

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

**PSİKOLOJİ, İNSAN BİLİMLERİ VE FELSEFE YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

BİPOLAR BOZUKLUKLARDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Meltem DURSUN

İstanbul, 2008

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

**PSİKOLOJİ, İNSAN BİLİMLERİ VE FELSEFE YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

BİPOLAR BOZUKLUKLARDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Meltem DURSUN**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Adnan ZİYALAR**

İstanbul, 2008

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Meltem DURSUN'a ait "Bipolar Bozukluklarda Kişilik Özellikleri" Başlıklı Çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji, İnsan Bilimleri ve Felsefe (Klinik Psikoloji) Yüksek Lisans Tezi Olarak Kabul Edilmiştir.



Prof. Dr. Mücella ULUĞ
(Başkan)



Prof. Dr. Adnan ZİYALAR
(Üye)
(Danışman)



Yrd. Doç. Dr. Bayhan ÜGE
(Üye)

TEŞEKKÜR

Bu çalıőmayı yaparken bana önderlik eden, yolumu aydınlatan değerli hocam Sn. Prof. Dr. Adnan ZİYALAR'a, araőtırmayı yapabilmem için bana gerekli ortamı sağlayan, ilgi ve desteğini hiç esirgemeyen değerli hocam Sn. Doç. Dr. Cem İLNEM'e, tezin düzeni konusunda bana yardımcı olan hocam Sn. Yard. Doç. Dr. Bayhan ÜGE'ye, tez verilerinin işlenmesi ve değerlendirilmesi konusunda yoğun çaba gösteren Sn. Yard. Doç. Dr. Canan SAVRAN'a, aynı vakitlerde tez hazırladığımız ve desteğini sürekli hissettiğim arkadaőım Feramerz AYADI'ye, verilerin toplanması konusunda emeği geçen tüm arkadaőlarıma ve ilk günden itibaren bana inanmaktan vazgeçmeyen aileme, çok teşekkür ederim.

Meltem DURSUN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BÖLÜM I	
GİRİŞ	1
1.1 Amaç	3
1.2 Önem	3
1.3 Hipotezler	3
1.4 Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	4
1.5 Sınırlılıklar	6
1.6 Tanımlar ve Kısaltmalar	7
BÖLÜM II	
TEMEL BİLGİLER VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	9
2.1 Kuramlar Açısından Kişilik	13
2.2 Duygudurum ve Duygudurum Bozuklukları	27
2.3 Bipolar Bozukluklar	32
2.4 İlgili Araştırmalar	49
BÖLÜM III	
YÖNTEM	58
3.1 Araştırma Modeli	58
3.2 Evren ve Örneklem	58
3.3 Veri Toplama Araçları	59
3.4 Veri Çözümleme Yöntemleri	65
BÖLÜM IV	
BULGULAR	67
4.1 Demografik Özellikler	67
4.2 Hastalık ve Tedavinin Durumu	77
4.3 Psikolojik Durumun Özellikleri	81

4.4 Ailelerin Psikolojik Durumu	84
4.5 Klinik Özellikler	88
4.6 Hipotezlere Göre Bulgular	94
BÖLÜM V	
SONUÇLAR, YORUM VE TARTIŞMA	123
BÖLÜM VI	
ÖNERİLER	139
ÖZET	141
SUMMARY	143
EKLER	
EK 1	145
EK 2	147
KAYNAKÇA	149

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 1. DSM-IV-TR' ye Göre Duygudurum Bozuklukları Sınıflaması	30
Tablo 2. ICD-10'a Göre Duygudurum Bozuklukları Sınıflaması	31
Tablo 3. DSM-IV-TR' ye Göre Majör Depresif Epizodun Tanı Kriterleri	36
Tablo 4. DSM-IV-TR' ye Göre Manik Epizodun Tanı Kriterleri	37
Tablo 5. DSM-IV-TR' ye Göre Mikst Epizodun Tanı Kriterleri	37
Tablo 6. DSM-IV-TR' ye Göre Hipomanik Epizodun Tanı Kriterleri	38
Tablo 7. DSM-IV-TR ve ICD-10'a Göre Bipolar I Bozukluğunun Tanı Kriterleri	41
Tablo 8. DSM-IV-TR' ye Göre Bipolar II Bozukluğunun Tanı Kriterleri	44
Tablo 9. DSM-IV-TR' ye Göre Siklotimik Bozukluğun Tanı Kriterleri	46
Tablo 10. Sağlıklı ve Hasta Grubunun Cinsiyet Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı	67
Tablo 11. Sağlıklı ve Hasta Grubunun Yaş Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı	68
Tablo 12. Sağlıklı ve Hasta Grubunun Eğitim Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı	69
Tablo 13. Sağlıklı ve Hasta Grubunun Meslek Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı	70
Tablo 14. Sağlıklı ve Hasta Grubunun Şu Anki Çalışma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı	71

Tablo 15. Sağlıklı ve Hasta Grubunun Aylık Gelir Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı	72
Tablo 16. Sağlıklı ve Hasta Grubunun Medeni Durum Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı	73
Tablo 17. Sağlıklı ve Hasta Grubunun Şu Anki İkamet Şekli Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı	74
Tablo 18. Sağlıklı ve Hasta Grubunun Çocukluk Dönemini Kiminle Yaşadığı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı	75
Tablo 19. Sağlıklı ve Hasta Grubunun Ergenlik Dönemini Kiminle Yaşadığı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı	76
Tablo 20. Sağlıklı ve Hasta Grubunun Psikolojik Rahatsızlık Durumunu Algılama Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı	77
Tablo 21. Hasta Grubunun Psikolojik Şikâyetlerinin Başlama Zamanı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı	78
Tablo 22. Hasta Grubunun Psikolojik Şikâyetler Sebebiyle Tedaviye Başlama Zamanı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı	79
Tablo 23. Hasta Grubunun Psikolojik Şikâyetler Sebebiyle Hastaneye Yatış Sayısı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı	80
Tablo 24. Sağlıklı Grubun Bugüne Kadar Bir Psikolojik Yardım Almış Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı	81
Tablo 25. Sağlıklı Grubun Psikolojik Bir Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Görmüş Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı	82

Tablo 26. Sağlıklı Grubun Şu Anda Psikolojik Bir Rahatsızlık Nedeniyle İlaç Kullanıyor Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı	83
Tablo 27. Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Ailede Psikolojik Rahatsızlık Geçirmiş Birey Bulunması Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı	84
Tablo 28. Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Ailede Psikolojik Rahatsızlık Geçirmiş Bireyin Kim Olduğu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı	85
Tablo 29. Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Ailede Psikolojik Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Olan Birey Bulunması Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı	86
Tablo 30. Hasta Grubu ile Sağlıklı Grupta, Ailede Psikolojik Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Olan Bireyin Kim Olduğu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı	87
Tablo 31. Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Yaşam Boyunca Önemli Bir Trafik Kazası Geçirmiş Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı	88
Tablo 32. Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Çocukluktan Bugüne Ağır Bir Hastalık Geçirmiş Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı	89
Tablo 33. Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Çocukluktan Bugüne Ağır Şekilde Fiziksel Zarar Veren Bir Olay Yaşamış Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı	90

Tablo 34. Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Herhangi Bir Şekilde Ciddi Bir Kafa Darbesi Almış Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı	91
Tablo 35. Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, İntihar Etmeyi Denemiş Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı	92
Tablo 36. Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Hekim Tavsiyesi Dışında İlaç ya da Madde (Psikoaktif Madde) Kullanmış Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı	93
Tablo 37. Sağlıklı Grubun Ruhsal Belirti Tarama Listesi 90R (SCL 90R) Puanları	94
Tablo 38. Hasta Grubunun Sıfat Tarama Listesi (ACL) Kişilik Testi Alt Ölçeklerine Göre Kişilik Özelliklerini Tanımlayıcı İstatistik Değerleri	95
Tablo 39. Sağlıklı Grubun Sıfat Tarama Listesi (ACL) Kişilik Testi Alt Ölçeklerine Göre Kişilik Özelliklerini Tanımlayıcı İstatistik Değerleri	96
Tablo 40. Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Sıfat Tarama Listesi (ACL) Kişilik Testinden Aldıkları Sonuçların Sıralanmış Hali.	98
Tablo 41. Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Sıfat Tarama Listesi (ACL) Kişilik Testi Alt Ölçekleri Puanları, İlişkisiz t Testi Fark Analizi Sonuçları	99
Tablo 42. Hasta Grubun Üyeleri Arasında Yaş Değişkenine Göre Kişilik Özellikleri Farkını Görmek İçin Yapılan Non-Parametrik Kruskal-Wallis Testi Sonuçları	101
Tablo 43. Hasta Grubun Üyeleri Arasında Eğitim Durumu Değişkenine Göre Kişilik Özellikleri Farkını Görmek İçin Yapılan Non-Parametrik Kruskal-Wallis Testi Sonuçları	103

Tablo 44. Hasta Grubun Üyeleri Arasında Aylık Gelir Değişkenine Göre Kişilik Özellikleri Farkını Görmek İçin Yapılan Non-Parametrik Kruskal-Wallis Testi Sonuçları	107
Tablo 45. Hasta Grubun Üyeleri Arasında Çocukluk Döneminde Kiminle Yaşadığı Değişkenine Göre Kişilik Özellikleri Farkını Görmek İçin Yapılan Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi Sonuçları	110
Tablo 46. Hasta Grubun Üyeleri Arasında Ergenlik Döneminde Kiminle Yaşadığı Değişkenine Göre Kişilik Özellikleri Farkını Görmek İçin Yapılan Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi Sonuçları	112
Tablo 47. Hasta Grubun Üyeleri Arasında Psikolojik Rahatsızlık Durumunu Algılama Değişkenine Göre, Kişilik Özellikleri Farkını Görmek İçin Yapılan Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi Sonuçları	114
Tablo 48. Hasta Grubun Üyeleri Arasında Çocukluktan Bu Yana Ağır Bir Hastalık Geçirmiş Olma Durumu Değişkenine Göre, Kişilik Özellikleri Farkını Görmek İçin Yapılan Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi Sonuçları	119
Tablo 49. Hasta Grubun Üyeleri Arasında Herhangi Bir Şekilde Ciddi Bir Kafa Darbesi Almış Olma Değişkenine Göre, Kişilik Özellikleri Farkını Görmek İçin Yapılan Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi Sonuçları	120

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi	21
Şekil 2. Hasta ve Sağlıklı Grubun Sıfat Tarama Listesi Sonuçları Karşılaştırması	97

BÖLÜM I

GİRİŞ

İnsan doğada var olan en güçlü canlılardan biridir. Beden ve zihin gücünü birlikte kullanarak, yüzyıllardır türünü korumayı başarabilmiştir. İnsanı diğer canlılardan ayıran bazı özellikler olduğu gibi, insanları birbirinden ayıran özellikler de mevcuttur. Her insan biyolojik yapısı, bilişsel fonksiyonları, duyu dünyası ve bunların hepsinden izler taşıyan kişiliği ile diğer insanlardan ayrı, kendine özgü ve biricik bir bütündür.

Kişilik, insanın kendine özgü olma halinin belki de en belirgin göstergesidir. Çünkü her ne kadar zaman zaman ortak özellikler görülse de, aslında her insan tektir ve dünya üzerindeki insan sayısı kadar farklı kişilik yapısı bulunmaktadır.

Doğuştan getirilen özelliklerin ve bunun üzerine eklenen yaşam deneyimlerinin ürünü olan kişilik, psikoloji ve psikiyatri dışındaki disiplinlerin de çalışma alanına girmiş bir konudur. Ruh sağlığı açısından konuya bakmak gerekirse kişilik, sahip olunan içgörü ile yaşamın devam ettirildiği ya da çeşitli sebeplerle üzerinde bazı patolojilerin gelişebildiği zemindir.

Ruhbilimcilere göre kişilik; bireyin kendine özgü ve ayırıcı davranışlarının bütünü olarak tanımlanır (Köknel, 1985:21). Kişilik, bireyin iç ve dış çevresiyle kurduğu, diğer bireylerden ayırt edici, tutarlı ve yapılaşmış bir ilişki biçimidir (Cüceloğlu, 1996:404). Kişilik, doğumla getirilen özelliklerin üzerine

eklenen yaşam deneyimlerinin bir sonucudur. Parmak izi gibi bireye özgü ve onu diğer insanlardan ayırt edicidir. Kişilik kavramının içinde bir insanın tüm duygu, düşünce ve davranışları yer alır.

İnsanın duygusal yapısı, kişiliğinin önemli yüzlerinden birini oluşturur. Duygusal yapının etkisiyle davranışlar şekillenir. Duygusal yapıda ortaya çıkan rahatsızlıklar, farklı kişilik özelliklerinin ortaya çıkmasında da etkili olur. Bu hastalıkların gelişiminde rol oynayan bir kişilik yapısı olup olmadığı ya da hastalıkların etkisiyle insan kişiliğinde meydana gelen değişimler, uzun yıllardır çeşitli araştırmaların konusu olmuştur. Bu araştırmada incelenmeye çalışılan Bipolar bozukluk, duygusal yapıda meydana gelen bir hastalıktır. Çoğu metabolik hastalığın etiyolojisi incelendiğinde, benzer biyolojik özellikler taşıyan insanların bu hastalıklara yakalandığı ve hastalıkla birlikte, yine birbirine benzer davranışlar sergiledikleri görülür. Yani, yaşanan patolojik durum ile kişilik arasında karşılıklı bir sebep-sonuç ilişkisi bulmak mümkündür. Bu araştırmanın temel dayanağı; benzer patolojik yapıya sahip olan insanların, benzer kişilik özelliklerine de sahip olduğu, fikridir. Bu düşünceden hareketle, kendine has bir kişilik yapısı olduğuna inanılan Bipolar bozukluk konusunda çalışılmıştır. Bipolar bozukluk yaşayan hastalar ile hiçbir psikiyatrik hastalığı olmayan bireyler arasından seçilen iki grup üzerinde çalışma yapılmış ve sonuçta, her iki gruba ait ve birbirinden farklılık gösteren bazı kişilik özelliklerine ulaşılmıştır. Duygusal rahatsızlıkların davranışlar ve kişilik üzerindeki belirgin etkisi ve araştırmacının konuya olan özel ilgisi, çalışmanın bu patoloji üzerine yapılmasının nedenleridir.

1.1 Amaç

Bu araştırmada, Bipolar bozukluk yaşayan bireylerin, sağlıklı bireylerden farklı kişilik özelliklerine sahip olduğu varsayılarak, “Bipolar bozukluk yaşayan bireylerin kişilik özellikleri nelerdir?” sorusuna yanıt aranmaya çalışılmıştır.

1.2 Önem

Bu araştırma, bir duygudurum hastalığı olan Bipolar bozukluğa sahip bireylerin sahip olduğu kişilik özelliklerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bipolar hastalık yaşayan bireylerin ortak bir kişilik yapısına sahip olması fikri; bu bireylerin teşhis ve tedavi süreçlerine yapacağı katkı bakımından önemlidir. Henüz bu teşhisi almamış ancak benzer klinik özellikler ile benzer kişilik özellikleri gösterdiği düşünölen ergen ve gençlerin de fark edilmesi ve çeşitli psiko-sosyal destek programları ile desteklenmelerinin yolunu açması açısından da önem taşımaktadır.

1.3 Hipotezler

Bu araştırmanın temel hipotezi; “Bipolar bozukluk yaşayan bireyler ile hiçbir psikiyatrik hastalık tanısı almamış sağlıklı bireylerin kişilik özellikleri birbirinden farklıdır” düşüncesidir. Bu düşünce ile birlikte, araştırmada geçerliliği sınanacak hipotezler, aşağıda belirtildiği şekildedir;

1. Bipolar bozukluk yaşıyan bireyler ile hiçbir psikiyatrik hastalık tanısı almamış sağlıklı bireylerin kişilik özellikleri, birbirinden farklıdır.
2. Hasta grubunun kişilik özellikleri, demografik özelliklerine göre, kendi içinde farklılık göstermektedir.
3. Hasta grubun kişilik özellikleri, hastalık ve tedavinin durumuna göre, kendi içinde farklılık göstermektedir.
4. Hasta grubun kişilik özellikleri, ailelerinin psikolojik durumuna göre, kendi içinde farklılık göstermektedir.
5. Hasta grubun kişilik özellikleri, klinik özelliklerine göre, kendi içinde farklılık göstermektedir.

1.4 Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmada kullanılan anketler yardımıyla, örnekleme alınan bireylerin çeşitli özelliklerine dair bilgilere ulaşılmıştır. Bu bilgiler, gruplar arasında ve hasta grup içinde, çeşitli istatistik yöntemleri kullanılarak değerlendirilmiş ve hipotezler sınanmıştır. Elde edilen veriler, Bulgular bölümünde, her değişkenin ana başlığı altında, tablolarla ifade edilmiştir. Hipotezlerde bahsi geçen, kişilik özellikleri üzerinde etkisi olduğu varsayılarak gruplar arasında ve hasta grup içinde kendileriyle işlem yapılan bağımsız değişkenler, aşağıda gruplandırıldığı şekildedir;

Demografik Özellikler: “Cinsiyet, Yaş, Eğitim Durumu, Meslek, Şu Anki Çalışma Durumu, Aylık Gelir, Medeni Durum, Şu Anki İkamet Şekli,

Çocukluk Döneminde Kiminle Yaşadığı ve Ergenlik Döneminde Kiminle Yaşadığı” alt özelliklerini kapsamaktadır. Her iki grup için de geçerli olup, anketlerde 1–10 numaralar arasındaki sorularla ulaşılmış bilgilerdir.

Hastalık ve Tedavinin Durumu: “Psikolojik Rahatsızlık Durumunu Algılama, Psikolojik Şikâyetlerin Başlama Zamanı, Psikolojik Şikâyetler Sebebiyle Tedaviye Başlama Zamanı, Psikolojik Şikâyetler Sebebiyle Hastaneye Yatış Sayısı” olmak üzere dört alt özelliği kapsamakta olup, sadece Bipolar hasta grubu için geçerli olan bir değişkendir. Bipolar hastalara verilen ankette 11–14 numaralar arasındaki sorularla ulaşılmış bilgileri içerir.

Psikolojik Durumun Özellikleri: “Psikolojik Rahatsızlık Durumunu Algılama, Bugüne Kadar Bir Psikolojik Yardım Almış Olma, Psikolojik Bir Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Görme, Şu Anda Psikolojik Bir Rahatsızlık Nedeniyle İlaç Kullanıyor Olma” durumu olmak üzere dört alt özelliği kapsamakta olup, sadece sağlıklı grup için geçerli olan bir değişkendir. Hasta olmayan gruba verilen ankette 11–14 numaralar arasındaki sorularla ulaşılmış bilgileri içerir.

Ailelerin Psikolojik Durumu: “Ailede Psikolojik Rahatsızlık Geçirmiş Birey Bulunması Durumu, Ailede Psikolojik Rahatsızlık Geçirmiş Bireyin Kim Olduğu, Ailede Psikolojik Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Olan Birey Bulunması Durumu, Ailede Psikolojik Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Olan Bireyin Kim Olduğu” olmak üzere dört alt özelliği kapsamaktadır. Her iki grup için geçerli bir değişken olup, anketlerde 15–18 numaralar arasındaki sorularla ulaşılmış bilgileri içerir.

Klinik Özellikler: “Yaşam Boyunca Önemli Bir Trafik Kazası Geçirmiş Olma, Çocukluktan Bugüne Ağır Bir Hastalık Geçirmiş Olma, Çocukluktan Bugüne Ağır Şekilde Fiziksel Zarar Veren Bir Olay Yaşamış Olma, Herhangi Bir Şekilde Ciddi Bir Kafa Darbesi Almış Olma, İntihar Etmeyi Denemiş Olma, Hekim Tavsiyesi Dışında İlaç ya da Madde Kullanmış Olma” olmak üzere altı alt özelliği kapsamaktadır. İki grup için de geçerli olan bir değişkendir ve anketlerde 19–24 numaralar arasındaki sorularla ulaşılmış bilgileri içerir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise; kişilik özellikleri ve bipolar bozukluklardır.

1.5 Sınırlılıklar

Bu araştırmada; Bipolar bozukluk tanısı almış bireyler ile hiçbir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı bireylerin kişilik özellikleri karşılaştırılacaktır.

Bipolar bozukluk tanısı almış bireyler, Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, K3 K2 Psikoz servisinde yatarak tedavi gören, yetişkin erkek hastalardır.

Hiçbir psikiyatrik hastalık tanısı almamış sağlıklı bireyler, İstanbul ilinde yaşayan ve random yolla seçilmiş yetişkin erkek bireylerdir.

Bipolar Bozukluklar kapsamına; Bipolar1 Bozukluğu, Bipolar2 Bozukluğu, Siklotimik Bozukluk ve Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk dâhildir.

Kişilik özellikleri; bireyin kişiliğinin temel niteliklerini oluşturan, onu diğer insanlardan ayırıp, kendine özgü hale getiren özelliklerdir. Bu çalışmada araştırılan kişilik özellikleri, kullanılan kişilik testinin (Sıfat Tarama Listesi) tespit ettiği özelliklerdir.

Araştırma; yapıldığı yer (İstanbul ili ve yukarıda adı geçen hastane), uygulamanın yapıldığı zaman (2007 yılı), örnekleme seçilen bireyler (kırk hasta ve kırk sağlıklı erkek birey) ve bu bireylerin ölçeklere verdikleri cevaplar, araştırmada kullanılan ölçme araçlarının (Sıfat Tarama Listesi, Ruhsal Belirti Tarama Listesi, Anket) verdiği bilgiler ve araştırmanın gerçekleştirildiği diğer mekân ve ortam koşullarıyla, sınırlıdır.

1.6 Tanımlar ve Kısaltmalar

Kişilik: Bireyin kendine özgü ve ayırıcı davranışlarının bütünüdür (Köknel, 1985, s.21). Kişilik, bireyin iç ve dış çevresiyle kurduğu, diğer bireylerden ayırt edici, tutarlı ve yapılaşmış bir ilişki biçimidir (Cüceloğlu, 1996:404).

Kişilik Özellikleri: Kişiliğin farklı boyutlarını ifade eden ve bir araya gelip kişiliği oluşturan etkenlerdir.

Duygulanım (affect): Bireyin uyaranlara, olaylara, anılara, düşüncelere, duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Neşe, öfke, üzüntü, kin, nefret, sıkıntı gibi (Öztürk, 2002:292). Duygulanım, duygusal hayatımızın bütününe teşkil eder. Hislerimizdeki bütün değişiklikler ve dalgalanmalar, azalıp-artmalar ve bunların bizim davranışlarımıza aksedişi, affektif duyuş tonları olarak bilinir. Affekt; bir çeşit kendini duyuştur. İstemek-istememek, arzu etmek-

etmemek, sevmek-nefret etmek, beğenmek-hoşlanmamak gibi karşıt duyumları içerir. Affekt canlının bütün hayatını renklendiren ve onun tavrını belirleyen bir fonksiyondur (Ziyalar, 1999:63).

Duygudurum (mood, mizaç): Bireyin bir süre değişik derecelerde rahat, neşeli, üzüntülü, tedirgin, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunuşudur (Öztürk, 2002: 292). Duygudurum, afektin belli bir süre için, belli bir tavır alması halidir (Ziyalar, 1999:63).

Bipolar Bozukluk: Aynı insanda birbirine karşıt iki aşırı ruh halinin dönüşümlü olarak ortaya çıkmasıyla tanımlanan, ağır bir duygusal rahatsızlıktır (Budak, 2003:182). Kraepelin zamanından beri “psikoz manyak depresif (PMD)” olarak bilinen bu hastalığa, daha çok Amerikan DSM okulunun etkisiyle artık “iki uçlu (bipolar) duygulanım bozukluğu” denmektedir. Eğer hastalığın gidişi boyunca yalnızca taşkınlık (mani) nöbetleri ya da taşkınlık ve çökkünlük (depresyon) nöbetleri görülüyorsa, bu bozukluk tipik bir iki uçlu duygulanım bozukluğu hastalığıdır. Hasta yıllar boyunca birçok çökkünlük nöbeti arasında, yalnız bir tek taşkınlık (mani) nöbeti geçirmiş bile olsa tanı, iki uçlu bozukluktur. Yalnız yineleyici çökkünlük nöbetleri olmuş ve mani nöbeti hiç görülmemişse, bozukluğa “tek uçlu (unipolar)” ya da “yineleyici çökkünlük” denmektedir (Öztürk, 2002:318).

Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Hasta Grubu: Bundan sonra “hasta grubu” olarak anılacaktır.

Hiçbir Psikiyatrik Tanı Almamış Sağlıklı Kontrol Grubu: Bundan sonra “sağlıklı grup” olarak anılacaktır.

BÖLÜM II

TEMEL BİLGİLER VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Ruhbilimcilere göre kişilik; bireyin kendine özgü ve ayırıcı davranışlarının bütünü olarak tanımlanır (Köknel, 1985:21). Bu kısa tanım, kişiliğin önemli iki özelliğini vurgulamakla birlikte, kavramı açıklamak için yeterli değildir. Kişilik, bireyin iç ve dış çevresiyle kurduğu, diğer bireylerden ayırt edici, tutarlı ve yapılaşmış bir ilişki biçimidir (Cüceloğlu, 1996:404) tanımı ise, daha kapsamlıdır. Burada kişilik; bireyin çevresiyle ilişki kuruş biçimi olarak tanımlanmış, bu biçimin tutarlı ve kişiye özgü bir yol olduğu belirtilmiştir.

Kişilik üzerine bugüne kadar yapılmış olan çalışmalarda; kişiliğin oluşumu ve özellikleri, oldukça dikkati çekmiş alanlardır. Kişiliğin, insanın doğuştan getirdiği ve ölene kadar değişmeden muhafaza ettiği özelliklerden oluştuğu fikrinin karşısında; kişilik özelliklerinin yaşam deneyimleriyle şekillendiği ve sürekli bir değişim içinde bulunduğu düşüncesi yer almaktadır. Bu konu, kişilik kuramcılarının yaşadığı temel çatışmalardan biridir. Bir diğer çatışma ise, kişiliği tanımlamada özelliklerden yararlanan düşünceler arasında yaşanmaktadır. Bu kuramlara göre insanı, diğer insanlardan ayıran bazı özellikler vardır. Bu özelliklerin ortak olarak bulunduğu insanlar gruplanarak, kişilik tipleri tanımları yapılmaktadır. Bu özelliklerin kişide değişmez bir biçimde var olduğu ya da koşulların etkisiyle belli özelliklerin ön plana çıktığı düşünceleri arasında, böyle bir çatışma söz konusudur. Olaya durumsal açıdan yaklaşanlar, insanları

belli özelliklere sahip oluşlarına göre sınıflamanın, geçersiz olduğunu savunurlar. Psikolojide birbirinden farklı kuramlarda ifadesini bulan içedönüklük–dışadönüklük özelliklerinin kişiliği açıklamada kullanılması, bu tür yaklaşımların sonucudur.

Günlük kullanımda mizaç, karakter, benlik gibi kavramlar, sıklıkla kişilik ile birlikte ya da onun yerine kullanılmaktadır. Bunu önleyebilmek için, bu kavramların ne olduğunu ve birbirlerinden farklarını bilmekte fayda vardır.

“Mizaç” (huy); günlük yaşantı içinde kişiye özgü, oldukça sınırlı, belirli duygusal tepkilerin nitelik ve nicelik bakımından değişmesidir. Çabuk kızılmak, sıkılmak, öfkelenmek, neşelenmek, hareketli ya da hareketsiz olmak vb. bireylere göre değişen mizaç (huy) özellikleridir (Köknel, 1985:22). Otonom sinir sisteminin özelliği ve iç salgı bezlerinin az veya çok çalışması gibi kalıtımla gelen fizyolojik özellikler huyu meydana getirir (Kozacıoğlu & Gördürür, 1995:36).

