’i ambiequal, %11’i ise coarte çıkmıştır. Manik hastaların ise %9’u introversif, %65’i extratansif, %12’si ambiequal, %14’ü coarte çıkmıştır. Kadın ve erkek hastaların K/C puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Ki-kare= 5.72 p>.05).

Tablo XVI.a. Kadinsky (Regression) Puanlarına İlişkin Ki-Kare Sonuçları

Kadinsky	Şizofreni		Mani		X ²	Sd	P
	N	%	N	%			
<	30	30	39	39	5.63	2	.06
=	43	43	27	27			
>	27	27	34	34			
Toplam	100	100	100	100			

p>.05

Grafik XVI.a. Kadinsky (Regression) Puanlarına İlişkin Ki-Kare Sonuçları

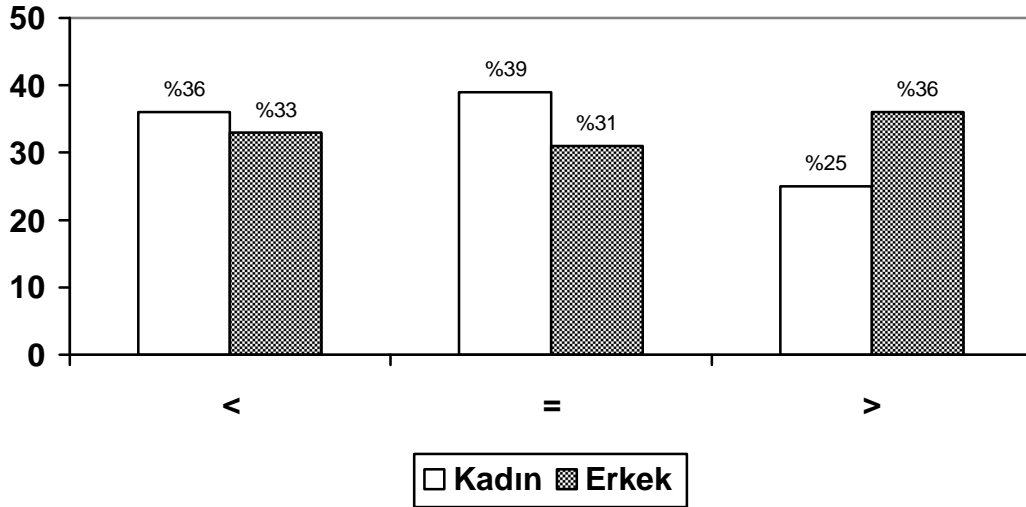


Tablo XVI.b. Kadinsky (Regression) Puanlarının Cinsiyete İlişkin Ki-Kare Sonuçları

Kadinsky	Kadın		Erkek		X ²	Sd	P
	N	%	N	%			
<	36	36	33	33	3.03	2	.22
=	39	39	31	31			
>	25	25	36	36			
Toplam	100	100	100	100			

p>.05

Grafik XVI.b. Kadinsky (Regression) Puanlarının Cinsiyete İlişkin Ki-Kare Sonuçları



Tablo XVI.a'dan anlaşılacağı üzere, şizofrenik hastaların %30'u "<", %43'ü "=", %27'si ">" tepkisi vermiştir. Manik hastaların ise %39'u "<", %27'si "=", %34'ü ">" tepkisi vermiştir. Tablo XVI.b.'de ise kadın hastaların %36'sı "<", %39'u "=", %25'i ">" tepkisi verdiği, erkek hastaların ise %33'ü "<", %31'i "=", %36'sı ">" tepkisi verdiği görülmektedir.

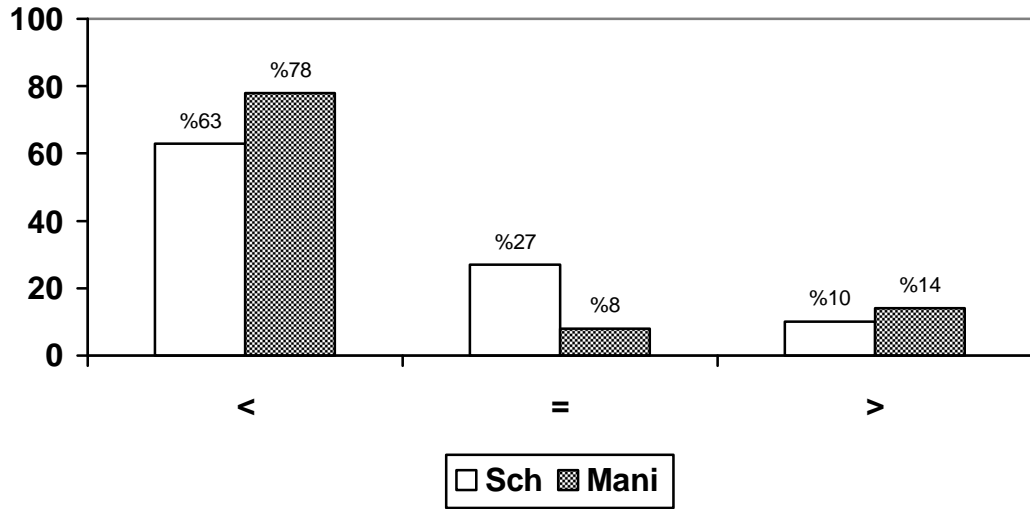
Uygulanan Ki-kare analizlerinde hastaların regression düzeylerinde gerek tanı (Ki-kare=5.63, $p>.05$) ve gerekse cinsiyet (Ki-kare=3.03, $p>.05$) değişkeni açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo XVII.a. İmmaturite Puanlarına İlişkin Ki-Kare Sonuçları

Kadinsky	Şizofreni		Mani		X ²	Sd	P
	N	%	N	%			
<	63	63	78	78	12.58	2	.002
=	27	27	8	8			
>	10	10	14	14			
Toplam	100	100	100	100			

$P<.01$

Grafik XVII.a. İmmaturite Puanlarına İlişkin Ki-Kare Sonuçları

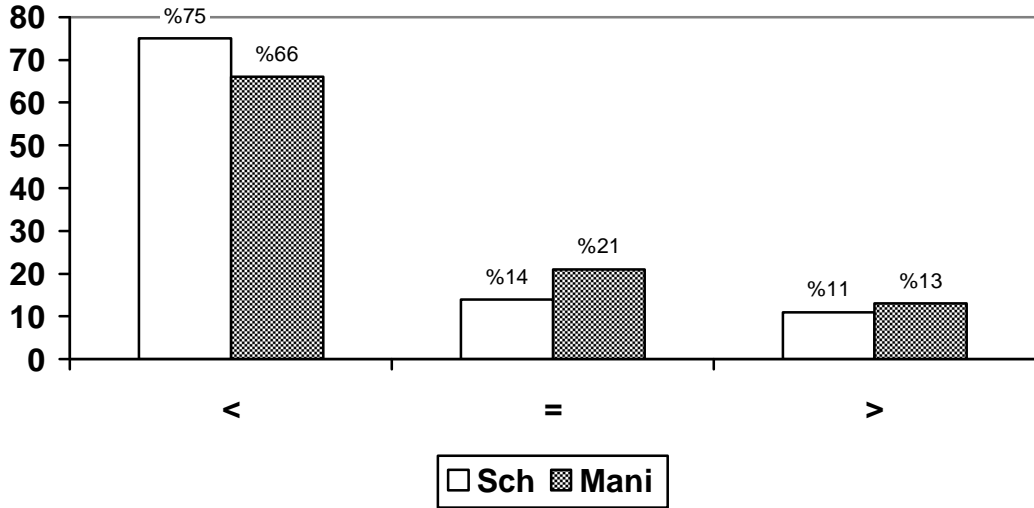


Tablo XVII.b. İmmaturite Puanlarının Cinsiyete İlişkin Ki-Kare Sonuçları

Kadinsky	Kadın		Erkek		X ²	Sd	P
	N	%	N	%			
<	75	75	66	66	2.14	2	.34
=	14	14	21	21			
>	11	11	13	13			
Toplam	100	100	100	100			

p>0.5

Grafik XVII.b. İmmaturite Puanlarının Cinsiyete İlişkin Ki-Kare Sonuçları



Tablo XVII.a'dan da anlaşılacağı gibi, şizofrenik hastaların %63'ü ">" tepkisi %27'si "=" tepkisi %10'u ise ">" tepkisi vermişlerdir. Buna karşın manik hastaların %78'i "<", %8'i "=" tepkisi, %14'ü ise ">" tepkisi vermiştir. Şizofreni ve mani hastalarının "<" "=" ve ">" tepkileri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. (Ki-kare=12.57 p<.05). Manik hastaların "<" ve ">" yanıtları şizofrenik hastalarından p<.01 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Tablo XVII.b.'de ise kadın hastaların %75'i ">" tepkisi %14'ü "=" tepkisi %11'i ise ">" tepkisi vermişlerdir. Buna karşın erkek hastaların %66'sı "<", %21'i "="

tepkisi, %13'ü ise ">" tepkisi vermiştir. Kadın ve erkeklerin immaturite düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. (Ki-kare= 2.14, p>.05)

BÖLÜM IV

Sonuç ve Tartışma

4.1. Sonuç

Bulgular kısmında açıklamalı olarak verilen sonuçlar ana hatları ile şöyle özetlenebilir.

4.1.1. Varyans Analizi Bulguları

- Hastaların bilişsel süreçleri R (toplam cevap), G (global), D (detay cevap), Dd (detay detay cevap) ve Dbl (detay blanş cevap) tepkileri ile hastalık ve cinsiyet değişkenlerine göre değerlendirilmiştir. Buna göre; hastalık değişkeninde R puanları mani hastalarının lehine $p<.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Cinsiyet değişkeninde ise erkek mani hastaların R puanları, erkek şizofren hastaların R puanlarından $p<.05$ düzeyinde, kadın mani hastaların R puanları ise, kadın şizofren ve erkek mani hastaların R puanlarından $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermiştir.
- Hastalık değişkeninde G yüzdeleri şizofreni hastalarının lehine $p<.0001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır. Cinsiyet değişkeninde ise erkek hastalar lehine $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca erkek şizofren hastaların G yüzdeleri erkek mani hastalarının ve kadın şizofreni hastalarının yüzdelerine oranla $p<.05$ düzeyinde, kadın şizofren hastaların G yüzdeleri ise kadın mani hastalarının yüzdelerine oranla $p<.05$ düzeyinde manidardır.

- Hastalık değişkeninde D yüzdeleri mani hastaları lehine $p < .05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. Cinsiyet değişkeninde ise D yüzdelerinin kadın hastalar lehine $p < .05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bununla birlikte kadın şizofren ve erkek mani hastalarının D yüzdelerinin erkek şizofren hastalara göre $p < .05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir.
- Hastalık değişkeni açısından Dd yüzdelerinin mani hastalığı lehine $p < .001$ düzeyinde, cinsiyet değişkeninde ise kadın hastalar lehine $p < .001$ düzeyinde anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bununla birlikte kadın mani hastaların Dd yüzdeleri, kadın şizofren ve erkek mani hastalarına göre $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir manidarlık göstermektedir.
- Hastalık değişkeninde Dbl yüzdeleri mani hastaları lehine $p < .05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. Cinsiyet değişkeninde ise elde edilen değerler anlamlı farklılık düzeyine ulaşmamıştır.
- Hastaların ego fonksiyonları F, F+, ve F- ile değerlendirilmiştir. Hastalık değişkeninde F değerinin şizofreni hastaları lehine $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır. Buna karşın cinsiyet değişkeni açısından F yüzdeleri anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır.
- F+ oranlarında hastalık değişkeni açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Cinsiyet değişkeninde ise F+ yüzdeleri erkek hastalar lehine $p < .01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ayrıca erkek şizofren hastaların F+ yüzdeleri kadın şizofren hastalara göre $p < .05$ düzeyinde manidardır.
- Hastalık değişkeni açısından F- yüzdelerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Buna karşın her iki grupta da kadın hastaların F- yüzdelerinin erkek hastalara göre $p < .05$ oranında, kadın şizofren hastaların F- yüzdelerinin ise erkek şizofren hastaların F- yüzdelerinden $p < .05$ oranında anlamlı bir farklılık düzeyine ulaştığı saptanmıştır.

- Hastaların affeksiyon süreçlerinin C, CF, FC ve Ext. ile değerlendirildiği araştırmada C yüzdelerinin tanı ve cinsiyet grubuna göre anlamlı bir farklılık düzeyine ulaşmadığı saptanmıştır.
- Hastalık değişkeni açısından CF yüzdeleri mani hastaları lehine $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. Cinsiyet değişkeninde ise kadın hastalar lehine $p < .05$ oranında anlamlı farklılık saptanmıştır.
- FC yüzdeleri hastalık değişkeni açısından mani hastaları lehine $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. FC puanları cinsiyet değişkeninde ise kadın hastalar lehine $p < .05$ düzeyinde manidardır. Bununla birlikte erkek mani ve kadın şizofreni hastaların FC yüzdeleri, erkek şizofreni hastalarına göre $p < .05$ oranında anlamlılık düzeyine ulaşmıştır.
- Hastalık değişkeni açısından Ext. yüzdeleri mani hastaları lehine $p < .05$ düzeyinde anlamlı bir fark oluşturmaktadır. Ancak cinsiyete göre Ext. yüzdelerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Hastaların kişiler arası ilişkileri ve sosyal uyumu H+Hd., Ban., Triade ve S.C. tepkileri ile hastalık ve cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiğinde görülmüştür ki, H+Hd. ve Ban. yüzdeleri tanı ve cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir.
- Triade değerleri tanı gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Ancak cinsiyet değişkeninde erkek hastalar lehine $p < .05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık düzeyine ulaşmıştır.
- S.C. yüzdeleri ise hastalık değişkeninde mani hastaları lehine $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. Buna karşın S.C. puanlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Hastaların nesne ilişkilerinin sorgulandığı Obj., Geog., Nat. ve Plt değerlerinde ise Obj. değerlerinin tanı gruplarına göre anlamlı bir farklılık

oluşturmadığı, buna karşın cinsiyet değişkeninde kadın hastalar lehine $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır.

- Geog. değerleri mani hastaları lehine $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. Cinsiyet değişkeninde ise Geog. puanları erkek hastalar lehine $p<.01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- Nat. değerleri hastalık değişkeninde mani hastaları lehine $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. Buna karşın cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Plt. değerleri ise tanı ve cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- Hastaların patolojik tepki düzeylerinin Anat.+ Os., Sex. ve Sg. değerleri ile tanı ve cinsiyete göre değerlendirilmesi sonucunda ise Anat.+Os. ve Sg değerlerinin tanı ve cinsiyete göre, Sex. değerinin ise tanı grubuna göre anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmektedir.
- Buna karşın cinsiyet değişkeninde Sex. değerleri kadın hastalar lehine $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık düzeyine ulaşmıştır.
- Hastaların anksiyete (angoisse) düzeylerinin değerlendirildiği faktörlerden Clob, KClob ve FClob değerleri tanı ve cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- ClobF değerinde ise mani hastaları lehine $p<.01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ancak ClobF yüzdeleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık düzeyine ulaşmamıştır.
- Dd yüzdeleri ise hastalık değişkeninde mani hastaları lehine $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. Cinsiyet değişkeninde ise Dd yüzdelerinin kadın hastalar lehine $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir.

4.1.2.Mann-Whitney U Testi Bulguları

- Bilişsel süreçler için R, G, D, Dd, Dbl değerleri analiz edilmiştir. Buna göre mani hastalarının R ve Dd tepki sayısı şizofrenik hastaların R ve Dd değerinden $P < .001$ ve D ve Dbl değerleri ise $p < .05$ oranında, şizofrenik hastaların ise G değeri manik hastalardan $p < .001$ oranında anlamlı farklılık göstermektedir.
- Bilişsel süreçlerin cinsiyet değişkenine göre dağılımında her iki tanı grubunda yer alan kadın hastaların R ve Dd değeri erkek hastalardan $p < .001$ oranında, D değerleri ise $p < .05$ oranında anlamlı farklılık göstermektedir. Buna karşın her iki tanı grubundaki erkek hastaların kadın hastalara göre G değeri $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. Ancak Dbl değerinde cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.
- Ego fonksiyonlarında hastalık değişkeni açısından şizofrenik hastaların F değeri manik hastalardan $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık oluştururken, F+ ve F- değerlerinde bir farklılık saptanmamıştır.
- Cinsiyet değişkeni bağlamında F değerinin anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir. Ancak erkek hastaların F+ değeri kadın hastalardan $p < .05$ ve kadın hastaların F- değerinin erkek hastalardan $p < .05$ oranında anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- Affeksiyon süreçlerinde manik hastaların CF ve FC değerleri şizofrenik hastaların CF ve FC değerinden $p < .001$ düzeyinde, Ext. değerleri ise $p < .01$ düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Her iki tanı grubunda C değeri ise anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- Cinsiyet değişkeni açısından CF değeri kadın hastalar lehine $p < .05$ düzeyinde anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir. Buna karşın C ve Ext. değerlerinde anlamlı bir farklılık oluşmadığı görülmektedir.

- Kişiler arası ilişkiler ve sosyal uyumda mani hastalarının S.C.düzeyi şizofreni hastalarından $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bununla birlikte her iki tanı grubunda H+ Hd., Ban. ve Triade oranında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Kişiler arası ilişkiler ve sosyal uyum cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde H+Hd., Ban., ve S.C. açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Buna karşın Triade değerleri her iki gruptaki erkek hastaların lehine $p<.05$ düzeyinde anlamlı farklılık göstermektedir.
- Nesne ilişkilerinde manik hastaların Geog. ve Nat. değeri şizofreni hastalarının Geog. ve Nat değerinden $p<.01$ düzeyinden anlamlı bir farklılık göstermektedir. Buna karşın her iki tanı grubunda Obj. ve Plt. değerlerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Nesne ilişkilerinin cinsiyete göre değerlendirilmesi sonucunda erkek hastaların Geog. değerinin kadın hastalara göre $p<.001$ düzeyinde, kadın hastaların ise Obj. değerinin erkek hastaların Obj. değerinden $p<.01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir. Nat. ve Plt. değerlerinde ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Patolojik cevaplarda tanı gruplarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Cinsiyet değişkeni açısından patolojik cevaplarda kadın hastaların Sex cevaplarının erkek hastalara göre $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Ancak Anat. + Os. ve Sg. cevaplarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Anksiyete (angoisse) düzeylerinin değerlendirilmesi sonucunda, manik hastaların ClobF ve Dd. düzeyleri şizofrenik hastalara oranla $p<.001$ düzeyinde anlamlılık gösterirken, FClob, Clob ve KClob değerlerinde manidarlık saptanmamıştır.

- Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise kadın hastaların Dd. puanları erkek hastalara göre $p<.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Buna karşın her iki cinsiyetin FClob, Clob, ClobF ve KClob değerleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

4.1.3. Ki-Kare Bulguları

- K/C puanlarında şizofreni hastalarının introversif ve coartatif özelliği mani hastalarından daha yüksektir. Mani hastaları ise şizofreni hastalarına göre daha extratansif, daha ambiequal olarak saptanmıştır ve elde edilen bulgular $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır.
- Cinsiyet değişkeninde ise kadın hastalar erkek hastalara göre daha extratansif tepkiler gösterirken, erkek hastalar kadın hastalara göre daha introversif, daha ambiequal ve daha coartatif reaksiyonlarda bulunmuşlardır. Bununla birlikte elde edilen değerler anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır.
- Kadinsky formülünde hastaların regression düzeyleri incelenmiştir. Uygulanan Ki-kare analizlerinde hastaların regression düzeylerinde gerek tanı ve gerekse cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- İmmaturite açısından değerlendirildiğinde mani hastalarının immatür ve matür tepki sayıları şizofreni hastalarından daha yüksektir. Şizofreni hastaları ise mani hastalarına göre daha fazla “eşit tepki” ,(=), göstermiştir. Elde edilen verilerin $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir. Bununla birlikte immaturitede cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

4.1.4 Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın Bilişsel Süreçlerinin Değerlendirilmesi

Hastaların bilişsel süreçlerine ilişkin R, G, D, Dd ve Dbl tepkileri varyans analizi ve Mann Whitney-U testleri ile değerlendirilmiştir. Buna göre her iki istatistiksel

analizde de R puanı ile tanı grupları arasında mani hastaları lehine $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir ilişkiye ulaşılmıştır. Bir başka deyişle şizofreni hastalarının R puanları mani hastalarından düşüktür. Bunun yanı sıra her iki gruptaki kadın hastaların R puanları erkek hastaların puanlarına oranla daha yüksek bulunmuştur. Elde edilen analiz sonuçları kadın hastalar lehine $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturmuştur. Ayrıca erkek mani hastaların puanları erkek şizofren hastaların puanlarına göre daha yüksektir ($p < .05$). Kadın mani hastaların puanları ise kadın şizofren hastaların ve erkek mani hastaların puanlarına göre daha yüksektir ($p < .05$).

Hastaların G puanları ile hastalıkları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Şizofreni hastalarının G puanları, mani hastaların puanlarına göre daha yüksektir. G puanları şizofreni hastalarının lehine $P < .01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturmuştur. G puanıyla cinsiyet arasındaki ilişkide şizofrenik ve manik erkek hastaların G yüzdeleri, kadın hastaların puanlarına oranla daha yüksek bulunmuştur. Elde edilen veriler erkek hastalar lehine $p < .01$ oranında bir anlamlılık düzeyine ulaşmıştır. Ayrıca erkek şizofren hastaların G yüzdeleri erkek mani ve kadın şizofren hastaların yüzdelerine oranla daha yüksektir ($p < .05$). Kadın şizofren hastaların yüzdeleri ise kadın mani hastalarına oranla daha yüksektir ($p < .05$).

Toplam D puanlarında mani hastalarının puanları şizofreni hastalarının puanlarından daha yüksektir. Bu yükseklik mani hastaları lehine $p < .05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır. Bununla birlikte her iki grupta da kadın hastaların yüzdeleri, erkek hastalara oranla daha yüksektir ve D puanları cinsiyete göre $p < .05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. Cinsiyet ve hastalık arasındaki ilişkinin incelenmesi sonucunda kadın şizofren ve erkek mani hastalarının D puanlarının erkek şizofren hastaların puanlarına göre $p < .05$ oranında anlamlı bir farklılık düzeyine ulaştığı görülmektedir.

Hastaların Dd puanlarında mani hastaları lehine $P < .001$ düzeyinde bir anlamlılık saptanmıştır. Bunun yanı sıra Dd puanları her iki grupta da kadın hastalar lehine yükselmiş ve cinsiyete göre $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturmuştur. Ayrıca kadın mani hastaların Dd puanları kadın şizofren ve erkek mani hastalarına oranla daha yüksektir ($p < .05$).

Dbl puanları ise mani hastaları lehine $p < .05$ düzeyinde manidardır. Ancak Dbl puanları ile cinsiyet arasındaki ilişki anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır.

R puanının mani lehine artması literatür ile uyumludur. Manik durumun kognitif işleyişinin sınırsız ve hızı artan düşünce akışıyla şekillendiğini ifade eden Kaplan (Kaplan ve Sadock, 2004: 169), hastaların konuşmasının araya girip kesilemediğini, konuşmanın yüksek sesle, hızlı ve bölünmesinin zor olduğunu belirtmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004:159-161). Düşüncedeki aşırı üretime uygun olarak konuşma bir sel gibi akar, ve hasta daldan dala atlar (Öztürk, 2004:319; Yazıcı, 1997:429-438). Psikomotor etkinlikte artma olarak tanımlanabilen manide kişinin, daha hızlı düşündüğü, daha hızlı konuştuğu ve daha hızlı davrandığı, aşırı hareketli manik hastanın geveze olduğu (Koroğlu, 2004:294-295), sürekli olarak bir konudan diğerine geçtiği ve genelde cümlenin son kelimesinin ikinci bir cümlenin başlangıcını çağrıştırdığı literatürde yer alan bilgilerdir (Ziyalar, 2006:280-282).

DSM-IV-TR ve ICD-10 tanı kriterlerinde de manik epizodda hastaların her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma ve fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı içerisinde olduğu, manik epizodun fikir uçuşmaları, basınçlı konuşma ve konuşma miktarındaki artış ile karakterize olduğu belirtilmektedir (DSM-IV-TR,2001:151-189; ICD-10, 1992:104-123).

Buna karşın şizofrenide negatif yapısal düşünce bozukluğu olarak adlandırılan konuşmanın ve konuşma içeriğinin yoksullaşması (Lindstrom ve Knorring, 1994:274-278), konuşma fakirliği, konuşma içeriğinde azalma, çevresel konuşma, hedef kaybı, perseverasyon, ekolali, blokaj ve aynı zamanda konuşmanın yetersizlik ifade etmekten çok ilgisizlik ifade etmesi, bir başka deyişle hastanın söylenmesi gereken bir çok şeyi atlaması (Ceylan, 2005:101), konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, fakirleşme ve absurdite (Öztürk, 2004:234-242) özelliklerinin şizofreni hastalarında R puanının mani hastalarına göre daha düşük oluşunda etken olabileceği düşünülmektedir.

G, D ve Dd yanıtlarında şizofreni hastalarının daha fazla G yanıt verdiği buna karşılık manik hastaların da daha fazla D ve Dd yanıt verdiği saptanmıştır. Manik hastanın artan dikkat seviyesi, çağrışımlarının hızlanması ve fikir uçuşmaları, konuşma miktarının artması, dış uyaranlara duyarlılığının yükselmesi, buna karşın şizofreni hastasının bilişsel işlevlerinde özellikle dikkat seviyesindeki azalma, konuşma miktarının azalması, ilgisizliği ve daha somut ifadelerle yönelmesi bu tabloyu açıklayabilir. Bulgularımız literatür ile uyumludur.

Manik hastaların dikkatlerinin çok dağınık ve düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırmalarının olanaksız olduğunu, çünkü dikkat sürelerinin çok kısa olduğunu belirten Köroğlu, hastanın yarışan düşünceler, basınçlı konuşma, düşünce uçuşmaları içerisinde olduğunu belirtmektedir (Köroğlu, 2004: 294-295). Aynı şekilde DSM-IV-TR’da da manik epizod için tanı kriterleri arasında “distraktibilite (dikkat dağınıklığı yani dikkatin önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir oluşu) yer almaktadır (DSM-IV-TR, 2001:151-189). ICD-10’da ise hastada dikkatin sürekliliğinin sağlanamadığı ve sıklıkla belirgin dikkat dağınıklığı görüldüğü bir başka ifadeyle dikkat ve dikkati toplama yetisinin bozulduğu bunun da bir işin başında durma ya da dinlenme ve eğlenme yetilerinin azalmasına yol açtığı belirtilmektedir. Ek olarak, yüzeyleyin ve dokuların ince ayrıntıları ile uğraşma ve işitme keskinliğinde artma gibi algı bozuklukları olabileceği belirtilmektedir (ICD-10, 1992:104-123).

Mani hastalarının D ve Dd tepkisinde dikkat dağınıklığının yanı sıra hastada düşünce süreci yani çağrışımlarının hızlanmış ve artmış olması, sürekli konuşup konudan konuya atlaması, fikirlerin hızla birbirini izlemesi ve giderek dikkatin belli bir noktaya tutulamaması yüzünden algılamasının dağılmasının rolü olduğu muhakkaktır (Öztürk, 2004:319). Bir başka ifadeyle hastanın çağrışımların çok hızlanması, aynı zamanda şuur düzeyine birbirinden ilgisiz bir çok düşüncenin yığılması, klangassosiyasyonların “ses çağrışımlarının” bütün şuur düzeyini kaplaması sonucunda dialog gücünü kaybederek “fikir uçuşması” “flight of ideas” adı verilen düşünme ve konuşma karmaşası içine girmesi söz konusudur (Öztürk, 2005:291-342; Ziyalar, 2006:280-282).

Rorschach testinde G yanıtları bütün yanıtlardır. Seçilen alan kartın bütünüdür. Kişinin kartları aldığıında, dış dünyayı algılamasında tekil ve bütüncül yaklaşımları vurgulamaktadır (İkiz, 2007/b:10-13). G yanıtlarındaki artma düşüncede rigidite belirtisidir. Bir başka ifadeyle formalist düşünce yapısına gönderme yapar.

Bu bağlamda şizofreni hastalarında G puanının artması hastanın bilişsel bozuklukları ve özellikle azalan dikkat seviyesi ile D ve Dd yanıtlarından uzaklaşması sonucunda uyararı tekil ve bütüncül olarak algılama eğilimi ile açıklanabilir. Bulgumuz literatür ile uyumludur.

Şizofreni hastalığının karakteristik semptomları yüksek kortikal işlev sahalarındaki yaygın bozulmaya bağlıdır (Maj ve Sartorius, 1999:1-37). Şizofreni hastalarında görülen zaman içinde meydana gelen olayları ve algıları bütünleştirme, planlama, amaca yönelik davranışı sürdürebilme ve davranışsal esneklik konusundaki bozuklukların yanı sıra ilgisizlik, güdüsüzlük ve apati görülmektedir (S.Karakaş ve H.M.Karakaş, 2000:215-227). Soyut düşünme yetisi genellikle bozulmuştur. Soyut kavramlar somut bir biçimde yorumlanır. Farklılık ve benzerlikleri kavrama yeteneği yitirilebilir (Karşıdağ vd, 2000:225-230). Genel bir ilgisizlik nedeniyle hafızada ve diğer bilişsel fonksiyonlarında bozulma olduğu görülse de bu gerçek bir bozulma değildir (Ceylan, 2005:109-110), hastanın ilgi azlığına ve dikkat dağınıklığına bağlıdır (Alper vd, 1997:113; Öztürk, 2004:235-236). Aynı zamanda gerçeği değerlendirme yetisi bozulan, bir başka ifadeyle nesnel dış dünyada olup bitenle, kişinin iç dünyasında meydana gelenleri birbirinden ayırt edebilme yetisi bozulan hastada düşünceyi oluşturan sözcükler ve simgeler arasındaki mantıksal zincir kopmuştur. Düşüncenin akışında durmalar (blok) ve düşünce sıkışması görülür (Metek, 1998/b:23-28).

Dbl yanıtları kartların siyah kısımlarının dışında oluşturulan beyazlıklara verilen yanıtlardır. Seçilen alan karttaki şekil dışında kalan beyaz arka plandır (İkiz, 2007/b:10-13). Detay blanş muhalefete ve ağıressiviteye delalettir. Karşı koyucu bir tutum (negativizm), yapılması gerekeni yapmama durumu söz konusudur, bununla birlikte deneğin kendi fikrini savunmasını, kanıtlama çabalarını ve iç dinamizmini gösterebilir (Anastasiadis, 1975).

Araştırmada Dbl mani hastaları lehine artmıştır. Bulgumuz literatür ile uyumludur. Dbl puanının mani lehine artması mani hastalarının emosyonel özellikleri ile açıklanabilir. Köroğlu'nun ifadesiyle mani hastalarının emotif özellikleri; taşkın, kabarmış, elesyonda, öforik, iritabil, ve değişken olmasıdır. Hastanın duygudurumu labil ve daha çok öforiktir, ancak zaman zaman iritabilite ortaya çıkabilir (Köroğlu, 2004:294-295). Öztürk ise mani hastasının duygulanımında coşkunun, aşırı neşenin, sıklıkla da öfkenin egemen olduğunu, sık görülen öfkeli, küfürcü bazen saldırgan tutumların hasta engellenince ortaya çıktığını, aşırı neşesini, hareketliliğini durdurmaya çalışanlara çabuk kızabileceklerini ve saldırgan olabileceklerini belirtmektedir (Öztürk, 2004:319). Ziyalar, ise mani hastasının duygulanımındaki aşırı neşe ve keyif halinin en ufak bir nahoş uyaran karşısında birden yerini sinirliliğe ve öfkeye bırakabileceğini ve hastanın agresif ve zarar verici olabileceğini, hastanın duygulanımlarında bir aşırılık gözlemlendiğini, “high mood, elevated mood veya mood swings” ismi verilen bu halin mizaçtaki yükselmeyi ve mizaçtaki ani sıçramaları ifade ettiğini ve hastanın, hareketliliği engellemek isteyenler karşı acımasız davranabileceğini ifade etmektedir (Ziyalar, 2006:280-282). Bir başka ifadeyle duygudurumları genellikle öforik olan mani hastasında beraberinde kızgınlık ve saldırganlık da gözlenebilmektedir (Yazıcı, 1997:429-438). Daha ağır durumlarda agresyona kadar varabilen taşkınlıkları assosiyasyonlarının aşırı artmasından kaynaklanabilir (Ziyalar, 2006:280-282).

Anastasiadis'e göre Dbl aynı zamanda kişinin kendi fikrini savunması ve fikrini kanıtlama çabalarını ifade etmektedir. Bu bağlamda mani hastasının düşünce içeriğinin benlik kabarmasını yansıtan düşüncelerle dolu olması, kimsenin yapamayacağı işleri yapacak güçte ve kendisini herkesten üstün ve yetenekli görmesi, büyüklük düşüncelerinin giderek büyüklük sanrılarına dönüşmesi böylece hastanın kendisini üst düzeylerde bir göreve hazır görmesinin bir faktör olduğu düşünülebilir (Öztürk, 2004:319-320). Hastanın benlik saygısında artmaya bağlı büyüklük ve olağandışı güçlülük duygusu (Kaplan ve Sadock, 2004:159-161) yerini aşırı zenginlik, yeteneklilik, sahip olunan güçle ilgili sanrılara bırakabilir (Yazıcı, 1997:429-438).

4.1.5. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın Ego Foksiyonlarının Değerlendirilmesi

F, F+ ve F- ile değerlendirilen ego fonksiyonları için elde edilen bulgulara göre şizofreni hastalarının F yanıtları mani hastalarına göre $p < .001$ oranında anlamlı bir farklılık düzeyine ulaşmıştır. Ancak cinsiyet değişkeninde her iki gruptaki kadın ve erkek hastalar arasında anlamlılık saptanmamıştır. F+ ve F- yanıtlarında elde edilen puanlar tanıya göre anlamlı bir farklılık düzeyine ulaşmamıştır. Bununla birlikte erkek hastaların F+ puanları kadın hastalardan varyans analizinde $p < .001$ düzeyinde, Mann-Whitney U analizinde ise $p < .05$ düzeyinde, kadın hastaların F- puanlarının ise her iki analiz yönteminde de erkek hastalara göre $p < .05$ düzeyinde manidar olduğu saptanmıştır.

Rorschach testinde ikinci sütunda verilen yanıtlar içerik olarak form ya da renk olarak kodlanmaktadır. Şizofreni hastalarının F puanlarındaki yükselme affeksiyon yanıtlarının (renk yanıtlarının) hiç olmaması ya da az olması (Bkn. Tablo V ve Tablo VI.a.) bulgusuyla uyumludur. Aynı zamanda F yanıtlarının şizofreni lehine yükselmesi, şizofreni hastalarındaki formalist düşünce yapısını, bir başka ifadeyle rigidite bulgusunu da açıklamaktadır. Bu bağlamda F puanına ilişkin bu bulgu düşünce de rigidite bulgusunun verildiği G yanıtlarının yükselmesi ile de uyumludur (Bkn.Tablo I ve Tablo II.a.).

Rorschach testinde önemli isimlerden Exner (1986), şizofreninin dört temel ögesini, “yanlış algılama” (inaccurate perception), “bozulmuş düşünce biçimi” (disordered thinking), “kendini kontrol etmede yetersizlik” (inadequate control), “kişiler arası ilişki kurmada yetersizlik” (interpersonal ineptness) olarak tanımlamıştır. Bu öğelere sadece şizofrenide değil diğer psikiyatrik bozukluklarda da rastlanmakla beraber, şizofreniden başka hiçbir psikiyatrik hastalık grubunun, bu öğelerden ikisi olan, “yanlış algılamayı” ve “ yetersiz düşünce biçimini” aynı anda içermediğini belirtmiştir (Exner, 1986:418). Exner bu sözleriyle formalist düşünce yapısını ifade etmiştir.

Elde edilen bulgular literatürde şizofreni hastalarının affektif küntlük ve kalıplaşmış düşünce yapısı (rigidite) bulgusu ile uyumudur. Şüphesiz şizofreni hastalarının rijid

düşünce sistemi bilişsel bozukluklarından ayrı değerlendirilmez. Rorschach testi de bu noktayı göz önünde bulundurarak, psikogram yazımı sırasında, hastanın ego fonksiyonlarını bilişsel fonksiyonları ile birlikte değerlendirmektedir. Bu değerlendirme hastanın bilişsel işlev bozuklukları ile ego fonksiyonları bozukluklarının ayrılmazlığı gerçeğindedir.

Şizofrenideki başlıca bozukluğun bir ego organizasyon bozukluğu olduğunu ileri süren psikoanalitik kurama göre egonun dezorganizasyonu gerçekliğin yorumunu ve dürtülerin denetim altında tutulmasını etkilemektedir (Freud, 1999:193-211). Ego işlevleri geçmişteki çatışmalarla ilişkili olarak ödipal dönem öncesine gerilemiştir (regresyon) (Ceylan, 2005:613-614). Bir başka ifadeyle libido bir çatışma sonucu dış dünyadan (nesnelere) bedene geri çekilip birinci narsistik döneme saplanır (fiksasyon). Libido enerjisi kişinin kendilik imgesine ya da beden imgesine yatırılır. (Ceylan, 2005:613-614). Paul Federn'de şizofreninin bir ego hastalığı olduğunu belirterek, libido enerjisinin ego sınırlarına olan yatırımının kaybı ya da azalması ile egonun içsel ve dışsal sınırlarında ortaya çıkan zayıflamaların ilkel ego durumlarının ortaya çıkmasına ya da zihinsel dünya ile dış gerçek dünya arasındaki sınırın ortadan kalkmasına neden olduğunu belirtir (McGlashan ve Hoffman, 2000:1159-1169).

“Us yarılmaması” anlamı taşıyan şizofreni terimi duygulanım ve düşünce arasında kopukluğu ifade eder (Ceylan, 2005:76). Bir başka deyişle kişinin kendi iç dünyasına yönelerek, dış çevreye kendini kapatmasıyla başlayan, düşüncelerini, algılamalarını, davranışlarını ve duygulanımlarını etkileyerek süregiden şizofreni hastalığında (Şahin, 1999:72-78) bilişsel bozukluklar şizofreninin en yaygın özelliklerinden biri olarak kabul edilmektedir (Davidson vd ,1999:1328-1335). Şizofrenide baskın olan bilişsel bozukluklar arasında dikkat, bellek, akıl yürütme, düşünsel işlemleri anlamlandırabilme ve problem çözmedeki kayıplar yer almaktadır (Kaplan ve Sadock, 2003:471-504; Öztürk, 2004: 235).

Şizofrenide bilişsel işlevlerin bozulduğu en önemli alan algılamadır. Niteliksel olarak önemli algı bozuklukları varsanılar (hallüsinasyon) ve yanılsamalardır (illüzyon). (Bellack vd, 1992:674-680; Ceylan, 2005:107-110). Sanrılar ise (hezeyanlar) düşünce içeriği bozukluklarının en ileri formudur (Cummings ve Trimble, 2003: 41-83).

F puanındaki bu yükselme affeksiyon tepkilerinin verilmemesi sonucunda ortaya çıkmış olabilir. Bir başka ifadeyle Rorschach testinde bireyin tepkileri form veya affeksiyonu içeren kodlardır. Şizofrenik hastaların affektif tepkilerinin az olması veya hiç olmaması F puanındaki yükselmeyi açıklayabilir. Şizofreni hastalarının affektif tepkilerinin azlığı ise literatür ile uyumludur. Yavaş yavaş dış dünya gerçeklerinden kopan ve ego sınırları parçalanmaya başlayan hasta, dünyanın sonunun geldiği, yok olacağı, bedeninin, kişiliğinin, benliğinin parçalanacağı şeklindeki yaşadığı çeşitli düşüncelerin etkisiyle, korku, panik, dehşet ve çöküntü duyguları içinde olabilir. Bazen de tam tersine kendini ulaşılmaz ölçüde güçlü gören, evrenle bütünleşmiş hisseden, dinsel yönden kendinden geçen hastalarda ise öfori ve taşkınlık duyguları görülebilir. Hastalık ilerledikçe duygusal yaşamlarında gittikçe artan kısıtlanma, sıklık, azalma ve donukluk izlenir (Işık, 1997:1-64). Bir başka ifadeyle duyguların dışavurumunda ve duygusal tepki vermede bir yetersizlik söz konusudur (Mete, 1998/b:23-28). Anhedoni, uygunsuz duygulanım, duygulanımda düzleşme gibi duygulanım bozuklukları sık gözlenir (Maj ve Sartorius, 1999:1-37). Bunlardan affektif küntlük şizofrenini en karakteristik belirtisini oluşturur. Bazen de affekt sığ ya da uygunsuz olabilir (Ceylan, 2005:109-110). Bu özelliklerin yanı sıra, hastanın ses tonu da çoğunlukla tekdüze olup, duygulanımı belli etmez (Öztürk, 2004:234-242).

4.1.6. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın Affeksiyon Süreçlerinin Değerlendirilmesi

Rorschach testinde renk tepkileri kişinin çevresi ile kendisi arasında ilişki kurabilmesi ve duygulanımlarını dış dünyaya yansıtabilmesi kapasitesini gösterir. FC tepkileri dış dünya ve gerçekliğe uyum sağlamayı, CF ve C tepkileri ise dış dünyaya adapte olamayan ben merkezci duygulanımı temsil eder. Renk tepkilerinin CF yönünde, ağırlıklı olarak verildiği kişilerde, daha fazla dış dünyaya eğilim, daha kolay bedensel uyarılabilirlik ve duygulanım stabilitesinin olmaması (labil affekt) görülür.

Hastaların C, CF, FC ve Ext. tepkileri ile değerlendirilen affeksiyon süreçleri analizleri sonucunda C tepkilerinde tanı ve cinsiyete göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Buna karşın CF ve FC puanlarında mani hastaları lehine $p<.001$

düzeyinde bir anlamlılık düzeyine ulaşılmıştır. Cinsiyet değişkeninde ise hastaların CF ve FC puanları mani hastaları lehine $p < .05$ düzeyinde bir anlamlılık seviyesine ulaşmıştır. Ext. puanlarında ise yine mani hastaları lehine $p < .05$ oranında görülen anlamlılık düzeyi, cinsiyet değişkeninde istatistiksel anlamlılık oluşturacak düzeye ulaşmamıştır.

Mani hastaları lehine yükselen CF ve FC tepkileri mani hastalarının duygulanım süreçlerinde görülen yükselme ile, şizofreni hastalardan ise affektif durgunluk veya küntlük ile açıklanabilir. Bulgularımız literatür ile uyumludur.

Mani hastasında duygulanımında coşkunun ve aşırı neşenin egemen olduğunu, neşesinin konuşmaları ile uyumlu olduğunu, hastanın çevresindekiler tarafından eğlenceli bulunduğunu, hastanın neşesinin çevresindekilere de bulaştığını, yükselen bu duygudurumu ile hastanın açık saçık şakalar yapabildiğini belirten Öztürk'ten başka (Öztürk, 2004:319) Ziyalar'da, hastanın duygulanımında aşırı neşe ve keyif hali olduğunu ve hastanın duygulanımlarında bir aşırılık gözlemlendiğini, bu duruma "high mood, elevated mood veya mood swings" adı verildiğini ve bu terimle mizaçtaki yükselme ve mizaçtaki ani sızramaların ifade edildiğini bildirmektedir (Ziyalar, 2006:280-282). Duygudurumun neşeli, bulaşıcı ve yükselmiş olmasına klinik semptomatolojide yer veren Yazıcı (Yazıcı vd, 1999:133-142) dışında Köroğlu'da mani hastasının emosyonel özelliklerinin taşkın, kabarmış, elesyonda, öforik, irritabil, değişken (labil) olduğunu belirterek mani hastasının kliniğini tanımlamaktadır (Köroğlu, 2004:294-295). DSM-IV-TR'da manik epizod en az 1 hafta (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) süren, olağan dışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritable, ayrı bir duygudurum döneminin olması (DSM-IV-TR, 2001:151-189) şeklinde tanımlanırken, ICD-10 ise duygu durumunda, kişinin içinde bulunduğu duruma uygun olmayan bir coşkunun olduğunu ve bu coşkunun kaygısız bir neşelilik halinden denetlenemeyen bir taşkınlık durumuna kadar değişebilen bir şiddette kadar değişebildiğini belirtmektedir (ICD-10, 1992:104-123).

Mani hastalarındaki duygulanım süreçleri giyimlerine de yansımaktadır. Köroğlu, manik hastaların çoğu zaman olağanüstü süslü giyimli ve aşırı derecede makyajlı olduğunu, hastanın görünümünün baskın olan duygu durumlarını yansıttığını, manik

dönemlerinde parlak renkli giysiler seçtiklerini ve giydiklerinin ileri derecede uyumsuz ve uygunsuz olabileceğini, çok renkli, uygun olmayan kombinasyonlarda giyinebileceklerini ve abartılı takı takabileceklerini bildirirken (Köroğlu, 2004:294-295), Ziyalar'da bu konuyu vurgulayarak manik hastaların renkli ve abartılı giyimleri, üzerlerinde süs ve takıların fazlalığı ile dikkat çektiklerini belirtmektedir (Ziyalar, 2006:280-282).

Şizofrenideki affektif süreçlere ilişkin bulgular ise Kraepelin zamanından beri bilinmektedir. 1919 yılında yazdığı “dementia Praecox ve Parafreni” isimli kitabında iki temel patolojiyi tanımlayan Kraepelin'e göre bu patolojiler, emosyonel aktivitelere zayıflama, intrapsişik dengenin ve koordinasyonun bozulmasıdır (Ceylan, 2005:83). Jackson ise pozitif/negatif şizofreni ayrımı yaparken negatif belirtiler olarak duygulanımda küntlük ve emosyonel içe çekilmeye (Maj ve Sartorius, 1999:1-37) yer vermiştir. Uzun'a göre de şizofreni hastalarının duygulanım, duygudurum ve motivasyon alanında bozukluklar vardır. Bu bozukluklarda anhedoni %30-45, uygunsuz duygulanım %20, düz duygulanım veya künt duygulanım %50, azalmış jestler %57, değişmeyen yüz ifadesi %53, vokal esnekliği kaybı %53, azalmış spontan hareketler %37, zayıf göz ilişkisi %37, affektif yanıtızlık %30 ve depresyon %10-70 oranında yer almaktadır (Uzun, 2005:643). Duygulanımda küntlük, (Özmenler ve Battal, 1998:5-16) affektif düzleşme (Cummings ve Trimble, 2003:41-47), duygulanımın düz, künt, uyumsuz ve uygunsuz olması (Kaplan ve Sadock, 2003:471-504; Mete, 1998/b:23-28) şizofreni hastalığında karakteristik semptomlar arasında yer alır.

Özetle şizofreni hastasında duyguların dışavurumunda ve duygusal tepki vermede bir yetersizliğin söz konusu olduğu (Mete, 1998/b:23-28), anhedoni, uygunsuz duygulanım, duygulanımda düzleşme gibi duygulanım bozuklukları sık gözlemlendiği (Maj ve Sartorius, 1999:1-37) bu semptomatik belirtilerden özellikle affektif küntlük bulgusunun şizofreni için en karakteristik belirti olduğu, bununla birlikte bazı hastalarda affektin sığ ya da uygunsuz olabileceği (Ceylan, 2005:109-110), hastanın ses tonunun da çoğunlukla tekdüze olup hastaların duygulanımı belli etmediği (Öztürk, 2004:234-242), hastalık ilerledikçe şizofreni hastalarının duygusal yaşamlarında gittikçe artan kısıtlanma, sığlık, azalma ve donukluk izlendiğine ilişkin bildiriler bulunmaktadır (Işık, 1997:1-64).

Rorschach testinde CF tepkisinin, ağırlıklı olarak verildiği kişilerde, daha fazla dış dünyaya eğilim, daha kolay bedensel uyarılabilirlik ve duygulanım stabilitesinin olmaması (labil affekt) görülür.

Mani lehine yükselen CF tepkisi mani hastasının dış dünyaya eğilimindeki artış ve bedensel kolay uyarılmayı ve ayrıca labil affektini açıklayabilir. Mani hastalarının dış dünyaya eğiliminin artışı araştırmadaki diğer bulgular ile uyumludur (Bkn. Tablo XIV.a., Tablo V). Ext. değerinin tanı gruplarına göre varyans analizi sonuçlarında mani hastaları lehine $p < .05$ oranındaki ve K/C puanlarının Ki-kare sonuçlarındaki $p < .05$ oranındaki anlamlılık düzeyleri birbiri ile uyumludur ve mani hastasının impulsif doğasını açıklayabilir. Bulgularımız literatür ile uyumludur.

Manik duruma özgü özelliklerden biri öfori ise, bir diğerinin de dezinhibisyon olduğunu ifade eden Köroğlu, ayrıca depresif hastalar için olabileceğin en kötüsünün ihmal ve intihar iken manik hastaları bekleyen en büyük tehlikelerin daha çok bu hastaların “pervasızlık”larından kaynakladığını, bu durumun araba kazalarına neden olabileceğini, ihtiyatsızca giriştikleri iş yatırımlarından dolayı büyük kayıplara uğrayabileceklerini ve hiperseksüalitetleri sonucunda “skandal”lar yaşabileceklerini ifade ederken (Köroğlu, 2004:294-295) şüphesiz manik hastaların çekiniksiz doğalarından söz etmektedir. Bu konuda başka yazarlar da dürtü denetimi azalan manik hastanın intihar etmeye ya da adam öldürmeye kalkışabileceğini, uygunsuz cinsel davranışlarda bulunabileceğini belirtmektedirler (Işık, 2003:467-509; Kaplan ve Sadock, 2005:190). Ayrıca manik hasta uygunsuz harcamalarla ailesini zor duruma sokabilir (Kaplan ve Sadock,2005:190), sonuçlarını düşünmeden tehlikeli işlere girebilir. Hastanın davranışları impulsif ve aynı zamanda tutkulu ve amaca dönüktür (Kaplan ve Sadock, 2004:159-161). Manik hastalarda impulsivitenin bir başka bulgusu çok zaman sarhoşmuş gibi davranmaları, kısıktıldıklarında şiddetli bir öfkeyle tepki göstermeleri ve toplumsal yönden uygunsuz davranışlarıdır (Köroğlu, 2004:294-295). Bununla birlikte hastane dışında manik hastalar aşırı alkol alabilir ya da kendi kendilerini tedavi etmeye kalkabilirler. Bu çekiniksiz doğaları telefonu aşırı kullanmalarına, özellikle sabah erken saatlerde uzun uluslararası görüşmeler yapmalarına yol açabilir. Patolojik kumar, halka açık alanlarda soyunma eğilim gibi pek çok eylemlerinin impulsif doğası inanç ve amaç duygusu ile birleşir. (Kaplan ve Sadock, 2004:165-167). Mani hastalarının %75 kadarı saldırgan ve

korkutucudur. Önemli insanları tehdit eden hastalar (devlet başkanını gibi) şizofrenlerden çok manik hastalardır. Hem hastalıkları konusunda içgörülerini azdır hem de impulsif davranışlarıyla sosyal ya da ekonomik sorunlara sebep olabilirler (Kaplan ve Sadock, 2005:190).

Rorschach testinde CF tepkileri aynı zamanda sıcak, içten gelen duyguların dışavurumudur. Bu kişilerin insan ilişkilerinde sıcaklık, spontanlık vardır. Ancak yine de çocuksuluktan duygularının etkisi altında kalmakta, egosantrik, kendi duygularını çok ön planda tutup başkalarının duygularına önem vermeyen, kendilerini başkalarının yerine koyamayan kişilerden söz edilebilir (Anastasiadis, 1975).

Bulgumuz literatür ile uyumludur. Köroğlu mani hastasının çoğunlukla dost tavırlı olduğunu, şakacı, başkalarına takılan bireyler olduğunu ve depresyondaki kişilerin içe dönük inhibisyonlarının tersine mani hastasının genelde dostça tavırlı olan taşkınlıklarının duygudurumların dışavuran ortak özelliği olduğunu belirtir (Köroğlu, 2004:294-295). Bununla birlikte manik hastaların yatan hasta servislerinde servis kurallarının sınırlarını zorlamaları, başkalarına karşı eylemlerinin sorumluluğunu almama eğilimleri, diğerlerinin zayıflıklarını kendi çıkarları için kullanma eğilimleri (Kaplan ve Sadock, 2004:165-167) egosantrizm ile açıklanabilir.

4.1.7. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Uyumunun Değerlendirilmesi

Araştırmada kişiler arası ilişkileri ve sosyal uyum H+Hd., Ban. Triade ve S.C. tepkileri ile değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerde şizofreni ve mani hastalarının H+Hd., ve Ban. puanlarında tanıya ve cinsiyete göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Triade puanları tanıya göre anlamlı bir farklılık düzeyine ulaşmamıştır. Bununla birlikte Triade puanında cinsiyete göre her iki gruptaki erkek hastaların lehine $p < .05$ düzeyinde manidarlık görülmüştür.

S.C. puanında ise mani hastaları lehine $p < .001$ düzeyinde yüksek bir anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ancak cinsiyete göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Rorschach testinde S.C. 6 faktör ile değerlendirilir. Bu faktörler toplam D tepkisinin %60 civarında olması, K tepkisinin en az iki tane olması, CF tepkisinin FC tepkisine oranının 1/3 olması, K/C tepkisinin + (pozitif) olması, H tepkisinin en az 2 tane olması ve son olarak Ban. tepkisinin en az 5 tane olması. Bu bağlamda S.C. puanlarının mani lehine yükselmesi araştırmanın diğer bulguları ile uyumludur (Bkn. Tablo I, Tablo II.a., Tablo V, Tablo VI.a., Tablo XV.a.)

Elde edilen bulgular literatür ile de uyumludur. Şizofreni hastalarında kişiler arası ilişkilerin ve sosyal uyumun bozulması hastalığın prodromal ve prognostik sürecinde karakteristik bir belirtidir.