“Karakter”; kişiye özgü davranışların bütünü olup, insanın bedensel, duygusal ve zihinsel etkinliğine, çevrenin verdiği değerdir. Bireyin karakteri kişisel özelliklerle, içinde yaşanılan çevrenin değer yargılarından oluşur. Başka bir deyişle karakterde, kişilikle, içinde yaşanılan çevrenin değer yargıları birlikte yorumlanır (Köknel, 1985:22). Karakter; insanın belli bir biçimde duyma, düşünme, davranma özelliğidir (Kozacıoğlu & Gördürür, 1995:35).

“Benlik”; en genel anlamıyla kişinin kendini başka herkesten ve her şeyden ayrı, eşsiz bir bütünlük olarak hissetmesi, bunun bilincinde olması ve bu şekilde bilincinde olunan tümel varlık şeklinde tanımlanabilir. Benlik kavramı felsefede olduğu kadar, psikolojide de ağırlıklı bir yer tutar. Felsefi yönelime

bağlı olarak tanımı değişse de, hepsindeki ortak öge, kendi varlığının bilincinde olma ve iradi eylem yetisidir (Budak, 2003:123).

Görüldüğü gibi mizaç, karakter ve benlik, kişilik ile çok yakından ilgili ama kişilikten farklı olan kavramlardır.

Kişilik kavramının İngilizce karşılığı olan “personality” kelimesi, eski Yunan tiyatrosundaki oyuncuların yüzlerine takarak bir karakteri canlandırdıkları “persona” kelimesinden gelmektedir (Bulduk & Cesur, 2003:1). Geçekte kişiliğin bir yanı, insanın öteki kişilerle ilişkilerinde aldığı tavır, gösterdiği davranış, başka bir deyişle taktığı maskedir. Çevresiyle sürekli ilişkide olan insan, çoğu kez duygularına, düşüncelerine, tutum ve davranışlarına, olduklarından değişik biçim vermeye çalışır. Kimi insanda bu durum sürekli; kimisi yerine göre değişik görünmek ister. Böylece, sürekli ya da zaman zaman takılan bir maskenin arkasına sığınarak insan kendisini, istediği ya da istendiği gibi göstermeye çabalar. O halde kişilik kavramı, bireyin başkalarıyla kurduğu ilişkilerdeki tepkiyi ve kendisini gösterme biçimini de içermektedir. Bir insanın duygu, düşünce, yetenek, ilgi, tutum, davranış ve eylemleri, kişiliğini oluşturan başlıca öğeler arasındadır. Bu öğeler, insanın görünüşü, hareketleri, mimikleri, jestleri ve çevreye uyumuyla dışarı yansır. Kişiliğin bütünlüğü içinde her insanın öteki insanlardan farklı olmasını sağlayan, kendine özgü özellikleri vardır. Bu özellikler kişiliğin belli öğeleriyle bağlantılıdır ve bunların dışarıya yansımalarıdır (Köknel, 1985:24–25).

Ruhbilim açısından kişilik sorununa yaklaşanlar, kullandıkları yöntemlere göre, değişik açıklamalar ve yorumlar yapmışlardır. Bunlar şu temel gruplar içinde toplanabilir;

- Ψ Kişilik, bütün bedensel özelliklerin, içgüdülerin, dürtülerin, eğilimlerin, kazanılmış deneyimlerin bütünüdür.
- Ψ Kişilik, bir insanın gelişme evrelerinde gerçekleştirdiği bağlantıların bütünüdür. Bu bütünlük içinde tutum ve davranışa yansıyan özellikler yer alır.
- Ψ Kişilik eğilim ve deneyimlerin belirli evreler içinde bütünleşmesi sonucu oluşan bir süreçtir.
- Ψ Kişilik, bir insanın çevresine uyum sağlamak amacıyla yaptığı davranışların bütünüdür.
- Ψ Kişilik, bireysel farklılığa dayanan duyguların, düşüncelerin, becerilerin, yeteneklerin, alışkanlıkların oluşturduğu işlevsel bir bütündür (Köknel, 1985:26).

Kişilik, doğumla birlikte getirilen özelliklerin, gelişim süresince, tüm yaşam deneyimleriyle birleşmesi sonucunda ortaya çıkan karmaşık bir yapıdır. İnsan gelişimi, biyolojik, bilişsel ve sosyal alanların tümünde birden, hayat boyu çeşitli süreçlerle ilerleyen değişimlerden oluşur. Hayatın her döneminde, o döneme has değişkenlerle gelişim söz konusudur. Doğum öncesinden başlayan gelişim süreci, zaman zaman farklılıklar gösterse de, en hızlı ve yoğun dönemini, doğumdan gençliğe kadar olan “büyüme” döneminde gerçekleştirir. Bebeklik, ilk çocukluk, son çocukluk ve ergenlik evrelerini

kapsayan büyüme döneminde, gelişimin tüm yüzlerinde yoğun bir ilerleme söz konusudur. Bununla birlikte, kişiliğin oluşmaya başlaması da bu hızlı büyüme dönemlerinde olur. Öyle ki, kimi kuramlara göre hayatın ilk altı yılı, kişiliğin temel yapısının şekillendiği yıllardır. Ergenliğin bitimiyle yetişkinlik dönemine adım atılır. Yetişkinlik, bundan önceki dönemlerde yaşanan yoğun, hızlı ve sürekli büyümenin yerini, bilişsel, duygusal ve sosyal ilerlemenin aldığı yıllara denk düşer. Bu zamana kadar oluşturulan kişilik yapısı, bu evrede bir kararlılığa ve sabitliğe ulaşır. İlk, orta ve ileri yetişkinlik olarak kendi içinde dönemlere ayrılabilen bu evrede tecrübe edilen yaşam deneyimleri, kişilik üzerinde artık daha az yönlendiricidir.

İnsan gelişimi sürecine farklı yönlerden açıklamalar getiren ve buna göre kişilik oluşumunu açıklayan çeşitli kuramlar ve araştırmacılar söz konusudur. Konunun farklı boyutlarını görebilmek için bu çalışmalara göz gezdirmekte fayda vardır.

2.1 Kuramlar Açısından Kişilik

Kişilik konusuna duyulan ilginin ilk izlerini, yüzyıllar öncesinde bulmak mümkündür. Bugünkü psikoloji anlayışının gelişmesinden çok uzun yıllar önce eski Yunan'da Hipokrat “fiziksel tipoloji”, “mizaç tipolojisi” ve “humor veya bedensel salgılar psikolojisi” kavramlarını ortaya koymuştur. Bunlar;

Ψ Fiziksel Tipoloji: Bedensel fiziğin iki tür olduğunu, kısaca–şişman ve ince–uzun yapıların belirgin ruhsal eğilimler ve hastalığa yatkınlıklar yarattığını söylemiştir.

Ψ Mizaç Tipolojisi: Dört ayrı tür mizaç vardır. Bunlar Empedokles'in su, hava, ateş ve toprak kavramlarıyla simgelenir.

Ψ Humor veya Bedensel Salgılar Psikolojisi: Bedende dört ayrı humor yani sıvı veya salgı vardır. Bunlardan hangisi başat ise, kişinin mizaç veya duygusal yatkınlıkları o yönde gelişir (Yanbastı, 1990:226–227).

Modern psikoloji tarihine bakıldığında ise, kişilik konusunu açıklamaya çalışan ve bugün bile etkisini sürdüren kuramlar olduğu görülür. Birbirine yakın zamanda ortaya çıkan Davranışçı ekol ve Psikanaliz ile onları takip eden ve Hümanistik kuramlar olarak sınıflandırılabilir bir dizi kuram, kişilik gelişimine kendi bakış açılarına göre farklı açıklamalar getirmişlerdir.

Davranışçı kuramın temelinde, Pavlov'un hayvan deneyleri sonucunda bulduğu "klasik koşullama" ile arkasından gelen Skinner'ın keşfettiği "edimsel koşullama" metotları bulunur. Davranış öğrenmeye iki ayrı yorum getiren bu metotların öğrenme, bilişsel işlevler, gelişim, eğitim gibi alanlara yayılarak araştırılmasıyla da, Davranışçı psikoloji ortaya çıkmış ve zamanında etkin bir düşünce sistemi oluşturmuş olan Psikanalize tepki olarak, hızlı ve büyük bir gelişme göstermiştir. Pavlov'un açtığı yolda ilerleyen Watson, Thorndike ve Skinner, davranışçı psikolojiyi geliştiren önemli çalışmalar yapmışlardır.

Davranışçı psikolojiye göre, bireyin kişiliği pozitif ve negatif alışkanlıkları bir arada bulundurur ve bunlar zamanla öğrenilir. Kişinin davranışı, yaşamı süresince aldığı ödüllendirmelerin sıklığı ve türü ile belirlenir. Anormal davranışlar öğrenilme bakımından, normal davranışlardan farklı değildir (Karahan & Sardoğan, 1994:54–55). Bireyin kişiliğinin oluşumunda yaşamın ilk yıllarının

geçtiği çevrenin koşullarının önemli etkisi vardır. Dış çevre, esnek olan insan doğasını istediği şekilde biçimlendirir.

Davranışçı kuramın içinde kapsamlı bir kişilik kuramı yoktur. Kişilik, genel öğrenme alanının bir dalı olarak incelenir.

Davranış kuramcılarında John Broadus Watson' a göre; birey, koşullanma deneyimlerinin bir ürünüdür. Bu nedenle çocuklukta koşullanma deneyimlerinin, yetişkinlik yaşamındaki davranış alışkanlıkları üzerinde önemli etkileri vardır. Kişilik, oldukça uzun bir süre içinde kazanılan alışkanlıklar sistemidir (Karahana & Sardoğan, 1994:52).

John Dollard ve Neal Miller' ın birlikte geliştirdikleri “Pekiştirme Kuramı”na göre; bütün insan davranışları öğrenilir. Dollard ve Miller, kişiliğin dengeli ve sürekli yanlarını alışkanlık kavramı ile açıklamışlardır. Alışkanlık, bir uyaran ile tepki arasında kurulan bağlantıdır. Kişilik her ne kadar alışkanlıklardan oluşsa da, temel yapısı bireyden bireye farklılıklar gösterir. Alışkanlıklar geçicidir. Bugünkü alışkanlıklar, ileriki yaşantılar sonucu değişebilir. Kişilik tek yönlü alışkanlıklar dizisi değildir. Bunun yanı sıra, birincil ve ikincil dürtüler ile tepkilerin hiyerarşisi, kişiliğin devamını sağlar (Altıntaş & Gültekin, 2003:257). Yani tepkiler hiyerarşisi hem davranışı yönlendirir, hem de bu yolla kişiliğin devamlılığını temin eder.

Bir başka kuramcı olan Julian B. Rotter'a göre kişilik; özgün, örgün ve karmaşık bir bütün olarak kişinin kararlı ve sürekli davranış özelliklerini veya çerçeveyi, dünyayı, yaşamı yorumlayışını açıklayan bir yapı olarak kabul edilir. Davranış ise, içinde organizmanın da bir belirleyici olduğu olay olmaktadır

(Altıntaş & Gültekin, 2003:263). Gereksinimler davranışı oluşturur, davranışlar da kişiliği biçimlendirir. Davranışlarından doyum elde edemeyen bireyler, psikolojik sıkıntı hissederler ve yardıma ihtiyaç duyarlar.

Albert Bandura'nın geliştirdiği “Sosyal Öğrenme Kuramı” na göre kişilik; başkalarının davranışını taklit ve gözleme yoluyla öğrenilmiş davranışlar örüntüsüdür (Cüceloğlu, 1996:426). Kişilik, sosyal öğrenme yoluyla edinilmiş davranışların toplamıdır. Çünkü kurama göre insanlarda refleksler hariç, doğuştan gelen bir davranış repertuarı söz konusu değildir. Bu nedenle, tüm davranışları öğrenmeleri gerekir.

Davranışçı kuramlar, tüm insan davranışlarının öğrenilebildiği fikrinden hareketle kişiliği de, öğrenmeler ve yaşam deneyimlerinin etkisiyle şekillenen bir yapı olarak kabul ederler. Kötü biçimde öğrenilen, işlevsiz olan, işe yaramayan davranışların yerine, yine öğrenme yoluyla, olumlu ve işe yarar davranışların koyulabileceğine inanırlar. Kişiliğin, yaşamın belli dönemlerinde büyük ölçüde şekillenen bir yapı değil, hayat boyu öğrenmelerle biçim değiştirebilen esnek bir oluşum olduğunu düşünürler.

Kişilik konusunda ayrıntılı düşünceler içeren Psikanaliz, dikkate alınması gereken bir diğer ekoldür. Psikanaliz, Avusturyalı doktor Sigmund Freud'un geliştirdiği kişilik çözümlemesi metodudur.

Freud'un 1900'de yayınlanan “Düşlerin Yorumu” isimli eserinde, psişik yapıyı oluşturan üç sistem tanımlanır. Bu sistemler; “bilinç, ön bilinç ve bilinçsizlik” tir (Erten, 2005:1). “Bilinç” algılanan ve farkında olunan gerçeklik düzeyidir. “Ön bilinç” bilinç ile bilinçsizlik arasında yer alır. Çeşitli nedenlerle

baskı altında tutulan ve bilince çıkmak için uygun koşulları bekleyen uyarımları içerir. “Bilinçsizlik” ise, varlığından haberdar dahi olunmayan uyarımların bulunduğu yerdir. Buradaki veriler, bastırıldıkları da unutulacak şekilde bastırılmışlardır.

Ruhsal yapıyı meydana getiren üç soyut bölüm mevcuttur, bunlar; “id, ego ve süperego”dur. “İd” kalıtımsal olarak gelen içgüdüleri içeren ve doğuştan var olan psikolojik gizil güçlerin tümüdür. Ruhsal enerji kaynağı olan id, diğer iki sistemin çalışması için gerekli olan gücü de sağlar. Enerjisini bedensel süreçlerden alır (Yanbastı, 1990:21). İd, haz ilkesine göre çalışır. Amacı organizmada biriken gerilimi boşaltıp hazzı ulaşmak ve acıdan kaçınmaktır. “Ego” idi denetleyen ve bilinçdışı kılan yapıya denir. Doğuştan var olan ve zamanla gelişen ego, insanın biyolojik yapısına ters olan veya gerçeklere uygun düşmeyen eylemleri bilinçdışına bastırır. Ego, kişiliğin gerçekçi yürütme organıdır. Gücünü idden alır. Egonun görevi kendi içinde ve dışında uyum sağlamaktır (Yanbastı, 1990:21–22). Ego aynı zamanda id ile süperego arasındaki dengeyi sağlayıp, organizmanın normal şekilde yaşantısına devam etmesini sağlayan yapıdır. “Süperego” kişiliğin en geç gelişen bölümüdür. Toplumsal normları, yasaları, vicdan ve ahlaki temsil eder. Çocuğun gelişimi sırasında ebeveynin uyguladığı ödül-ceza sistemleri ve toplumda karşılaştığı sosyal kuralların etkisiyle gelişen ve içselleşen bir yapıdır. İdin isteklerine karşı koyan ve bu konuda egoya baskı yapan yapıdır. İdeal ve kusursuz benliğe ulaşmaya çalışır. Bu üç yapı, birbirleriyle sıkı bir ilişki içindedir. İd kişiliğin biyolojik yanını, ego psikolojik yanını, süperego da sosyal ve ahlaki yanını temsil eder. Üçü birlikte, kişiliği meydana getirirler.

Psikanalizin, gelişimi psikoseksüel açıdan açıklayan bir gelişim teorisi vardır. İnsan gelişimini zaman bazında çeşitli evrelere ayıran bu teorinin her bir evresinde, libido, vücudun ayrı bir bölgesinin faaliyeti ile temsil edilir. Buna göre, insan gelişiminde oral dönem (0-18 ay), anal dönem (18 ay-3 yaş), fallik dönem (3-7 yaş), gizlilik dönemi (7-12 yaş) ve genital dönem (12-18 yaş) bulunmaktadır. Psikanalize göre özellikle yaşamın ilk üç evresi, kişiliğin önemli ölçüde şekillendiği yıllardır. Her dönemin kendine özgü gelişimsel görevleri ve çözülmesi gereken çatışmaları vardır. Bu görevlerin nasıl yerine getirildiği ve çatışmaların ne şekilde çözümlendiğine göre, kişilik özelliklerinin şekillendiği düşünülür.

İd ve süperegö arasında bir denge unsuru olmaya çalışan ego, zaman zaman bu dengeyi kurmakta zorluk yaşayabilir. Böyle zamanlarda ego, savunma mekanizmalarına yönelir. “Savunma mekanizmaları”; egonun onarım ve uyum sağlama amaçlarıyla yöneldiği davranışlardır. Bireyin kullandığı savunma mekanizmalarından, kişilik gelişiminin ne düzeyde olduğu ya da gelişimde sorun yaşadığı, takıldığı dönemler hakkında ipuçlarına ulaşılabilir. Savunma mekanizmaları sağlıklıya da hasta, tüm insanlar için vazgeçilmezdir. Savunma mekanizmaları genellikle bilinçdışı süreçlerdir. Egonun bilinçdışıyla temas ettiği noktalarda oluştuğu ve kullanıldığı düşünülebilir. Çünkü genellikle kişi bu mekanizmaları kullandığının farkında değildir.

Psikanalitik kurama göre insanların en temel iki savunma mekanizması bastırma ve yansıtmadır. “Bastırma” (repression); varlığı rahatsızlık yaratan, istenmeyen duygu, düşünce ve dürtülerin, kişinin iradesi dışında

bilinçdışında tutulmasıdır. Bastırılan malzeme öylesine bilinçdışındadır ki, hiç bilince çıkmamış olması ve kişinin bu malzemenin varlığından dahi haberdar olmaması söz konusudur. Bastırma, diğer tüm mekanizmalara temel oluşturacak kadar eski, ilkel ve kesin bir mekanizmadır. Çünkü temelde, hayati tehlike altında kalan bir organizmanın, varlığını sürdürebilmesi ve canlı kalabilmesi amacına hizmet eder. “Yansıtma” (projection) ise; kişinin kendince ve toplumca kabul edilemez duygu, düşünce ve dürtülerini dışarıya yansıtıp, bu istekler kendisinde değil de dışarıdaymış gibi yaşaması durumunu, tanımlar. Yansıtma, benliği anksiyetenin yükünden korur. Psikanalitik kuramın gelişmesiyle birlikte, tanımlanan savunma mekanizmaların sayısı artmıştır.

Freud’un ortaya koyduğu klasik Psikanaliz anlayışının merkezinde dürtüler ile bunlara karşı koymaya çalışan savunmaların çatışması bulunur. Daha çok bedensel kaynağı olan arzular, ihtiyaçlar ve istekler; doyurulmayı beklerken yasaklar, sosyal kurallar ve cezalar ile karşılaşır. Arzu ve yasağın çatışması sonucunda kaygı, suçluluk, utanç, ketlenme gibi durumlar ortaya çıkar. Birey yaşamı boyunca arzularıyla yasaklar arasındaki bu çatışmayı yaşar. Kimlik oluşumu sürecinde de bu çatışma egemendir. Birey genellikle arzularını kabul edilebilir biçimde doyurma yollarını tercih eder. Bunu başaramazsa, patoloji oluşması söz konusudur. Kişilik gelişimi üzerinde özellikle yaşamın ilk üç evresinin (oral, anal ve fallik dönemler) etkisi olduğuna inanılır. Arzu ve yasak çatışması ise, bireyin tüm yaşamı boyunca tutum ve davranışlarını yönlendirebilecek kadar önemli kabul edilir.

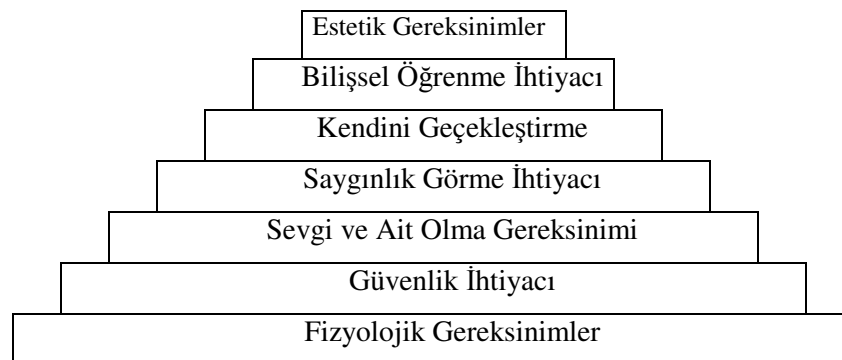
Davranışçı ekolün ve Psikanaliz'in dışında, başka kişilik kuramları da söz konusudur. Bu kuramlardan benzer felsefi temele sahip olanları, "Hümanistik kuramlar" adı altında incelemek mümkündür. Hümanistik kuramlar, insana verdikleri değer açısından, diğer kuramlardan belirgin biçimde ayrılırlar. Felsefi temelini çoğunlukla Varoluşçuluk'tan alan bu yaklaşımlara göre insan, Davranışçı kuramlarda ve Psikanaliz'de tarif edilenin çok daha ötesinde bir varlıktır. Her insan başlı başına bir değerdir ve kendi hayatını daha anlamlı hale getirmek için çaba gösterir. Bu nedenle geçmiş ya da gelecekte ziyade, içinde bulunulan an önemlidir. Davranışlarının dışarıdan gözlenmesi ile bir insanın anlaşılması mümkün değildir. İnsanın anlaşılabilmesi için onun iç gözlemine başvurulması gerekir. İnsan davranışlarını anlamaya çalışan araştırmaların amacı, bu davranışları kontrol altına almak değil, aksine, insanın daha da özgür olmasını sağlayabilmek olmalıdır. Bu kuramların kişiliğe bakış açısı da tahmin edilebileceği gibi, diğer kuramlardan daha özgürdür.

Amerikalı psikolog Carl R. Rogers'ın geliştirmiş olduğu "Fenomenolojik Benlik Kuramı" na göre; insanın doğumla başlayan ve ömür boyu süren temel ihtiyaçları vardır. Bunlar, doğal olanların yanında güven, sevgi, saygı, kendini gerçekleştirme ihtiyaçlarından oluşmaktadır. İhtiyaçların karşılanamaması yani doyumsuzluk durumu, bütünleşmeyi olumsuz olarak etkilemektedir (Altıntaş & Gültekin, 2003:79). Yaşamın başlangıcında benlik mevcut değildir. Sadece farklılaşmış bir algısal alan mevcuttur. Kendini gerçekleştirme güdüsünün bir bölümü olan farklılaşma yöntemi ile çocuk, kendini dünyadaki diğer varlıklardan ayırmaya başlar. Algısal alanın, bireyin parçası olanlar ve olmayanlar şeklinde farklılaşması, Rogers'a göre, benlik kavramının

oluşumunda önemlidir (Altıntaş & Gültekin, 2003:91). Tüm davranışların bir amacı vardır ve nihai amaç kendini gerçekleştirmedir. Kendini gerçekleştirme, kişilik oluşumundaki en önemli motivasyondur.

Kurt Goldstein' in geliştirdiği “Organizmik Kuram” a göre de, insanın temel yaşam amacı kendini gerçekleştirmedir. Organizmadaki enerjinin dengeli biçimde dağılması, tüm fonksiyonların sağlıklı biçimde çalışmasını ve bireyin çevre ile iyi biçimde başa çıkabilmesini sağlar. Bireyin, çevre ile başa çıkabilmeyi başarabildiği ölçüde sağlıklı kişilik gelişimi ya da patoloji oluştuğu varsayılır.

Abraham Maslow'a göre, insan hayatta temel olarak “mutluluğu” arar. Maslow'un kişilik görüşü, geliştirdiği güdülenme kuramını temel alır. Bu kurama göre; insanın gereksinimleri en acil doyurulması gereken güdü en baskın olacak şekilde, hiyerarşik bir sıra izler. En baskın olan güdüden başlayarak sırayla tatmin edilen güdüler, yerini bir sonraki güdüye bırakır. Bir basamaktaki güdü tatmin edilmeden, üstteki basamaklara geçiş mümkün değildir. Bu güdüler “ihtiyaçlar hiyerarşisi” diye adlandırılan basamaklı bir yapıda, şu şekilde sıralanır (Şekil 1):



Şekil 1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi.

En alt basamakta bulunan fizyolojik gereksinimler, açlık, susuzluk gibi, homeostasisin sağlanmasına yönelik ihtiyaçlardır. Fizyolojik ihtiyaçlar karşıladıktan sonra, güvenli bir yerde barınma, tehlikeden korunma ihtiyacı önem kazanır. Bu da sağlandıktan sonra, bir üst basamağa sıra gelir. Başlangıçta beş tane olan basamaklara sonradan iki tane daha eklenmiştir. Maslow'a göre istisnai durumlar dışında hep bu sıra izlenir ve en üst basamağa, az sayıda mutlu insan ulaşabilir. Bunlar kendini gerçekleştirmiş insanlardır. Maslow'un geliştirdiği kurama göre kişilik gelişimi, hiyerarşide belirtilen ihtiyaçların yeterince ve belli bir kararlılıkla karşılanmasından ya da karşılanmamasından etkilenir. Karşılanan ihtiyaçlar olumlu kişilik özellikleri, karşılanamayan ihtiyaçlar ise eksiklik ve yoksunluk hissi olarak kişilik üzerinde etkisini gösterir.

Henry Murray'ye göre ise; insan gelişiminde biyolojik etmenler, bireysel özellikler ve çevre aynı oranda etkilidir. Kişilik, birbirine bağlı tüm bu faktörlerin karşılıklı etkileşimiyle, zaman içinde şekillenen bir bütündür. Bebeklik ve çocukluk döneminde yaşanan doğum öncesi kompleksler, oral kompleksler, anal kompleksler, uretral kompleksler ve kastrasyon kompleksi, tüm insanlarda bulunur ve çözülmezlerse, aşırı saplanmalara, çatışmalara ve kişilik bozukluklarına neden olurlar.

Gardner Murpy'ye göre kişilik; bir ucu biyolojik bedende, diğer ucu sosyal çevrede olan bipolar bir süreçtir. İnsan, karşılıklı enerji iletişimi ve etkileşimi içinde bulunan çevreyi içeren büyük alan ve bedeni içeren küçük alan ilişkisi içinde yaşar. Böylece yetişkin kişilik, hem biyolojik hem de sosyal bir bütündür. Fakat insan diğer insanlardan ayrı, kendi içinde bütünleşmiş bir yapı

değildir. Sürekli çevresiyle etkileşim ve iletişim içerisindedir. Organizma–çevre bütünü, dinamik bir alandır (Yanbastı, 1990:269). Kişilik, üç gelişim döneminden geçerek oluşur. Bu dönemler: yaşamın ilk yıllarını kapsayan “global evre”, vücudun çeşitli bölümlerinin işlevselleşmeye başladığı “ayrışma evresi” ve kişiliğin ayrı parçalarının bir araya gelerek bir bütün oluşturduğu “bütünleşme evresi” dir. Kişilik özellikle, güdülenme demektir. Davranışı yönlendiren güdüler, kişiliği oluşturan temel unsurdur. Biyolojik ve sosyal güdüler, aynı oranda ve güçte davranışı yönlendirir. Kişilik oluşumunda kalıtım ve çevrenin bir bütün olarak, aynı şekilde etkileri söz konusudur.