İşlevsellikte ilerleyici bir yıkımla seyreden şizofreni hastalığını “demence prococe” “erken bunama” olarak ifade eden Morel (Kaplan ve Sadock, 2005:134), bu terimle 13-14 yaşlarındaki bir çocuğun aile bireylerinden nefret duyması ile başlayıp daha sonra gittikçe kendi iç alemine çekilmesini, uyum sorunlarıyla başlayıp yıkımla sonlanan bir içe kapanma tablosu tanımlamıştır. (Kaplan ve Sadock, 2000:1096-1231). Kişilerarası psikanalitik okulunun kurucusu olan Harry Stack Sullivan, toplumsal yalnızbaşılığın (izolasyon) şizofreninin hem bir nedeni hem de bir belirtisi olduğunu ifade ederken (Kaplan ve Sadock, 2004:128-129), William, şizofreniyi kişiyi alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaştıran, içinde yaşadığı toplumdan kopararak kendi iç dünyasının derinliklerine sürükleyen bir hastalık olarak tariflemektedir (William, 1998:5). Bir başka ifadeyle şizofreni, bireyin düşünce, davranış, algı, konuşma, iletişim, sosyal ilişkiler, çevre ile olan etkileşim ve gerçeği değerlendirmesinin bozulmuş olduğu bir hastalıktır (Ceylan, 2005:70). Kişi toplumsal yaşamdan geri çekilmiştir (izolasyon) ve gerçekçi dünyanın bir yadsıması söz konusudur (Ceylan, 2005:613-614). DSM-IV-TR’da toplumsal/mesleki işlev bozukluğunda iş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarında bir ya da daha fazlasını bulunması tanı kriterleri içerisindedir (DSM-IV-TR, 2001:137-150). ICD-10’da ise şizofrenik

semptomların sosyal çekilme ve sosyal performansın düşmesine yol açtığı bildirilmektedir (ICD-10, 1992:79-90).

Hastalık süreci kendini ortaya koymadan önce premorbid bir dönem bulunmakta ve bu dönemde şizoid veya şizotipal gibi A kümesi kişilik tipi belirtileri bulunmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2005:146). Şizofrenik hastalar hastalık öncesinde genellikle içe dönük, sessiz, arkadaşı az, yalnızlığı yeğleyen kişilerdir (Öztürk, 2004:234). Hastalık ilerledikçe toplumdan uzaklaşma (Ceylan, 2005:97-98), aşırı içe kapanma, özbakımda azalma, iş ve toplumsal uyum alanlarına ilginin azalması (Öztürk, 2004:242-243), aile, okul ya da iş gibi önemli işlevsellik alanlarında uyumun azalması (Goldstein, 2000:20-26), dış dünya ve gerçeklerden daha fazla kopma (Bellack vd, 1992:674-680), böylece yavaş yavaş kendi içine kapanma, çevreyle ilişkilerini sınırlama, evden dışarı çıkmama ve arkadaşlarıyla ilişkide kopmalar izlenir (Işık, 1997:1-64).

S.C. puanlarının manik hastaların lehine yükselmesi ayrıca mani hastalarının affektif semptomlarının sönmesinin ardından sağlıklı duygudurumuna dönebilmelerini ve remisyon dönemlerinde aile yaşantısını, kişiler arası ilişkilerini, mesleğini ya da uğraşlarını yerine getirebilmelerini, kısaca bireysel ve toplumsal uyumunu sürdürme yeteneklerini açıkladığı düşünülmektedir.

4.1.8. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın Nesne İlişkilerinin Değerlendirilmesi

Hastaların nesne ilişkilerinin Obj., Geog., Nat. ve Plt. tepkileri ile incelendiği araştırmada, varyans analizi ve Mann-Whitney U analiz yöntemleri sonucunda Obj. değerlerinin tanıya göre anlamlılık oluşturacak düzeye ulaşmadığı, buna karşın cinsiyet değişkeninde her iki gruptaki kadın hastaların lehine $p < .05$ oranında anlamlı bir farklılık oluşturduğu, Geog. puanlarının mani hastaları lehine $p < .05$ oranında manidar olduğu, yine Geog.puanlarının cinsiyet değişkeninde her iki gruptaki erkek hastalar lehine $p < .01$ gibi kuvvetli bir oranda anlamlı bir farklılık oluşturduğu, Nat. puanlarının mani hastaları lehine $p < .05$ oranında farklılık düzeyine ulaşırken cinsiyet

değişkeninde anlamlılık düzeyine ulaşmadığı ve son olarak Plt değerlerinin tanıya ve cinsiyete göre anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.

Rorschach testinde çeşitli coğrafi şekillerin verildiği Geog.yanıtları agresion göstergesidir. D cevapları da Geog.’taki yükselmeye eşlik ediyorsa dışa yönelmiş agresion göstergesidir. Doğaya ait tanımlamaların yapıldığı Nat. yanıtları ise regresif bir infantil affektivite bulgusudur (Anastasiadis, 1975).

Bu bağlamda Geog. ve Nat. yanıtlarının mani hastaları lehine yükselmesi literatür ile uyumludur. Köroğlu’nun ifadesiyle hastanın duygu durumu labil ve daha çok öforiktir ancak zaman zaman irritabilite ortaya çıkabilir, duygudurumları instabil, öfkeli ya da agresif olabilir (Köroğlu, 2004:294-295). Öztürk’e göre mani hastasının duygulanımında coşku, aşırı neşe ve sıklıkla da öfke egemendir. Sık görülen öfkeli, küfürcü bazen saldırgan tutumlar hasta engellenince ortaya çıkar ve hasta hareketliliğini durdurmaya çalışanlara çabuk kızar, saldırgan davranabilir (Öztürk, 2004:319). Ziyalar ise mani hastasının duygulanımındaki aşırı neşe ve keyif halinin en ufak bir nahoş uyaran karşısında birden yerini sinirliliğe ve öfkeye bırakabileceğini ve hastanın agresif ve zarar verici olabileceğini belirtir (Ziyalar, 2006:280-282). Bir başka ifadeyle duygu durumları genellikle öforik olan mani hastasında beraberinde kızgınlık ve saldırganlık gözlenebilmektedir (Yazıcı, 1997:429-438).

Geog yanıtları aynı zamanda zeka kompleksine işaret eder, deneğin kendisini zeki gösterme çabaları olabileceği gibi, özellikle belirsiz tepkiler kaçış cevaplarına işaret edebilir (Anastasiadis, 1975). Bu bağlamda mani hastalarının lehine yükselen Geog. puanlarının, manik hastaların kendisiyle görüşme yapan kişinin yanışını bulmaya ve herkesin içinde bunu göstermeye çalışması (Köroğlu, 2004:294-295), düşüncenin içeriği benlik kabarmasını yansıtan düşüncelerle dolu olması bir başka ifadeyle kimsenin yapamayacağı işleri yapacak güçte, herkesten üstün ve yetenekli olması, büyüklük düşüncelerinin giderek büyüklük sınırlarına dönüşmesi, kendini üst düzeylerde bir göreve hazır görmesi (Öztürk, 2004:319-320) ve benlik saygısında artmaya bağlı büyüklük ve olağandışı güçlülük duygusu izlenmesi, ayrıca perseküsyon ve büyüklük sınırları, varsanılar, referans fikirleri (Kaplan ve Sadock,

2004:159-161) çok değerli, güçlü, bilgili olma, üstün bir kimliği olma ya da kutsal bir güç ya da ünlü bir kişi ile özel bir ilişkisi olma gibi tipik manik temalarla tümüyle uyumlu hezeyanlar ya da halüsinasyonları (DSM IV, 1994:500) ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

4.1.9. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın Patolojik Tepkilerinin Değerlendirilmesi

Hastaların Anat. (anatomik yanıtlar), Os. (kemik cevapları), Sex. (seks cevapları), Sg. (kan cevapları) cevapları ile değerlendirilen spesifik patolojik tepkiler için elde edilen sonuçlar şunlardır: Anat.+Os. ve Sg. yanıtlarında elde edilen puanlar tanı ve cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık düzeyine ulaşmamıştır. Sex cevaplarının ise tanıya göre anlamlı bir farklılık göstermediği, cinsiyet değişkeni açısından ise kadın hastalar lehine varyans analizinde $p<.05$ oranında, Mann-Whitney U testinde ise $p<.001$ gibi çok kuvvetli bir anlamlılık düzeyine ulaştığı görülmektedir.

Araştırmaya başlarken hastaların patolojik tepki düzeyleri arasında bir farklılık beklenmemiştir. Araştırmacının klinik gözlemleri, mani ve şizofreni hastaların klinik özelliklerine ilişkin semptomatolojik özelliklerinin (grandiöz ve persekütuar hezeyanlar, irritabilite, ajitasyon ve katatonik semptomlar gibi) benzerliğine dair düşünceleri bu çalışmanın başlangıç noktasını oluşturmaktadır. Hastaların patolojik tepkilerinin daha spesifik olarak sınıflandırıldığı Anat.+Os., Sex ve Sg. yanıtlarının her iki tanı grubunda anlamlı bir farklılık oluşturmaması şizofreni ve mani hastalarının psikiyatri tarihi boyunca neden ayırt edici tanıların güç olduğuna dair bir kanıt niteliğindedir. Psikoz ana başlığının birbirine yaklaştırdığı bu hastalıklar biliş, duygu, düşünce ve davranış boyutuyla benzerlik göstermektedir ve bu durum klinik olarak ortaya çıkan benzerliğin ayrıştırılmasının zorlaştırmaktadır. Özellikle psikotik özelliklerin yoğunlaşması maniyi şizofreniye yakın kılmaktadır. Ayrıca Schneider'in ilk sıra belirtilerinin mani hastasında da görülmesi ayırıcı tanıyı bütünüyle zor bir duruma getirmektedir.

Sex cevaplarının kadın hastalar lehine yükselmesinde bir faktör olarak araştırmacının kadın olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Bu durumun kadın hastaların test

uygulama esnasında daha rahat kendilik projeksiyonlarını gerçekleştirdikleri, anksiyete duymadıkları ve bunun da Sex cevap sayısının artmasını sağladığı düşünülmektedir. Araştırmacının cinsel kimliğinin erkek hastalar da tersi bir etkide bulunarak anksiyete oluşturduğu ve Sex cevaplarının inhibisyonuna yol açtığı düşünülmektedir.

Manik hastalarda hiperseksüalite bulgusu literatür ile uyumludur. Köroğlu'nun ifadesiyle, manik hastalarda cinsel açıdan düşüncesiz davranışlarda bulunma, cinsel isteğinde bir artma vardır, hiperseksüalite sonucunda "skandal"lar yaşama görülebilir, kısaca libidinal bir artış vardır (Köroğlu, 2004:294-295). Ayrıca Ziyalar'ın aktarımıyla konuşmalarında cinsel konulu hikayeler ve müstehcen anlatımlar (Ziyalar, 2006:280-282), Işık'ın ifadesiyle uygunsuz cinsel davranışlarda bulunma (Işık, 2003:467-509), Kaplan'ın aktarımıyla cinsel konularla aşırı uğraşma ve hiperseksüalite (Kaplan ve Sadock, 2004:159-161) Öztürk'ün aktarımıyla cinsel istekteki artmaya karşın aşırı hareketlilik içinde uyumlu cinsel etkinliğin olmayışı (Öztürk, 2004:320-321) çalışmalarını destekler bildirilerdir.

4.1.10. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın Anksiyete (Angooisse) Süreçlerinin Değerlendirilmesi

Anksiyete (angooisse) süreçlerine ilişkin hastaların Clob, FClob, ClobF, KClob ve Dd tepkilerinin değerlendirildiği araştırmada Clob, FClob ve KClob puanlarında elde edilen değerler tanıya ve cinsiyete göre anlamlı bir farklılık düzeyine ulaşmamıştır. Bununla birlikte ClobF puanları mani hastaları lehine $p < .01$ gibi bir anlamlılık düzeyi göstermiş, Dd puanları ise tanı ve cinsiyet değişkenine göre $p < .001$ düzeyinde kuvvetli bir anlamlı farklılık düzeyine ulaşmıştır.

Şizofrenik ve manik hastaların anksiyete düzeylerine ilişkin literatürel bir yazıya rastlanmamakla birlikte, ClobF ve Dd değerinin maninin lehine yükselmesi, manik hastaların lehine yükselen Geog. ve Nat. cevaplarında olduğu gibi (Bkn. Tablo IX, Tablo X.a.), anksiyete ve kaçış cevapları olarak yorumlanabilir. Şizofreni hastalarında ise cevap sayısının az olması ve F cevapları ile formalist düşünce yapısına sahip olmalarının Dd tepkilerinin düşmesinde (Bkn. Tablo II, Tablo III.a.)

ayrıca affektif küntlük ya da uygunsuz duygulanım (Bkn.TabloV, Tablo VI.a.) nedeniyle de ClobF tepkisini az sayıda olmasında etken olduğu düşünülmektedir. Bu bulgu araştırmanın diğer bulguları ile uyumludur.

Rorschach testinde ClobF cevapları 3 taneden fazla ise şahsiyetin temelinde istikrarsızlık, kuvvetli dysphorie, neticesiz bir kontrol eğilimine işaret eder. ClobF sayısının daha fazla olması ise şahsiyetin merkezinde dysphorie'nin (melankolik eğilim) hakim olduğunu ancak muhakemenin henüz kaybolmadığı göstermektedir.

Araştırma Rorschach testinin diagnostik özelliğinden hareketle yapılmaktadır ve testin kişilik analizi boyutu dışlanmıştır. Bu bağlamda ClobF ve Dd puanlarının mani hastaları lehine yükselmesi, hastaların anksiyete düzeyinin yükseldiği ve hastanın yaşadığı anksiyeteyi kontrol etmekte g cl k çektiğini göstermektedir. Hastanın anksiyete düzeyinin yükselmesi iki sebeple açıklanabilir. Birincisi hasta psikomotor fonksiyonlarındaki artışı, hastane koşullarının getirdiği kısıtlılıklar içerisinde yaşamaktadır. Bu sınırlı imkanlar içerisinde hareket etmek zorunda olan hasta, psikomotor seviyesinin getirdiği artışı inhibe etmek zorunda kalabilir. İkinci bir sebep ise uygulamanın yapıldığı dönemde hasta bellek muayenelerinde “oryantasyonu tam” ifadesi ile değerlendirilmektedir. Bir başka ifadeyle bir ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde olduğunu bilmektedir. Bu durum hastada anksiyete düzeyini artırıcı bir sebep olarak düşünülebilir.

Ayrıca mani lehine yükselen Dd puanları manik hastanın konuşma miktarının artması, çağrışımlarının hızlanması, dikkatin ufak ayrıntılarla çelinebilir olması ile açıklanabilir. Bulgumuz literatür ile uyumludur. Mani hastasında distraktibilitenin (dikkat dağınlıklığı) olması, fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yanşıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı (DSM-IV-TR, 2001:151-189), dikkat ve dikkati toplama yetisinin bozulması, yüzeylerin ve dokuların ince ayrıntıları ile uğraşma (ICD-10, 1992:104-123) semptomatolojik düzeyde tanımlanmaktadır. Aynı zamanda birçok yazar mani hastasının çağrışımlarının hızlandığını, fikir u uşmalarının görüldüğünü ve dikkatin azalıp kolay çelinebilir olduğunu belirtmektedir (Köroğlu, 2004:294-295;  zt rk, 2005:291-342; Ziyalar, 2006:280-282).

4.1.11. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın K/C (Erlebnis) Puanlarının Değerlendirilmesi

Araştırmada hastaların Erlebnis değerlendirilmesi K/C faktörünün Ki-kare analizi ile yapılmıştır. Şizofreni hastalarının “introversif” ve “Coarte” yanıtları mani hastalarına göre daha yüksektir. Mani hastalarının ise “extratansif” ve “ambiequal” yanıtları şizofreni hastalarından göre daha yüksektir. Elde edilen verilere göre şizofreni hastaları ile mani hastalarının K/C puanları arasında $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Ki-kare= 28.26 $p < .001$).

Cinsiyete göre bakıldığında ise kadın hastaların %2’si introversif, %76’sı extratansif, %11’i ambiequal, %11’i ise coarte çıkmıştır. Erkek hastaların ise %9’u introversif, %65’i extratansif, %12’si ambiequal, %14’ü coarte çıkmıştır. Elde edilen bulgularda kadın ve erkek hastaların K/C puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Ki-kare= 5.72 $p > .05$).

Rorschach testinde introversif tip rigidite, affektif kuruluk, realite ile ilişkileri ve bağları kesme ile karakterize iken, extratansif tip ise frensiz bir labilite, eksplozite, aynı zamanda agresif bir irritabilite, anxiete, maturite eksikliği ve regresif bir infantil affektivite gösterir. Coarte tip, hislerin dışa vurulmasını inhibe eden, produktivite kabiliyeti zayıf, affektif ilişkileri ve ilgileri çok sınırlı bireyleri tanımlarken, Erlebnis ambiequal düzeyi sağlıklı bireylerde affeksiyondaki denge halini, psikotik vakalarda ise affektif ambivalansı tanımlamaktadır (Anastasiadis, 1975).

Bu bilgiler ışığında şizofrenik hastaların introversif ve coartatif, manik hastaların ise extratansif ve ambiequal yanıtları literatür ile uyumludur. Bilindiği üzere şizofrenik hastalar düşüncede rigidite (formalist düşünce yapısı) affektif küntlük ya da uygunsuz bir affekt ile içe çekilmiş, duygulanımını dile getirmeyen, kendi iç dünyasında yaşayan, sosyal ilişkilerden izole bir yaşam süren, realite ile ilişkilerini ve bağlarını kesmiş bir klinik seyretmektedirler. Manik hastalar ise labil bir affekt, agresif bir irritabilite, anxiete, eksplozite, maturite eksikliği ve regresif bir infantil affektivite ve affektif ambivalans gösterirler.