Amerikalı araştırmacı Sheldon, Hipokrat’ın insanın fiziki yapı ile kişilik özelliklerinin birbiriyle ilişkilendiren tipoloji düşüncesinin etkisinde bir kuram geliştirmiştir. Sheldon, insanlarda başlıca üç tür beden yapısı olduğu sonucuna varmıştır. Bu yapılar şunlardır:

- Ψ Endomorfi:** Bunlar yumuşaklık ve yuvarlaklık ile karakterize olurlar. Suda yüzen yağ oranı çok, kas ve kemik oranı düşük tombullardır. Hazım cihazları başattır. Buna “viserotoni” denir.
- Ψ Mezomorfi :** Sertlik ve köşelilik ile karakterize olurlar. Kemik ve kas oranı yüksektir. Kuvvetli, güçlü ve dayanıklıdırlar. Atletler, askerler, maceracılar gibi. Mesodermal embriyonik katmanlar başattır. Buna “somatotoni” denir.
- Ψ Ektomorfi :** İnce, uzun, sıska, koca kafalı entelektüellerdir. Kas ve yağ oranı düşüktür. Hastalıklara dirençsiz, güçsüz, kuvvetsizdirler. Beyin başattır. Buna “serebrotoni” demiştir (Yanbastı, 1990:229).

Kurama göre, bu yapılarıdaki kişilerin farklı kişilik özellikleri söz konusudur: Endomorfi; kısa ve tombulca beden yapısı içinde neşeli, yaşamından memnun, arkadaş canlısı kişilik tipidir. Mezomorfi; kuvvetli, kasları gelişmiş beden yapısı olan, kaba, gürültülü, ağır bedensel faaliyetlere ilgi duyan kişilik tipidir. Ektomorfi; ince uzun beden yapısı içinde sakin, utangaç ve çekingen kişilik tipidir (Cüceloğlu, 1996:417). Her insanda bu üç beden tipinin bir karışımı bulunur. Ama bunlardan biri daha baskındır ve kişinin hâkim kişilik yapısını o oluşturur. Böylesi bir yaklaşım, kişilik konusunu sadece biyolojik yönden açıklamakta ve çevre, bireyin sosyal özellikleri, yaşam deneyimleri gibi kişilik üzerinde çok etkisi olan unsurları görmezden gelmektedir.

Gordon Allport'a göre insan kişiliği; kendine has ve kendi içinde kapalı bir sistemdir. Her birey kendine özgü ayrı ve farklı bir kişiliktir. Kişilik, bu kapalı sistemi içinde kişinin güdeleri ve Allport'un "özellik" (trait) şeklinde isimlendirdiği eğilimleri ile şekillenir. Doğuştan getirilen özellikler, güdelerin ve eğilimlerin etkisiyle kişiliği biçimlendirir. Bireyin sosyal yaşantısı, kişiler arası ilişkileri, deneyimleri, sosyal statü ve rolleri, kişiliği etkilemez; sadece kişilik hakkında bilgi verebilir.

Kurt Lewin' e göre; kişilik tipleri insanlar arasında ve bir insan için de kendi içinde, yaş ve gelişim dönemlerine göre farklılık gösterir. İnsan geliştikçe, yaşam alanı karmaşıklaşır. Kişilik ve çevre arasında sürekli bir iletişim ve alışveriş vardır. Bu alışverişlerle, kişilikteki iç bölgelerin gerilimi giderilir ve iç denge sağlanır. Yani kişiliği etkileyen yaşam alanının en önemli ögesi çevre ve çevreyle olan etkileşimdir.

Hans Jurgen Eysenck'in geliştirmiş olduğu “Kişilik Boyutları Kuramı” na göre; kişilik, insanın gerçek veya gizil davranış örüntülerinin tümünü kapsar. Bunlar hem kalıtım hem de evre etmenlerinden kaynaklanıp, karşılıklı etkileşim sonucu biçimlenir (Yanbastı, 1990:235). Eysenck, kişiliği zekâ, karakter, mizaç ve beden boyutlarında incelemiştir.

Raymond B. Cattel' a göre; kişilik gelişimi, yaş dönemleri takip edilerek oluşur (Yanbastı, 1990:241). Kişilik gelişimi sırasında evre, öğrenme koşullarını şekillendirerek, birey üzerinde etkili olur.

Gestalt psikolojisinin kurucusu olan Fritz Perls' göre kişilik; kişiler arası ilişkilerde benimsenmiş olan tutumlar dizgesidir; açıklama istendiği takdirde, kişinin kendi davranışını açıklayabildiği bir platform işlevini gören, kişinin ne olduğuna ilişkin varsayımıdır (Perls vd, 2000:193). Kişilik, organizma ile psikolojik alan arasında kurulan denge ve bütünlüğün niteliklerini kapsar. Gestalt psikolojisinde kişilik ve ego aynı anlamda kullanılır.

Eric Berne' in geliştirdiği “Transaksiyonel Analiz” her bireyin ebeveyn, yetişkin ve ocuk ego durumlarına sahip olduğunu ve tüm davranışlarının bu üç durum arasında gidip gelerek şekillendiğini ne sürer. Davranışlarını analiz ederek güdümlü davranışlarının farkına varan birey, kendine yeni ve zgr davranışlar seçerek, kişiliğini kendi iradesiyle, yeniden şekillendirebilir.

“Rasyonel Emotif Terapi” anlayışını geliştiren Albert Ellis' e göre de insan mantık dışı düşüncelerini fark edip, bunları değiştirebilir. Davranışlarını değiştirdiği şekilde, kişilik özelliklerini de değiştirip, yerine yenilerini koyabilir.

“Gerçeklik Terapisi” ni oluşturan William Glasser, hangi kültürden olursa olsun tüm insanların tek bir temel gereksiniminin olduğunu iddia etmektedir. Bu, “kimlik” gereksinimidir. “Kimlik”; bireyin bu dünyada varolan diğer varlıklardan bir bakıma da olsa, farklı ve ayrı bir birey olduğunu hissetme gereksinimidir (Glasser & Zunin, 1973; Nelson–Jones, 1982:39). Kurama göre; yaşamın ilk altı yılında birey pozitif ya da negatif bir kimlik geliştirir. Pozitif kimlik geliştiren insanlar; değerli olduklarını düşünür, çevrelerindeki insanlarla olumlu ilişkiler kurar ve bu değerlilik duygularını onlara da yansıtırlar. Negatif kimlik geliştiren insanlar ise; kendileri ve diğerleri hakkında olumsuz düşünür, dış gerçekliği reddeder ve zarar verici davranışlar içerisinde bulunurlar. Tüm insan davranışları, bireyin bir ihtiyacına denk gelir, amaçsızca ortaya çıkan bir davranış söz konusu değildir. Kuram, kimlik oluşumuna verdiği özel önem ile dikkati çeker. İnsan doğasındaki sosyallik ve pozitif kimlik oluşturmaya yönelik çaba, kişiliği şekillendiren önemli bir motivasyondur.

Hümanistik kuramlarda, Psikanaliz’e ve Davranışçı kuramlara oranla, insan doğasına daha olumlu ve destekleyici bir bakış söz konusudur. Kişilik gelişimi üzerinde hem kalıtımla gelen özelliklerin hem de yaşam deneyimlerinin etkisi olduğuna inanılır. Bunlara ek olarak çoğu Hümanistik kuramda, kötü yaşantılar ya da deneyimlerle edinilmiş olumsuz kişilik özelliklerinin de değiştirilebileceği ileri sürülmektedir. Yani bu kuramlara göre kişilik, yaşam boyu evrimini sürdüren dinamik bir yapıdır. Kişinin olumsuz yönlerini fark edip bunları değiştirmek için çaba sarf etmesi, kişilikteki değişimi hızlandırabilecek etkiyi yaratır.

Kişilik, yukarıda verilen kuramlar ile bu çalışmaya dâhil edilmeyen ancak çeşitli kaynaklarda rastlanabilen farklı kuramların bakış açısından, çeşitli boyutlarıyla incelenebilecek, oldukça geniş bir konudur. Araştırmada kişilik özellikleri incelenen Bipolar bozukluk hastalarının durumunun daha iyi anlaşılabilmesi için öncelikle bu patoloji hakkında bilgi edinmekte yarar vardır. Bipolar bozukluklar, Duygudurum bozukluklarının bir alt grubudur. Duygudurum bozuklukları da, genel psikiyatrik hastalıklar literatüründeki, duygusal yaşantı kaynaklı bozuklukların ana grubudur.

2.4 Duygudurum ve Duygudurum Bozuklukları

Duyuşsal özelliklerin içinde yer alan duygular, insanlarda iki şekilde organizasyon gösterir; duyulanım ve duygudurum.

“Duyulanım” (affect); bireyin uyarılara, olaylara, anılara, düşüncelere, duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Neşe, öfke, üzüntü, nefret, kin, sıkıntı gibi (Öztürk, 2002:292). Duyulanım, duygusal hayatımızın bütününi teşkil eder. Hislerimizdeki bütün değişiklikler ve dalgalanmalar, azalıp-artmalar ve bunların bizim davranışlarımıza aksedişi, affektif duyuş tonları olarak bilinir. Affekt; bir çeşit kendini duyuştur. İstemek-istememek, arzu etmek-etmemek, sevmek-nefret etmek, beğenmek-hoşlanmamak gibi karşıt duyuları içerir. Affekt canlının bütün hayatını renklendiren ve onun tavrını belirleyen bir fonksiyondur (Ziyalar, 1999:63).

“Duygudurum” (mood, mizaç) ise; bireyin bir süre değişik derecelerde rahat, neşeli, üzüntülü, tedirgin, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir

duygulanım içinde bulunuşudur (Öztürk, 2002:292). Duygudurum, affektin belli bir süre için, belirli bir tavır alması halidir. Kişi belli sürede, belirli bir istek ve yönelme gösterir ve kararlılık durumuna girer. Ya keyifli ve neşelidir. İstekli veya isteksizdir. Arzulu veya arzusuzdur. Mood, değişken bir heyecan durumu olup, şahıs değişik sürelerde tam ters ve farklı isteklilik durumlarında olabilir. Daha önce beğendiği bir şeyi, daha sonra isteksiz karşılayabilir. İlgisi artmış, azalmış veya değişmiş olabilir (Ziyalar, 1999:63).

Bu tanımlamalara göre duygulanım; duygusal tepki verebilme kapasitesine işaret ederken, duygudurum; bu kapasitenin yani duygulanımın, bir süre için de olsa, kararlı ve kesintisiz biçimde sürdürüldüğü bir yaşam sürecine işaret etmektedir. Yani duygudurum; bir süre için, duygu içeren bir tepkide bulunma sürecidir.

Normalde günlük duygudurum belli sınırlar içinde, kısa süreli değişmeler gösterir ve bir anormallik düşünülmez. Neşe, üzüntü, öfke, kin, nefret, sıkıntı, korku, doğal duygulanımlardır. Ancak bunlar uzun süre aşırılaştığında ya da yersizleştğinde, duygudurumda üzüntü, öfke ya da neşe türünden artmadan söz edilir ve “duygudurum bozukluğu” düşünülebilir. Ortada belirgin bir neden yokken ya da bilinçdışı nedenlerle, ağır ve uzun süreli üzüntülere, öfkelere kapılmak ya da coşku içinde olmak, normal sayılamaz (Öztürk, 2002:292). Affektif faktörlerin kişinin iç ruhsal eğilimleri ile karışması sonucu, kişinin şuur açıklığında bir karışıklık olur ve kabul edilmeyen istek ve arzular, şuurda tanınmaz ve seçilmez hale gelirler. Böylece bir şaşkınlık hali veya depresyon husule gelir (Ziyalar, 1999:63).

Bazen gerçekten üzülecek, öfkelenecek, sevinilecek bir durumda kişi, bu durumla bağdaşmayacak derecede aşırı dengesiz, kimi zaman da uygun olmayan duygusal tepkiler gösterebilir ya da tümünden tepkisiz olabilir. Bunlar da duygulanımda bozukluk belirtisidir. Her tür ruhsal rahatsızlıkta az ya da çok duygulanım bozukluğu belirtileri bulunur. Ancak kimi ruhsal bozuklukta ana belirti duygulanım ve duygudurumla ilgilidir. İşte bunlar “duygulanım ya da duygudurum bozuklukları” olarak tanımlanırlar (Öztürk, 2002:292).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınlamış olduğu “Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (DSM-IV-TR) “ na göre, duygudurum bozuklukları, şu hastalıkları kapsar (Tablo 1);

Tablo 1. DSM-IV-TR’ ye Göre Duygudurum Bozuklukları Sınıflaması. (APB, 2001:21–22).

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

- A. Depresif Bozukluklar**
1. Majör Depresif Bozukluk
 - a. Majör Depresif Bozukluk, Tek Epizod
 - b. Majör Depresif Epizod, Reküran (Yineleyici)
 2. Distimik Bozukluk
 3. Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk
- B. Bipolar Bozukluklar**
1. Bipolar I Bozukluğu
 - a. Bipolar I Bozukluğu, Tek Manik Epizod
 - b. Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Hipomanik
 - c. Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Manik
 - d. Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Mikst
 - e. Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Depresif
 - f. Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Belirlenmemiş
 2. Bipolar II Bozukluğu
 3. Siklotimik Bozukluk
 4. Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk
- C. Diğer Duygudurum Bozuklukları**
1. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu
 2. Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu
 3. Başka Türü Adlandırılmayan Duygudurum Bozukluğu
-

Dünya Sağlık Örgütü’nün 1992’de yayınladığı “Hastalıklar ve İlgili Sağlık Problemlerinin Uluslar arası İstatistiksel Sınıflandırılması (ICD–10)” na göre ise, duygudurum bozuklukları şu şekilde sınıflanmaktadır (Tablo 2);

Tablo 2. ICD-10'a Göre Duygudurum Bozuklukları Sınıflaması (DSÖ, 1992:89–94).

DUYGUDURUM (DUYGULANIM) BOZUKLUKLARI

A.Manik Nöbet

- 1.Hipomani
- 2.Psikotik Belirtisiz Mani
- 3.Psikotik Belirtili Mani
- 4.Manik Nöbetler, Diğer
- 5.Manik Nöbet, Tanımlanmamış

B.Bipolar Duygulanım Bozukluğu

- 1.Bipolar Duygulanım Bozukluğu, Şimdiki Nöbet Hipomanik
- 2.Bipolar Duygulanım Bozukluğu, Psikotik Belirtisiz Şimdiki Nöbet Manik
- 3.Bipolar Duygulanım Bozukluğu, Psikotik Belirtili Şimdiki Nöbet Manik
- 4.Bipolar Duygulanım B, Şimdiki Nöbet Hafif veya Orta Şiddetli Depresyon
- 5.Bipolar Duygulanım B, Şimdiki Nöbet Psikotik Belirtisiz Ağır Depresyon
- 6.Bipolar Duygulanım B, Şimdiki Nöbet Psikotik Belirtili Ağır Depresyon
- 7.Bipolar Duygulanım Bozukluğu, Şimdiki Nöbet Karışık
- 8.Bipolar Duygulanım Bozukluğu, Şu Anda İyilik Döneminde
- 9.Bipolar Duygulanım Bozuklukları, Diğer
- 10.Bipolar Duygulanım Bozukluğu, Tanımlanmamış

C.Depresif Nöbet

- 1.Hafif Depresif Nöbetler
- 2.Orta Depresif Nöbet
- 3.Psikotik Belirtisiz Ağır Depresif Nöbet
- 4.Psikotik Belirtili Ağır Depresif Nöbet
- 5.Depresif Epizodlar, Diğer
- 6.Depresif Nöbet, Tanımlanmamış

D.Yineleyen Depresif Bozukluk

- 1.Yineleyen Depresif Bozukluk, Şimdiki Nöbet Hafif Şiddetli
- 2.Yineleyen Depresif Bozukluk, Şimdiki Nöbet Orta Şiddetli
- 3.Yineleyen Depresif Bozukluk, Şimdiki Nöbet Psikotik Belirtisiz Ağır Şiddetli
- 4.Yineleyen Depresif Bozukluk, Şimdiki Nöbet Psikotik Belirtili Ağır
- 5.Yineleyici Depresif Bozukluk, İyilik Dönemi
- 6.Yineleyen Depresif Bozukluklar, Diğer
- 7.Yineleyen Depresif Bozukluk, Tanımlanmamış

E.İnatçı Duygudurum (duygulanım) Bozuklukları

- 1.Siklotimi
- 2.Distimi
- 3.İnatçı Duygudurum (Duygulanım) Bozuklukları, Diğer
- 4.İnatçı Duygudurum (Duygulanım) Bozuklukları, Tanımlanmamış

F.Duygudurum (Duygulanım) Bozuklukları, Tanımlanmamış

Görüldüğü gibi, her iki sınıflamada da bipolar bozuklukların önemli bir yeri bulunmaktadır. Eğer hastalığın gidişi boyunca yalnızca taşkınlık (mani) nöbetleri ya da taşkınlık ve çökkünlük nöbetleri görülüyorsa, bu bozukluk tipik bir iki-uçlu (bipolar) duygulanım hastalığıdır. Hasta yıllar boyunca birçok çökkünlük nöbeti arasında yalnız bir tek taşkınlık (mani) nöbeti geçirmiş bile olsa, tanı iki uçlu (bipolar) bozukluktur (Öztürk, 2002:318).

2.5 Bipolar Bozukluklar

Kraepelin zamanından beri “psikoz manyak depresif (PMD)” olarak bilinen bu hastalığa, daha çok Amerikan DSM okulunun etkisiyle artık “iki uçlu (bipolar) duygulanım bozukluğu” denmektedir. Eğer hastalığın gidişi boyunca yalnızca taşkınlık (mani) nöbetleri ya da taşkınlık ve çökkünlük (depresyon) nöbetleri görülüyorsa, bu bozukluk tipik bir iki uçlu duygulanım bozukluğu hastalığıdır. Hasta yıllar boyunca birçok çökkünlük nöbeti arasında, yalnız bir tek taşkınlık (mani) nöbeti geçirmiş bile olsa tanı, iki uçlu bozukluktur. Yalnız yineleyici çökkünlük nöbetleri olmuş ve mani nöbeti hiç görülmemişse, bozukluğa “tek uçlu (unipolar)” ya da “yineleyici çökkünlük” denmektedir (Öztürk, 2002:318).

Bipolar bozukluğun karakteristiği olan mani (taşkınlık) nöbetleri sırasında, hastalarda genel bazı özellikler gözlenir. Bunlar, şu başlıklar altında incelenebilir:

- Ψ **Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranış:** Canlı, aşırı hareketli, renkli giyinmiş, kabarık ve coşkuludur. Çok ağır durumlarda aşırı hızlanma ve devinimin artması yüzünden hasta dağınık, yorgun, bitkin durumda olabilir.
- Ψ **Konuşma:** 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 yüzeysel ve kısa sürelidir.
- Ψ **Duygulanım:** Duygulanımda coşku, aşırı neşe (öfori), sıklıkla da öfke egemendir. Buna “taşkın, coşkun duygudurum (high mood, elated mood)” denir. Hastanın neşesi çevresindekilere de bulaşır. Sık görülen öfkeli, küfürcü, bazen de saldırgan tutumlar hasta engellenince ortaya çıkar. Aşırı neşesini, hareketliliğini durdurmaya çalışanlara çabuk kızabilir, saldırgan olabilir. Başlangıçta hafif bir hızlanma ve az taşkınlık (hipomani) içinde olan hastanın duyguları, hareketleri ve kabarması tırmanarak, ağır bir kamçılanış ve taşkınlık durumu (mani) ortaya çıkar. Devinim, konuşma ve düşüncenin hızlanmasına “psikomotor hızlanma” (psychomotor acceleration) denir. Seyrek olmakla birlikte, kimi hastalarda duygudurumda taşkınlık ve çökkünlük karışımı belirtiler birlikte görülebilir. Bir an için neşeli, öfkeli, kabarık olan hasta, birden üzüntülü ağıtlar yapabilir (karışık tür).
- Ψ **Bilişsel Yetiler:** Bilinç açık, yönelim, bellek ve algılama genellikle yerindedir. Başlangıçta dikkat, algı ve bellek artması olursa da giderek, dikkatin belli bir noktada tutulamaması yüzünden, algılaması dağılabilir.

Hastanın dikkati bir uyarandan öbürüne kolaylıkla kayar. Çok ağır durumlarda yanılsamalar (illüzyon) ve varsanılar (halüsinasyon) görülebilir. Varsanılar olursa, bunlar genel olarak duygudurumla uyumludur. Büyüklük, üstünlük belirten sesler işitebilir. Aşırı yorgunluk, beslenememe, bitkinlik, elektrolit dengesizliği nedeniyle bazen bilinç bulanabilir, yönelim bozulabilir.

Ψ **Düşünce:** Hastada düşünce süreci yani çağrışımlar hızlanmış ve artmıştır. Sürekli konuşur, konudan konuya atlar. Ancak düşünceler genellikle birbirleriyle ya anlam ya da kafiye bağlantıları gösterirler. Hasta belli bir konu üzerinde duramaz. Fikirler hızla birbirini izler (fikir uçuşması, flight of ideas). Düşüncenin içeriği, benlik kabarmasını yansıtan düşüncelerle doludur. Kimsenin yapamayacağı işleri yapacak güçtedir, herkesten üstün ve yeteneklidir. Büyüklük düşünceleri giderek büyüklük sanrılarına (makromanyak sanrılar, delusions of grandiosity) dönüşür. Büyük planlar kurar. Kendini üst düzeylerde bir göreve hazır görür. Hızlanma, coşku ve benlik kabarmasına koşut olarak hasta büyük yatırımlar yapabilir, parasını dağıtabilir, gereksiz yere eşyalar alabilir.

Ψ **Devinim:** Devinimde artma ve hızlanma belirgindir. Hasta gece, gündüz hareket halindedir, yorulmak bilmez. Sabaha kadar dolaşabilir, şiirler yazıp, konuşabilir. Hastanın artan hareketliliği çevreyi tedirgin eder. Önlenmeye çalışıldıkça öfkeli hareketlilik artar, bazen de saldırgan olabilir. Bu yüzden hasta yaşamsal tehlikeli durumlara girebilir.

Ψ Fizik ve Fizyolojik Belirtiler: Taşkınlık (mani) nöbeti sırasında uyku ileri derecede bozular. Hasta günlerce sabahlara dek uyumaz, sürekli olarak bir şeyler yapmaya çalışır. Buna karşın ertesi gün yine enerjik ve hareketlidir. İki uçlu hastalığı olan bir kişide iyilik döneminde uyku birden bozulursa, bir mani nöbetinin başlamakta olabileceği hemen düşünülmelidir. Yemek isteği artsa bile, yemek yemeğe vakit bulamaz ve bu yüzden kilo verir. Cinsel istek artar fakat aşırı hareketlilik içinde, uyumlu cinsel etkinlik olamaz. Hasta giderek artmış ve dağınık ilgileri, aşırı konuşması, coşkulu, öfkeli, saldırgan davranışları ile yorgun düşer. Buna karşın dinlenmek istemez. Birkaç gün, birkaç hafta içinde sesi kısılır, zayıflar, bitkin düşer, kuruluk (dehidratasyon) belirtileri gösterir, ateşi çıkabilir (Öztürk, 2002:318–321).

Duygudurumda yaşanan ve bipolar grubundaki hastalıkları oluşturan epizod türleri ve bunların DSM IV-TR' deki tanı ölçütleri şu şekildedir (Tablo 3, 4, 5 ve 6):

Tablo 3. DSM-IV-TR' ye Göre Majör Depresif Epizodun Tanı Kriterleri (APB, 2001:151–153).

MAJÖR DEPRESİF EPİZOD

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte, aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir (açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da hallüsinasyon semptomları katılmaz).

- (1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum (çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir).
- (2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).
- (3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması, ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması (çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması).
- (4) Hemen her gün insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması.
- (5) Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).
- (6) Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması.
- (7) Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
- (8) Hemen her gün düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir).
- (9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar yas ile daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar iki aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

Tablo 4. *DSM-IV-TR' ye Göre Manik Epizodun Tanı Kriterleri (APB, 2001:153–154).*

MANİK EPİZOD

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

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

- (1) Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiyozite
- (2) Uyku gereksiniminde azalma.
- (3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
- (4) Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki ayrışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı.
- (5) Distraktibilite (dikkat dağınıklığı).
- (6) Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon.
- (7) Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma.

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 ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

E. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Tablo 5. *DSM-IV-TR' ye Göre Mikst Epizodun Tanı Kriterleri (APB, 2001:155).*

MİKST EPİZOD

A. En az bir haftalık bir dönem boyunca hemen her gün, hem bir manik epizod hem de bir majör depresif epizod için tanı ölçütleri (süre dışında) karşılanmıştır.

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

C. Bu semptomlar bit madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Tablo 6. DSM-IV-TR' ye Göre Hipomanik Epizodun Tanı Kriterleri (APB, 2001:155–156).

HİPOMANİK EPİZOD

A. Olağan, depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az dört gün boyu süren, sürekli kabarmış, aşkın 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 grandiyozite.
- (2) Uyku gereksiniminde azalma.
- (3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
- (4) Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı.
- (5) Distraktibilite (dikkat dağınıklığı).
- (6) Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon.
- (7) Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma.

C. Bu epizod sırasında, kişinin semptomatik olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca da gözlenebilir düzeydedir.

E. Bu epizod, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ve psikotik özellikler göstermez.

F. Bu semptomlar bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1992'de yayınladığı "Hastalıklar ve İlgili Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması (ICD-10)" yayınında, bipolar bozukluklar, yaşanan nöbetler ve şimdiki durum göz önünde bulundurularak, on altı gruba ayrılmıştır. ICD 10'a göre bipolar bozuklukta, duygudurum ve aktivite düzeylerinin anlamlı derecede bozulduğu nöbetler vardır. İki veya daha çok nöbet tarafından hastalık karakterize edilir. Bu bozukluk bazen duygudurumda coşku, enerji ve aktivitede artma (hipomani veya mani); diğer yandan duygu durumunda çökme, enerji ve aktivitede azalmadır (depresyon).

Hipomani ve maninin yineleyen nöbetleri, bipolar olarak sınıflandırılır (DSÖ, 1992:334).

ICD 10'a göre bipolar bozukluğun alt tipleri şunlardır;

- Ψ Bipolar duygulanım bozukluğu, şimdiki nöbet hipomanik:** Hasta şimdi hipomaniktir. Geçmişte en az bir defa başka bir duygulanım bozukluğu geçirilmiş olmalıdır (Hipomanik, manik, depresif veya karma).
- Ψ Bipolar duygulanım bozukluğu, psikotik belirtisiz, şimdiki nöbet manik:** Hasta şimdi maniktir. Psikotik belirtisizdir. Geçmişte en az bir defa, başka duygulanım bozukluğu geçirmiş olmalıdır (Hipomanik, manik, depresif veya karma).
- Ψ Bipolar duygulanım bozukluğu, psikotik belirtili, şimdiki nöbet manik:** Hasta şimdi maniktir. Psikotik belirtilidir. Geçmişte en az bir defa başka duygulanım bozukluğu geçirmiş olmalıdır (Hipomanik, manik, depresif veya karma).
- Ψ Bipolar duygulanım bozukluğu, şimdiki nöbet hafif veya orta şiddetli depresyon:** Hasta şimdi depresiftir. Hafif veya orta şiddette nöbetlerden biri depresif nöbet olarak vardır. Geçmişte en az bir defa hipomanik, manik veya karışık duygulanım nöbeti geçirilmiş olduğu kanıtlanmıştır.
- Ψ Bipolar duygulanım bozukluğu, şimdiki nöbet psikotik belirtisiz ağır depresyon:** Hasta şimdi depresiftir. Psikotik belirtisiz ciddi depresif nöbet vardır. Geçmişte en az bir defa hipomanik, manik veya karışık duygulanım nöbeti geçirilmiş olduğu kanıtlanmıştır.

- Ψ Bipolar duygulanım bozukluğu, şimdiki nöbet psikotik belirtili ağır depresyon:** Hasta şimdi depresiftir. Psikotik belirtili ciddi depresif nöbetir. Geçmişte en az bir defa hipomanik, manik veya karışık duygulanım nöbeti geçirdiği kanıtlanmıştır.
- Ψ Bipolar duygulanım bozukluğu, şimdiki nöbet karışık:** Geçmişte hastanın en az bir defa hipomanik, manik, depresif veya karışık duygulanım nöbeti geçirmiş olduğu kanıtlanmıştır. Şimdiki nöbette manik, hipomanik ve depresif belirtiler karışık biçimde, bir arada görülmekte veya birinden diğerine hızlı bir değişim göstermektedir.
- Ψ Bipolar duygulanım bozukluğu, şu anda iyilik döneminde:** Geçmişte hastanın en az bir defa hipomanik, manik veya karışık duygulanım nöbeti geçirdiği kanıtlanmıştır. En azından bir defa duygulanım nöbeti buna ilave olmuştur (hipomanik, manik, depresif veya karışık). Fakat şu anda aylardan beri, anlamlı duygudurum bozukluğunda sıkıntısı yoktur. Koruyucu tedavi esnasında iyileşme döneminin süreleri burada kodlanmalıdır.
- Ψ Bipolar duygudurum bozuklukları, diğer:** Bipolar II bozukluk ve yineleyen manik nöbetler.
- Ψ Bipolar duygulanım bozukluğu, tanımlanmamış (DSÖ, 1992:334–335).**

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınlamış olduğu "Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (DSM-IV-TR) " na

göre ise, bipolar bozukluklar sınıfı başlıca dört hastalıktan oluşur. Bu hastalıklar şunlardır:

Bipolar I Bozukluğu: İki uçlu I bozukluğun ana özelliği, bir ya da daha fazla manik ya da karışık tip (mikst) epizod geçirmiş olmaktır. Majör depresif epizodlar bulunmasa bile, ileride geçirecekleri varsayılmaktadır (Yazıcı, 1997:431).

Bipolar I bozukluğun, DSM-IV-TR ve ICD-10'a göre tanı kriterleri, şu şekildedir (Tablo 7):

Tablo 7. *DSM-IV-TR ve ICD-10'a Göre Bipolar I Bozukluğunun Tanı Kriterleri (Yazıcı, 1997:434).*

BİPOLAR I BOZUKLUĞU

- A.** En az bir manik ya da karışık tip epizod vardır.
 - B.** Depresif epizodlar ya sergilenmiştir ya da ileride ortaya çıkacakları varsayılmaktadır (ancak bulunmaları tanı için gerekli değildir).
 - C.** Duygudurum epizodları, şizoaffektif bozukluğa uymamaktadır ve şizofreni, şizofreniform bozukluk ya da delüzyonel bozukluk ya da başak bir yerde sınıflandırılmayan psikotik 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 ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
-

DSM IV-TR' ye göre, Bipolar I bozukluğun altı alt tipi vardır, bunlar; Bipolar I bozukluğu, tek manik epizod; Bipolar I bozukluğu, en son epizod hipomanik; Bipolar I bozukluğu, en son epizod manik; Bipolar I bozukluğu, en son epizod mikst; Bipolar I bozukluğu, en son epizod depresif ve

Bipolar I bozukluğu, en son epizod belirlenmemiş, şeklindedir (APB, 2001:22). Hastalık epidemiyolojisi (toplumda görülme durumu), etyolojisi (hastalığın gelişim nedenleri), klinik belirti ve bulguları, gidiş ve sonlanımı ile, tedavi şekline göre incelenecektir.

Ψ **Epidemiyoloji** (hastalığın toplumda görülme durumu): Bipolar I bozukluğu toplumun yaklaşık %1'inde görülen bir hastalıktır. Kadınlarda ve erkeklerde görülme sıklığı eşittir. Bipolar I bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı 30'lu yaşlardır ancak, çocuklarda ve ergenlerde de ortaya çıkabilir.

Ψ **Etyoloji** (hastalığın gelişim nedenleri): Biyolojik aminlerin düzenlenme bozuklukları, genetik etkenler ve psikososyal stres etkenlerinin hepsinin bipolar I bozukluğunun etyolojisinde rolleri vardır.

Ψ **Klinik Belirti ve Bulgular:** Tek bir manik dönemden sonra bipolar I bozukluğu tanısı konabilir ancak, daha çok manik ve majör depresif dönemler arasında, döngüsel gidip gelmelerle belirlidir. Bir mani döneminde sekiz değişik belirti bulunabilir, tanı konabilmesi için bunlardan dördünün (taşkın duygudurum da içinde olmak üzere) bulunması gerekir: (1)taşkın ya da huzursuz bir duygudurum, (2)benlik saygısında abartılı bir artma, (3)uyku gereksiniminde azalma, (4)basıncılı konuşma, (5)düşüncelerin yarışması, (6)dikkat dağınıklığı, (7)amaca yönelik etkinlikte artma, (8)hedonizm, hiperseksüalite. Hastanın duygudurumu huzursuz olarak tanımlanıyorsa, tanı konabilmesi için maninin dört ek belirtisinin daha bulunması gerekir. Tanı konabilmesi için, hasta hastaneye yatırılmayı gerektirmiyorsa, taşkın duygudurumun en az bir hafta sürmesi

gerekir; hastanın durumu hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa, tanı konabilmesi için gereken en az süre koşulu ortadan kalkar. Benlik saygısında abartılı bir artış olduğu, hastanın abartılı gücünün, üstün zekâsının ya da özel bir değerinin olduğuna ilişkin, duyguduruma uygun, büyüklük hezeyanları taslaklarının ya da hezeyanlarının olması ile belirlenir. Mani döneminde hastalar hiç uyumayabilirler ya da yalnızca üç saat uyuduktan sonra kendilerini dinlenmiş olarak duyumsadıklarını ileri sürerler. Hastalar hızlı ve basınçlı bir konuşma biçimi ile ileri derecede konuşkan olabilirler. Düşünce süreci çoğu zaman, düşünce uçuşmalarıyla bozulmuştur ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi olduğundan söz ederler. Mani dönemindeki hastalar tek bir iş üzerinde odaklanmakta zorluk çekerler ve dikkatleri kolaylıkla dağılır. Aynı anda birçok değişik tasarı üzerinde çalıştıklarını söyleyebilirler ve amaca yönelik etkinlikte artma olması ile belirli psikomotor bir ajitasyon içindeymişler gibi görünürler. Hiperseksüalite ya da dürtüsel ve aşırı para harcama ile belirli bir hedonizm söz konusudur.

Ψ Gidiş ve Sonlanım: Bipolar I bozukluğu genellikle bir depresyon dönemi ile ortaya çıkar. Mani dönemi ortaya çıkana dek bipolar I bozukluğu tanısı konamaz. Hastaların %90'ından fazlasında birden çok dönem görülür ya da hastalık kronik bir gidiş gösterir. Sonlanımı, mani dönemlerinin sayısına ve süresine, ayrıca hastalık öncesi işlevsellik düzeyine bağlıdır.

Ψ Tedavi: Duygudurum dengeleyici ilaçlarla uzun süreli profilaksi (koruma, iyileştirme) yapılır. Psikoz belirtileri olsun ya da olmasın, akut maninin tedavisinde antipsikotikler kullanılır. Akut manide sedasyon (yavaşlama)

için benzodiazepinler de kullanılabilir. Bu hastalarda tedaviyi zorlaştıran en önemli etken, hastalıklarına karşı içgörülerinin olmayışıdır. Hastanın profilaktik (koruyucu, iyileştirici) tedaviye gereksinimi olduğunu anlayabilmesi için birçok kez hastaneye yatırılmış olması gerekebilir (Köroğlu, 2005:68–71).

Bipolar II Bozukluğu: Hastalığın manik evresinde, hipomanik atakların belirgin olduğu hastalıktır. Hipomanik ataklar, manik özellikte olan ancak, maniye göre daha hafif şiddette yaşanan nöbetlerdir.

DSM-IV-TR' ye göre, hastalığın tanı kriterleri şu şekildedir (Tablo 8):

Tablo 8. *DSM-IV-TR' ye Göre Bipolar II Bozukluğunun Tanı Kriterleri (Yazıcı, 1997:436).*

BİPOLAR 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.
-

Ψ Epidemiyoloji (hastalığın toplumda görülme durumu): Bipolar II bozukluğunun yaşam boyu prevalansı (görülme sıklığı) %0,5'tir.

Ψ **Etyoloji** (hastalığın gelişim nedenleri): Bipolar II bozukluğu, bipolar I bozukluğundan ayrı bir klinik durumdur. Bipolar II bozukluğunun borderline (sınır) kişilik bozukluğu ile ilintilendirilebileceğine ilişkin kanıtlar vardır. Biyojenik aminlerin düzenlenme bozukluklarının ve psikososyal etkenlerin, bu bozukluğun gelişmesinde etkileri vardır. Genetik etkenlerin de rolünün olduğu düşünülmektedir, çünkü bipolar II bozukluğunda ailesel geçiş örüntüsü vardır.

Ψ **Klinik Belirti ve Bulgular:** Bipolar II bozukluğu, hipomani ve majör depresyon dönemleri arasında gelip giden duygudurum dalgalanmalarıyla belirlidir. Bipolar II bozukluğu, bipolar I bozukluğundan daha az ağır olan bir rahatsızlıktır, çünkü hipomani belirtileri mani belirtileri kadar sıkıntıya yol açmaz ve hastalar belirtilerinden ötürü hastaneye yatırılmayı gerektirmezler. Antidepresan ilaçlar bu hastalarda hipomaniye ya da maniye yol açabilirler.

Ψ **Gidiş ve Sonlanım:** Bipolar II bozukluğunun, uzun süreli tedaviyi gerektiren kronik bir hastalık olduğu düşünülmektedir.

Ψ **Tedavi:** Bipolar II bozukluğunda psikoterapi, duygudurum dengeleyicileri ve antidepresan ilaçlar kullanılabilir. Bu hastalarda antidepresan ilaçlar dikkatli kullanılmalıdır, çünkü antidepresanların yol açtığı maniye ileri derecede duyarlıdırlar (Köroğlu, 2005:71–72).

Siklotimik Bozukluk: Bu hastalığın en belirgin özelliği, en az iki yıl süreyle depresyon ve hipomani türünden belirtilerin ve olmasıdır.

DSM-IV-TR' ye göre hastalığın tanı kriterleri şunlardır (Tablo 9):

Tablo 9. *DSM-IV-TR' ye Göre Siklotimik Bozukluğun Tanı Kriterleri (Yazıcı, 1997:437)*

SİKLOTİMİK BOZUKLUK

A. Hipomanik belirtilerin ve majör depresif epizod ölçütlerini doldurmayacak kadar hafif depresif belirtilerin, en az iki (çocuk ve ergende en az bir) yıl süreyle, çok sayıda sergilenmiş olması.

B. Bu iki yıl içerisinde, A ölçütlerine uymayan sürekli bir iyilik döneminin iki aydan fazla sürmemesi.

C. İlk iki yıl içerisinde manik, karışık tip ve majör depresif bir epizod ortaya çıkmaması (İlk iki –çocuk ve ergende bir- yıllık böyle bir dönem ardından manik ya da karışık tip bir epizod tabloya eklenirse, tanı siklotimi ve bipolar I bozukluğa çevrilir. Eğer bu iki yıllık dönem ardından majör depresif bir epizod tabloya eklenirse, tanı siklotimi ve bipolar II bozukluğuna çevrilir).

D. Duygudurum epizodları şizoaffektif bozukluğa uymamaktadır ve şizofreni, şizofreniform bozukluk, delüzyonel bozukluk ya da bir yerde sınıflandırılmayan psikotik bozukluk üzerine eklenmemiştir.

E. Belirtiler bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

F. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bir rahatsızlık ya da bozulmaya neden olmaktadır.

Ψ Epidemiyoloji (hastalığın toplumda görülme durumu): Siklotimik bozukluk, toplumun %1'inde görülen bir rahatsızlıktır. Psikiyatri hastalarında çok daha sık görülür ve borderline (sınır) kişilik bozukluğu ile bir arada görülebilir. Siklotimi, kadınlarda ve erkeklerde eşit sıklıkta görülür.

Ψ **Etyoloji** (hastalığın gelişim nedenleri): Siklotimi, bipolar I bozukluğunun daha hafif bir biçimidir, dolayısıyla etyolojisinin benzer olduğu düşünülmektedir.

Ψ **Klinik Belirti ve Bulgular:** Siklotimik bozukluk, en az iki yıl süreyle, hipomani ve depresyon belirtilerinin bulunmasıyla belirlidir. Depresyon belirtileri majör depresif bozuklukta görülenlerden daha az ağırdır, ancak distimide görülenlerden daha fazla bir süreklilik gösterir. Hiçbir zaman bir mani dönemi geçirilmemiştir. Siklotimik bozukluğu olan hastalar, çoğu zaman, karışık belirtilerin olduğu dönemler de yaşarlar. Duygudurum değişimleri birden olabilir ve bozukluğun döngüleri, bipolar I bozukluğunun döngülerinden genellikle daha kısa sürelidir. İrritabilite (aşırı bir huzursuzluk) sık görülen bir belirtisidir.

Ψ **Gidiş ve Sonlanım:** Siklotimik bozukluğun kronik bir gidişi vardır, sonlanımı bireysel baş etme yöntemlerine bağlıdır. Hastaların yaklaşık üçte biri en sonunda bipolar I tanısı alır.

Ψ **Tedavi:** Siklotimik bozukluğun tedavisinde ilk seçilecek ilaçlar duygudurum dengeleyici ilaçlardır. Antidepresan ilaçlar bu hastalarda hipomaniye ya da maniye yol açabilirler. Hastaların etkin baş etme yöntemleri geliştirebilmeleri için psikoterapi yardımcı olabilir (Köroğlu, 2005:72-73).

Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk: Bipolar bozukluklar grubu içindeki herhangi bir hastalığın tanı ölçütleri tam olarak

karşılayamayan, ancak bipolar özelliklerin görüldüğü durumları kapsayan bir bozukluk türüdür.

Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk, net bir hastalık tablosu değil, bipolar grubundaki hastalıklara benzer özellikler gösteren semptomların bir arada görüldüğü bir bozukluklar hali olduğu için, gruptaki diğer hastalıklar gibi epidemiyoloji, etyoloji, klinik belirti ve bulgular gibi özellikleri bakımından incelenememektedir.

Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluğun kapsamına, şu örneklerdeki gibi durumlar girebilir: Manik ve depresif belirtilerin çok kısa ve hızlı dalgalanarak epizod için gereken süreyi doldurmadığı durumlar; depresif belirtiler olmaksızın yineleyici hipomanik epizodlarla giden durumlar; manik ve depresif epizodların delüzyonel bozukluk, rezidüel şizofreni ya da başka yerde sınıflandırılmayan psikotik bir bozuklukla üst üste bindiği durumlar; iki uçlu bozukluğun saptandığı ama birincil mi yoksa genel bir tıbbi bozukluğa ya da bir madde etkisine bağlı ikincil nitelikte mi olduğuna karar verilemediği durumlar (Yazıcı, 1997:437).

Bipolar bozuklukta genel olarak, tedavinin iyi seyredeceğini gösteren bazı belirtiler vardır, bunlar:

- Ψ Taşkınlık nöbetlerinin baskın olmaması.
- Ψ Ağır psikotik belirtilerin bulunmaması.
- Ψ Çökkünlük nöbetlerinin çok uzun sürmemesi.
- Ψ Hasta ve ailesinin sağaltıma uyum yapması.

- Ψ İyilik dönemlerinin uzun olması.
- Ψ Hastalığın tek uçlu (unipolar) türen çok, iki uçlu II (bipolar II) türde olması.
- Ψ Nöbetlerin çevresel koşullara çok bağlı olmaması.
- Ψ Aile, iş ve uğraşı koşullarının olumluluğu.
- Ψ Alkol, ilaç ve madde alışkanlıklarının bulunmaması.
- Ψ Yaşın çok ilerlememiş olması.
- Ψ Ağır kişilik bozukluğunun bulunmaması (Öztürk, 2002:323–324).

Çoğu psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi, bipolar türü hastalıklarda da, doktor kontrolü altında uygulanan medikal tedavinin yanı sıra, uzman kişilerce yapılacak ve kişiye uygun nitelikteki psikoterapinin, sağaltım üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır.

Bipolar bozukluklarda kişilik özelliklerinin inceleneceği bu çalışma için, yerli ve yabancı kaynaklar taranmış ve konuyla ilişkili olduğu düşünülen bazı araştırma ve çalışmalara rastlanmıştır. Bu çalışmalar aşağıda verilmiştir.

2.6 İlgili Araştırmalar

Mevcut yerli ve yabancı literatürde yapılan taramalar sonucunda, konuyla birebir ya da yakın ilişkisi olduğu düşünülen bazı çalışmalara ulaşılmıştır. Bu çalışmalar aşağıdaki gibidir;

Sayın (2005) tarafından yapılan bir araştırmada; Bipolar afektif bozukluk hastalarında mizaç, karakter ve kişilik özellikleri incelenmiştir. Doksan

Bipolar bozukluk tanısı konmuş hasta ve doksan ve sağlıklı bireye Mizaç ve Karakter Envanteri¹ ile DSM-IV İçin Yapılandırılmış Görüşme Formu II² testleri uygulanmış ve iki grubun testlere verdiği cevaplar, birbiriyle karşılaştırılmıştır. Çalışmada ayrıca Bipolar tanılı hastalar; atak sayısı, ağırlıklı olan atakların tipi, hastalığın başlangıç yaşı gibi özellikler bakımından grup içinde de karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak, hasta grubun kendini yönetme ve işbirliği yapma alt testlerinde, sağlıklı gruptan anlamlı biçimde düşük puan aldığı görülmüştür. İki grup arasında mizaç ve karakter özellikleri arasında, belirgin biçimde farklar bulunmuştur (Sayın & Aslan, 2005; Sayın vd, 2007).

Seçer (2005) tarafından yapılan bir araştırmada, Bipolar-I tanılı 54 hasta, bu hastalara en yakın yaş ve eğitim durumundaki kardeşleri ile, kontrol grubu olarak da, hasta ve kardeşler ile yakın yaş, eğitim ve cinsiyet özelliklerine sahip, kendisinde ve ailesinde Bipolar bozukluk öyküsü olmayan 108 sağlıklı birey seçilmiştir. Bu bireylere Memphis Pisa Paris San Diego Mizaç Değerlendirme Ölçeği³ ile Mizaç ve Karakter Envanteri uygulanmıştır. Sonuçta; Bipolar hasta grubunda en az bir baskın mizaç %14.8, hasta kardeşi grubunda %13.0, sağlıklı kontrol grubunda ise %11.1 oranında bulunmuştur. Baskın duygulanım mizaçlarının sıklığı Bipolar, kardeş ve sağlıklı kontrol grupları arasında farklılık göstermemiştir. Dikkate değer biçimde siklotimik skorlar, kardeş grubunda kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur. Bununla beraber Bipolar grupta, kardeş grubundan daha anlamlı biçimde yüksek siklotimik skorlar

¹ Temperament and Character Inventory (TCI).

² Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, II (SKID II).

³ Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, San Diego-Autoquestionnaire (TEMPS-A).

elde edilmiştir. Bipolar hastaların ve kardeşlerinin “sebat etme” ve “kendini aşma” skorları, kontrol grubuna göre daha düşüktür. Kardeşlerin “işbirliği yapma” skorları ise, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Seçer, 2005:119).

Yıldırım ve diğerleri (2005) tarafından yapılan bir çalışmada; Bipolar-I bozukluğu olan hastaların birinci derecede akrabalarında psikopatoloji ve kişilik örüntüleri incelenmiştir. Çalışma grubuna Bipolar-I bozukluğu olan 54 hastanın birinci derecede yakını olan 95 kişi ve kontrol grubu olarak da herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan 54 bireyin birinci derecede yakını olan 93 kişi alınmıştır. Kontrol grupları ile çalışma grupları yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi yönlerinden eşleştirilmiştir. Çalışmaya katılan tüm bireylerdeki psikiyatrik durumun belirlenebilmesi için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Ölçeği Yaşam Boyu Versiyonu⁴ kullanılmıştır. Hasta ve kontrol gruplarının akraba gruplarına Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-II⁵ uygulanmış ve bu sonuçlar da karşılaştırılmıştır. Sonuçta; Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Ölçeği Yaşam Boyu Versiyonu ile, hipomani, minor depresyon ve şizotipal kişilik tanıları, Bipolar bozukluğu olan hastaların yakınlarında, kontrol grubunun yakınlarına göre anlamlı düzeyde daha sık konmuştur. Hem Bipolar bozukluk hastalarının hem de kontrollerin yakınlarında Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri profilleri normal sınırlar içinde bulunurken, hasta yakınlarının psikopatolojiyi açığa vurmada daha savunucu oldukları görülmüştür (Yıldırım vd, 2005:229).

⁴ Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Lifetime Version (SADS-L).

⁵ Minnesota Multiphasic Personality Inventory-II (MMPI-II).

Akdeniz ve diğeri (2004) tarafından yapılan bir çalışmada; Memphis Pisa Paris San Diego Mizaç Değerlendirme Ölçeği ile belirlenen depresif, hipertimik, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaçların depresif bozukluk ya da bipolar bozukluğa özgü olup olmadığına bakılmıştır. On yedi yaşından büyük ve iyilik döneminde olan 68 yineleyici tip depresyon, 50 tek dönemli depresyon ve 84 Bipolar bozukluk tanılı hasta çalışma grubu, 100 sağlıklı birey de kontrol grubu olarak çalışmaya alınmıştır ve bu bireylerin mizaç özellikleri değerlendirilmiştir. Yineleyici tip depresyon tanılı grupta daha fazla kadın hasta olmak üzere, hasta grupları arasında cinsiyet farklılığı vardır. Bipolar hastaların hastalık başlama yaşı daha düşük ve toplam hastalık süreleri depresif hastalardan daha uzun bulunmuştur. Yineleyici tip depresyon grubunda herhangi bir baskın duygulanım mizacı daha sık gözlenmiştir. Depresif hastaların depresif mizaç sıklığı ve puanları, diğer gruplara daha yüksek bulunmuştur. Siklotimik mizaç, hasta gruplarında kontrollere göre daha sık ve yüksek puanlarda gözlenmiştir. Hipertimik mizaç ise sadece Bipolar hasta grubunda gözlenmiştir. Sonuç olarak, duygulanım mizaçlarının duygudurum bozukluklarının varlığını ve özelliklerini belirlediğine ilişkin sonuçlara ulaşılmıştır (Akdeniz vd, 2004:183).

Kesebir (2002) tarafından yapılan bir araştırmada, ailelerinde Bipolar bozukluk öyküsü olan ve olmayan Bipolar bozukluk tanılı bireyler ve bu bireylerin birinci derecede yakınlarının mizaç özellikleri karşılaştırılmıştır. Çalışmada, Bipolar bozukluk tanısı almış 100 hasta ve bu hastaların 281 birinci derecede yakını, gruplar arasında değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda; ailesinde Bipolar bozukluk öyküsü olmayan Bipolar hasta grubunda herhangi bir baskın mizaç %26, hasta yakını grubunda herhangi bir baskın mizaç %23

oranında bulunmuştur. Hasta grubunda siklotimik, hipertimik ve irritabl mizaç, her üçü için eşit oranda olmak üzere, baskın bulunmuştur. Ailesinde Bipolar bozukluk öyküsü bulunan Bipolar bozukluk hastaları grubunda herhangi bir baskın mizaç %36, bu hastaların yakınları arasında herhangi bir baskın mizaç bulunma oranı %30 olarak bulunmuştur. Çalışmada, Bipolar hasta grubunda herhangi bir baskın mizaç, sağlıklı popülasyonda olduğundan daha sık bulunmuştur. Ailede Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda irritabl mizaç, ailede Bipolar bozukluk tanısı olmayan hastalara göre, daha yüksek bulunmuştur. Ailede Bipolar bozukluk tanısı öyküsü olan hastaların birinci derecede yakınlarında depresif ve siklotimik mizaç, ailede Bipolar bozukluk öyküsü olmayan hastaların birinci derecede yakınlarından daha yüksek bulunmuştur (Kesebir, 2002).

Emil (1990) tarafından yapılan bir araştırmada; afektif bozukluk yaşayan farklı patoloji gruplarından bireylere ve sağlıklı kontrol grubuna Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri uygulanmış ve sonuçlar gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Bipolar erkek bireyler sağlıklı bireylere göre hipokondriyazis alt testinde, anlamlı şekilde yüksek puanlar almışlardır. Bipolar kadın hastalar, sağlıklı gruptaki kadınlarla karşılaştırıldığında da psikopati alt testinde hasta grup yönünde anlamlı şekilde yüksek puanlar elde edildiği görülmüştür. Araştırmada, elde edilen sonuçlara dayanarak, söz konusu testin kültürümüzde hasta ve normalleri ayırt etmek için geçerli bir araç olduğu sonucuna da ulaşılmıştır (Emil, 1990:189).

Konuyu bir başka boyutundan ele alması açısından önemli olabilecek araştırma sonuçları da mevcuttur. Akdemir (2004), Emiroğlu (2001) ve

Kabaklıoğlu (1991) tarafından yapılan çalışmalarda; Bipolar bozukluk yaşayan ebeveynlerin çocuklarında depresif semptomlar, duygudurum bozukluğu semptomları, yıkıcı davranım bozukluğu ve anksiyete bozuklukları görülme sıklığı, sağlıklı grup ebeveynlerinin çocuklarına göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar Bipolar hastalığın doğasını ve genetik geçişini açıklamakla birlikte, bu araştırmanın esas konusu olan hastalık ile kişilik ilişkisine de farklı bir ışık tutmaktadır. Bipolar hastaların çocukları ve yakın akrabaları üzerinde yapılan çalışmalar, aslında hastalığın geliştiği fizyolojik yapının ipuçlarını da vermektedir.

Yabancı kaynaklarda da konuyla ilişkili olduğu dşnlen bazı çalışmalara rastlanmıştır:

Loftus ve diğerleri (2008) tarafından yapılan bir çalışmada; Bipolar-I bozuklukta mizaç ve karakter boyutları incelenmiştir. 85 Bipolar-I bozukluk tanılı hastaya ve 85 sağlıklı bireye Mizaç ve Karakter Envanteri, Hamilton Depresyon Derecelendirme leđi⁶ ve DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Psikiyatrik Görüşme Formu⁷ uygulanmıştır. Bipolar-I hastaları; zarardan kaçınma ve kendini aşkınlık alt testlerinde sağlıklı gruptan yüksek, kendini yönetme alt testinde ise sağlıklı gruptan düşük puan almışlardır. Hastalarda, zarardan kaçınma ve kendini yönetme alt boyutları, hastalığın negatif ve pozitif kalıntı belirtileriyle ilişkili bulunmuştur. Sebat etme alt boyutu kalıntı manik semptomlarla, kendini aşkınlık alt boyutu da kalıntı psikotik belirtilerle ilişkili bulunmuştur (Loftus vd, 2008).