Araştırmamızda şizofreni hastaları ile mani hastalarının, ego fonksiyonlarının değerlendirildiği Tablo III ve Tablo IV.a'da bulgular şizofreni hastaları lehine $p<.001$ gibi kuvvetli bir anlamlılık düzeyini göstermektedir. F değerinin bu yükseltisi Roschach testinde düşüncede rigidite olarak adlandırılmaktadır. Her iki tanı grubunun affeksiyon süreçlerinin değerlendirildiği Tablo V ve Tablo VI.a'da ise affektif tepkiler mani hastaları lehine $p<.001$ düzeyinde kuvvetli bir anlamlı farklılık göstermiş, bir başka ifadeyle şizofreni hastalarının affeksiyon süreçlerinin kuruluşuna, küntlüğüne ilişkin güçlü bir destek sağlamıştır. Manik hastaların ise affektif ambivalansı Tablo V ve Tablo VI.a'da CF ve FC tepkilerinin yükselmesi ile, labil bir affekte sahip olmaları Tablo V ve Tablo VI.a'da CF ve FC tepkilerinin aynı anda yükselmesi ile, agressif bir irritabilite göstermeleri Tablo I ve Tablo II.a'da Dbl tepkisinin yükselmesi ile, anxiete düzeylerinin yükselmesi Tablo I ve Tablo II.a'da Dd tepkisinin, Tablo XIII ve Tablo XIV.a'da ClobF ve Dd tepkisinin yükselmesi ile, maturite eksikliği Tablo XVII.a'da ve regresif bir infantil affektiviteye sahip olmaları Tablo IX ve Tablo X.a'da Nat. tepkisinin yükselmesi bulguları ile araştırma tarafından desteklenmiştir. Bu durum elde edilen araştırma sonuçlarının gerek kendi içerisinde birbirini ile uyumluluğunu ve gerekse literatür ile uyumluluğunu göstermektedir.

Kraepelin'in şizofreniyi tanımlarken ileri sürdüğü patolojilerden emosyonel aktivitelerde zayıflama (Ceylan, 2005:83), duyguların dışavurumunda ve duygusal tepki vermede yetersizlik (Mete, 1998/b:23-28), bir başka ifadeyle affektif küntlük ve emosyonel içe çekilme (Ceylan, 2005:109-110) ve ayrıca anhedoni, uygunsuz duygulanım, duygulanımda düzleşme (Maj ve Sartorius, 1999:1-37), duygulanımı belli etmeyen tek düze bir ses tonu (Öztürk, 2004:234-242) ve hastanın duygusal yaşamında gittikçe artan kısıtlanma, sığılık, azalma ve donukluk izlendiği (Işık, 1997:1-64) bir çok yazar tarafından şizofreninin karakteristik belirtisi olarak ifade edilmiştir. Bununla birlikte hastanın gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu, soyut düşünme yetisinin yerini somut kavramların aldığı ve ayrıca hastanın farklılıklar ve benzerlikleri kavrama yeteneğini kaybettiği, nesnel dış dünyada olup bitenle, kişinin iç dünyasında meydana gelenleri birbirinden ayırt edebilme yetisinin bozulduğu belirtilmektedir (Karşıdağ, 2000:225-230; Mete, 1998/b:23-28).

Mani hastasında ise duygudurum genelde öforik, instabil, öfkeli, agresif ve labil olarak tariflenmektedir (Köroğlu, 2004:294-295; Öztürk, 2004:319; Yazıcı, 1997:429-438; Ziyalar, 2006:280-282).

4.1.12. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın Kadinsky (Regression) Puanlarının Değerlendirilmesi

Rorschach testinde, sağlıklı bireylerde, toplam K tepki sayısının, Ka. ve Kobj. tepki sayısının toplamından büyük olması beklenir. Bunun tersi ise ($K < Ka + Kobj.$) regression olarak yorumlanmaktadır. Toplam K sayısının, Ka.+Kobj. sayısına eşit olması affektif faktörlerle birlikte yorumlanarak rapor edilmektedir. Bu durum 0=0 anlamına da gelebilmektedir.

Araştırmada şizofrenik hastaların %30'u "<", %43'ü "=", %27'si ">" tepkisi vermiştir. Manik hastaların ise %39'u "<", %27'si "=", %34'ü ">" tepkisi vermiştir. Elde edilen analiz bulguları tanı ve cinsiyet değişkenine göre istatistiki anlamlılık düzeyine ulaşmamış olmakla birlikte her iki tanı grubundaki hastalar birlikte değerlendirildiğinde toplam 69 hastanın regression tepkisi verdiği görülmektedir. Bir başka ifadeyle 200 kişilik örneklem grubunun %34.5'nin regression tepkisi verdiği görülmektedir. Bu bulgu mani hastalarının da regrese olabileceği anlamındadır. Ayrıca elde edilen sonuçlarda mani hastalarının regression tepki sayısı (%39) şizofreni hastalarından (%30) daha büyüktür.

Araştırmacının klinik gözlemleri regressionun şizofreni hastasına özgü olmadığı, manik hastaların da klinikte regressif davranışlarıyla dikkat çekebildiği yönündedir. Araştırmacının bu gözlemini, Kaplan'ın "manik hastalar gerileyebilirler ve idrar ya da dışkılarıyla oynayabilirler" (Kaplan, 2004:165-167) ifadesi de desteklemektedir.

Bununla birlikte bipolar hastaların işlevselliklerinde zaman içinde oluşan kayıplar da regression olarak değerlendirilebilir. Psikososyal işlevsellikle hastalık arasındaki ilişkiye değinen bir araştırmada 6 sene boyunca izlenen 148 bipolar hasta, normal kontrollerle karşılaştırıldığında, bipolar hastaların kontrol gruplarına göre anlamlı bir farklılık seviyesinde eğitimlerini ve mesleki durumlarını ilerletemediklerini ve izlemin son senesinde anlamlı oranda daha fazla işsiz kaldıkları saptanmıştır. Yaş

olarak normal kontrollerle eşleşmiş olmalarına rağmen evlenme oranları yarı yarıya düşük, evli olanlarda boşanma ve ayrılma oranları iki kat yüksek bulunmuştur. Kişiler arası ilişkiler, cinsel işlevler, eğlenme–dinlenme uğraşları ve hayattan genel tatmin açılarından da kontrollere göre daha kötü durumda oldukları bildirilmiştir (Coryell vd, 1993:720-727). Bir başka çalışmada ise bipolar bozuklukta hastaların %60'ının kişiler arası ilişki sorunları ve iş yaşamında zorluk yaşadıkları (Tohen vd, 2000:111-25) bildirilmektedir.

Bir çok yazar mani hastasının içgörüden yoksun ve muhakeme yeteneklerinin bozulmuş olduğunu bildirmektedir (Işık, 2003:467-509; Kaplan ve Sadock, 2005:190; Köroğlu, 2004:294-295). İçgörü yoksunluğunun ve muhakeme yeteneğinin kaybının da bir regressif semptom olarak kabul edilebileceği düşünülmektedir.

4.1.13. Şizofreni ve Mani Açısından Hastanın İmmaturite Puanlarının Değerlendirilmesi

Rorschach testinde Loosli-Usteri'nin affektif maturite formülünden hareketle hastanın verdiği toplam FC tepki sayısının, CF ve C tepki sayısının toplamından büyük olması maturite olarak, küçük olması ise immaturite olarak kabul edilmektedir. Bir başka ifadeyle FC tepkilerinin, CF ve C tepkilerinden büyük olması kişinin duygulanımlarını kontrol edebildiğine, küçük olması ise tersine, duygulanımlarını kontrol edemediklerine işaret eder.

Araştırmada şizofrenik hastaların %63'ü “<” tepkisi, %27'si “=” tepkisi, %10'u ise “>” tepkisi vermişlerdir. Buna karşın manik hastaların %78'i “<” tepkisi, %8'i “=” tepkisi, %14'ü ise “>” tepkisi vermiştir. Bir başka ifadeyle mani hastalarının “<” ve “>” yanıtları şizofreni hastalarına göre, şizofreni hastalarının ise “=” yanıtları mani hastalarına göre daha yüksektir. Elde edilen verilerde şizofreni ve mani hastalarının “<” “=” ve “>” tepkileri arasında $p<.01$ oranında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Ki-kare=12.57 $p<.01$).

Cinsiyete göre bakıldığında ise kadın hastaların %75'i “>” tepkisi, %14'ü “=” tepkisi, %11'i ise “<” tepkisi vermişlerdir. Buna karşın erkek hastaların %66'sının

“<” tepkisi, %21’inin “=” tepkisi, %13’ünün ise “>” tepkisi verdiği görülmektedir. Elde edilen bulgularda kadın ve erkek hastaların affektif maturite düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Ki-kare= 2.14, p>.05).

Elde edilen bu veriler araştırmadaki diğer bulgular ile uyumludur. Mani ve şizofreni hastalarının affeksiyon süreçlerinin incelendiği Tablo V ve Tablo VI.a’da CF ve FC puanları, mani hastaları lehine p<.001 gibi çok kuvvetli bir anlamlı farklılık düzeyini göstermektedir.

Bu bulgu mani hastalarının dürtüsel tepkilerinin kontrol etme yeteneklerinin büyük oranda zayıfladığını, bir başka deyişle hastaların duygulanımını kontrol edemediğini göstermektedir. Bulgumuz literatür ile uyumludur. Bir çok kaynakta mani hastasında dürtü denetiminin azaldığı ve impulsivitenin belirgin olduğu, bu impulsif doğaya uygun yaşantı içerisinde bireyin amaca yönelik davranışlar sergilediği, dezinhibisyonun ortaya çıkabileceği, sosyal frenlerin ortadan kalkmasının sonucunda hastanın toplumsal kurallara uygun davranmadığı, cinsel açıda uygun olmayan davranışlar sergileyebildikleri, azalan dürtü kontrolü ile büyük ve tehlikeli işlere girişebilecekleri, para harcamalarının arttığı, hatta ntiyar veya cinayet görülebileceği, bu çekiniksiz doğalarının telefonu aşırı kullanmalarına, uzun uluslararası görüşmeler yapmalarına, patolojik kumar ve halka açık alanlarda soyunma eğilimi, alkol kullanım oranında artış gibi bir çok alanda davranışlar sergilemelerine yol açabilecekleri bildirilmektedir (ICD-10, 1992:104-123; Işık,2003:467-509; Kaplan ve Sadock, 2005:190; Köroğlu, 2004: 294-295; Öztürk, 2005:291-342).

Bununla birlikte şizofreni hastalarının daha fazla “=” tepkisi verdikleri görülmektedir. Bu bulgu şizofreni hastalarında affektif küntlük, affektif sıklık veya uygunsuzluk ile açıklanabilir.Bu bulgu da araştırmanın diğer bulguları (Bkn. Tablo V, Tablo VI.a) ve literatür ile uyumludur.

Araştırmada ikici değişken olarak cinsiyet faktörü incelenmiştir. Bu çerçevede elde edilen sonuçlar kısaca şöyle özetlenebilir.

- Bilişsel Süreçlerin Değerlendirilmesi: R ve Dd tepkileri $p<.001$ oranında, D tepkisi $p<.05$ oranında kadın hastalar lehine, G tepkisi ise erkek hastalar lehine $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık düzeyine ulaşmıştır. Dbl tepkisinde ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Ego Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi: F+ tepkisi varyans analizinde $p<.01$ oranında, Mann-Whitney U analizinde $p<.05$ oranında erkek hastalar lehine, F- tepkisi ise kadın hastalar lehine $p<.05$ oranında anlamlı bir farklılık düzeyine ulaşmıştır. Bununla birlikte F tepkisinde böyle bir anlamlılık saptanmamıştır.
- Affeksiyon Süreçlerinin Değerlendirilmesi: CF ve FC tepkilerinde $p<.05$ oranında kadın hastalar lehine anlamlı bir farklılık saptanmıştır. C ve Ext. tepkileri ise anlamlı bir farklılık düzeyine ulaşmamıştır.
- Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Uyumun Değerlendirilmesi: Triade tepkisinde erkek hastalar lehine $p<.05$ oranında anlamlı bir farklılık görülmektedir. Bununla birlikte H+ Hd., Ban., ve S.C. tepkilerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Nesne İlişkilerinin Değerlendirilmesi: Obj. tepkisi varyans analizinde kadın hastalar lehine $p<.05$ oranında, Mann-Whitney U testinde ise $p<.01$ oranında anlamlı bir farklılık göstermektedir. Geog. tepkisi erkek hastalar lehine varyans analizinde $p<.01$ oranında, Mann-Whitney U testinde ise $p<.001$ oranında kuvvetli bir anlamlılık düzeyine ulaşmıştır. Nat. ve Plt. tepkisinde ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Patolojik Cevapların Değerlendirilmesi: Sex. yanıtlarında kadın hastalar lehine varyans analizinde $p<.05$, Mann-Whitney U testinde ise $p<.001$ düzeyine anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Anat.+Os. ve Sg. yanıtlarında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

- Anksiyete (Angooisse) Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Dd tepkisinde kadın hastalar lehine $p<.001$ gibi kuvvetli bir oranda anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bununla birlikte Clob, FClob, ClobF ve KClob tepkilerinde bir farklılık saptanmamıştır.
- Erlebnis (K/ C) Faktörünün Değerlendirilmesi: Kadın hastalar erkek hastalara göre daha extratansif tepkiler gösterirken, erkek hastalar kadın hastalara göre daha introversif, daha ambiequal ve daha coartatif reaksiyonlarda bulunmuşlardır. Bununla birlikte elde edilen değerler anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır.
- Kadinsky Faktörünün Değerlendirilmesi: Kadın hastalar erkek hastalara göre daha fazla “<” veya “=” tepkisi, erkek hastalar ise daha fazla “>” tepkisi göstermişlerdir. Ancak elde edilen değerler istatistiki olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- İmmaturite Faktörünün Değerlendirilmesi: Kadın hastalar daha fazla “<” veya, “=” tepkisi, erkek hastalar ise “>” tepkisi göstermiş olmakla birlikte elde edilen verilerde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Cinsiyet değişkenine dair saptanan bu farklılıklara dair literatürde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmaya başlarken literatürde kadın ve erkeklerin şizofreni ve mani hastalıklarında patolojik proseslerine ilişkin çalışmaların olmadığı, bu konunun ihmal edildiği araştırmacı tarafından bilinmektedir. Araştırmacının klinik tecrübeleri ise her iki tanı grubunun hastalık sürecinin farklılığına işaret etmektedir. Kaynak konusunda yaşanacak sıkıntıya rağmen, cinsiyete dair bu farklılıklar araştırmacı için heyecan verici olmuştur.

Cinsiyete ilişkin bu farklılıkların prodromal dönemin (hastalığın başlangıç döneminin) özellikleriyle, hastalığın cinsiyete göre başlangıç yaşı farklılıklarıyla, hastalığın etyolojisindeki biyolojik farklılıklar ile veya patolojik prognozun cinsiyete dair farklılıklarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Cinsiyete ilişkin bir başka faktör sosyokültürel yapıya ilişkin olabilir. Yine klinik tecrübeler doğrultusunda kadın hastaların erkek hastalara göre daha geç hastaneye

getirildiği izlenmiştir. Bu gecikmede kadının işlevselliğinin bozulmasındaki görecelilik söz konudur. Kadın hastaların evde iş yapamaz duruma ya da daha önce evden kaçma girişimleri, uygunsuz davranışlarda bulunma gibi toplumsal yönden uygun olmayan davranışları varsa ve tablo alevlendikten sonra hastaneye getirildikleri izlenmektedir. Bir başka ifadeyle bu yatışlarda çoğunlukla ailenin dikkati dezorganize davranışlar üzerine yoğunlaşmıştır ve diğer semptomlar ihmal edilebilir. Erkek hastaların hastaneye getirilmelerinde çoğu kez hastanın diğer semptomları da göz önünde bulundurulmakta ve özellikle ailenin kendisini ve çevreyi, hastanın zarar verici davranışlarından koruması bir neden olarak gösterilebilmektedir. Bu bağlamda cinsiyete dair elde edilen farklılıklarda hastanın hastaneye yatırılmadan önceki patolojik sürecinin etkin olduğu düşünülebilir. Cinsiyete dair oluşan bu farklılaşmanın daha ileri çalışmalarda ele alınmasına ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak, araştırmaya başlarken ele aldığımız hipotezler;

- 2.1.Rorschach testinin diagnostik özelliği şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod tanısı almış hastaların ayırıcı tanımlarını yapabilmektedir.
- 2.2.Hastalık gruplarının test protokolleri birbirinden belirgin olarak farklı olup, hastanın kliniğiyle örtüşen belli alanlarda yoğunlaşma görülmektedir.
- 2.3.Test kendi alt testleri ile hastanın kliniğini desteklemektedir.
- 2.4.Şizofrenik alevlenme manik alevlenmeye göre bireyin bilişsel süreçlerini daha olumsuz etkilemektedir.
- 2.5.Bireyin ego fonksiyonları şizofreni hastalığında bipolar affektif bozukluk hastalık dönemine göre daha olumsuz etkilenmektedir.
- 2.6.Bipolar affektif bozukluk hastalarının affektivitesindeki yükselme şizofreni hastalarınınkinden fazladır.
- 2.7.Şizofreni hastalarının kişiler arası ilişkileri ve sosyal uyumu bipolar affektif bozukluk hastalarından daha fazla bozulmuştur.
- 2.8.Şizofreni hastalarının nesne ilişkileri bipolar affektif bozukluk hastalarının nesne ilişkilerinden daha fazla bozulmuştur.
- 2.9.Şizofreni hastaları ile bipolar affektif bozukluk hastalarının patolojik tepki düzeyleri arasında fark yoktur.
- 2.10.Bipolar affektif bozukluk hastalarında anksiyeteyi kontrol edememe düzeyi şizofreni hastalarından daha yüksektir.

2.11.Şizofreni hastaları bipolar affektif bozukluk hastalarından affektif küntlük bulgusuyla ayrılır.

2.12.Şizofreni hastalarının impulsivite düzeyi mani hastalarından düşüktür.

2.13.Şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanılı hastaların, exitasyon sırasında, regression düzeyleri arasında fark yoktur.

2.14.Şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanılı hastaların Rorschach protokolü cinsiyete göre farklılık gösterir.

kabul olunmuştur. Kısaca, araştırma bulgularına göre araştırmaya başlarken ele aldığımız hipotezlerimiz ispat olmuştur. Sıfır hipotezi red edilmiştir.