⁶ Hamilton Depression Rating Scale (HDRS).

⁷ Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I).

Engström ve diğerleri (2004) tarafından yapılan bir çalışmada; 100 Bipolar hastaya ve 100 sağlıklı bireye Mizaç ve Karakter Envanteri uygulanmıştır. Sonuçta Bipolar hastalar zarardan kaçınma alt boyutunda normallerden anlamlı ölçüde yüksek puanlar almışlardır. Hastaların ödül bağımlılığı, kendini yönetme ve işbirliğine yatkınlık alt testleri sonuçları ise normallerden anlamlı ölçüde düşüktür. Bipolar hastalar normal gruba göre daha fazla tükenmiş, daha az duygusal, daha az amaca yönelik, daha az yetenekli, daha az empatik ve daha düşük dürtü kontrolüne sahip bireyler olarak bulunmuşlardır. Bipolar hastaların bağımsızlık isteği, normal gruptan daha yüksek bulunmuştur. Bipolar hasta grubu kendi içinde değerlendirildiğinde ise; Bipolar-II hastalarının, Bipolar-I hastalarına göre daha dürtüsel, daha fazla tükenmiş ve dürtü kontrolü daha zayıf bireyler oldukları görülmüştür (Engström vd, 2004:131-134). Görüldüğü gibi, bu iki çalışmada birbirini destekleyen sonuçlar elde edilmiştir.

Skapska ve diğerleri (2003) tarafından yapılan bir çalışmada; 60 Bipolar ve unipolar tanıli hastaya Eysenck Kişilik Envanteri⁸ uygulanmıştır. İki tanı grubu arasında nörotizm ve dışadönüklük alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Unipolar hastaların nörotizm puanı Bipolar hastalardan anlamlı şekilde yüksek, dışadönüklük puanları ise Bipolar hastalardan anlamlı ölçüde düşüktür. Psicotizm açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Araştırmacılar, çalışma sonuçlarının teşhiste ve terapötik süreçte önemli olacağını düşünmektedirler (Skapska, 2003:225-233).

⁸ Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-R).

Rossi ve diğeri (2001) tarafından yapılan bir araştırmada; Bipolar hastalarda ve depresif bozukluk hastalarında kişilik bozuklukları incelenmiştir. 117 depresif ve 71 Bipolar hasta DSM III-R Eksen-II Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Psikiyatrik Görüşme Formu⁹'na göre değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda Bipolar hasta grubunda en çok obsesfi-kompulsif kişilik bozukluğu (%32.4), sınır (borderline) kişilik bozukluğu (%29.6) ve çekingen kişilik bozukluğu (%19.7) bulunduğu tespit edilmiştir (Rossi vd, 2001:3-8). Bu çalışmanın kapsamında kişilik bozuklukları bulunmamaktadır. Ancak, yukarıdaki araştırmanın sonucu, incelenen patolojinin, kişilik bozukluklarına ne kadar müsait yapı oluşturduğunu göstermesi bakımından anlamlıdır.

Lozano ve diğeri (2001) tarafından yapılan bir çalışmada; kişilik özelliklerinin manik-depresif semptomlar üzerindeki etkisi incelenmiştir. 39 Bipolar-I tanılı hastaya DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Psikiyatrik Görüşme Formu, Neo Beş Faktör Envanteri¹⁰, Hamilton Depresyon Derecelendirme leği ve Bech-Rafaelsen Mani leęi¹¹ uygulanmıştır. Sonuç olarak; yüksek nrotizmin depresif semptomları arttırdığı bulgusuna ulaşılmıştır (Lozano vd, 2001:103-111).

Solomon ve diğeri (1996) tarafından yapılan bir çalışmada ise; remisyondaki Bipolar-I hastalarında kişilik özellikleri incelenmiştir. Hasta grubu, hiçbir psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan sağlıklı grup ile Duygudurum Bozuklukları ve şizofreni leği Yaşam Boyu Versiyonu kullanılarak karşılaştırılmış ve sonuçta iki grup arasında altı boyutta farklılıklar olduğu

⁹ Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis II Disorders (SCID-II).

¹⁰ Neo Five Factor Inventory (NEO FFI).

¹¹ Bech-Rafaelsen Mania Rating Scale (BRMS).

gözenmiştir. Duygusal kararlılık, objektivite, nörotizm, ego esnekliği, ego kontrolü ve histerik faktörler alt testlerinde Bipolar-I hastaları, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde farklı puanlar almışlardır. Bu durum araştırmacılar tarafından, Bipolar hastaların, hasta olmayanlardan belirgin şekilde farklı özelliklere sahip olduğunun bir göstergesi olarak, yorumlanmıştır (Solomon vd, 1996:41-48).

İncelenen araştırmalarda, birbirini destekleyen sonuçların çıktığı görülmektedir. Bu sonuçların, bu araştırmadan elde edilen verilerle olan benzerlik ve farkları, sonuçlar, yorum ve tartışma bölümünde incelenecektir.

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Bu araştırma, tarama modelinde yapılan bir çalışmadır. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Bunları herhangi bir şekilde değiştirme, etiketleme çabası gösterilmez. Bilinmek istenen şey vardır ve oradadır. Önemli olan onu uygun biçimde gözleyip, belirleyebilmektir (Karasar, 2003:77).

Bu çalışmada, Bipolar bozukluk tanısı almış ve hastanede yatarak tedavi gören erkek hastalar ile hiçbir psikiyatrik hastalık tanısı almamış, sağlıklı erkek bireylerin kişilik özellikleri, belli ölçme araçları yardımıyla tespit edilmeye çalışılmıştır. İki gruptan elde edilen veriler birbiriyle ve grup içinde değerlendirilerek, bazı sonuçlara ulaşılmıştır.

3.2 Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evreni; İstanbul ilinde yaşayan Bipolar bozukluk tanısı almış erkek hastalardır.

Araştırmanın örneklemi, Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi K3 K2 Psiko Servisi'nde yatarak tedavi görmekte

olan hastalar arasından seçilmiş, Bipolar Bozukluk tanılı 40 erkek hasta ile random örnekleme yoluyla seçilmiş, hiçbir psikiyatrik tanı almamış sağlıklı 40 erkek bireydir.

3.3 Veri Toplama Araçları

Araştırmada üç farklı veri toplama aracı kullanılmıştır:

Sıfat Tarama Listesi¹²: Bireylerin kişilik özelliklerinin saptanmasına yönelik olarak geliştirilmiş bir kişilik testidir. 1952 yılında A.B.D.'de Gough ve Heilbrun tarafından geliştirilmiştir. Geliştirildikten sonra birçok kez revizyondan geçen testin son olarak 1983 yılında düzenlenmiş olan versiyonu, Savran (1992) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Testin dilsel eşdeğerliliğini sağlayabilmek için testin Türkçe ve İngilizce formları, bu iki dili çok iyi bilen akademisyenlere uygulanmış ve her sıfat için ayrı ayrı değerlendirme yapılmıştır. Test beş hafta ara ile 40 kişilik bir gruba iki kez uygulanmış ve test-tekrar test ilişki katsayısı, bütün alt testler için anlamlı bulunmuştur. Alt testlerin ortalama ilişki değeri 0.78'dir. Testin güvenilirliğini saptamak için çeşitli eğitim, cinsiyet, kültür ve meslek gruplarından seçilmiş 300 kişilik bir örneklem üzerinde iç tutarlık çalışması yapılmış ve güvenilirlik katsayısı ortalaması 0.93 olarak bulunmuştur. Testin standardizasyonu ile ilgili son çalışma, Türkiye için norm geliştirilmesiyle ilgilidir. Sıfat Tarama Listesi, gündelik yaşamda niteleme ve tanımlama için kullanılan 300 sıfattan oluşmaktadır. Uygulayıcılardan, kendilerini tanımladığını düşündükleri sıfatları işaretlemeleri istenir. Bireylerin işaretleyeceği

¹² Adjective Check List (ACL).

sıfat miktarının alt sınırı yoktur. Test 10–15 dakika içerisinde cevaplanabilmektedir, bununla birlikte, testin cevaplanmasında bir süre kısıtlaması yoktur. Testin değerlendirmesi, test için geliştirilen bilgisayar programı yardımıyla yapılmaktadır. 108 alt testi olan Sıfat Tarama Listesi, ihtiyaca göre tercih edilebilecek sekiz ayrı bölümde (genel kişilik profilleri, genel cevaplama tarzları, özel kişilik özellikleri, bilişsel düşünme tarzları, kişilerarası davranış tarzları, karakter dayanıklılığı ve erdemler, profesyonellik ve liderlik, beş faktör kişilik profili) değerlendirilmekte ve yorumlanmaktadır. Bu araştırmada yapılan uygulamalar, testin “Özel Kişilik Özellikleri” bölümüne göre değerlendirilmiştir. Özel Kişilik Özellikleri bölümü; “başarma, başatlık, sebat, düzen, duyguları anlama, şefkat gösterme, yakınlık, karşı cinsle ilişkiler, gösteriş, bağımsızlık, saldırganlık, değişiklik, ilgi görme, kendini suçlama, uyarlık, danışmaya hazır oluş, oto-kontrol, özgüven, kişisel uyum, ideal benlik, yaratıcı kişilik, liderlik, erkeksi özellikler, kadınsı özellikler” olmak üzere, 24 alt testten oluşmaktadır. Bu alt testlerin anlamı aşağıdaki gibidir:

Ψ Başarma: Toplumca kabul gören değerlere sahip olma yolunda başarı çabası.

Ψ Başatlık: Gruplarda önderlik rolü üstlenmek için çalışmak ve bireysel ilişkilerde etkin olma çabasıdır.

Ψ Sebat: Yüklenilen görevleri yerine getirmede kararlı davranmak; bir işi sonuna kadar götürebilecek kapasiteye sahip olmak.

Ψ Düzen: Özel ve iş yaşamında, etkinliklerin planlanmasına önem vermek.

- Ψ **Duyguları anlama:** Kişinin, kendisinin ya da başkalarının duygu ve davranışlarını anlama gayreti.
- Ψ **Şefkat:** Diğer insanlara karşı samimi, destekleyici, koruyucu davranma, onlara maddi ve duygusal yardımlar sağlama davranışıdır.
- Ψ **Yakınlık:** Bir gruba ait olma isteği; kişisel dostluklar kurma ve sürdürme becerisidir.
- Ψ **Karşı Cinsle İlişkiler:** Karşı cinsten kişilerle, sağlıklı duygusal ve sosyal ilişkiler kurabilmektir.
- Ψ **Gösteriş:** Girilen gruplarda, başkalarının ilgisini çekecek şekilde davranmaktır.
- Ψ **Bağımsızlık:** Başkalarından ya da toplumsal değer ve beklentilerden bağımsız hareket edebilmektir.
- Ψ **Saldırganlık:** Başkalarına karşı atak ve kırıcı tavırlar takınmaktır.
- Ψ **Değişiklik:** Yaşantıda tekdüzelikten uzaklaşıp, farklı deneyimler arama ve değişik yaşam tarzlarından zevk alma özelliğidir.
- Ψ **İlgi Görme:** Başkalarından anlayış, sevgi ve duygusal destek görme isteği; bu ihtiyacı duymadır.
- Ψ **Kendini Suçlama:** Özeleştiri, suçluluk ya da toplumsal yetersizlik yoluyla duygularını ifade etmektir.
- Ψ **Uyarlık:** Başkalarıyla ilişkilerinde bağımlı roller üstlenmektir.

- Ψ **Danışmaya Hazır Oluş:** Bireysel problemler, psikolojik zorlanmalar gibi olguları çözümleyebilmek için bireyin psikolojik danışmaya ihtiyaç duyması ve bunların çözümlenmesi için danışmaya hazır olmasıdır.
- Ψ **Oto-kontrol:** Bireyin kendisi ve davranışları üzerindeki kontrol ve hâkimiyetidir.
- Ψ **Özgüven:** Kişinin kendi yeteneklerine, davranışlarına olan güvenidir.
- Ψ **Kişisel Uyum:** Bireyin kendi istekleri ile toplumun istekleri arasında gerekli dengeyi kurması; olaylarla baş edebilme gücüdür. Aynı zamanda, bireyin sevme ve çalışma becerilerini bir arada taşımasıdır.
- Ψ **İdeal Benlik:** Bireyin kendine verdiği değer veya bireyin sahip olduğu özellikleriyle kendini algılaması ile olması gerektiğine inandığı özellikler arasındaki uyum derecesidir.
- Ψ **Yaratıcı Kişilik:** Bireyin yaşadığı toplumun değerlerinden farklı ve orijinal değerlere, fikirlere sahip olma derecesidir.
- Ψ **Liderlik:** Güçlülük, öz disiplin, nezaket gibi toplumsal olarak bir liderde bulunması gerekli değerlere sahip olmaktır.
- Ψ **Erkeksi Özellikler:** Güçlülük, ataklık gibi tüm dünyada evrensel olarak kabul edilen erkeksi özelliklerine sahip olma derecesidir.
- Ψ **Kadınsı Özellikler:** Sıcaklık, samimiyet, sempatiklik gibi tüm dünyada evrensel olarak kabul edilen kadınsı özelliklerine sahip olma derecesidir.

Bireysel ya da grupla uygulanabilen Sıfat Tarama Listesi kliniğın yanı sıra, eğitimde ve çeşitli kurumlara personel seçiminde de kullanılmaktadır (www.akademikpsikoloji.com, 2007).

Ruhsal Belirti Tarama Listesi 90R¹³: L.R. Derogatis tarafından geliştirilen ve Mustafa Kılıç tarafından Türkçe'ye uyarlanan bir testtir. Psikolojik sıkıntı belirtilerini ölçmek amacıyla kullanılır. Kullanıcı, farklı psikolojik belirtilerin kendisinde bulunuş düzeyini, 0–4 arası ölçek üzerinden değerlendirir. 90 ifadeden oluşan testte; somatizasyon, obsesif– kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke– düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm ve ek skala (suçluluk, yeme ve uyku bozuklukları) olmak üzere, on adet alt test bulunmaktadır. Testin değerlendirmesinde; ifadelere verilen her cevap puanlanır ve her alt test için, o soru grubundaki puanlarla toplanır. Toplam puan, o alt testteki soru sayısına bölünerek, her alt test için puan ortalaması bulunur. Alt testlerden elde edilen puanların ortalaması alınarak da bireyin genel değerlendirme puanı bulunur (Öner, 1997:461–462). Buna göre, her bir alt test için < 1.00 ortalama, genel değerlendirme puanı için de < 0.50 ortalama normal kabul edilir. Genel değerlendirme puanı 0.50 – 1.00 değerleri arasındaysa orta düzeyde sorun olduğu, >1.00 ise yüksek düzeyde sorun olduğu varsayılır.

Bu araştırmada, örnekleme alınacak sağlıklı bireylerin belirlenebilmesi amacıyla Ruhsal Belirti Tarama Listesi kullanılmıştır. Test uygulanan yüzden fazla erkek katılımcı arasından, genel değerlendirme puanı

¹³ Sypptom Distress Check List 90R (SCL 90R).

<0.50 olan ilk kırk kişi, sağlıklı bireyleri temsil etmesi amacıyla örnekleme seçilmiştir (Tablo 11).

Anket: Araştırmaya katılanların demografik ve sosyal özellikleri ile bazı klinik özelliklerini tespit edebilmek amacıyla, araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Ek 1, Ek 2). Anket, hasta ve sağlıklı örneklem grupları için aynı ve farklı sorular içerecek şekilde hazırlanmıştır. İki formunda da 24 soru bulunan anketin 21 sorusu iki grupta ortaktır. Hasta gruba uygulanan anketin son iki sorusu, hastalara verilen anket formlarına konmamış, hasta dosyalarından alınan bilgiler doğrultusunda, araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Araştırmanın test uygulama ve veri toplama çalışması, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan izin doğrultusunda, 15 Mayıs – 15 Ağustos 2007 tarihleri arasında Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, K3 K2 Psikoz Kliniği'nde yapılmıştır. Hastanenin kadın hastalar için ayrılmış olan psikoz servislerinde, çalışma için uygun koşullar sağlanamadığı için, araştırma erkek hastalar ve erkek kontrol grubu ile sınırlı kalmıştır. Araştırmaya katılacak erkek hastalar, klinikte görevli doktorlar yardımıyla seçilmiştir. Doktorlar tarafından uygun görülen hastaların, hasta dosyaları incelendikten sonra, hastalar ile birebir görüşülerek, anket ve kişilik testinin (ACL) doldurulması sağlanmıştır. Hasta anketlerindeki son iki soru (madde kullanımı öyküsü ve intihar teşebbüsü olup olmadığı), hastalara verilen anket formlarına konmamış, araştırmacı tarafından hasta dosyalarından alınan bilgilerin not edilip, veriye dönüştürülmesiyle işleme alınmıştır.

Kontrol grubunu oluşturan sağlıklı yetişkin erkek bireyler ise, random yolla seçilmiştir. Bireysel iletişim yoluyla, birkaç özel sektör işletmesinin çalışanlarına testleri içeren zarflar ulaştırılmıştır. Kontrol grubundaki bireyler, anket ve kişilik testine (ACL) ek olarak, Ruhsal Belirti Tarama Listesi 90R (SCL 90R) adlı testi de doldurmuşlardır. Bu testleri alan yüzden fazla yetişkin erkek bireyin içinden, en düşük genel değerlendirme puanını alan ilk 40 birey, araştırmaya dâhil edilmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin söz konusu testten almış oldukları puanlar, bir tablo ile gösterilmiştir (Tablo 37). Kontrol grubundaki bireyler testleri, her testin başında verilmiş olan yönerge doğrultusunda, kendi başlarına doldurup, zarfın ağzını kapatarak, araştırmacıya ulaştırmışlardır.

3.4 Veri Çözümleme Yöntemleri

Toplanan veriler, listeler halinde bilgisayara girilerek, SPSS istatistik programı yardımıyla değerlendirilmiştir.

Öncelikle hasta ve sağlıklı grubun demografik özellikleri, psikolojik rahatsızlığı algılama durumları, ailelerinin psikolojik durumu ve bazı klinik özelliklerinin frekans ve yüzdelerle dağılımı çıkarılmıştır. Hasta grubunun hastalığı ve tedavisiyle ilgili durumu ile sağlıklı grubun psikolojik hali ile ilgili durumunun da frekans ve yüzdelerle dağılımı çıkarılmıştır. Daha sonra bu iki grubun üyelerinin, Sıfat Tarama Listesi kişilik testi sonuçlarına göre, sahip oldukları kişilik özelliklerinin tanımlayıcı istatistik değerleri hesaplanmıştır. Bu iki verinin fark analizi İlişkisiz t Testi ile yapılmıştır.

Bundan sonra, hasta örneklem grubu içinde işlemler yapılmıştır. Hasta grubu içindeki bireylerin demografik özellikleri, psikolojik rahatsızlığı

algılama durumları, hastalık ve tedavileriyle ilgili durumları, ailelerinin psikolojik durumu ve grup üyelerinin bazı klinik özellikleri, grup içinde birbiriyle karşılaştırılmıştır. Toplam hasta sayısı 40 kişi olduğundan, grup içinde yapılan işlemlerde parametrik yöntem kullanabilmek için gerekli sayıya ulaşamadığı durumlarda, Kruskal-Wallis Testi ve Mann-Whitney U Testi gibi Non-Parametrik yöntemler de kullanılmıştır.

Tüm işlemlerde en az bir alt teste göre anlamlı sonuç alınan veriler, tablo haline getirilerek ifade edilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1 Demografik Özellikler

Cinsiyet:

Tablo 10. *Hasta ve Sağlıklı Grubunun Cinsiyet Değişkenine Göre Frekans ve Yüzelik Dağılımı.*

		Cins		Toplam
Cinsiyet		Erkek		
Grup	Hasta	F	40	40
		%	100,0	100,0
	Sağlıklı	F	40	40
		%	100,0	100,0
Toplam		F	80	80
		%	100,0	100,0

Sonuç: Hem hasta grubunda hem de sağlıklı grupta tüm bireyler erkek cinsiyetindedir (Tablo 10).

Yaş:**Tablo 11.** *Sağlıklı ve Hasta Grubunun Yaş Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

		Yaş	Yaş			Toplam
			18-35 yaş	36-50 yaş	51 yaş ve üstü	
Grup	Hasta	F	19	18	3	40
		%	47,5	45,0	7,5	100,0
	Sağlıklı	F	29	11	0	40
		%	72,5	27,5	,0	100,0
Toplam		F	48	29	3	80
		%	60,0	36,3	3,8	100,0

Sonuç: Hasta grubunun %47,5'i 18-35 yaş, %45'i 36-50 yaş ve %7,5'i 51 yaş ve üzerindedir. Sağlıklı grubun %72,5'i 18-35 yaş, %27,5'i 36-50 yaş grubu aralığındadır. Sağlıklı grupta 51 yaş ve üzerinde kimse bulunmamaktadır (Tablo 11).

Eğitim Durumu:

Tablo 12. *Sağlıklı ve Hasta Grubunun Eğitim Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Eğitim Düzeyi		Eğitim Düzeyi					Toplam	
		Okuma yazma biliyor/ ilkokul mezunu değil	İlkokul mezunu	İlköğretim okulu mezunu	Lise mezunu	Yüksek okul ve üzeri		
Grup	Hasta	f	3	15	12	6	4	40
		%	7,5	37,5	30,0	15,0	10,0	100,0
	Sağlıklı	f	0	3	4	28	5	40
		%	,0	7,5	10,0	70,0	12,5	100,0
Toplam		f	3	18	16	34	9	80
		%	3,8	22,5	20,0	42,5	11,3	100,0

Sonuç: Hasta grubunun %7,5'i okuma-yazma biliyor, ilkokul mezunu değil, %37,5'i ilkokul mezunu, %30'u ilköğretim okulu mezunu, %15'i lise mezunu ve %10'u yüksek okul ve üzeri eğitim almış durumdadır. Sağlıklı grupta okuma-yazma bilip ilkokul mezunu olmayan hiç kimse yoktur. Sağlıklı grubun %7,5'i ilkokul mezunu, %10'u ilköğretim okulu mezunu, %70'i lise mezunu ve %12,5'i de yüksek okul ve üzeri seviyede okul mezunudur (Tablo 12).

Meslek:

Tablo 13. *Sağlıklı ve Hasta Grubunun Meslek Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

	Meslek		Meslek				Toplam
			İşçi	Memur	Serbest Çalışan	Emekli	
Grup	Hasta	f	16	2	14	8	40
		%	40,0	5,0	35,0	20,0	100,0
	Sağlıklı	f	20	8	12	0	40
		%	50,0	20,0	30,0	,0	100,0
Toplam		f	36	10	26	8	80
		%	45,0	12,5	32,5	10,0	100,0

Sonuç: Hasta grubunun %40'ı işçi, %5'i memur, %35'i serbest çalışan ve %20'si de emeklidir. Sağlıklı grubun %50'si işçi, %20'si memur, %30'u serbest çalışandır. Sağlıklı grupta hiç emekli birey yoktur (Tablo 13).

Şu Anki Çalışma Durumu:

Tablo 14. *Sağlıklı ve Hasta Grubunun Şu Anki Çalışma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Çalışma Durumu		Çalışma Durumu		Toplam	
		Çalışıyor	Çalışmıyor		
Grup	Hasta	f	18	22	40
		%	45,0	55,0	100,0
	Sağlıklı	f	40	0	40
		%	100,0	,0	100,0
Toplam		f	58	22	80
		%	72,5	27,5	100,0

Sonuç: Hasta grubunun %45'i hâlihazırda bir işte çalışmakta, %55'i ise bir şu anda bir işte çalışmamaktadır. Sağlıklı grubun %100'ü hâlihazırda bir işte çalışmaktadır (Tablo 14).

Aylık Gelir:

Tablo 15. *Sağlıklı ve Hasta Grubunun Aylık Gelir Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Aylık Gelir			Aylık Gelir			Toplam
			1000 YTL altı	1001–2000 YTL arası	2001 YTL ve üzeri	
Grup	Hasta	f	32	5	3	40
		%	80,0	12,5	7,5	100,0
	Sağlıklı	f	24	13	3	40
		%	60,0	32,5	7,5	100,0
Toplam		f	56	18	6	80
		%	70,0	22,5	7,5	100,0

Sonuç: Hasta grubunun %80'inin aylık geliri 1000 YTL'nin altında, %12,5'inin aylık geliri 1001–2000 YTL arasında ve %7,5'inin aylık geliri 2001 YTL ve üzerindedir. Sağlıklı grubun %60'ının aylık geliri 1000 YTL'nin altında, %32,5'inin aylık geliri 1001–2000 YTL arasında ve %7,5'inin aylık geliri 2001 YTL ve üzerindedir (Tablo 15).

Medeni Durum:

Tablo 16. *Sağlıklı ve Hasta Grubunun Medeni Durum Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Medeni Durum		Medeni Durum			Toplam	
		Evli, eşile birlikte yaşıyor	Bekâr, hiç evlenmemiş	Yalnız yaşıyor (boşanmış, ayrı ya da eşini kaybetmiş)		
Grup	Hasta	f	20	16	4	40
		%	50,0	40,0	10,0	100,0
	Sağlıklı	f	26	14	0	40
		%	65,0	35,0	,0	100,0
Toplam		f	46	30	4	80
		%	57,5	37,5	5,0	100,0

Sonuç: Hasta grubunun %50'si evlidir ve eşile birlikte yaşamaktadır, %40'ı bekârdır, %10'u ise medeni durumu bakımından yalnızdır. Sağlıklı grubun %65'i evlidir ve eşile birlikte yaşamaktadır, %35'i de bekârdır. Sağlıklı grupta medeni durumu bakımından yalnız olan kimse yoktur (Tablo 16).

Şu Anki İkamet Şekli:

Tablo 17. *Sağlıklı ve Hasta Grubunun Şu Anki İkamet Şekli Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Şu An Kiminle Yaşadığı		Şu An Kiminle Yaşadığı			Toplam	
		Yalnız yaşıyor	Eşi ve çocukları ile	Ailesiyle birlikte		
Grup	Hasta	f	8	18	14	40
		%	20,0	45,0	35,0	100,0
	Sağlıklı	f	2	26	12	40
		%	5,0	65,0	30,0	100,0
Toplam		f	10	44	26	80
		%	12,5	55,0	32,5	100,0

Sonuç: Hasta grubunun %20'si hâlihazırda yalnız, %45'i eşi ve çocuklarıyla, %35'i de kendi ailesiyle birlikte yaşamaktadır. Sağlıklı grubun ise %5'i yalnız, %65'i eşi ve çocuklarıyla birlikte, %30'u kendi ailesiyle birlikte yaşamaktadır (Tablo 17).

Çocukluk Döneminde Kiminle Yaşadığı:

Tablo 18. *Sağlıklı ve Hasta Grubunun Çocukluk Dönemini Kiminle Yaşadığı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Çocukluk Dönemini Kiminle Yaşadığı		Çocukluk Dönemini Kiminle Yaşadığı		Toplam	
		Anne, baba ve aile ile birlikte	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında		
Grup	Hasta	f	38	2	40
		%	95,0	5,0	100,0
	Sağlıklı	f	39	1	40
		%	97,5	2,5	100,0
Toplam		f	77	3	80
		%	96,3	3,8	100,0

Sonuç: Hasta grubunun %95'i çocukluk dönemini ailesinin yanında, %5'i ise akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında geçirmiştir. Sağlıklı grubun %97,5'i çocukluk dönemini ailesinin yanında, %2,5'i de akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında geçirmiştir. İki grupta da çocukluğunu devlete ait yurtlarda geçirmiş birey bulunmamaktadır (Tablo 18).