4.2.Öneriler

- Bu araştırma, şizofreni ve bipolar affektif bozukluk teşhisi almış hastaların, alevlenme dönemlerinde hastaneye yatışlarında gerçekleştirilmiştir. Bir başka çalışma hastaların remisyon dönemlerinde yapılabilir.
- Bu çalışma, hastaların eksitasyon tablosu sonrasında yatışan semptomlarının ardından yapılmıştır. İleride yapılacak çalışmalarda hastaların depresif semptomlarının olduğu dönemde yapılabilir. Şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanılı hastaların depresif semptomlarının benzerliği ve farklılığı araştırılabilir.
- Bu araştırma, 25-35 yaş grubundaki hastalarla yürütülmüştür. Farklı yaş grupları ile yeniden yapılabilir.
- Çalışmaya alınan hasta grubunun eğitim düzeyi ilkokul ile sınırlandırılmıştır. Farklı eğitim gruplarının prognostik ve prodromal özelliklerinin hastalık ile ilişkisinin araştırıldığı bir başka çalışma yapılabilir.
- Bu çalışmaya alınan hastaların kafa travma öykülerinin olmaması araştırmanın bir başka sınırlılığıdır. Bir başka çalışmada kafa travmasının şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanılı hastalarda Rorschach protokolüne ne şekilde yansıdığı araştırılabilir.
- Bu araştırmada çalışmaya alınan hastaların ilaç kullanımının düzensiz olması bir sınırlılık olarak kabul edilmiştir. Bir başka çalışmada düzenli ilaç

kullanımının hastalığın prognozunda Rorschach protokolüne yansımaları incelenebilir.

- Bu araştırmada hastaların adli vakalarının olmaması bir sınırlılıktır. Bir başka çalışmada suç unsurunun hastalık ile birlikteliği Rorschach protokolleri ile karşılaştırılabilir.
- Bu alışma bekar hastalar ile yurütulmüştür. Bir başka çalışmada evli şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanılı hastalar karşılaştırılarak evliliğin hastalık prosesindeki etkisi araştırılabilir.
- Çalışma 200 örneklem grubu ile yapılmıştır. Daha ileri çalışmalarda örneklem grubu genişletilebilir.
- şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanılı hastaların projektif bir test ile değerlendirildiği bu çalışmada, araştırmaya hastaların bilişsel ve ego fonksiyonları, kişiler arası ve nesne ilişkileri ile sosyal uyum düzeyleri, affektif ve patolojik süreçleri, impulsivite, regression ve maturite fonksiyonları karşılaştırılmıştır. Bir başka çalışmada sınırlılıklar artırılabilir ve başka testlerle karşılaştırılması yapılabilir.
- Normal gruplar ile şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod tanılı hastaların test protokollerinin karşılaştırıldığı yeni bir çalışma yapılabilir.
- Bir başka çalışmada ise Rorschach testinin normatif verileri ile hastalık gruplarının karşılaştırılması ele alınabilir.

KAYNAKLAR

Abi-Dargham, A. (2003). "Probing Cortical Dopamine Function in Schizophrenia: What Can D1 Receptors Tell Us?", *World Psychiatry*, 2 (3), 166-171 from https://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/7535/2/Thesis_Johan_Rung.pdf. 25.09.2007.

Ackenheil, M. (2001). "Neurotransmitters and Signal Transduction Processes in Bipolar Affective Disorders: a Synopsis", *Journal of Affective Disorders*, 62 (1-2), 101-111 from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032700003534> 20.08.2007.

Adanur, A.İ. (2004). Bakırköy'de Affektif Spektrum Çalışmaları, Verimli, A., (Ed.), *Affektif Spektrum Bozuklukları* içinde (108), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Addington, J., Addington, D., Gasbarre, L. (1997). "Distractibility and Symptoms in Schizophrenia", *Journal of Psychiatry Neurosci*, 22 (3), 180-184 from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1188850> 15.10.2007.

Akdimken, R. (1985). *Standart English Dictionary*, İstanbul: İnkılâp Kitabevi.

Aker, A., Sungur, M.Z. (2001). Şizofrenide Psikososyal Tedaviler, *Şizofrenide Bireysel Bilişsel ve Davranışçı Terapi Yöntemleri Uygulaması*, (9-13), İstanbul: Kutu Grafik.

Aker, T., Özmen, E. (2001). Şizofreni Alt Tipleri, Erkoç, Ş., Oral, T., (Ed.), *Şizofreni 5 Kitabı* içinde (246-268), İstanbul: Okuyanus Yayın.

Akiskal, H.S., Bourgeois, M.L., Post, R. (2000). "Re-Evaluating The Prevalance and Diagnostic Composition Within The Broad Clinical Spectrum of Bipolar Disorders", *Journal of Affective Disorders*, 59 (1), 5-30.

Alessandro, B., Giuseppe, E., Joseph, H. C. (2000). "Specific Relationship Between Prefrontal Neuronal N-Acetylaspartate and Activation of The Working Memory Cortical Network in Schizophrenia", *Am J Psychiatry*, 157 (1), 26-33.

Alper, Y., Bayraktar, E., Karaçam, O. (1997). *Herkes için Psikiyatri, Sorunlar ve Öneriler*, (113), İstanbul: Era Yayıncılık.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, 4.Bsk., (DSM-IV), Köroğlu, E., (Çev.), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2001) *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı*,, yeniden Gözden Geçirilmiş 4.Bsk., (DSM-IV-TR), Köroğlu, E., (Çev.), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Anastasi, A. (1970). *Psychological Testing*, (495-498), London:"y.y".

Anastasiadis, Y. (1975). *Rorschach Seminer Notları*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikoloji Laboratuvarı.

Andreasen, N.C. (1982). "Negative Positive Scizophrenia. Definition and Validation", 39, 789-794 from <http://www.aecom.yu.edu/ejbm/page.aspx?id=3378> 25.11.2007.

Andreasen, N.C. (1997). The Role of the Thalamus in Schizophrenia, *Can J Psy*, 42 (8), 27-33.

Andreasen, N.C., Paradiso, S., O'Leary, D.S. (1998). "Cognitive-Dysmetria as an Integrative Theory of Schizophrenia: A Dysfunction in Cortical-Subcortical-Cerebellar Circuitry?", *Schizophrenia. Bulltein*, 24 (2), 203-218 from <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/24/2/203> 19.11.2007.

Angst, J.(1998). "The Emerging Epidemiology of Hypomania and Bipolar II Disorders", *Journal Of Affective Disorders*, 50 (2-3), 143-151 from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032798001426> 13.12.2007.

Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F. (2003). "Toward a Re-Definition of Subthreshold Bipolarity: Epidemiology and Proposed Criteria for Bipolar-II, Minor Bipolar Disorders and Hypomania", *Journal Affective Disorders*, 73 (1-2), 133-146 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12507746> 18.10.2007.

Angst, J., Preisig, M. (1995). "Outcome of a Clinical Cohort of Unipolar, Bipolar and Schizoaffective Patients: Results of a Prospective Study From 1959 To 1985", *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 146 (1), 17-23 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7792565> 11.09.2007.

Angst, J., Sellaro, R. (2000). "Historical Perspektif and Natural History of Bipolar Disorder", *Biol Psychiatry*, 48 (6), 445-457 from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322300009094> 09.12.2007.

Arıhan, G.(1998). "Şizofreni Epidemiyolojisi", *Şizofreni Dizisi* 2, 64-74 from <http://www.cty.com.tr/sizofrenidizisi/article/viewFile/554/523> 25.04.2008.

Arkar, H. (1996) "Akıl Hastaları ile İlgili Tutumlar: Verilen Neden Tipinin Etkisi", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(3): 191-194.

Arkonaç, S.A. (1998). *Psikoloji Zihinsel Süreçler Bilimi*, 2. Bsk., İstanbul: Alfa Yayınları.

Ashe, P.C., Berry, M.D., Boulton, A.A. (2001). "Schizophrenia, a Neurodegenerative Disorder with Neurodevelopmental Antecedents", *Prog Neuropsychopharmacol*, 25 (4), 691–707 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11383973> 07.10.2007.

Atasu, M., Biren, S. (2000). "Ellis-Van Creveld Syndrome: Dental, Clinical, Genetic and Dermatoglyphic Findings of Case", *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 24 (2), 141-145 from http://europa.sim.ucm.es/compludoc/GetSumario?r=/W/10001/10534628_1.htm&zfr=0 23.04.2008.

Ateşçi, F.Ç., Karadağ, F., Özdel, O. (2000). Bipolar ve Unipolar Hastalarda Gidiş, 36. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitapçığı*, "y.y.y.": "y.y."

Austin, J. (2005). "Schizophrenia: An Update and Review", *J Genet Couns*, 14 (5), 329–340.

Baymur, F.(1983).*Genel Psikoloji*, İstanbul: İnkilap ve Anka Basımevi.

Bebbington, P., Ramana, R. (1995)."The Epidemiology of Bipolar Affective Disorders" *Social Psychiatry* , 30 (6), 279-292.

Beha, A., Kumbasar, H. (1994)."Şizofren Hastalarda Görülen Hareket Bozuklukları", *Psikiyatri Bülteni*, 3 (2), 53-57.

Beizmann, C. (1982). *Le Rorschach de l'enfant à l'adulte*, Paris: Delachaux et Niestlé.

Bellack, A.S., Mueser, K.T., Wade J.H. (1992). "An Assessment of the Educational Needs of Chronic Psychiatric Patient and Their Relatives", *British Journal of Psychiatry*, 160 (5), 674-680 from <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/160/5/674> 10.03.2008.

Bellack, A.S., Mueser, K.T., Wade J.H. (1992). "An Assessment of the Educational Needs of Chronic Psychiatric Patient and Their Relatives", *British Journal of Psychiatry*, 160 (5), 674-680 from <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/160/5/674> 10.03.2008.

Beratis, S., Gabriel ,J., Hoidas, S. (1997). "Gender Differences in the Frequency of Schizophrenic Subtypes in Unselected Hospitalized Patients", *Schizophrenia Research*, 23 (3), 239-44.

Bergson, C.,Levenson, R., Patricia, S. (2003). "Dopamine Receptor-Interacting Proteins", *Pharmacological Sciences*, 24 (9), 486-492.

Berman, I., Viegner, B., Merson, A.(1997). "Differential Relationships Between Positive and Negative Symptoms and Neuropsychological Deficits in Schizophrenia",

Schizophr Res, 3 (25), 1-10 from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9176922?dopt=Abstract> 10.12.2007.

Blazer, D.G. (2000): Mood disorders, Kaplan, H.I., Sadock, B.J, (Ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (1302), Philadelphia:Lippincott Williams and Wilkins.

Bochereau, D., Corcos, M. (2000). “Manic-Depressive Conditions in Adolescents. Epidemiological and Clinical Aspects”, *Presse Med*, 29 (3), 157-160 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10686970> 26.10.2007.

Bottlender, R., Rudolf, D., Strauss, A. (2001). “Mood-Stabilisers Reduce the Risk of Developing Antidepressant-Induced Maniform States in Acute Treatment of Bipolar I Depressed Patients”, *Journal of Affective Disorders*, 63 (1-3), 79-83 from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032700001725> 20.01.2008.

Bowden, C.L. (1997). “Update on Bipolar Disorder. Epidemiology, Etiology, Diagnosis and Prognosis”, *Medscape Psychiatry Mental Health A Journal*, 2 (3), 6.

Bowie, C.R., Harvey, P.D. (2005). “Cognition in Schizophrenia: Impairments, Determinants, and Functional importance”, *Psychiatr Clin North Am*, 28 (3), 613-633.

Bozikas, V.P., Kosmidis, M.H., Kioperlidou, K. (2004). “Relationship Between Psychopathology and Cognitive Functioning in Schizophrenia”, *Compr Psychiatry*, 45 (5), 392-400.

Brown, S. L., Steinberg, R.L., Prag , H.M. (1994). The Pathogenesis of Depression, Boer J.A., Sisten, J.M.A., (Ed.), *Reconsideration And Anxiet*, (317-347), New York: Marecel Dekker.

Buchanan, R.W., Carpenter, W.T. (2000): Schizophrenia: Introduction And Overview, Sadock, B.J., Sadock, V.A., (edt.), *Compherensive Textbook Of Psychiatry*, (1096-1110), Volum I, 7th, Philadelphia:Lippincott Williams And Wilkins.

Calligiuri, P., Hellige, B., Cherry, J. (2005). “Lateralized Cognitive Dysfunction and Psychotic Symptoms in Schizophrenia”, *Schizophr Res*, 80 (2-3), 151-161 from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0920996405002975> 29.11.2007.

Cannon, T. D., Kaprio,J., Lonnqvist. J. (1998). “The Genetic Epidemiology of Schizophrenia in a Finnish Twin Cohort. A Population-Based Modeling Study”, *Arch Gen Psychiatry* ,55(1):67 from <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/55/1/67> 23.032008 .

Cannon, T.D., Medrick, S. A., Parnas, J. (1993). “Developmental Brain Abnormalities in The off Spring of Schizophrenic Mothers. Contributions of Genetic and Enviromental Factors”, *Arch Gen Psychiatry*, 30 (50 -7), 551-564 from <http://archpsyc.amaassn.org/cgi/content/abstract/50/7/551> 03.12.2007.

Casona, G. B., Osso, L., Frank, E. (1999). "The Bipolar Spectrum: A Clinical Reality in Search of Diagnostic Criteria and Assessment Methodology", *J Affect Disord*, 54 (3), 319-328 from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016503279800158X> 06.01.2008.

Castle, D.J., Murray, R.M. (1993). "The Epidemiology of Late Onset Schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 19(6), 691-700.

Ceyhun, B. Şizofreninin Değerlendirilmesi. *Şizofreni Dizisi*. 2000; 3(1): 20-30.

Ceylan, M. E. (1993). *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Şizofreni*, 1.C., İstanbul: "y.y."

Ceylan, M. E. (1996). "Şizofreni: Genel Bir Bakış", 1 (4), 493-498, *Ege Psikiyatri Süreli Yayınları*.

Ceylan, M. E., (2002). *Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni Kitabı*, 1. C., İstanbul: "y.y."

Ceylan, M.E., Çetin, M. (2005). *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri*, 1.C., 3. Bsk., İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş.

Chabert, C. (1997). *Le Rorschach En Clinique Adulte*, 2eme edt., Paris: Dunod.

Charles, L., Bowden, M.D. (2001). "Strategies to Reduce Misdiagnosis of Bipolar Depression". *Psychiatr Serv*, 52 (1), 51-55 from <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/52/1/51> 16.10.2007.

Chien, W.T., Kam, C.W., Lee, I.F. (2001). "An Assessment of The Patients' Needs in Mental Health Education", *Journal of Advanced Nursing*, 34 (3), 304–311.

Church, S.M., Cotter, D., Bramon, E., (2002). "Does Schizophrenia Residit from Developmental or Degenerative Processes?", *Neural Transm Suppl*, (63),129–147 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12597613> 14.10.2007.

Collier, D.A.,Tao Li, T. (2003): "The Genetics of Schizophrenia", *European Journal of Pharmacology*, (1-3),177-184 from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T1J-49TK5MT4&_user=5230220&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000066598&_version=1&_urlVersion=0&_userid=5230220&md5=e97969163a8fe34a960c2cbd75f3154d 24.04.2008.

Colombo, C., Benedetti, F., Barbini, B. (1999) "Rate of Switch from Depression in to Mania After Therapeutic Sleep Deprivation in Bipolar Depression", *Psychiatry Research*, 86 (6), 267-270.

Coryell, W., Scheftner, W., Keller, M. (1993). "The Enduring Psychosocial Consequences of Mania and Depression", *Am J Psychiatry*, 150 (5), 720-727.

Coşar, B.(1998). "Şizofreninin Altıpleri", *Şizofreni Dizisi*, 1 (1), 29-34.

Crespo-Facorro, B., Nopoulos, P.C., Chemerinski, E.(2004). “Temporal Role Morphology and Psychopathology in Males with Schizophrenia”, *Psychiatry Research*, 132 (2), 107–115.

Cummings, J., Trimble, M. (2003). *Nöropsikiyatri ve Davranış Nörolojisi Çeviri* editörü: Akdal G, Yener G., Ankara : Çizgi Tıp Yayınevi.

Dağ, İ. (2006). Psikolojik Değerlendirme, Yüksel, N., (Ed.), *Ruhsal Hastalıklar içinde* (99), 3.Bsk., Ankara: Nobel Tıp Kitap Evleri.

Davidson, M., Reichenberg, A., Rabinowitz, J. (1999). “Behavioral and Intellectual Markers for Schizophrenia in Apparently Healthy Male Adolescents”, *Am J Psychiatry*, 156, 1328-1335 from <http://www.ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/156/9/1328> 09.10.2007.

Dick, D. M., Foroud, T., Flury, L. (2003). “Genomewide Linkage Analyses of Bipolar Disorder: A New Sample of 250 Pedigrees From The National Institute of Mental Health Genetics Initiative”, *Am J Hum Genet*, 73 (1), 107-114 from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002929707636489> 03.01.2008.

Doğan, O., (2001). “Şizofreni Hastalarının Evde Bakımı”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2 (1), 41-46.

Dubovsky S.L., Davies, R., Dubovsky, A.N. (2003). Mood Disorders, Hales R.E., Yudofsky S.C.,(Ed.), *Textbook of Clinical Psychiatry*, (439-542),4.Bsk., Washington: American Psychiatric Publishing.

Ebert, H.M., Loosen, T.P., Nurcombe, B.(2003). Current Diagnosis & Treatment in Psychiatry, Birsöz ,S., Karaman., T,(Çev.), *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*, Ankara: Güneş Kitabevi.

Elvevag, B., Goldberg, T.E. (2000). “Cognitive İmpairment in Schizophrenia is the Core of t he Disorder”, *Crit Rev Neurobiol*, 14 (1), 1-21. Erkoç, Ş., Aker, T. (1998). Tarihçe, Erkoç, Ş., Ora, l T.,(Ed.), *Şizofreni 1 içinde* (6-21), İstanbul: Okuyanıs yayın.

Erkoç, Ş., Aker, T. (1998). Tarihçe, Erkoç, Ş., Ora, l T.,(Ed.), *Şizofreni 1 içinde* (6-21), İstanbul: Okuyanıs Yayın.

Exner, J.E. (1986). *The Rorschach: A Comprehensive System Basic Foundations*, 1.C.,2.edt, :”y.y.y.”:, John Wiley & Sons.

Fava, G.A. (1999). “Subclinical Symptoms in Mood Disorders: Pathophysiological and Therapeutic İmplications”, *Psychol Med*, 29(1),47-61.

Fenichel, O. (1974). *Nevrozların Psikoanalitik Teorisi*, .Selçuk, T., (Çev.), İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası.

Fidaner, H. (1998). “Şizofreni Tanı ve Sınıflandırma”, *Şizofreni Dizisi*, 1 (1), 17-22.