Ergenlik Döneminde Kiminle Yaşadığı:

Tablo 19. *Sağlıklı ve Hasta Grubunun Ergenlik Dönemini Kiminle Yaşadığı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Ergenlik Dönemini Kiminle Yaşadığı		Ergenlik Dönemi Kiminle Yaşadığı			Toplam	
		Anne, baba ve aile ile birlikte	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	Devlete ait kurumlarda		
Grup	Hasta	f	33	6	1	40
		%	82,5	15,0	2,5	100,0
Sağlıklı		f	37	3	0	40
		%	92,5	7,5	,0	100,0
Toplam		f	70	9	1	80
		%	87,5	11,3	1,3	100,0

Sonuç: Hasta grubunun %82,5'i ergenlik döneminde ailesinin yanında, %15'i akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında, %2,5'i devlete ait kurumlarda yaşamıştır. Sağlıklı grubun %92,5'i çocukluk döneminde ailesinin yanında, %7,5'i de akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında yaşamıştır. Sağlıklı grupta, ergenlik döneminde devlete ait yurtlarda kalmış kimse bulunmamaktadır (Tablo 19).

4.2 Hastalık ve Tedavinin Durumu

Psikolojik Rahatsızlık Durumunu Algılama:

Tablo 20. *Sağlıklı ve Hasta Grubunun Psikolojik Rahatsızlık Durumunu Algılama Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Psikolojik Rahatsızlık Durumunu Algılama		Psikolojik Rahatsızlık Durumunu Algılama		Toplam
		Evet	Hayır	
Grup Hasta	f	29	11	40
	%	72,5	27,5	100,0
Sağlıklı	f	0	40	40
	%	,0	100,0	100,0
Toplam	f	29	51	80
	%	36,3	63,8	100,0

Sonuç: Hasta grubunun %72,5'i psikolojik bir rahatsızlığı olduğunu düşünmekte, %27,5'i de psikolojik bir rahatsızlığı olduğunu düşünmemektedir. Sağlıklı grubun ise tamamı psikolojik bir rahatsızlığı olduğunu düşünmemektedir (Tablo 20).

Psikolojik Şikâyetlerin Başlama Zamanı:

Tablo 21. *Hasta Grubunun Psikolojik Şikâyetlerinin Başlama Zamanı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Psikolojik Şikâyetlerinin Başlama Zamanı	f	%
0–2 Yıl Önce	5	12,5
2–5 Yıl Önce	6	15,0
5 Yıldan Daha Fazla	29	72,5
Toplam	40	100,0

Sonuç: Hasta grubunun %12,5'inin psikolojik şikâyetleri 0–2 yıl önce, %15'inin de 2–5 yıl geçmiş aralığında ortaya çıkmıştır. %72,5'inin psikolojik şikâyetleri ise 5 yıldan daha uzun süre önce başlamıştır (Tablo 21).

Psikolojik Şikâyetler Sebebiyle Tedaviye Başlama Zamanı:

Tablo 22. *Hasta Grubunun Psikolojik Şikâyetler Sebebiyle Tedaviye Başlama Zamanı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Psikolojik Şikâyetler Sebebiyle Tedaviye Başlama Zamanı	f	%
0-2 Yıl Önce	10	25,0
2-5 Yıl Önce	5	12,5
5 Yıldan Daha Fazla	25	62,5
Toplam	40	100,0

Sonuç: Hasta grubunun %25'i 0-2 yıl önce, %12,5'i 2-5 yıl geçmiş aralığında, %62,5'i de 5 yıldan daha uzun süre önce, psikolojik şikayetler sebebiyle tedavi görmeye başlamıştır (Tablo 22).

Psikolojik Şikâyetler Sebebiyle Hastaneye Yatış Sayısı:

Tablo 23. *Hasta Grubunun Psikolojik Şikâyetler Sebebiyle Hastaneye Yatış Sayısı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Psikolojik Şikâyetler Sebebiyle Hastaneye Yatış Sayısı	f	%
Bir defa	7	17,5
İki ve daha fazla	33	82,5
Toplam	40	100,0

Sonuç: Hasta grubunun %17,5'i psikolojik şikâyetler sebebiyle ilk kez hastaneye yatarak tedavi olmaktadır. %82,5'i ise, psikolojik şikâyetler sebebiyle birden fazla kez hastaneye yatarak tedavi olmuştur (Tablo 23).

4.3 Psikolojik Durumun Özellikleri

Bugüne Kadar Bir Psikolojik Yardım Almış Olma:

Tablo 24. *Sağlıklı Grubun Bugüne Kadar Bir Psikolojik Yardım Almış Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Bugüne Kadar Bir Psikolojik Yardım Almış Olma	f	%
Evet	0	0,0
Hayır	40	100,0
Toplam	40	100,0

Sonuç: Sağlıklı gruptan hiç kimse bugüne kadar herhangi bir psikolojik sorun ya da rahatsızlık nedeniyle, bir psikolojik yardım almamıştır (Tablo 24).

Psikolojik Bir Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Görme:

Tablo 25. *Sağlıklı Grubun Psikolojik Bir Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Görmüş Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Psikolojik Bir Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Görme	f	%
Evet	0	0,0
Hayır	40	100,0
Toplam	40	100,0

Sonuç: Sağlıklı gruptan hiç kimse bugüne kadar psikolojik bir rahatsızlık nedeniyle, yatarak tedavi görmemiştir (Tablo 25).

Şu Anda Psikolojik Bir Rahatsızlık Nedeniyle İlaç Kullanıyor

Olma:

Tablo 26. *Sağlıklı Grubun Şu Anda Psikolojik Bir Rahatsızlık Nedeniyle İlaç Kullanıyor Olma Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Şu anda Psikolojik Bir Rahatsızlık Nedeniyle İlaç Kullanıyor Olma	f	%
Evet	0	0,0
Hayır	40	100,0
Toplam	40	100,0

Sonuç: Sağlıklı grupta şu anda hiç kimse, psikolojik bir rahatsızlık nedeniyle ilaç kullanmamaktadır (Tablo 26).

4.4 Ailelerin Psikolojik Durumu

Ailede Psikolojik Rahatsızlık Geçirmiş Birey Bulunması

Durumu:

Tablo 27. *Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Ailede Psikolojik Rahatsızlık Geçirmiş Birey Bulunması Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Grup	Hasta	Ailede Psikolojik Rahatsızlık Geçirmiş Birey Bulunması Durumu	Ailede Psikolojik Rahatsızlık Geçirmiş Birey Bulunması Durumu		Toplam
			Evet, var	Hayır, yok	
		f	19	21	40
		%	47,5	52,5	100,0
	Sağlıklı	f	8	32	40
		%	20,0	80,0	100,0
Toplam		f	27	53	80
		%	33,8	66,3	100,0

Sonuç: Hasta grubunun %47,5'inin ailesinde psikolojik rahatsızlık geçirmiş bir birey bulunmakta, %52,5'inin ailesinde ise psikolojik bir rahatsızlık geçirmiş bir birey bulunmamaktadır. Sağlıklı grubun %20'sinin ailesinde psikolojik bir rahatsızlık geçirmiş bir birey varken, %80'inin ailesinde böyle bir kimse yoktur (Tablo 27).

Ailede Psikolojik Rahatsızlık Geçirmiş Bireyin Kim Olduğu:

Tablo 28. *Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Ailede Psikolojik Rahatsızlık Geçirmiş Bireyin Kim Olduğu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Grup	Hasta	f	Ailede Psikolojik Rahatsızlık Geçirmiş Bireyin Kim Olduğu				Toplam
			Anne / baba	Kardeşler	Birinci derecede akrabalar	Uzak akrabalar	
		f	7	7	5	0	19
		%	36,8	36,8	26,3	,0	100,0
	Sağlıklı	f	1	3	3	1	8
		%	12,5	37,5	37,5	12,5	100,0
Toplam		f	8	10	8	1	27
		%	29,6	37,0	29,6	3,7	100,0

Sonuç: Ailesinde psikolojik rahatsızlık geçirmiş biri bulunan hastalardan %36,8'inin anne ya da babası, %36,8'inin kardeşleri, %26,3'ünün birinci derece akrabaları, psikolojik bir rahatsızlık geçirmiştir. Ailesinde psikolojik rahatsızlık geçirmiş biri bulunan sağlıklı grubun ise %12,5'inin anne ya da babası, %37,5'inin kardeşleri, %37,5'inin birinci dereceden akrabaları, %12,5'inin de uzak akrabaları, bir psikolojik rahatsızlık yaşamıştır (Tablo 28).

Ailede Psikolojik Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Olan

Birey Bulunması Durumu:

Tablo 29. Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Ailede Psikolojik Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Olan Birey Bulunması Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.

Ailede Psikolojik Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Olan Birey Bulunması Durumu			Ailede Psikolojik Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Olan Birey Bulunması Durumu		Toplam
			Evet	Hayır	
Grup	Hasta	f	11	8	19
		%	57,9	42,1	100,0
	Sağlıklı	f	4	4	8
		%	50,0	50,0	100,0
Toplam		f	15	12	27
		%	55,6	44,4	100,0

Sonuç: Hasta grubunun ailelerinde psikolojik bir rahatsızlık geçiren bireylerden %57,9'u hastaneye yatarak tedavi görmüş, %42,1'i ise bir rahatsızlık yaşamış ama hastaneye yatmamıştır. Sağlıklı grubun ailelerinde psikolojik bir rahatsızlık geçiren bireylerden %50'si hastaneye yatarak tedavi görmüş, %50'si psikolojik bir rahatsızlık geçirmiş ama hastaneye yatmamıştır (Tablo 29).

Ailede Psikolojik Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Olan

Bireyin Kim Olduğu:

Tablo 30. Hasta Grubu ile Sağlıklı Grupta, Ailede Psikolojik Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Olan Bireyin Kim Olduğu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.

Ailede Psikolojik Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Olan Bireyin Kim Olduğu			Ailede Psikolojik Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Olan Bireyin Kim Olduğu				Toplam
			Anne / baba	Kardeşler	Birinci derecede akrabalar	Uzak akrabalar	
Grup	Hasta	f	5	4	3	0	12
		%	41,7	33,3	25,0	,0	100,0
	Sağlıklı	f	0	1	2	1	4
		%	,0	25,0	50,0	25,0	100,0
Toplam		f	5	5	5	1	16
		%	31,3	31,3	31,3	6,3	100,0

Sonuç: Ailesinde psikolojik rahatsızlık geçirmiş biri bulunan hastalardan %41,7'sinin anne ya da babası, %33,3'ünün kardeşleri, %25'inin birinci derecede akrabaları, hastaneye yatarak tedavi görmüştür. Bu grupta uzak akrabalarından psikolojik rahatsızlık geçiren kimse olmadığı için (Tablo 30), hastaneye yatarak tedavi olan kimse de yoktur. Ailesinde psikolojik rahatsızlık geçirmiş biri bulunan sağlıklı grubun ise %25'inin kardeşleri, %50'sinin birinci dereceden akrabaları, %25'inin de uzak akrabaları, hastaneye yatarak tedavi görmüştür. Sağlıklı grupta, ailesinde psikolojik rahatsızlık geçirmiş biri bulunan hastaların arasında hiç kimsenin anne ya da babası, hastaneye yatarak tedavi görmemiştir (Tablo 30).

4.5 Klinik Özellikler

Yaşam Boyunca Önemli Bir Trafik Kazası Geçirmiş Olma

Durumu:

Tablo 31. *Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Yaşam Boyunca Önemli Bir Trafik Kazası Geçirmiş Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Yaşam Boyunca Önemli Bir Trafik Kazası Geçirmiş Olma Durumu			Yaşam Boyunca Önemli Bir Trafik Kazası Geçirmiş Olma Durumu		Toplam
			Evet	Hayır	
Grup	Hasta	f	14	26	40
		%	35,0	65,0	100,0
	Sağlıklı	f	8	32	40
		%	20,0	80,0	100,0
Toplam		f	22	58	80
		%	27,5	72,5	100,0

Sonuç: Hasta grubunda yaşamı boyunca önemli bir trafik kazası geçirmiş olan bireylerin oranı %35, geçirmemiş olanların oranı ise %65'tir. Sağlıklı grupta yaşamı boyunca önemli bir trafik kazası geçirmiş olan bireylerin oranı %20, geçirmemiş olan bireylerin oranı ise %80'dir (Tablo 31).

Çocukluktan Bugüne Ağır Bir Hastalık Geçirmiş Olma

Durumu:

Tablo 32. *Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Çocukluktan Bugüne Ağır Bir Hastalık Geçirmiş Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Çocukluktan Bu Yana Ağır Bir Hastalık Geçirmiş Olma Durumu	Çocukluktan Bu Yana Ağır Bir Hastalık Geçirmiş Olma Durumu	Toplam		
		Evet	Hayır	
Grup Hasta	f	11	29	40
	%	27,5	72,5	100,0
Sağlıklı	f	8	32	40
	%	20,0	80,0	100,0
Toplam	f	19	61	80
	%	23,8	76,3	100,0

Sonuç: Hasta grubunda çocukluktan bu yana ağır bir hastalık geçirmiş olan bireylerin oranı %27,5, geçirmemiş olan bireylerin oranı ise %72,5'tir. Sağlıklı grupta çocukluktan bu yana ağır bir hastalık geçirmiş olan bireylerin oranı %20, geçirmemiş olan bireylerin oranı ise %80'dir (Tablo 32).

Çocukluktan Bugüne Ağır Şekilde Fiziksel Zarar Veren Bir

Olay Yaşamış Olma Durumu:

Tablo 33. *Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Çocukluktan Bugüne Ağır Şekilde Fiziksel Zarar Veren Bir Olay Yaşamış Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Çocukluktan Bu Yana Ağır Şekilde Fiziksel Zarar Veren Bir Olay Yaşamış Olma Durumu			Çocukluktan Bu Yana Ağır Şekilde Fiziksel Zarar Veren Bir Olay Yaşamış Olma Durumu		Toplam
			Evet	Hayır	
Grup	Hasta	F	12	28	40
		%	30,0	70,0	100,0
	Sağlıklı	F	6	34	40
		%	15,0	85,0	100,0
Toplam		F	18	62	80
		%	22,5	77,5	100,0

Sonuç: Hasta grubunda çocukluktan bu yana ağır şekilde fiziksel zarar veren bir olay yaşamış olan bireylerin oranı %30, böyle bir olay yaşamamış bireylerin oranı ise %70'tir. Sağlıklı grupta çocukluktan bu yana ağır şekilde fiziksel zarar veren bir olay yaşamış olan bireylerin oranı %15, yaşamamış olan bireylerin oranı ise %85'tir (Tablo 33).

Herhangi Bir Şekilde Ciddi Bir Kafa Darbesi Almış Olma

Durumu:

Tablo 34. *Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Herhangi Bir Şekilde Ciddi Bir Kafa Darbesi Almış Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.*

Herhangi Bir Şekilde Ciddi Bir Kafa Darbesi Almış Olma Durumu			Herhangi Bir Şekilde Ciddi Bir Kafa Darbesi Almış Olma Durumu		Toplam
			Evet	Hayır	
Grup	Hasta	f	23	17	40
		%	57,5	42,5	100,0
	Sağlıklı	f	5	35	40
		%	12,5	87,5	100,0
Toplam		f	28	52	80
		%	35,0	65,0	100,0

Sonuç: Hasta grubunda bugüne kadar herhangi bir şekilde ciddi bir kafa darbesi almış olan bireylerin oranı %57,5, böyle bir darbe almamış olanların oranı %42,5'tir. Sağlıklı grupta bugüne kadar herhangi bir şekilde ciddi bir kafa darbesi almış olan bireylerin oranı %12,5 iken, böyle bir darbe almamış bireylerin oranı %87,5'tir (Tablo 34).

İntihar Etmeyi Denemiş Olma Durumu:

Tablo 35. Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, İntihar Etmeyi Denemiş Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.

Grup	İntihar Etmeyi Denemiş Olma Durumu	f	İntihar Etmeyi Denemiş Olma Durumu		Toplam
			Evet, oldu	Hayır, olmadı	
Hasta	f	9	31	40	
	%	22,5	77,5	100,0	
Sağlıklı	f	0	40	40	
	%	,0	100,0	100,0	
Toplam	f	9	71	80	
	%	11,0	89,0	100,0	

Sonuç: Hasta grubunun %22,5'i bugüne kadar en az bir kez intihar etmeyi denemiş, %77,5'i ise denememiştir. Sağlıklı grupta bugüne kadar intihara teşebbüs etmiş birey bulunmamaktadır (Tablo 35).

Hekim Tavsiyesi Dışında İlaç ya da Madde Kullanmış Olma

Durumu:

Tablo 36. Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Hekim Tavsiyesi Dışında İlaç ya da Madde (Psikoaktif Madde) Kullanmış Olma Durumu Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımı.

Hekim Tavsiyesi Dışında İlaç ya da Madde (Psikoaktif Madde) Kullanmış Olma Durumu			Hekim Tavsiyesi Dışında İlaç ya da Madde (Psikoaktif Madde) Kullanmış Olma Durumu		Toplam
			Evet	Hayır	
Grup	Hasta	f	10	30	40
		%	25,0	75,0	100,0
	Sağlıklı	f	2	38	40
		%	5,0	95,0	100,0
Toplam		f	12	68	80
		%	15,0	85,0	100,0

Sonuç: Hasta grubunun %25'i hekim tavsiyesi dışında bir ilaç ya da madde (psikoaktif madde) kullanmış, %75'i ise böyle bir madde kullanmamıştır. Sağlıklı grubun %5'i bugüne kadar böyle bir madde kullanmış, %95'i ise kullanmamıştır (Tablo 36).

4.6 Hipotezlere Göre Bulgular

Sağlıklı Grubun Ruhsal Belirti Tarama Listesi 90R Sonuçları:

Tablo 37. *Sağlıklı Grubun Ruhsal Belirti Tarama Listesi 90R (SCL 90R) Puanları.*

Kişi No	Somatizasyon	Obsesif-Kompulsif Belirtiler	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Öfke-Düşmanlık	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünceler	Psikotizm	Ek Skala (Suçluluk, Yeme ve Uyku Bozukluğu)	Genel Değerlendirme
1	0,17	,70	0,67	0,46	0,30	0,33	0,29	0,67	0,10	0,14	0,38
2	0,42	0,50	0,67	0,46	0,10	0,67	0,00	0,83	0,10	0,14	0,38
3	0,42	0,70	0,56	0,69	0,50	0,50	0,14	0,83	0,20	0,00	0,47
4	0,25	0,80	0,44	0,46	0,10	0,67	0,14	1,00	0,20	0,14	0,40
5	0,42	0,40	0,78	0,77	0,00	0,33	0,14	0,00	0,40	0,29	0,39
6	0,42	0,40	0,33	0,46	0,20	0,17	0,00	1,00	0,10	0,29	0,33
7	0,08	0,30	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,33	0,30	0,14	0,12
8	0,42	0,30	0,22	0,23	0,30	0,50	0,00	0,67	0,00	0,57	0,30
9	0,33	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,57	0,13
10	0,17	0,10	0,56	1,00	0,20	0,17	0,00	0,00	0,20	0,14	0,30
11	0,33	0,20	0,22	0,31	0,30	0,00	0,00	0,33	0,00	0,29	0,21
12	0,17	0,00	0,67	0,54	0,00	0,17	0,00	0,50	0,40	0,14	0,27
13	0,25	0,00	0,33	0,15	0,00	0,33	0,00	0,33	0,10	0,43	0,18
14	0,33	0,00	0,11	0,23	0,00	0,33	0,00	0,00	0,00	0,14	0,12
15	0,00	0,00	0,33	0,08	0,20	0,00	0,43	0,17	0,00	0,43	0,14
16	0,67	0,40	0,44	0,69	0,30	0,50	0,14	0,50	0,10	0,71	0,46
17	0,00	0,20	0,22	0,00	0,10	0,33	0,00	0,33	0,00	0,00	0,10
18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03
19	0,08	0,10	0,11	0,23	0,10	0,50	0,00	0,50	0,20	0,00	0,17
20	0,33	0,20	0,33	0,15	0,00	0,33	0,00	0,50	0,30	0,43	0,24
21	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
22	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03
23	0,25	0,40	0,22	0,15	0,10	0,50	0,00	0,33	0,00	0,43	0,22
24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25	0,42	0,60	0,56	0,62	0,10	0,17	0,00	0,50	0,40	0,29	0,39
26	0,50	0,10	0,67	0,15	0,30	0,33	0,43	0,67	0,40	0,43	0,38
27	0,25	0,50	0,78	0,31	0,20	0,17	0,14	0,33	0,10	0,00	0,29
28	0,00	0,30	0,44	0,46	0,20	0,17	0,00	0,50	0,20	0,57	0,28
29	1,00	0,70	0,33	0,15	0,20	0,17	0,00	0,83	0,30	0,00	0,39
30	0,33	0,50	1,00	0,54	0,20	0,50	0,00	0,67	0,00	0,71	0,43
31	0,33	1,00	0,44	0,38	0,30	1,00	0,14	0,67	0,20	0,57	0,48
32	0,33	0,80	0,56	0,69	0,30	0,33	0,00	0,67	0,30	1,00	0,50
33	0,75	0,40	0,67	0,77	0,40	0,33	0,29	0,50	0,20	0,43	0,50
34	0,75	0,70	0,22	0,38	0,30	0,50	0,14	0,33	0,30	0,29	0,41
35	0,25	0,60	0,78	0,77	0,40	0,50	0,43	0,17	0,30	0,57	0,49
36	0,33	0,70	0,67	0,46	0,00	0,33	0,14	0,83	0,40	0,71	0,44
37	0,00	0,80	0,44	0,38	0,20	0,33	0,00	1,00	0,30	0,57	0,38
38	0,50	0,70	0,44	0,62	0,20	0,50	0,00	0,83	0,10	0,86	0,47
39	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,02
40	0,58	0,90	0,22	0,77	0,30	0,50	0,00	0,67	0,50	0,29	0,50

Hasta Grubunun Sıfat Tarama Listesi Kişilik Testine Göre

Kişilik Özellikleri:

Tablo 38. Hasta Grubunun Sıfat Tarama Listesi (ACL) Kişilik Testi Alt Ölçeklerine Göre Kişilik Özelliklerini Tanımlayıcı İstatistik Değerleri.

ACL Alt Ölçekleri	n	Aritmetik Ortalama	Std. Sapma
Başarma	40	46,6500	7,87580
Başatlık	40	48,3250	9,86937
Sebat	40	47,6750	10,48415
Düzen	40	50,6500	9,64378
Duyguları Anlama	40	51,5250	8,04152
Şefkat Gösterme	40	52,5500	6,95756
Yakınlık	40	53,9250	10,11317
Karşı Cinsle İlişkiler	40	48,1500	11,21480
Gösteriş	40	49,1250	7,25784
Bağımsızlık	40	50,2500	6,75107
Saldırganlık	40	44,3750	7,48567
Değişiklik	40	51,0250	6,80304
İlgi Görme	40	55,2750	11,65528
Kendini Suçlama	40	57,1250	7,01349
Uyarlık	40	51,4000	7,73868
Danışmaya Hazır Oluş	40	42,9500	19,25131
Oto-kontrol	40	52,6250	6,55817
Özgüven	40	48,9500	9,63953
Kişisel Uyum	40	48,1250	11,00626
İdeal Benlik	40	53,5000	12,70372
Yaratıcı Kişilik	40	51,5500	7,17170
Liderlik	40	46,0500	9,80829
Erkeksi Özellikler	40	53,2000	9,78015
Kadınsı Özellikler	40	53,0500	12,06595

Sonuç: Hasta grubunun bu testten aldığı en yüksek puanlar sırasıyla “kendini suçlama”, “ilgi görme” ve “yakınlık” alt testlerine aittir. Hasta grubunun testten en düşük puanları aldığı alt testler ise sırasıyla “danışmaya hazır oluş”, “saldırganlık” ve “liderlik” alt testleridir (Tablo 38).

Sağlıklı Grubunun Sıfat Tarama Listesi Kişilik Testine Göre

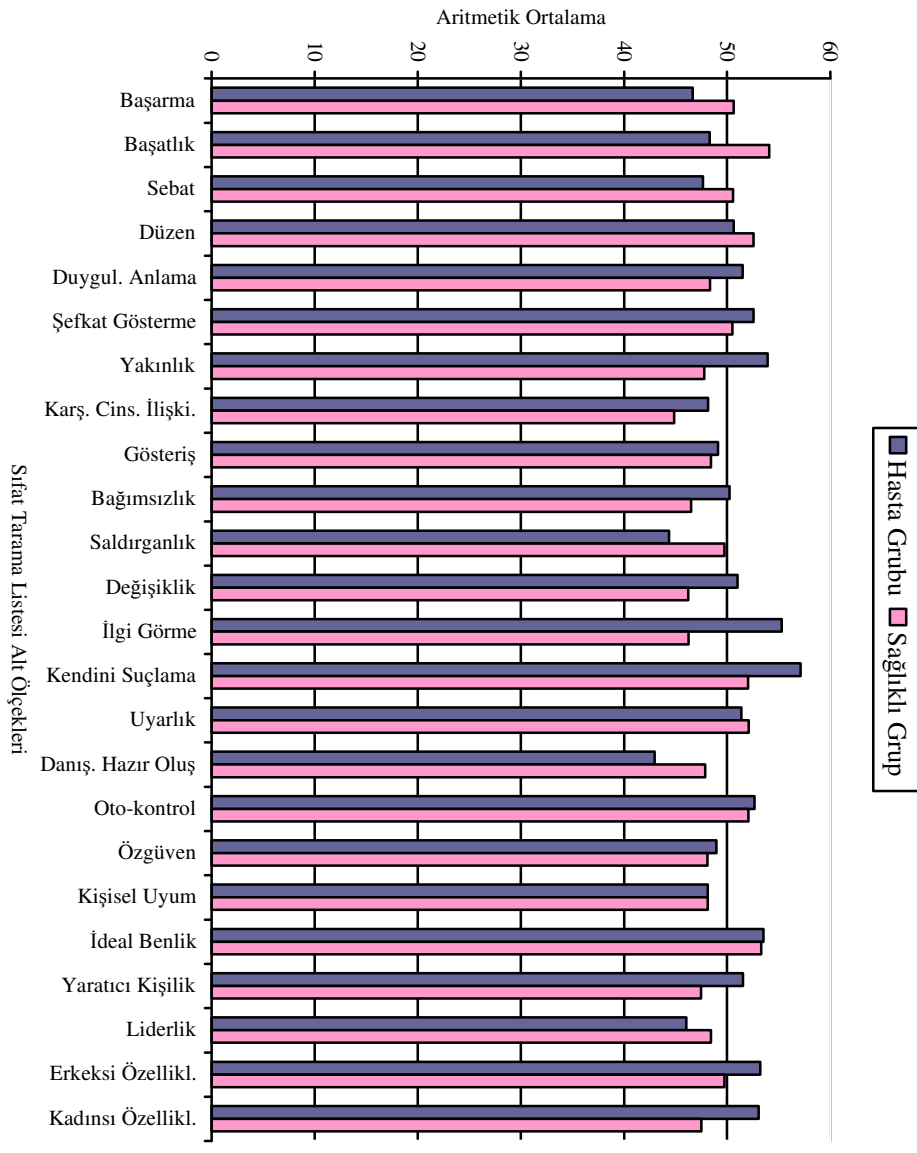
Kişilik Özellikleri:

Tablo 39. *Sağlıklı Grubun Sıfat Tarama Listesi Kişilik Testi Alt Ölçeklerine Göre Kişilik Özelliklerini Tanımlayıcı İstatistik Değerleri.*

ACL Alt Ölçekleri	n	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
Başarma	40	50,8919	8,96841
Başatlık	40	54,2432	8,02913
Sebat	40	50,8919	10,23009
Düzen	40	52,9189	8,85180
Duyguları Anlama	40	48,0541	9,91897
Şefkat Gösterme	40	50,2703	7,39613
Yakınlık	40	47,5676	9,27823
Karşı Cinsle İlişkiler	40	44,6486	9,05605
Gösteriş	40	48,4865	8,65583
Bağımsızlık	40	46,1892	6,25761
Saldırganlık	40	49,8108	8,56621
Değişiklik	40	45,8649	9,30699
İlgi Görme	40	46,4865	9,55865
Kendini Suçlama	40	52,6216	9,29860
Uyarlık	40	52,0000	6,79052
Danışmaya Hazır Oluş	40	51,2432	7,80813
Oto-kontrol	40	52,0811	8,29115
Özgüven	40	48,1081	9,06392
Kişisel Uyum	40	47,8919	10,31392
İdeal Benlik	40	53,4865	11,65147
Yaratıcı Kişilik	40	47,8108	7,31375
Liderlik	40	48,8378	5,53531
Erkeksi Özellikler	40	50,0811	9,52301
Kadınısı Özellikler	40	47,1622	8,02951

Sonuç: Sağlıklı grubun testten aldığı en yüksek puanlar sırasıyla “başatlık”, “ideal benlik” ve “düzen” alt testlerine aittir. Sağlıklı grubun testteki en düşük üç puanı ise sırasıyla “karşı cinsle ilişkiler”, “değişiklik” ve “bağımsızlık” alt testlerine aittir. Bu grubun tüm alt test sonuçları, Türkiye ortalaması olan 50 değerine oldukça yakındır, aşırı uç değerlerde puanlara rastlanmamıştır (Tablo 39).

**Hasta ve Sağlıklı Grubun Sifat Tarama Listesi Kişilik Testi
Sonuçlarının Karşılaştırılması:**



Şekil 2. Hasta ve Sağlıklı Grubun Sifat Tarama Listesi Sonuçları Karşılaştırılması.

Hasta ve Sağlıklı Grubun Sıfat Tarama Listesi Kişilik

Testinden Aldıkları Sonuçların Sıralanmış Hali:

Tablo 40. *Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Sıfat Tarama Listesi (ACL) Kişilik Testinden Aldıkları Sonuçların Sıralanmış Hali. .*

Sıra No	Hasta Grubu	Sağlıklı Grup
1	Kendini Suçlama	Başatlık
2	İlgi Görme	İdeal benlik
3	Yakınlık	Düzen
4	İdeal benlik	Kendini Suçlama
5	Erkeksi Özellikler	Oto-kontrol
6	Kadınsı Özellikler	Uyarlık
7	Oto-kontrol	Danışmaya Hazır Oluş
8	Şefkat Gösterme	Sebat
9	Yaratıcı Kişilik	Başarma
10	Duyguları Anlama	Şefkat Gösterme
11	Uyarlık	Erkeksi Özellikler
12	Değişiklik	Saldırganlık
13	Düzen	Liderlik
14	Bağımsızlık	Gösteriş
15	Gösteriş	Özgüven
16	Özgüven	Duyguları Anlama
17	Başatlık	Kişisel Uyum
18	Karşı Cinsle İlişkiler	Yaratıcı Kişilik
19	Kişisel Uyum	Yakınlık
20	Sebat	Kadınsı Özellikler
21	Başarma	İlgi Görme
22	Liderlik	Bağımsızlık
23	Saldırganlık	Değişiklik
24	Danışmaya Hazır Oluş	Karşı Cinsle İlişkiler

Hipotez 1. Bipolar Bozukluk Yaşayan Bireyler ile Hiçbir Psikiyatrik Hastalık Tanısı Almamış Sağlıklı Bireylerin Kişilik Özellikleri Birbirinden Farklıdır:

Tablo 41. *Hasta Grubu ile Sağlıklı Grubun, Sıfat Tarama Listesi (ACL) Kişilik Testi Alt Ölçekleri Puanları, İlişkisiz t Testi Fark Analizi Sonuçları.*

ACL Alt Ölçekleri	Grup	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	t	sd	p
Başarma	Hasta	40	46,6500	7,87580	1,24527	-2,156	78	,034*
	Sağlıklı	40	50,6500	8,69586	1,37494			
Başatlık	Hasta	40	48,3250	9,86937	1,56048	-2,863	78	,005**
	Sağlıklı	40	54,0500	7,90959	1,25062			
Sebat	Hasta	40	47,6750	10,48415	1,65769	-1,255	78	,213
	Sağlıklı	40	50,5750	10,18518	1,61042			
Düzen	Hasta	40	50,6500	9,64378	1,52482	-,903	78	,369
	Sağlıklı	40	52,5500	9,15941	1,44823			
Duyguları Anlama	Hasta	40	51,5250	8,04152	1,27148	1,548	78	,126
	Sağlıklı	40	48,3500	10,18181	1,60989			
Şefkat Gösterme	Hasta	40	52,5500	6,95756	1,10009	1,254	78	,214
	Sağlıklı	40	50,5250	7,47984	1,18267			
Yakınlık	Hasta	40	53,9250	10,11317	1,59903	2,881	78	,005**
	Sağlıklı	40	47,7750	8,94567	1,41443			
Karşı Cinsle İlişkiler	Hasta	40	48,1500	11,21480	1,77322	1,454	78	,150
	Sağlıklı	40	44,8750	8,78573	1,38915			
Gösteriş	Hasta	40	49,1250	7,25784	1,14757	,383	78	,703
	Sağlıklı	40	48,4500	8,46395	1,33827			
Bağımsızlık	Hasta	40	50,2500	6,75107	1,06744	2,553	78	,013*
	Sağlıklı	40	46,5000	6,38106	1,00893			
Saldırganlık	Hasta	40	44,3750	7,48567	1,18359	-2,971	78	,004**
	Sağlıklı	40	49,7500	8,65507	1,36849			
Değişiklik	Hasta	40	51,0250	6,80304	1,07566	2,513	78	,014*
	Sağlıklı	40	46,2250	9,98329	1,57850			
İlgi Görme	Hasta	40	55,2750	11,65528	1,84286	3,826	78	,000 ***
	Sağlıklı	40	46,2500	9,31156	1,47229			
Kendini Suçlama	Hasta	40	57,1250	7,01349	1,10893	2,689	78	,009**
	Sağlıklı	40	52,0500	9,66079	1,52750			

Uyarlık	Hasta	40	51,4000	7,73868	1,22359	-,426	78	,671
	Sağlıklı	40	52,1000	6,93116	1,09591			
Danışmaya Hazır Oluş	Hasta	40	42,9500	19,25131	3,04390	-1,304	78	,196
	Sağlıklı	40	47,8750	14,14973	2,23727			
Oto-kontrol	Hasta	40	52,6250	6,55817	1,03694	,320	75	,749
	Sağlıklı	37	52,0811	8,29115	1,36306			
Özgüven	Hasta	40	48,9500	9,63953	1,52414	,412	78	,681
	Sağlıklı	40	48,1000	8,79044	1,38989			
Kişisel Uyum	Hasta	40	48,1250	11,00626	1,74024	,000	78	1,000
	Sağlıklı	40	48,1250	9,96709	1,57594			
İdeal benlik	Hasta	40	53,5000	12,70372	2,00864	,074	78	,941
	Sağlıklı	40	53,3000	11,38645	1,80036			
Yaratıcı Kişilik	Hasta	40	51,5500	7,17170	1,13395	2,546	78	,013*
	Sağlıklı	40	47,4750	7,14677	1,13000			
Liderlik	Hasta	40	46,0500	9,80829	1,55083	-1,348	78	,181
	Sağlıklı	40	48,4500	5,52361	,87336			
Erkeksi Özellikler	Hasta	40	53,2000	9,78015	1,54638	1,618	78	,110
	Sağlıklı	40	49,7500	9,28398	1,46793			
Kadımsı Özellikler	Hasta	40	53,0500	12,06595	1,90779	2,432	78	,017*
	Sağlıklı	40	47,5000	7,91623	1,25167			

(*p<.05 **p<.01 ***p<.001)

Sonuç: İki grubun kişilik testi puanları “ilişkisiz t testi” ile karşılaştırılmış ve testin “başarma, başatlık, yakınlık, bağımsızlık, saldırganlık, değişiklik, ilgi görme, kendini suçlama, yaratıcı kişilik, kadımsı özellikler” alt testlerinde, istatistiksel açıdan .05 düzeyinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bunlardan, “başatlık, yakınlık, saldırganlık, kendini suçlama” alt testleri arasındaki fark .01 düzeyinde; “ilgi görme” puanları arasındaki fark .001 düzeyinde de anlamlıdır (Tablo 41). Hipotez doğrulanmıştır.

Hipotez 2. Hasta Grubunun Kişilik Özellikleri, Demografik

Özelliklerine Göre, Kendi İçinde Farklılık Göstermektedir:

Yaş:

Tablo 42. *Hasta Grubun Üyeleri Arasında Yaş Değişkenine Göre Kişilik Özellikleri Farkını Görmek İçin Yapılan Non-Parametrik Kruskal-Wallis Testi Sonuçları.*

ACL	Yaş	N	Sıralamalar Ortalaması	Kaykare	sd	p	
Alt Ölçekleri							
	Başarma	18-35 yaş	19	18,39	1,289	2	,525
		36-50 yaş	18	22,72			
		51 yaş ve üstü	3	20,50			
Toplam		40					
Başatlık	18-35 yaş	19	20,55	,116	2	,944	
	36-50 yaş	18	20,81				
	51 yaş ve üstü	3	18,33				
	Toplam	40					
Sebat	18-35 yaş	19	18,79	,838	2	,658	
	36-50 yaş	18	22,31				
	51 yaş ve üstü	3	20,50				
	Toplam	40					
Düzen	18-35 yaş	19	19,63	,965	2	,617	
	36-50 yaş	18	22,19				
	51 yaş ve üstü	3	15,83				
	Toplam	40					
Duyguları Anlama	18-35 yaş	19	19,97	,329	2	,848	
	36-50 yaş	18	21,50				
	51 yaş ve üstü	3	17,83				
	Toplam	40					
Şefkat Gösterme	18-35 yaş	19	19,84	,336	2	,845	
	36-50 yaş	18	21,58				
	51 yaş ve üstü	3	18,17				
	Toplam	40					
Yakınlık	18-35 yaş	19	21,79	3,191	2	,203	
	36-50 yaş	18	21,06				
	51 yaş ve üstü	3	9,00				
	Toplam	40					
Karşı Cinsle İlişkiler	18-35 yaş	19	21,63	1,418	2	,412	
	36-50 yaş	18	20,56				
	51 yaş ve üstü	3	13,00				
	Toplam	40					
Gösteriş	18-35 yaş	19	21,18	2,076	2	,354	
	36-50 yaş	18	21,33				
	51 yaş ve üstü	3	11,17				
	Toplam	40					
Bağımsızlık	18-35 yaş	19	24,29	7,734	2	,021*	
	36-50 yaş	18	19,11				
	51 yaş ve üstü	3	4,83				
	Toplam	40					
Saldırganlık	18-35 yaş	19	20,89	,078	2	,962	
	36-50 yaş	18	19,94				
	51 yaş ve üstü	3	21,33				
	Toplam	40					

Değişiklik	18–35 yaş	19	24,66	5,843	2	,05*
	36–50 yaş	18	15,69			
	51 yaş ve üstü	3	23,00			
	Toplam	40				
İlgi Görme	18–35 yaş	19	19,26	,462	2	,794
	36–50 yaş	18	21,86			
	51 yaş ve üstü	3	20,17			
	Toplam	40				
Kendini Suçlama	18–35 yaş	19	20,16	,713	2	,700
	36–50 yaş	18	21,67			
	51 yaş ve üstü	3	15,67			
	Toplam	40				
Uyarlık	18–35 yaş	19	20,21	,152	2	,927
	36–50 yaş	18	20,39			
	51 yaş ve üstü	3	23,00			
	Toplam	40				
Danışmaya Hazır Oluş	18–35 yaş	19	22,11	,950	2	,622
	36–50 yaş	18	19,58			
	51 yaş ve üstü	3	15,83			
	Toplam	40				
Oto-kontrol	18–35 yaş	19	18,05	2,013	2	,365
	36–50 yaş	18	23,28			
	51 yaş ve üstü	3	19,33			
	Toplam	40				
Özgüven	18–35 yaş	19	22,34	2,993	2	,224
	36–50 yaş	18	20,33			
	51 yaş ve üstü	3	9,83			
	Toplam	40				
Kişisel Uyum	18–35 yaş	19	20,89	,451	2	,798
	36–50 yaş	18	20,81			
	51 yaş ve üstü	3	16,17			
	Toplam	40				
İdeal benlik	18–35 yaş	19	20,87	,484	2	,785
	36–50 yaş	18	21,33			
	51 yaş ve üstü	3	13,17			
	Toplam	40				
Yaratıcı Kişilik	18–35 yaş	19	22,05	,726	2	,696
	36–50 yaş	18	19,39			
	51 yaş ve üstü	3	17,33			
	Toplam	40				
Liderlik	18–35 yaş	19	19,32	,484	2	,785
	36–50 yaş	18	21,92			
	51 yaş ve üstü	3	19,50			
	Toplam	40				
Erkeksi Özellikler	18–35 yaş	19	22,05	1,820	2	,403
	36–50 yaş	18	20,22			
	51 yaş ve üstü	3	12,33			
	Toplam	40				
Kadınsı Özellikler	18–35 yaş	19	20,21	,296	2	,863
	36–50 yaş	18	21,31			
	51 yaş ve üstü	3	17,50			
	Toplam	40				

(* p<.05)

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında yaş değişkenine göre “bağımsızlık” ve “değişiklik” ihtiyaçları alt testlerinde, 18–35 yaş lehine anlamlı farklılık bulunmuştur. Hasta grubun yaşı düştükçe, bağımsızlık ve değişiklik özelliklerinin yükseldiği görülmüştür (Tablo 42).

Eğitim Durumu:

Tablo 43. *Hasta Grubun Üyeleri Arasında Eğitim Durumu Değişkenine Göre Kişilik Özellikleri Farkını Görmek İçin Yapılan Non-Parametrik Kruskal-Wallis Testi Sonuçları.*

ACL Alt Ölçekleri	Eğitim durumu	N	Sıralamalar Ortalaması	Kay-kare	sd	p
Başarma	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	19,67	3,473	4	,482
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	21,20			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	23,75			
	Lise mezunu	6	18,50			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	11,75			
	Toplam	40				
Başatlık	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	16,83	2,886	4	,577
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	19,27			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	24,46			
	Lise mezunu	6	16,00			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	22,75			
	Toplam	40				
Sebat	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	18,00	8,075	4	,089
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	22,40			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	23,21			
	Lise mezunu	6	21,75			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	5,25			
	Toplam	40				
Düzen	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	22,50	9,758	4	,045*
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	20,03			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	25,33			
	Lise mezunu	6	21,67			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	4,50			
	Toplam	40				
Duyguları Anlama	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	28,00	7,975	4	,093
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	22,10			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	21,71			
	Lise mezunu	6	20,08			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	5,88			
	Toplam	40				
Şefkat Gösterme	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	14,17	2,009	4	,734
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	22,17			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	22,13			
	Lise mezunu	6	18,92			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	16,50			
	Toplam	40				
Yakınlık	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	28,33	6,800	4	,147
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	18,87			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	25,08			
	Lise mezunu	6	18,33			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	10,25			
	Toplam	40				
Karşı Cinsle İlişkiler	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	19,17	1,884	4	,757
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	19,80			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	23,08			
	Lise mezunu	6	15,83			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	23,38			
	Toplam	40				

Gösteriş	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	31,50	10,263	4	,036*
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	16,97			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	23,92			
	Lise mezunu	6	11,75			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	28,38			
	Toplam	40				
Bağımsızlık	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	30,00	7,060	4	,133
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	15,17			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	21,17			
	Lise mezunu	6	22,83			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	27,88			
	Toplam	40				
Saldırganlık	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	20,67	9,059	4	,060
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	18,67			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	19,75			
	Lise mezunu	6	15,75			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	36,63			
	Toplam	40				
Değişiklik	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	30,50	7,360	4	,118
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	17,80			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	18,63			
	Lise mezunu	6	18,42			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	31,88			
	Toplam	40				
İlgi Görme	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	31,50	14,307	4	,006**
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	12,07			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	22,79			
	Lise mezunu	6	26,08			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	28,63			
	Toplam	40				
Kendini Suçlama	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	28,50	5,432	4	,246
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	16,27			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	22,29			
	Lise mezunu	6	26,00			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	16,75			
	Toplam	40				
Uyarlık	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	19,00	5,383	4	,250
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	19,83			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	25,29			
	Lise mezunu	6	20,33			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	10,00			
	Toplam	40				
Danışmaya Hazır Oluş	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	19,17	,897	4	,925
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	19,50			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	19,63			
	Lise mezunu	6	22,83			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	24,38			
	Toplam	40				
Oto-kontrol	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	14,83	3,605	4	,462
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	19,40			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	20,42			
	Lise mezunu	6	27,83			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	18,13			
	Toplam	40				
Özgüven	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	21,83	,895	4	,925
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	19,93			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	22,50			
	Lise mezunu	6	17,25			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	20,50			
	Toplam	40				

Kişisel Uyum	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	8,67	4,963	4	,291
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	21,90			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	23,29			
	Lise mezunu	6	21,08			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	14,88			
	Toplam	40				
İdeal benlik	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	19,17	5,851	4	,211
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	24,17			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	22,04			
	Lise mezunu	6	15,83			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	10,13			
	Toplam	40				
Yaratıcı Kişilik	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	14,00	1,943	4	,746
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	22,73			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	19,13			
	Lise mezunu	6	22,33			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	18,38			
	Toplam	40				
Liderlik	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	19,17	4,832	4	,305
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	21,53			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	23,08			
	Lise mezunu	6	21,25			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	8,75			
	Toplam	40				
Erkeksi Özellikler	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	31,17	5,674	4	,225
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	17,27			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	23,42			
	Lise mezunu	6	21,67			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	14,13			
	Toplam	40				
Kadınısı Özellikler	Okuma yazma biliyor, ilkokul mezunu değil	3	31,83	6,963	4	,138
	İlkokul mezunu (5 yıl)	15	16,30			
	İlköğretim mezunu (8 yıl)	12	24,29			
	Lise mezunu	6	21,42			
	Yüksek okul ve üzeri okul mezunu	4	15,00			
	Toplam	40				

(* p<.05)

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında eğitim durumu değişkenine göre “gösteriş” ve “ilgi görme” ihtiyaçları alt testlerinde, okuma yazma bilip ilkokul mezunu olmayan grup lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Hasta grubun eğitim düzeyi düştükçe, gösteriş ve ilgi görme özellikleri yükselmektedir (Tablo 43).

Meslek:

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında meslek değişkenine göre kişilik özelliklerinin fark gösterip göstermediğini görmek için Non-Parametrik Kruskal-Wallis Testi yapılmış, hiçbir ölçekte istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

Şu Anki Çalışma Durumu:

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında şu anki çalışma durumu değişkenine göre kişilik özelliklerinin fark gösterip göstermediğini görmek için Mann-Whitney U Testi yapılmış, hiçbir ölçekte istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

*Aylık Gelir:***Tablo 44.** *Hasta Grubun Üyeleri Arasında Aylık Gelir Değişkenine Göre Kişilik Özellikleri Farkını Görmek İçin Yapılan Non-Parametrik Kruskal-Wallis Testi Sonuçları.*

ACL Alt Ölçekleri	Aylık Gelir	N	Sıralamalar Ortalaması	kaykare	sd	p
Başarma	1000 YTL'nin altı	32	19,27	3,974	2	,137
	1001–2000 YTL arası	5	30,10			
	2001 YTL ve üzeri	3	17,67			
	Toplam	40				
Başatlık	1000 YTL'nin altı	32	20,20	,350	2	,839
	1001–2000 YTL arası	5	20,10			
	2001 YTL ve üzeri	3	24,33			
	Toplam	40				
Sebat	1000 YTL'nin altı	32	20,23	5,889	2	,050*
	1001–2000 YTL arası	5	29,20			
	2001 YTL ve üzeri	3	8,83			
	Toplam	40				
Düzen	1000 YTL'nin altı	32	20,91	4,626	2	,099
	1001–2000 YTL arası	5	25,60			
	2001 YTL ve üzeri	3	7,67			
	Toplam	40				
Duyguları Anlama	1000 YTL'nin altı	32	19,55	7,036	2	,030*
	1001–2000 YTL arası	5	32,10			
	2001 YTL ve üzeri	3	11,33			
	Toplam	40				
Şefkat Gösterme	1000 YTL'nin altı	32	19,20	2,237	2	,327
	1001–2000 YTL arası	5	27,30			
	2001 YTL ve üzeri	3	23,00			
	Toplam	40				
Yakınlık	1000 YTL'nin altı	32	20,17	4,513	2	,105
	1001–2000 YTL arası	5	28,50			
	2001 YTL ve üzeri	3	10,67			
	Toplam	40				
Karşı Cinsle İlişkiler	1000 YTL'nin altı	32	21,45	1,788	2	,409
	1001–2000 YTL arası	5	19,40			
	2001 YTL ve üzeri	3	12,17			
	Toplam	40				
Gösteriş	1000 YTL'nin altı	32	21,16	,850	2	,654
	1001–2000 YTL arası	5	16,00			
	2001 YTL ve üzeri	3	21,00			
	Toplam	40				
Bağımsızlık	1000 YTL'nin altı	32	21,77	2,056	2	,358
	1001–2000 YTL arası	5	16,70			
	2001 YTL ve üzeri	3	13,33			
	Toplam	40				
Saldırganlık	1000 YTL'nin altı	32	20,55	6,937	2	,031*
	1001–2000 YTL arası	5	11,90			
	2001 YTL ve üzeri	3	34,33			
	Toplam	40				
Değişiklik	1000 YTL'nin altı	32	20,56	,017	2	,992
	1001–2000 YTL arası	5	20,60			
	2001 YTL ve üzeri	3	19,67			
	Toplam	40				
İlgi Görme	1000 YTL'nin altı	32	21,14	1,928	2	,381
	1001–2000 YTL arası	5	14,10			
	2001 YTL ve üzeri	3	24,33			
	Toplam	40				

Kendini Suçlama	1000 YTL'nin altı	32	22,22	3,497	2	,174
	1001–2000 YTL arası	5	14,00			
	2001 YTL ve üzeri	3	13,00			
	Toplam	40				
Uyarlık	1000 YTL'nin altı	32	19,84	,801	2	,670
	1001–2000 YTL arası	5	21,40			
	2001 YTL ve üzeri	3	26,00			
	Toplam	40				
Danışmaya Hazır Oluş	1000 YTL'nin altı	32	19,47	2,465	2	,292
	1001–2000 YTL arası	5	21,10			
	2001 YTL ve üzeri	3	30,50			
	Toplam	40				
Oto-kontrol	1000 YTL'nin altı	32	20,42	,115	2	,944
	1001–2000 YTL arası	5	19,80			
	2001 YTL ve üzeri	3	22,50			
	Toplam	40				
Özgüven	1000 YTL'nin altı	32	19,92	,611	2	,737
	1001–2000 YTL arası	5	24,30			
	2001 YTL ve üzeri	3	20,33			
	Toplam	40				
Kişisel Uyum	1000 YTL'nin altı	32	20,09	1,454	2	,483
	1001–2000 YTL arası	5	25,70			
	2001 YTL ve üzeri	3	16,17			
	Toplam	40				
İdeal Benlik	1000 YTL'nin altı	32	19,63	3,348	2	,188
	1001–2000 YTL arası	5	29,00			
	2001 YTL ve üzeri	3	15,67			
	Toplam	40				
Yaratıcı Kişilik	1000 YTL'nin altı	32	19,22	7,458	2	,024*
	1001–2000 YTL arası	5	33,10			
	2001 YTL ve üzeri	3	13,17			
	Toplam	40				
Liderlik	1000 YTL'nin altı	32	19,44	3,541	2	,170
	1001–2000 YTL arası	5	29,50			
	2001 YTL ve üzeri	3	16,83			
	Toplam	40				
Erkeksi Özellikler	1000 YTL'nin altı	32	20,92	1,085	2	,581
	1001–2000 YTL arası	5	21,80			
	2001 YTL ve üzeri	3	13,83			
	Toplam	40				
Kadınısı Özellikler	1000 YTL'nin altı	32	20,55	1,407	2	,495
	1001–2000 YTL arası	5	24,10			
	2001 YTL ve üzeri	3	14,00			
	Toplam	40				

(* p<.05)

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında aylık gelir değişkenine göre “sebat, duyguları anlama, saldırganlık, yaratıcı kişilik” alt testlerinde, istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Sebat, duyguları anlama ve yaratıcılık alt testlerindeki anlamlı farklılık, aylık geliri 1001–2000 YTL aralığında olan hasta grubu lehine gerçekleşmiştir. Saldırganlık alt boyutunda ise aylık geliri 2001 YTL ve üzerinde olan grup lehine anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 44).

Medeni Durum:

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında medeni durum değişkenine göre kişilik özelliklerinin fark gösterip göstermediğini görmek için Non-Parametrik Kruskal-Wallis Testi yapılmış, hiçbir ölçekte istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

Şu Anki İkamet Şekli:

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında şu an kiminle yaşadığı değişkenine göre kişilik özelliklerinin fark gösterip göstermediğini görmek için Non-Parametrik Kruskal-Wallis Testi yapılmış, hiçbir ölçekte istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

Çocukluk Döneminde Kiminle Yaşadığı:

Tablo 45. Hasta Grubun Üyeleri Arasında Çocukluk Döneminde Kiminle Yaşadığı Değişkenine Göre Kişilik Özellikleri Farkını Görmek İçin Yapılan Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi Sonuçları.

ACL Alt Ölçekleri	Çocukluk Döneminde Kiminle Yaşadığı	N	Sıralamalar Ortalaması	U	z	p
Başarma	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	20,58	35,00	-,188	,851
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	19,00			
	Toplam	40				
Başatlık	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	20,84	25,00	-,808	,419
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	14,00			
	Toplam	40				
Sebat	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	21,00	19,00	-1,181	,238
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	11,00			
	Toplam	40				
Düzen	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	21,03	18,00	-1,244	,214
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	10,50			
	Toplam	40				
Duyguları Anlama	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	20,89	23,00	-,935	,350
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	13,00			
	Toplam	40				
Şefkat Gösterme	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	21,16	13,00	-1,557	,120
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	8,00			
	Toplam	40				
Yakınlık	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	20,82	26,00	-,747	,455
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	14,50			
	Toplam	40				
Karşı Cinsle İlişkiler	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	20,66	32,00	-,373	,709
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	17,50			
	Toplam	40				
Gösteriş	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	20,01	19,50	-1,150	,250
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	29,75			
	Toplam	40				
Bağımsızlık	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	19,87	14,00	-1,499	,134
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	32,50			
	Toplam	40				
Saldırganlık	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	20,46	36,50	-,093	,926
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	21,25			
	Toplam	40				
Değişiklik	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	20,21	27,00	-,686	,493
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	26,00			
	Toplam	40				
İlgi Görme	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	19,97	18,00	-1,245	,213
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	30,50			
	Toplam	40				
Kendini Suçlama	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	20,01	19,50	-1,152	,249
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	29,75			
	Toplam	40				
Uyarlık	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	20,87	24,00	-,872	,383
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	13,50			
	Toplam	40				
Danışmaya Hazır Oluş	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	19,79	11,00	-1,678	,093
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	34,00			
	Toplam	40				
Oto-kontrol	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	20,76	28,00	-,642	,521
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	15,50			
	Toplam	40				

Özgiüven	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	20,67	31,50	-,405	,686
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	17,25			
	Toplam	40				
Kişisel Uyum	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	21,34	6,00	-1,996	,046*
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	4,50			
	Toplam	40				
İdeal Benlik	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	21,24	10,00	-1,741	,082
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	6,50			
	Toplam	40				
Yaratıcı Kişilik	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	20,21	27,00	-,687	,492
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	26,00			
	Toplam	40				
Liderlik	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	20,92	22,00	-,995	,310
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	12,50			
	Toplam	40				
Erkeksi Özellikler	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	19,91	15,50	-1,400	,161
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	31,75			
	Toplam	40				
Kadın Özellikler	Anne, baba ve aile ile birlikte	38	20,66	32,00	-,373	,704
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	2	17,50			
	Toplam	40				

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında çocukluk döneminde kiminle yaşadığı değişkenine göre sadece “kişisel uyum” boyutunda anlamlı farklılık elde edilmiştir. Çocukluk dönemini akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında geçiren bireylerin kişisel uyum puanları, aile yanında büyüyen bireylere göre, anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (Tablo 45).