Frank, E., Thase, M. E. (1999). "Natural History and Preventative Treatment Recurrent Mood Disorders", *Annv Rev Med*, 50, 453-468 from <http://arjournals.annualreviews.org/doi/abs/10.1146%2Fannurev.med.50.1.453> 13.09.2007.

Freeman, M.P., Keck, P.E. (2001). "Postpartum Depression with Bipolar Disorder", *Am J Psychiatry*, 158 (4), 652-660.

Freud, S. (1918). *Totem and Tabo*, New York:Moffat,Yard & Co.

Freud, S. (1999). *Psikopatoloji*, Atalay, H., (Çev.), İstanbul: Payel Yayınları.

Freud, S. (2000). *Metapsikoloji*, Yardımlı, A., (Çev.), İstanbul: İdea Yayınları.

Gabbard, G.O. (2000). *Psychanalysis*, Sadock, B.J., Sadock, W.A., (Ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, (563- 607), 1.C., 7. th ed., Baltimore: Williams and Wilkins.

Geller, B., Croney ,J. L., Bolhofner, K. (2001). "One-Year Recovery and Relapse Rates of Children with a Prepubertal and Early Adolescent Bipolar Disorder Phenotype", *Am J Psychiatry*, 158, 303-305 from <http://www.ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/158/2/303> 29.10.2007.

Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M. (2001). "Bipolar Disorder at Prospective Follow-Up of Adults Who Had Prepubertal Major Depressive Disorder", *Am J Psychiatry*, 158 (1), 125-127 from <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/158/1/125> 16.10.2007.

Gençtan, E. (1999). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*, 14. Bsk., İstanbul: Remzi Kitabevi.

Gençtan, E., (2003). Afektif Bozukluklar, *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar* içinde (115-158), 14.Bsk., İstanbul: Metis Yayınları.

Ghaemi, S. N., Sachs ,G. S., Chiou, A.M. (1999). "Is Bipolar Disorder Stili Underdiagnosed? Are Antidepressents Overutilized?", *Journal of Affective Disorders*, 528 (1-3), 135-144 <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032798000767> 26.10.2007.

Gitlin ,M. J., Swendsen, J., Heller, T. L. (1995). "Relapse and İmpairment in Bipolar Disorder", *Am J Psychiatry*, 152 (11), 1635-1640 <http://www.ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/152/11/1635> 15.10.2007.

Goldacre, M., Shiwach, R., Yeates, D., (1994). "Estimatig Incidence and Prevalance of Treated Psychiatric Disorders from Routine Statistics: The Example of Schizophrenia in Oxfordshire", *J Epidemiology Community Health*, 48 (3), 318-322 from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1059967> 23.01.2008.

Goldberg, J. F., Gargo, J. L., Leon, A.C. (1999). "A History of Substance Abuse Complicates Remission from Acute Mania in Bipolar Disorder", *J Clin Psychiatry*, 60 (11), 733-40 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10584760> 13.03.2008.

Goldberg, J. F., Harrow, M. (2001). "Risk for Bipolar Illness in Patients Initially Hospitalized for Unipolar Depression", *Am J Psychiatry*, 158 (8), 1265-70 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11481161> 21.12.2008.

Goldman, H.H. (2000). *Schizophrenic Disorders: Review of General Psychiatry*, 5th ed., New York: Lange Medical Books/The McGraw-Hill Companies.

Goldstein, M.J. (2000). *ABD'de Şizofreni Tedavisi Kapsamında Ruhsal-Eğitsel Aile Programları*, Şen, N., (Çev.), İstanbul: "y.y."

Güldoğan, H. (1994). *Psikotik ve Psikotik Olmayan Manilerin Sosyodemografik, Klinik ve Tedaviye Yanıt Özelliklerinin Karşılaştırılması*, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Güleç, C, Köroğlu, E. (1997). *Psikiyatri Temel Kitabı*, 1.C., Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Ha, T.H., Youn, T., Ha, K.S. (2004). "Gray Matter Abnormalities in Paranoid Schizophrenia and Their Clinical Correlations", *Psychiatry Research*, 132 (3), 251-260 from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0925492704000526> 16.01.2008.

Hafner, H., Heiden, W. (1997). "Epidemiology of Schizophrenia", *Can J Psychiatry*, 42 (2), 139-151.

Hallmayer, J.F., Kalaydjieva, L., Badcock, J. (2005). "Genetic Evidence for a Distinct Subtype of Schizophrenia Characterized By Pervasive Cognitive Deficit", *Am J Hum Genet*, 77 (3), 468-476 from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1226211> 16.11.2007.

Harrison, P. J. (2000). "Neuropathological Studies of Bipolar Disorder", *Acta Neuropsychiatrica*, 12 (3), 96-98.

Harvey, C.A., Pantelis, C., Taylor, J. (1996). "The Camden Schizophrenia Surveys II. High Prevalance of Schizophrenia in an Inner London Borough and Its Relation Ship to Sociodemographic Factors", *Br J Psychiatry*, 168 (3), 418-426.

Harvey, P.D., Gren, M.F., McGurk, S.R. (2003). "Changes in Cognitive Functioning with Risperidone and Olanzapine Treatment: A Large-Scale, Double-Blind, Randomized Study", *Psychopharmacology (Berl.)* 169 (3-4), 404-11 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12590356> 29.10.2007.

Hirschfeld, R.M. (2004). "Bipolar Depression: The Real Challenge", *European Neuropsych*, 14 (2), 83-88 from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T26-4CC176P-1&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=d1edc1bf5dc5339eba7201e5fdaf c05a 24.04.2008.

Huddeleston, J. (1992). " Family and Group Psychoeducational Approaches in The Management of Schizophrenia", *Clinical Nurse Specialist* 9 (2), 118-120.

ICD- 10. (1992). *Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Klavuzu*, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre, Ankara: Medikomat Basım Yayın .

Igor, G., Kenneth, M. (1996): *Neuropsychological Assesment of Neuropsychiatric Disorders*, NewYork: Oxford Üniversty Press .

Isometsa, E., Heikkinen, M., Henriksson, M. (1995). "Recent Life Events and Comleted Suicide in Bipolar Affective Disorder. A Comparison With Major Depressive Suicides", *Journal of .Affective Disorders*, 33 (2), 99-106.

Işık, E. (1997). *Şizofreni Kitabı*, 2. Bsk., Ankara: Kent Matbaacılık.

Işık, E. (Ed.). (1991). Depresyon ve mani, *Duygulanım Bozuklukları içinde*(1-64), İstanbul: Boğaziçi Matbaası

Işık,E.(Ed.). (2003). Depresyon ve Bipolar Bozukluk, *Duygudurum Bozuklukları içinde* (463-510), İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaası.

İkiz, T.T. (2001). *Rorschach Testinin Psikanalitik Yorumu-I*, İstanbul: Bağlam Yayınları.

İkiz, T.T. (2007 / a). *Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi*, (7-8), 12-14.

İkiz, T.T. (2007 / b). *Rorschach Kodlama Kitabı 1 Ergen Normları*, İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

İlnem, C., Deniz, H., Yener, F. (1998). "Şizofreni Üzerine Kimi Söylenceler ve Gerçekler", *Düşünen Adam*, 11 (3), 16-22.

İnceer, B., Atalay, D.N., Sorias, O. (1984). Grup Psikoterapisindeki Terapötik Etkinin Rorschach Psikodiagnostik Test Kayıtlarına Dayanılarak Araştırılması, *3.Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları içinde* (119), İstanbul: Psikologlar Derneği Yayınları.

İris Van, O.,Sonia, D., Perine, B. (2003). "Verbal Learning and Memory in Schizophrenic and Parkinson's Disease Patients", *Psychiatry Research*, 117 (1),24-34 from <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=14531299> 30.11.2007.

Jefferson, J. W., Greist, J.H. (1995). " Mood disorders",. *American Textbook of Psychiatry*, 10 (2), (57-65.)

Jones, P., Cannon, M. (1998). "The New Epidemiology of Schizophrenia", *Psych Clinics North Am*, 21 (1), 1-25.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J.(1995).*Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th ed.,Baltimore: Williams and Wilkins.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th ed., New York: Lippincott Williams and Wilkins.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2003). *Kaplan and Saddock's Synopsis of Psychiatry*, 9th ed., Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (2004). *Klinik Psikiyatri*, Abay, E.,(Çev.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2005). *Klinik Psikiyatri*, Aydın, H., Bozkurt, A. (Çev.), 2. Bs., Ankara: Güneş Kitabevi.

Karakaş, S., Aydın, H. (1999). "Şizofrenide Bilgi İşleme Bozuklukları", *Şizofreni dizisi*, 4 : 113-131 from <http://www.cty.com.tr/sizofrenidizisi/article/viewFile/565/534> 25.01.2008.

Karakaş, S., Karakaş, H.M. (2000). "Yönetici İşlevlerin Ayrıştırılmasında Multidisipliner Yaklaşım: Bilişsel Psikolojiden Nöroradyolojiye", *Klinik Psikiyatri*, 3 (4), 215-227.

Karasu, T.B. (1990). "Toward a Clinical Model of Psychotherapy for Depression, I: Systemic Comparison of Three Psychotherapies", *American Journal of Psychiatry*, 147 (2), 133-47 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2405718> 01.11.2007.

Karşıdağ, Ç., Taktak, Ş., Alpay, N. (2000). "Yeti Yitimi Kavramı ve Ruhsal Hastalıklarda Rehabilitasyon", *Düşünen Adam*, 13 (4), 225-230.

Kavanag, D.J. (1992). "Recent Developments in Expressed Emotion and Schizophrenia", *British Journal of Psychiatry*, 160 (6), 601-620.

Kayser, J., Tenke C.E., Gates, N.A., (2006). "ERP/CSD İndices of İmpaired Verbal Working Memory Subprocesses in Schizophrenia", *Psychophysiology*, 43 (3), 237-252 from <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1469-8986.2006.00398.x> 25.04.2008.

Keefe, R.S., Arnold, M.C., Bayen, U.J. (2002). "Source-Monitoring Deficits for Self-Generated Stimuli in Schizophrenia: Multinomial Modeling of Data From Three Sources", *Schizophr. Res.* 57 (1), 51-67 from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0920996401003061> 30.10.2007.

Kendler, K.S., Cherbs, J.M., O'Neil, F.A. (1996). " Evidence for a Schizophrenia Vulnerability Locus on Chromosome 8p in The Irish Study Of High Density Schizophrenia Families", *Am. J. Psyc.*, 153 (12), 1534-40 from <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/153/12/1534> 25.04.2008

Kessing, L.V. (1998). "Recurrence in Affective Disorder. Effect of Age and Gender", *The British Journal of Psychiatry*, 17(1), 29-34 from <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/172/1/29> 09.12.2007.

Kirk, R., Furlong, R.A., Amos, W. (1999). "Mitochondrial Genetic Analyses Suggest Selection Against Maternal Lineages in Bipolar Affective Disorder", *Am. J. Hum. Genet.*, 65 (2), 508-518.

Kırpınar, İ. (1998). "Şizofrenide Prodromal Belirtiler", *Şizofreni dizisi*, 1(2), 41-45.

Kirov, G., O'Donovan, MC., Owen, M.J. (2005). "Finding Schizophrenia Genes", *Journal of Clinic Invest.*, 115 (6), 1440-8 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15931379> 08.01.2008.

Köknel, Ö. (1989). *Genel ve Klinik Psikiyatri*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Köknel, Ö. (2000). "Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi", *Duygudurum Dizisi*, 1, 5-11 from <http://www.cty.com.tr/duygudurum/article/viewFile/577/545> 16.02.2008.

Köroğlu, E. (2004). *Psikonozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Kronenberg, B., Lemkau, P. (1975). *Rorschach Psychodiagnostics*, Switzerland: Verlag Hans Huber A.G.

Kruger, S., Cooke, R.G., Hasey, G.M. (1995). "Comorbidity of Obsessive Compulsive Disorder in Bipolar Disorder", *Journal of Affective Disorders*, 17 (34), 117-120.

Lawrie, S.M., Abuhmeil, S.S. (1998). "Brain Abnormality in Schizophrenia. Asystematic and Quantitative Review of Volumetric Magn" Etic Resonance Imagine Studies", *The British Journal of Psychiatry*, 172 (2), 110-120.

Leach, A., Cherer, S. (1992). "The Epidemiology of Schizophrenia", *Current Opinion In Psychiatry*, 5 (9), 20-24.

Leibenluft, E. (1996). "Women with Bipolar İllness: Clinical and Research İssues", *American Journal of Psychiatry*, 153 (2), 163-173.

Leung, A., Chue, P. (2000). "Sex Differences in Schizophrenia, A Review af The Literature", *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 401, 3-38 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10887978> 29.02.2008.

Lidz, T. (1966). *Schizophrenia and The Family*, New York: International Universities Press.

Lindstrom, E., Knorring, L. (1994). "Symptoms in Schizophrenic Syndromes in Relation Toage, Sex, Duration of İllness and Number of Previous Hospitalizations", *Acta Psychiatry. Scand*, 89 (4), 274-278.

Lipovsky, J.A., Finch, A.J., Betler, R.W. (1989). "Assesment of Depression in Adolescent: Objective and Projective Measures", *Journal of Personality Assessment*,

,53 (3), 449-458 from
<http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a785037165> 13.02.2008.

Lish, J.D., Dime –Meenan, S., Whybrow, P.C. (1994). “The National Depressive and Manic- Depressive Association (DMDA) Survey of Bipolar Members”, *Journal of Affective Disorders*, 31 (4), 281- 294.

Lobato, M. I., Belmonte-de-Abreu, P., Knijnik, D. (2001) “Neurodevelopmental Risk Factors in Schizophrenia”, *Braz J Med Biol Res*, 34 (2), 155–163.

Mahler, M.S., Pine, F., Bergman, A. (2003). İnsan Yavrusunun Psikolojik Doğumu, Babaoğlu, A.N., (Çev.), *Ötekini Dinlemek* içinde (65-151), İstanbul: Metis Yayınları.

Maj, M., Sartorius, N. (1999). Psikiyatride Kanıta Dayalı Yaklaşım ve Deneyim, Sungur, M.Z., Kora, K., Topçuoğlu, V. (Çev.), *Şizofreni* içinde(1-37), İstanbul: CSA Medikal ve Paramedikal.

Malmberg, A.K., David, A.S. (1993). “Positive and Negative Symtoms in Schizophrenia”, *Current Opinion in Psychiatry*, 6 (4), 58-62.

Manning, J.S., Ahmed, S. (2002). “Mood Disorders in Family Practice: Beyond Unipolarity to Bipolarity”, *J Clin Psychiatry*, 4 (4), 142-150 from <http://www.psychiatrist.com/pcc/pccpdf/v04n04/v04n0405.pdf#page=2> 25.04.2008.

McDonald, C., Murphy, K.C. (2003). “The New Genetics of Schizophrenia”, *Psychiatr Clin North Am*, 26 (1), 41–63.

McDonald, W.M., Nemeroff, C.B. (1996). “The Diagnosis and Treatment of Mania in The Elderly”, *Bulltein Menninger Clinic*, 60 (2), 174-96.

McGlashan, T.H., Hoffman, R.E. (2000). Schizophrenia: Psychodynamic To Neurodynamic Theories, Sadock, B.J., Sadock, W.A., (Ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, (1159-1169), 1.C., 7. th ed., Baltimore: Williams and Wilkins.

McGuffin, P., Owen, M.J., Gottesman, I. (2002). *Psychiatric Genetics and Genomics*, New York: Oxford Universities Press.

Meltzer, B.Y. (1991). “The Neurobiology of Schizophrenia”. *Current Opinion in Psychiatry*, 4 (1), 90-95.

Meltzer, H.Y, Fatemi, S.H.(2003). Şizofreni, Birsöz, S., Karaman, T. (Çev.), *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi* içinde (260–277), Ankara: Öncü Basımevi.

Merikangas, K.R., Risch, N. (2003). “Will The Genomics Revolution Revolutionize Psychiatry?”, *Am Journal of Psychiatry*, 160 (4), 625–635.

Merikangas, K.R., Swendsen, J.D. (1997). “Genetic Epidemiology of Psychiatric Disorders”, *Epidemiol Rev*, 19 (1), 144–155.

- Mesulam, M. (2004) *Davranışsal ve Kognitif Nörolojinin İlkeleri*, Gürvit İ.H. (Çev.), 2:Bsk., İstanbul: Yelkovan Yayıncılık.
- Mete, L. (1998 / a). *Şizofreni: En Uzak Ülke*, İstanbul: İletişim Yayınları.
- Mete, L. (1998 / b). “Şizofrenide Klinik Belirtiler”, *Şizofreni Dizisi*, 1 (1), 23-28.
- Minör, S.W., White, H., Owings, E.P. (1989). “Hemisferic Asymetries in Interpreting Forms. Colors in Ambiguous Patterns”, *Brain Cogn*, 9 (1), 123-135.
- Mitchell, P., Malhi, G. (2004). “Bipolar Depression: Phenomenological Overview and Clinical Characreristics”, *Bipolar Disorder*, (686): 530-539 from <http://www.ingentaconnect.com/content/mksg/bdi/2004/00000006/00000006/art00013> 18.01.2008.
- Morgan, T. (1981). *Psikolojiye Giriş*, Arıcı, H., Savaşır, I., İmamoğlu, O., (Çev.), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları.
- Mueser, K.T., McGurk, S.R. (2004). *Schizophrenia*,”y.y.y.”, Lancet.
- Muir, M.J. (1992) .“Genetic Aspects of The Biology of Schizophrenia”, *Current Opinion in Psychiatry*, 5 (8), 2–5.
- Nakaya, M., Suwa, H., Ohmori, K. (1999). “Latent Structures Underlying Schizophrenic Symptoms: A Five-Dimensional Model”, *Schizophrenia Research*, 39 (1), 39-50.
- Nelson, M.D., Saykin, A.J., Flashman, LA. (1998). “Hippocampal Volume Reduction in Schizophrenia as Assessed By Magnetic Resonance İmagiag: A Meta-Ana-Iytic Study”, *Ateh Gen Psych*, 55,433–440 from <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/55/5/433.pdf?ck=nck> 15.01.2008.
- Nguyen, G.H., Bouchard, J., Boselli, M.G. (2003). “DNA Stability and Schizophrenia in Twins”, *Am J Med Genet*, 1,120B(1) ,1–10.
- Noga, J.T., Bartley, A.J., Jones, D.W. (1996). “Cortical Gyral Anatomy and Gross Brain Dimension in Monozygotic Twins Discordant for Schizophrenia”, *Schizophrenia Research* 22 (1), 27–40 from <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=3261891> 25.04.2008.
- O'Collaghan, E., Larkin, C., Kinsella, A. (1991). “Familial Obstetric and Other Clinical Correlates of Minor Physical Anomalies in Schizophrenia”, *Am S Psychiatry*, 148 (4), 479-483 from <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/148/4/479> 25.04.2008.
- Opler, M.G.A., Susser, E.S. (2005). “Fetal Environment and Schizophrenia”, *Environ Health Perspect*, 113 (9), 1239–42.
- Oral,T.E. (2005). Şizofreni Diğer Psikotik Hastalıklardan Nasıl Ayrılmalıdır?, Candansayar,S. (Ed.), *Neden Nasıl Şizofreni içinde* (63-76), Ankara: Şen Matbaa.

Önder, E., Küçükada, K. (1999). “Şizofreni ve Dopamin”, *Şizofreni Dizisi*, 2, 45-57 from <http://www.cty.com.tr/sizofrenidizisi/article/viewFile/558/527> 18.11.2008.

Önder, E.M. (2000). Şizofreni ve Serotonin, Erkoç, Ş., Oral, T., (Ed.), *Şizofreni 3 Kitabı* içinde (133-153), İstanbul: Okyanus Yayın.

Özcan, A. (1999). Şizofrenik, Paranoid ve Diğer Psikotik Bozukluklar, Kum, N., (Ed.), *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı* içinde (101-113), İstanbul: Vehbi Koç Yayınları.

Özer, A.K. (1994). *Rorschach: Bütünleyici “ Exner” Sistemi*, İstanbul: Boğaziçi Üniveritesi Yayınevi.

Özmenler, N., Battal, S. (1998). “Şizofreni Tarihçesi”, *Şizofreni Dizisi*, 1 (1), 5–16.

Öztürk, O.M. (2001). *Ruh Sağlığı Bozuklukları*, 8. Bs., Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Öztürk, O.M. (2002). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 9.Bs., Ankara: Feryal Matbaası.

Öztürk O.M. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 10.Bs., Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Papiol, S., Arias, B., Barrantes-Vidal, N. (2004). “Analysis of Polymorphisms at The Tumor Suppressor Gene P53 (TP53) in Contributing to The Risk for Schizophrenia and Its Associated Neurocognitive Deficits”, *Neurosci Lett*, 363 (1), 78–80.

Penades, R., Gasto, C., Boget, T. (2001). “Deficit in Schizophrenia: The Relationship Between Negative Symptoms and Neurocognition”, *Comprehensive Psychiatry*, 42 (1), 64-69.

Perlis, R.H., Brown, E., Baker, R.W. (2006). “Clinical Features of Bipolar Depression Versus Major Depressive Disorder in Large Multicenter Trials”, *The American Journal of Psych* 163 (2), 225-231 from <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/163/2/225> 23.12.2007.

Perugi, G., Akiskal, H.S., Lattanzi, L. (1998). “The High Prevalence of “Soft” Bipolar II Features in Atypical Depression”, *Compry Psychiatry*, 39 (2), 63-71 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9515190> 27.12.2008.

Petronis, A., Gottesman, I.I., Kan, P. (2003). “Monozygotic Twins Exhibit Numerous Epigenetic Differences: Chies to Twin Discordance?”, *Schizophrenia Bulltein*, 29 (1), 169-178.

Picker, J.D., Coyle, J.T. (2005). “Do Maternal Folate and Homocysteine Levels Play a Role in Neurodevelopmental Processes That Increase Risk for Schizophrenia?”, *Harvard Review Of Psychiatry*, 13 (4), 197-205 from

<http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a725791848~db=all>
26.04.2008.

Powchik, P., Davidson, M., Haroutunian, V.(1998). "Postmortem Studies in Schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 24 (3), 325–341 from <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/24/3/325?ck=nck> 18.11.2007.

Pirim, B., (2002). "Yeme Bozuklukları İle Öfke Tarzı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Rabin, A.L. (1986). Concerning Projective Techniques, Rabin, A.I., (Ed.), *Projective Techniques for Adolescent and Children*, (3-11), New York: Springer Publishing Company.

Rajaprabhakaran, R., DeQuardo ,J., Miedler, J. (2001). "Hippocampus and Amygdala in Schizophrenia: Assessment of The Relationship of Neuroanatomy to Psychopathology", *Psychiatry Research: Neuroimaging Section*, 108 (2) ,79–87 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11738542> 19.11.2007.

Rapoport, J.L., Addington, A.M., Frangou, S. (2005). "The Neurodevelopmental Model of Schizophrenia: Update". *Mol Psychiatry*, 10 (5), 434–49 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15700048> 09.10.2007.

Rezaki, M. (1998) "Şizofreni Nörobiyolojisine Kısa Bir Bakış", *Klinik Psikiyatri*, 1, 31-34 from http://64.233.183.104/search?q=cache:Ih7jrLPcr_AJ:www.cty.com.tr/pdf/4/1/31.pdf+Rezaki+M.+%C5%9Eizofreni+N%C3%B6robiyolojisine+k%C4%B1sa+bir+bak%C4%B1%C5%9F.+Klinik+Psikiyatri+Psychiatry&hl=tr&ct=clnk&cd=3&gl=tr 25.04.2008.

Rezaki, M., Dalkara, T. (2003). Davranışın Biyokimyasına Giriş, Yüksel, N., (Ed.), *Psikofarmakoloji içinde* (43-50), Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.

Roman, P. (2001). Contribution Des Methodes Projectives a la Clinique de l'Hyperactivite Infantile", Menechal,J., (Ed.), *L'hyperactivite Infantile*, (233-250), Paris: Dunod.

Rorschach, H. (1969). *Psychodiagnostics: A Diagnostic Test Based on Perception*, 7th ed., New York: Grime and Stratton.

Sachs, G.S. (1996). "Treatment- Resistant Bipolar Depression", *Psych North Am.*, 19 (2), 215-235 from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0193953X05702859> 05.10.2007.

Saha, S., Loesch, D., Chant, D. (2003). "Directional and Fluetuating Asymmetry in Finger and A-B Ridge Counts in Psyehosis: A Case-Control Study", *BMC Psychiatry*, 3 (1), 3–10.

Samurçay, N. (1983). Projektif Psikoloji ve Psikoanalitik Yaklaşım, *Tekrir Edilmiş Ders Notları* içinde (19-52), Ankara, Ankara Üniversitesi Dil Tarih Coğrafya Fakültesi.

Savaş, K., Mete, L. (1997).Şizofreni, Güleç, C.,Köroğlu, E., (Ed.), *Temel Psikiyatri Kitabı* içinde (321-355), 1.C.,Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Savaşır, I. (2004). Psikolojik Değerlendirme, Öztürk, O.M.,(Ed.), Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 10.Bs., içinde (149), Ankara: Feryal Matbaası.

Saykin, A.J., Gur, R.C., Kester D,B. (1991). “Neuropsychological Function in Schizophrenia. Selective İmpairment in Memory and Learning”, *Archives of General Psychiatry*, 48 (7), 618-624 .

Sennvik, K., Fastbom, J., Blomberg, M. (2000). “Levels of Alpha- And Beta-Secretase Cleaved Amyloid Precursor Protein in The Cerebrospinal Fluid of Alzheimer's Disease Patients”, *Neurosci Lett*, 278 (3), 169–72.

Sharma ,T.,Lancaster, E., Lee, D. (1998). “Brain Changes in Schizophrenia: Volumetric MRI Study of Families Multiply Affected with Schizophrenia-The Maudsley Family Study 5”, *British Journal of Psychiatry*, 173 (2),132–138.

Shenton, M.E., Kikinis, R., McCarley, R.W. (1991). “Application of Automated MRI Volumetric Measurement Technigues to The Ventricular System in Schizophrenics and Normal Controls”, *Schizophrenia Research*, 5 (2), 103-13.

Siegel, B.V., Buchsbaum, M.S., Bunney, W.E. (1993). “Cortical-Striatal-Thalamic Circuits and Brain Glucose Metabolic Activity in 70 Unmedicated Male Schizophrenic Patients”, *Am J Psychiatry* ,150 (9), 1325–1336 from <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/150/9/1325> 20.10.2007.

Soares, J.C., Mann, J.J. (1997). “The Anatomy of Mood Disorders-Review of Structural Neuroimaging Studies”, *Biol Psychiatry*, 41 (1), 86-106 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8988799> 15.12.2007.

Sobell, J.L., Müceseü, M.J., McMurray, T. (2002),. “Genetic and Etropathophysiology of Schizophrenia”, *Mayo Clin Proc*, 77 (19),1068–1082.

Sofuoğlu, S., Gönül, A.S. (2001). “Bipolar Bozukluğun Nörobiyolojisi”, *Duygudurum Bozuklukları Dizisi*, 1 (6), 288-300.

Sourney, D., Masat, I., Mendlewicz, J. (2000). “Genetics of Bipolar Disorders”, *Acta Neuropsychiatrica*, 12 (3), 65-68.

Stahl, M.S.(2003). Essential Psychopharmlogy, Taneli, B.,Taneli, Y, (Çev.), *Temel Psikofarmakoloji Kitabı*, İstanbul: Yelkovan Yayıncılık.

Stevens, J.R. (2002). “Schizophrenia: Reproductive Hormones and The Brain”, *American Journal of Psychiatry*, 159 (5), 713–719.

Strakowski, S.M., DelBello, M.P. (2000). "The Co-Occurrence of Bipolar and Substance Use Disorders", *Clin Psychol Rev.*, 29 (7), 191-206.

Sullivan, B.F., Neale, M.C., Kendler, K.S. (2000). "Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta- Analysis", *Am J Psychiatry*, 157 (10), 1552-1562., from <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/157/10/1552.pdf> 07.11.2007.

Szadoczky, E., Papp, Z. (1998). "The Prevalence of Major Depressive and Bipolar Disorder in Hungary", *Journal Affective Disorders*, 50 (2-3), 153-162 .

Şahin, M.V. (1999). "Şizofreni: Klinik Özellikler, Tanı, Ayırıcı Tanı", *Psikiyatri Dünnyası*, 1999;3: 72-78 from <http://64.233.183.104/search?q=cache:FvL6nlPglcIJ:www.cty.com.tr/index.php/psikiyatridunyasi/article/view/500/468+%C5%9Eizofreni:+Klinik+%C3%96zellikler,+Tan%C4%B1,+Ay%C4%B1r%C4%B1c%C4%B1+Tan%C4%B1.+Psikiyatri+D%C3%BCnyas%C4%B1,+1999&hl=tr&ct=clnk&cd=1&gl=tr> 25.04.2008.

Tamminga, C.A., Holcomb, H.H. (2005). "Phenotype of Schizophrenia: A Review and Formulation", *Mol Psychiatry*, 10, 27-39 from <http://www.nature.com/mp/journal/v10/n1/full/4001563a.html> 27.12.2007.

Taner, E., Yüksel, N. (1998). "Affektif Bozuklukların Genetiği", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1 (1), 5-12.

Thompson, C., Isaacs, Q. (1988). "Seasonal Affective Disorder- A British Sample.Symptomatology in Relation to Mode of Referral And Diagnostic Subtype", *Journal of Affective Disorders*, 14(5),1-11.

Tohen, M., Bromet, E., Murphy, J.M. (2000). "Psychiatric Epidemiology", *Harvard Rev psychiatry* 8,111-25 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10973936> 20.04.2008.

Tohen, M., Tsuang, M.T., Goodwin, O.C. (1992). "Prediction of Outcome in Mania By Mood-Congruent or Mood- Incongruent Psychotic Features", *Am J Psychiatry*, 149 (11),1580-1584 from <http://www.ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/149/11/1580> 13.02.2008.

Tondo, L., Jamison, K.R., Baldessarini, R.J. (1997). "Effect of Lithium Maintenance on Suicidal Behavior in Majör Mood Disorders", *Ann NY Acad Sci*, 836 (1), 339-351 from <http://www.annalsnyas.org/cgi/content/abstract/836/1/339> 26.04.2008.

Tura, S.M. (2000).*Günümüzde Psikoterapi*, İstanbul: Metis Yayınları.

Umbricht, D., Krijes, S. (2005). "Mismatch Negativity in Schizophrenia: A Meta-Analysis", *Schizophrenia Research*, 76 (1), 1-23.

Usall, J., Ochoa, S., Araya, S. (2000). "Symptomatology and Gender in Schizophrenia", *Actas Esp. Psiquiatr.*, 28(4) 219-23 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11116792> 23.04.2008.

Uzun, Ö. (2005). Pozitif Negatif Belirtiler, Ceylan, M.E., Çetin, M.(Ed.), Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiatri içinde (643), 1.C., 3. Bsk., İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş.

Whatley, S.A., Curti, D., Taylor, C. (1998). “Superoxide, Neuroleptics and The Ubiquinone and Cytochrome B5 Reductases in Brain and Lymphocytes From Normals and Schizophrenic Patients”, *Mol Psychiatry*, 3 (3), 227–237 from <http://www.nature.com/mp/journal/v3/n3/abs/4000375a.html> 26.04.2008.

William, T. (1998). Carpenter, Breier, A., (Ed.), *Şizofrenide Yeni İlaç Tedavileri*, Aydemir, Ö., (Çev.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Woods, B.T., Yurgelun-Todd, D., Mikulis, D. (1995). “Age-Related MRI Abnormalities in Bipolar İllness: A Clinical Study”, *Biol Psychiatry*, 38 (12), 846-847.

Yazıcı, O.(1997). İkiüçlü Duygudurum Bozuklukları ve Diğer Duygudurum Bozuklukları, Köroğlu, E. Güleç, C.,(Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı 1.C.* içinde (429-438), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Yazıcı, A. (2001). Şizofreni ve Genetik, Erkoç, Ş., Oral, T., *Şizofreni 4* içinde (200-220), İstanbul: Okyanus Yayın.

Yazıcı, O., Kora, K., & Üçok, A., (1999). “Predictors of Lithium Prophylaxis in Bipolar Patientes”, *Journal of Affective Disorders*, 55 (2-3),133-42 .

Yüksel, N. (2001). *Ruhsal Hastalıklar*, 2.Bsk., Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.

Yüksel, N., (2006). *Ruhsal Hastalıklar*, 3.Bsk.,Ankara: Nobel Tıp Kitap Evleri.

Zabcı, N., (2004). “*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*”, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Ziyalar, A.,(2006). *Erişkin Psikopatolojisi*, İstanbul: Yüce Yayın.

Elektronik Kaynaklar

http://www.rorschachturk.org/ror_projektif.asp 17.01.2008

EK-1

Maltepe Üniversitesi Psikoloji Ana Bilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans tezinde kullanılmak üzere bilimsel bir araştırma yapılmaktadır. Bu bilimsel çalışmada, veri toplamak amacı ile aşağıdaki anket formu ve Rorschach Testi uygulanacaktır. Bu çalışma kapsamında hastanıza Rorschach testinin uygulanabilmesi için sizin onayınız gerekmektedir. Aşağıdaki imza bölümünü onaylamanız yasal olarak bu izni verdiğiniz anlamına gelmektedir. Çalışma gönüllülük esası ile yürütülmektedir. Bu çalışmanın bilimselliği, sizin aşağıdaki sorulara vereceğiniz samimi ve doğru yanıtlara bağlıdır. Hastanızın kişisel bilgileri bu araştırma kapsamında saklı tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Psikolog Elif Güneri

1.Hastanızın Doğum Tarihi:

2.Hastanızın Cinsiyeti:

3.Hastanızın Medeni Durumu: *Evli () *Bekar () *Dul ()

4.Hastanızın Eğitim Durumu: *Okur Yazar Değil () * Okur Yazar () *İlkokul ()

*Ortaokul () *Lise () *Üniversite () *Yüksek Lisans () *Doktora ()

5.Hastalığın Başlangıcı: *1 yıldan az () *1-5 yıl () *5 yıldan fazla ()

6.Tedavi Süresi: *1 yıldan az () *1-5 yıl () *5 yıldan fazla ()

7.İlaçlarını Düzenli kullanıyor mu?: *Evet() *Hayır()

8.İş Hayatı: *Çalışıyor() *Çalışmıyor()

9.Kafa Travması Öyküsü: *Var () *Yok ()

10.Adli Vaka Öyküsü: *Var () *Yok ()

Hasta Yakınının Adı Soyadı:

Yakınlık Derecesi:

İmza :

EK-2

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1- Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı ile Maltepe Üniversitesi
Üniversitesi/Hastanesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluş Frenkay Ruh ve Davranış Epilepsi ve
Apraxiye Hastanesi dir.

Çalışmanın adı Diş ağrısı ve diş ağrısı ile ilişkili davranışlar - Dönüş
Epilod - Tanımlı Olmayan Hastalıkların Rolüne İlişkin
Açısından Koruyucu Hizmetleri dir.

Bu çalışmada görevlendirilen kişi/kişiler Elif Güneri
Yrd. Doç. Dr. Bayhan Uğur dir.

Konusu:

Madde 2- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi: Başlangıç 07.07.08 /Bitiş 07.10.08

Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülecek çözülecektir.

Yürürlük:

Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayımlanması kısıtlanabilir.

Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

Yapılan çalışmanın Sağlık Müdürlüğü ilgili şubesi ile görüş alışverişinde bulunacak ve yürütücüsü S. Ay süre ile değerlendirmeler yapılacaktır.

Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

12.11/2008
Ünvanı-Adı-Soyadı

Psikolojik
Elif Güneri
Yrd. Doç. Dr. Bayhan Uğur

OLUR
12.11/2008
Vali a.
Uz. Dr. Mehme B. KAR
Sağlık Müdürlüğü

12.11/2008
Ünvanı-Adı-Soyadı
Uz. Dr. Handan AKPINAR KARAKOÇ

Handan Akpinar Karakoç

ÖZGEÇMİŞ

1977 yılında Muş'ta doğdu. İlk ve ortaokulu burada, liseyi İstanbul Validebağ Sağlık Meslek Lisesi'nde okudu. 2005 yılında İstanbul Üniversitesi psikoloji bölümünü, 2006 yılında aynı üniversitenin eski yunan dili ve edebiyatı bölümünü tamamladı. Aynı yıl Maltepe Üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans programına girdi. Halen Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde psikolog olarak çalışmaktadır.