Ergenlik Döneminde Kiminle Yaşadığı:

Tablo 46. *Hasta Grubun Üyeleri Arasında Ergenlik Döneminde Kiminle Yaşadığı Değişkenine Göre Kişilik Özellikleri Farkını Görmek İçin Yapılan Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi Sonuçları.*

ACL Alt Ölçekleri	Ergenlik Döneminde Kiminle Yaşadığı	N	Sıralamalar Ortalaması	U	z	p
Başarma	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	20,47	83,500	-,609	,542
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	17,42			
	Toplam	39				
Başatlık	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	20,73	75,00	-,936	,349
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	16,00			
	Toplam	39				
Sebat	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	21,32	55,00	-,696	,090
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	12,75			
	Toplam	39				
Düzen	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	21,08	63,500	-,385	,166
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	14,08			
	Toplam	39				
Duyguları Anlama	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	20,80	72,500	-,035	,300
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	15,58			
	Toplam	39				
Şefkat Gösterme	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	21,52	49,00	-,960	,050*
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	11,67			
	Toplam	39				
Yakınlık	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	20,89	69,500	-,151	,250
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	15,08			
	Toplam	39				
Karşı Cinsle İlişkiler	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	20,47	83,500	-,604	,546
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	17,42			
	Toplam	39				
Gösteriş	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	19,65	87,50	-,448	,654
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	21,92			
	Toplam	39				
Bağımsızlık	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	19,82	93,00	-,235	,814
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	21,00			
	Toplam	39				
Saldırganlık	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	19,91	96,00	-,117	,907
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	20,50			
	Toplam	39				
Değişiklik	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	20,24	91,00	-,313	,754
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	18,67			
	Toplam	39				
İlgi Görme	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	19,15	71,00	-,093	,274
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	24,67			
	Toplam	39				
Kendini Suçlama	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	19,47	81,500	-,684	,494
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	22,92			
	Toplam	39				
Uyarlık	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	20,05	97,500	-,059	,953
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	19,75			
	Toplam	39				
Danışmaya Hazır Oluş	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	20,17	93,500	-,214	,830
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	19,08			
	Toplam	39				

Oto-kontrol	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	20,61	79,00	-,803	,422
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	16,67			
	Toplam	39				
Özgüven	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	21,03	65,00	-1,326	,184
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	14,33			
	Toplam	39				
Kişisel Uyum	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	21,26	57,500	-1,624	,104
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	13,08			
	Toplam	39				
İdeal Benlik	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	21,53	48,500	-1,970	,049*
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	11,58			
	Toplam	39				
Yaratıcı Kişilik	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	19,61	86,00	-,509	,611
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	22,17			
	Toplam	39				
Liderlik	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	21,62	45,500	-2,088	,037*
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	11,08			
	Toplam	39				
Erkeksi Özellikler	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	19,88	95,00	-,156	,876
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	20,67			
	Toplam	39				
Kadını Özellikler	Anne, baba ve aile ile birlikte	33	19,95	97,500	-,058	,953
	Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında	6	20,25			
	Toplam	39				

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında ergenlik döneminde kiminle yaşadığı değişkenine göre “şefkat gösterme, ideal benlik, liderlik” alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir. Ergenlik dönemini akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında geçiren bireylerin şefkat gösterme, ideal benlik ve liderlik puanları, ergenlik dönemini aile yanında geçiren bireylere göre, anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (Tablo 46).

Demografik Özellikler değişkenine göre hasta grup kendi içinde değerlendirildiğinde; Meslek, Şu Anki Çalışma Durumu, Medeni Durum ve Şu Anki İkamet Şekli alt değişkenlerinde, grup içinde farklılık gözlenmezken; Yaş, Eğitim Durumu, Aylık Gelir, Çocukluk Döneminde Kiminle Yaşadığı ve Ergenlik Döneminde Kiminle Yaşadığı alt değişkenlerinde grup içinde farklılıklar gözlenmiştir. Yani hasta grubun kişilik özellikleri, bazı demografik özelliklerine göre kendi içinde farklılık göstermektedir; 2. hipotez doğrulanmıştır.

Hipotez 3. Hasta Grubunun Kişilik Özellikleri, Hastalık ve Tedavinin Durumuna Göre, Kendi İçinde Farklılık Göstermektedir:

Psikolojik Rahatsızlık Durumunu Algılama:

Tablo 47. *Hasta Grubun Üyeleri Arasında Psikolojik Rahatsızlık Durumunu Algılama Değişkenine Göre, Kişilik Özellikleri Farkını Görmek İçin Yapılan Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi Sonuçları.*

ACL Alt Ölçekleri	Psikolojik Rahatsızlık Durumunu Algılama	N	Sıralamalar Ortalaması	u	z	p
Kendini Suçlama	Evet, var	29	22,81	92,500	-2,037	,042
	Hayır, yok	11	14,41			
	Total	40				

(*p<.05)

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında psikolojik rahatsızlık durumunu algılama değişkenine göre kişilik özelliklerinin fark gösterip göstermediğini anlamak için, Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi yapılmıştır. Sıfat Tarama Listesi alt testleri arasında sadece “kendini suçlama” alt testi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Psikolojik rahatsızlığı olduğunu düşünen hasta bireylerin kendini suçlama özelliği, hastalığı olmadığını düşünen hasta bireylerden anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 47).

Psikolojik Şikâyetlerin Başlama Zamanı:

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında, psikolojik şikâyetlerin başlama zamanı değişkenine göre kişilik özelliklerinin fark gösterip göstermediğini anlamak için, Non-Parametrik Kruskall-Wallis Testi yapılmış, bu değişkene göre hastaların kişilik özellikleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Psikolojik Şikâyetlerle Tedaviye Başlama Zamanı:

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında, psikolojik şikâyetler sebebiyle tedaviye başlama zamanı değişkenine göre kişilik özelliklerinin fark gösterip göstermediğini anlamak için, Non-Parametrik Kruskall-Wallis Testi yapılmış, bu değişkene göre hastaların kişilik özellikleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Psikolojik Şikâyetler Sebebiyle Hastaneye Yatış Sayısı:

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında, psikolojik şikâyetler sebebiyle hastaneye yatış sayısı değişkenine göre kişilik özelliklerinin fark gösterip göstermediğini anlamak için, Non-Parametrik Kruskal-Wallis Testi yapılmış, bu değişkene göre hastaların kişilik özellikleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Hastalık ve Tedavinin Durumu değişkenine göre hasta grup kendi içinde değerlendirildiğinde; sadece Psikolojik Rahatsızlık Durumunu Algılama alt değişkeninde grup içinde farklılaşma bulunmuştur. Psikolojik Şikâyetlerin Başlama Zamanı, Psikolojik Şikâyetler Sebebiyle Tedaviye Başlama Zamanı, Psikolojik Şikâyetler Sebebiyle Hastaneye Yatış Sayısı alt değişkenlerinde ise grup içinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Sonuç olarak 3. hipotez kısmen doğrulanmıştır.

Hipotez 4. Hasta Grubunun Kişilik Özellikleri, Ailelerinin Psikolojik Durumuna Göre, Kendi İçinde Farklılık Göstermektedir:

Ailede Psikolojik Rahatsızlık Geçirmiş Birey Bulunması Durumu

Ailede Psikolojik Rahatsızlık Geçirmiş Bireyin Kim Olduğu

Ailede Psikolojik Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Olan Birey Bulunması Durumu

Ailede Psikolojik Rahatsızlık Nedeniyle Yatarak Tedavi Olan Bireyin Kim Olduğu:

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında, ailede psikolojik rahatsızlık geçirmiş birey bulunması değişkenine göre kişilik özelliklerinin fark gösterip göstermediğini anlamak için, Non-Parametrik Kruskal-Wallis Testi yapılmış, bu değişkene göre grup içinde anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sebeple, yanıtı bu alt değişkene bağlı olan diğer alt değişkenler için istatistikî işlem yapılmamıştır.

Ailelerinin Psikolojik Durumu değişkenine göre hasta grup kendi içinde değerlendirildiğinde; hiçbir alt değişken için grup içerisinde anlamlı bir farklılığa ulaşılamamıştır. Sonuç olarak 4. hipotez doğrulanmamıştır.

Hipotez 5. Hasta Grubunun Kişilik Özellikleri, Klinik Özelliklerine Göre, Kendi İçinde Farklılık Göstermektedir:

Yaşam Boyunca Önemli Bir Trafik Kazası Geçirmiş Olma:

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında, yaşam boyunca önemli bir trafik kazası geçirmiş olma değişkenine göre kişilik özelliklerinin fark gösterip göstermediğini anlamak için, Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi yapılmış, bu değişkene göre hastaların kişilik özellikleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çocukluktan Bugüne Ağır Şekilde Fiziksel Zarar Veren Bir Olay

Yaşamış Olma:

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında, çocukluktan bugüne ağır şekilde fiziksel zarar veren bir olay yaşamış olma değişkenine göre kişilik özelliklerinin fark gösterip göstermediğini anlamak için, Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi yapılmış, bu değişkene göre hastaların kişilik özellikleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çocukluktan Bugüne Ağır Bir Hastalık Geçirmiş Olma Durumu:

Tablo 48. *Hasta Grubun Üyeleri Arasında Çocukluktan Bugüne Ağır Bir Hastalık Geçirmiş Olma Durumu Değişkenine Göre, Kişilik Özellikleri Farkını Görmek İçin Yapılan Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi Sonuçları.*

ACL Alt Ölçekleri	Çocukluktan Bu Yana Ağır Bir Hastalık Geçirmiş Olma	N	Sıralamalar Ortalaması	u	z	p
Başarma	Evet	11	14,36	92,00	-2,063	,041*
	Hayır	29	22,83			
	Total	40				

(*p<.05)

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında çocukluktan bu yana ağır bir hastalık geçirmiş olma değişkenine göre kişilik özelliklerinin fark gösterip göstermediğini anlamak için, Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi yapılmıştır. Sıfat Tarama Listesi alt testleri arasında sadece “başarma” alt testi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çocukluktan bu yana ağır bir hastalık geçirmiş olan hastaların başarma ihtiyacı, hastalık geçirmemiş olan hastalardan, anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Tablo 48).

Herhangi Bir Şekilde Ciddi Bir Kafa Darbesi Almış Olma

Durumu:

Tablo 49. *Hasta Grubun Üyeleri Arasında Herhangi Bir Şekilde Ciddi Bir Kafa Darbesi Almış Olma Değişkenine Göre, Kişilik Özellikleri Farkını Görmek İçin Yapılan Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi Sonuçları.*

ACL Alt Ölçekleri	Ciddi Bir Kafa Darbesi Almış Olma Durumu	N	Sıralamalar Ortalaması	U	z	p
Başarma	Evet	23	20,50	195,00	,000	1,000
	Hayır	17	20,50			
	Toplam	40				
Başatlık	Evet	23	17,43	125,00	-1,963	,050*
	Hayır	17	24,65			
	Toplam	40				
Sebat	Evet	23	18,39	147,00	-1,329	,184
	Hayır	17	23,35			
	Toplam	40				
Düzen	Evet	23	19,26	167,00	-,781	,435
	Hayır	17	22,18			
	Toplam	40				
Duyuları Anlama	Evet	23	19,48	172,00	-,645	,519
	Hayır	17	21,88			
	Toplam	40				
Şefkat Gösterme	Evet	23	18,83	157,00	-1,057	,291
	Hayır	17	22,76			
	Toplam	40				
Yakınlık	Evet	23	18,85	157,500	-1,042	,297
	Hayır	17	22,74			
	Toplam	40				
Karşı Cinsle İlişkiler	Evet	23	17,63	129,500	-1,809	,070
	Hayır	17	24,38			
	Toplam	40				
Gösteriş	Evet	23	17,67	130,50	-1,781	,075
	Hayır	17	24,32			
	Toplam	40				
Bağımsızlık	Evet	23	18,85	157,500	-1,046	,295
	Hayır	17	22,74			
	Toplam	40				
Saldırganlık	Evet	23	19,76	178,500	-,466	,641
	Hayır	17	21,50			
	Toplam	40				
Değişiklik	Evet	23	19,91	182,00	-,371	,710
	Hayır	17	21,29			
	Toplam	40				
İlgi Görme	Evet	23	22,39	152,00	-1,194	,233
	Hayır	17	17,94			
	Toplam	40				
Kendini Suçlama	Evet	23	21,57	171,00	-,673	,501
	Hayır	17	19,06			
	Toplam	40				
Uyarlık	Evet	23	20,54	194,500	-,027	,978
	Hayır	17	20,44			
	Toplam	40				

Danışmaya Hazır Oluş	Evet	23	23,98	115,500	-2,192	,028*
	Hayır	17	15,79			
	Toplam	40				
Oto-kontrol	Evet	23	24,33	107,50	-2,492	,013*
	Hayır	17	15,32			
	Toplam	40				
Özgüven	Evet	23	17,11	117,500	-2,141	,032
	Hayır	17	25,09			
	Toplam	40				
Kişisel Uyum	Evet	23	19,09	163,00	-,894	,372
	Hayır	17	22,41			
	Toplam	40				
İdeal Benlik	Evet	23	17,33	122,500	-2,001	,045*
	Hayır	17	24,79			
	Toplam	40				
Yaratıcı Kişilik	Evet	23	19,91	182,00	-,371	,710
	Hayır	17	21,29			
	Toplam	40				
Liderlik	Evet	23	17,41	124,500	-1,947	,051
	Hayır	17	24,68			
	Toplam	40				
Erkeksi Özellikler	Evet	23	19,09	163,00	-,892	,373
	Hayır	17	22,41			
	Toplam	40				
Kadınsı Özellikler	Evet	23	19,91	182,00	-,370	,711
	Hayır	17	21,29			
	Toplam	40				

(*p< .05)

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında herhangi bir şekilde ciddi bir kafa darbesi almış olma değişkenine göre kişilik özelliklerinin fark gösterip göstermediğini anlamak için, Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi yapılmıştır. Sıfat Tarama Listesi alt testlerinden “başatlık, danışmaya hazır oluş, oto-kontrol, ideal benlik” alt testleri puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bugüne kadar herhangi bir şekilde ciddi bir kafa darbesi almış olan hastaların başatlık, danışmaya hazır oluş, oto-kontrol ve ideal benlik gereksinimleri, bir kafa darbesi almamış hastalara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Tablo 49).

İntihar Etmeyi Denemiş Olma Durumu:

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında, intihar etmeyi denemiş olma değişkenine göre kişilik özelliklerinin fark gösterip göstermediğini anlamak için, Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi yapılmış, bu değişkene göre hastaların kişilik özellikleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Hekim Tavsiyesi Dışında İlaç ya da Madde Kullanmış Olma Durumu:

Sonuç: Hasta grubun üyeleri arasında, hekim tavsiyesi dışında bir ilaç ya da madde (psikoaktif madde) kullanmış olma değişkenine göre kişilik özelliklerinin fark gösterip göstermediğini anlamak için, Non-Parametrik Mann-Whitney U Testi yapılmış, bu değişkene göre hastaların kişilik özellikleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Klinik Özellikler değişkenine göre hasta grup kendi içinde değerlendirildiğinde; sadece Çocukluktan Bugüne Ağır Bir Hastalık Geçirmiş Olma ve Herhangi Bir Şekilde Ciddi Bir Kafa Darbesi Almış Olma alt değişkenlerinde, grup içinde farklılıklar olduğunu gösteren anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Bu nedenle 5. hipotez, kısmen doğrulanmıştır.

BÖLÜM V

SONUÇLAR, YORUM VE TARTIŞMA

Bu çalışmada, Bipolar bozukluk yaşayan bireylerin, sağlıklı bireylerden farklı kişilik özelliklerine sahip olduğu varsayılarak, “Bipolar bozukluk yaşayan bireylerin kişilik özellikleri nelerdir?” sorusuna yanıt aranmaya çalışılmıştır. Bipolar bozukluk yaşayan hastaların kişilik özelliklerinin belirlenmesinin, hastalığın tanı ve tedavi süreçlerine katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Bununla birlikte benzer klinik özellikler ve benzer kişilik özellikleri gösteren çocuk ve gençlerin de fark edilmesi ve çeşitli psiko-sosyal destek programları ile desteklenmelerinin yolunu açması bakımından, konunun önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırma Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde yapılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce, hem kadın hem de erkek Bipolar hastalar ile çalışılması planlanmıştır. Ancak uygulama için gerekli olan uygun çalışma koşulları, sadece erkek hastaların bulunduğu servislerde sağlanabilmiştir. Bu nedenle araştırma sadece erkek hasta grubu ve buna bağlı olarak seçilen erkek sağlıklı kontrol grubu üzerinde yapılmıştır (Tablo 10). Araştırmanın en önemli eksikliğinin bu olduğu düşünülmektedir.

Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi K3 K2 erkek psikoz hastaları servisinde yatarak tedavi gören 40 Bipolar

erkek hasta ve random örnekleme yoluyla seçilen 40 yetişkin sağlıklı erkek birey, araştırma kapsamına dâhil edilmiştir (Tablo 10). Hasta bireylerin örnekleme kabulünde, doktorların teşhisi ve hasta dosyalarından alınan bilgiler yol gösterici olmuştur. Kontrol grubuna girecek bireylerin tespiti için ise, Ruhsal Belirti Tarama Listesi 90R kullanılmıştır. Bu testin uygulandığı yüzden fazla yetişkin erkek birey arasından, ideal puanlara en yakın olan ilk 40 kişi, araştırmanın kontrol grubunu oluşturmak üzere seçilmiştir. Araştırmaya katılan iki gruba da Sıfat Tarama Listesi kişilik testi uygulanmıştır. Bunun dışında bir de, araştırmaya katılan bireylerin demografik, psikolojik, ailevi ve klinik özelliklerini anlayabilmek amacıyla, araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket uygulanmıştır (Ek1, Ek 2). 24 soru içeren anket, hasta ve sağlıklı grup için iki ayrı form olarak hazırlanmıştır. 24 sorunun 21 tanesi iki grupta ortaktır. Üç soru ise hastalarda hastalığa ve tedaviye dair bilgilere, sağlıklı grupta psikolojik yapıya ait bilgilere ayrılmıştır. Hasta anketlerindeki (Ek 1) son iki soru, hastalara verilen anket formuna konmamış, hasta dosyalarından alınan bilgiler doğrultusunda, araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Sıfat Tarama Listesi kişilik testinin sonuçları, iki grubun kişilik özelliklerini görmek ve birbiriyle karşılaştırmak için, istatistikî işlemlere tabi tutulmuştur (Tablo 41). Daha sonra, anketten elde edilen veriler ile bu kişilik testinin bulguları birlikte işlenerek, hasta grubun içerisinde de değerlendirme yapılmıştır. Bulgular, I. bölümde belirtilen ve beş grupta toplanan bağımsız değişkenlere ve araştırmanın hipotezlerine göre, şekil ve tablolar yardımıyla ifade edilmiştir. Çalışma sonucunda; Bipolar bozukluk yaşayan hastalar ile sağlıklı bireylerin, farklı kişilik özellikleri olduğu sonucuna ulaşılmış ve araştırmanın ana

hipotezi doğrulanmıştır. Bipolar hastaların kişilik özellikleri de, çeşitli demografik, klinik ve hastalıkla ilgili unsurlara bağlı olarak farklılık göstermektedir. Araştırmanın öne sürdüğü beş hipotezden dördü doğrulanmış, biri doğrulanmamıştır. Bu hipotezler ve içerdikleri alt değişkenlere göre sonuçlar şöyle açıklanabilir:

Hipotez 1. Bipolar bozukluk yaşayan bireyler ile hiçbir psikiyatrik hastalık tanısı almamış sağlıklı bireylerin kişilik özellikleri, birbirinden farklıdır: Araştırmanın birinci hipotezi; Bipolar bozukluk yaşayan bireyler ile sağlıklı bireylerin, birbirlerinden farklı kişilik özelliklerine sahip olduğudur. Bunu test etmek için, hasta ve sağlıklı gruplara uygulanan kişilik testinin sonuçları birbiriyle karşılaştırılmıştır (Tablo 41). Sıfat Tarama Listesi kişilik testinin sonuçlarına göre, hasta grubu en yüksek puanları sırasıyla “kendini suçlama, ilgi görme, yakınlık, ideal benlik, erkeksi özellikler, kadınsı özellikler, oto-kontrol, şefkat gösterme, yaratıcı kişilik duyguları anlama” testlerinden almıştır (Tablo 40).

“Kendini suçlama” alt boyutu, en yüksek puanıyla dikkati çekmektedir (Tablo 40). Alt testlerin içeriğinde, bu alt ölçekten yüksek puan alan bireylerin kaygılı ve iç gerilimlerini bedensel belirtiler yoluyla ifade eden bireyler olduklarından söz edilmektedir. Hassas, yorumlara ve küçük düşürücü davranışlara karşı duyarlı, çekingen bir yapıda oldukları, içedönük ve dıştan denetimli bireyler oldukları ifade edilmektedir. Savunma sistemleri zayıf olan bu bireylerin, saldırı ya da ani bir şok durumunda, korkuya kapılıp geri çekildiklerinden, hemen her olayda kendini suçlamaya eğimli olduklarından,

kendini devamlı olarak eksik ve yetersiz görme eğiliminde bireyler olduklarından bahsedilmektedir. Özgüvenleri zayıftır. Çatışmadan kaçınmak için, başkalarının arzularına istemese de boyun eğdikleri ifade edilir. Freud depresyonun; bireyin, kendisini oral doyumdan yoksun bıraktığı için kızgınlık hissettiği nesnenin kaybına karşı geliştirdiği bir yas tepkisinden doğduğunu ileri sürmüştür. Bireyin nesneye karşı yaşadığı öfkeyi, suçluluk duyguları nedeniyle kendisine yönelttiğini ve böylece depresyona girdiğini ifade etmiştir (Ünal, 2000:72-73). Kişilik testinde en yüksek puanın “kendini suçlama” ve en düşük puanlardan birinin “saldırganlık” alt testlerinden alınmış olması, bu düşünceyi destekler niteliktedir. Manik-depresif hastanın yaşadığı nesne kaybına engel olamaması da, kendini suçlamasına ve hissettiği öfkeyi kendine yöneltmesine neden olabilir. İçeride yansıtılan öfke organizmada “depresyon” olarak kendini gösterir.

Kişilik testinden alınan ikinci en yüksek puan “ilgi görme” alt boyutuna aittir (Tablo 40). Hasta grubundaki bireylerin, dışarıdan gelecek ilgi ve desteğe büyük ölçüde ihtiyaç duydukları söylenebilir. Bu ihtiyaç karşılanmadığında ise, çaresizlik duyguları egemen olacaktır.

Üçüncü en yüksek puan “yakınlık” alt testinden alınmıştır (Tablo 40). Bir gruba ait olmak, kişisel dostluklar kurmak ve sürdürmek olarak tanımlanmış olan yakınlık boyutunun, ilgi görme ile birlikte, en yüksek değerde çıkan alt boyutlardan biri olması, tesadüf değil, bir önceki veriyi destekler niteliktedir.

Bipolar hastalarda “özgüven” boyutu düşük olmakla birlikte, “ideal benlik” alt testi puanları, oldukça yüksek bulunmuştur (Tablo 40). Bu durum,

kendilerine ve yaşama dair, kendi yetenek ve kapasitelerinin çok üzerinde hedefler koyuyor olmalarıyla açıklanabilir. Alçalıp yükselen duygu dünyasının etkisiyle, kendisini olmayacak şekillerde hayal edebilir. Testten elde edilen veriler ışığında bu grubun “başarma” kapasitesinin oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu durumda, konulan hedeflere ulaşılamadığında hayal kırıklığı yaşanması, yine ümitsizlik ve çaresizlik duygularının hissedilmesi, kuvvetle muhtemeldir.

Yüksek puanlarıyla dikkati çeken diğer alt ölçekler “erkeksi özellikler” ile “kadınsı özellikler” testleridir (Tablo 40). Tamamı erkeklerden oluşmuş bu örnekleme, kadınsı özelliklerin erkeksi özellikler kadar yüksek değerde bulunması, bu hastaların bu testte de yüksek çıkmış “yaratıcılık” ve “duyguları anlama” özellikleriyle açıklanabilir. Bu hastaların duygudurumları gibi, bilişsel süreçleri de farklı özellikler gösterebilir. Bipolar hastaların düşünceleri, günlük yaşamın norm ve sınırlarından soyutlanmış gibidir. Özellikle hastalığın manik evresinde, hastanın imkânsız denebilecek fikirleri olduğu ve bunları rahatça anlattığı gözlenebilir. Bu kural, sınır ve mantık ölçülerinden uzak düşünce yapısı, yaratıcı düşünce için gereken koşulları da beraberinde getirmektedir. Olaylara belli kalıplardan bakmama, önceden belirlenmiş sınırların ötesinde bir şeyler düşünebilme becerisi, hastanın kadınlık ve erkeklik rollerini de farklı şekilde yorumlamasına neden olabilir. Cinsel yöneliminden bağımsız olarak, toplumda karşı cinse atfedilen değerler ve nitelikleri de taşıyor olduğu düşünülebilir. Ölçeğin “duyguları anlama” ve “şefkat gösterme” alt testleri de anlamlı şekilde yüksek değerde bulunmuştur. Bu durum, kendi duygusal yapısının da çok hassas bir dengede duruyor olmasından doğan bir hassasiyete işaret edebilir.

Bipolar hastaların testten aldığı en düşük puan “danışmaya hazır oluş” alt boyutuna aittir (Tablo 40). Bu alt ölçek, bireylerin dışardan gelecek psikolojik yardımdan yararlanabilme düzeyini açıklamaktadır. Bu puanın düşük olması; kişinin problemini görmezden gelme eğiliminde olduğunu gösterebileceği gibi, bireyin yardım alsa bile bu süreçten çok fayda göremeyeceği anlamına da gelebilir.

Bipolar hastaların testten düşük puan aldığı diğer alt testler de “saldırganlık” ve “liderlik” alt boyutlarıdır (Tablo 40). Bipolar hastalarda saldırganlık boyutunun düşük çıkmış olması, saldırganlığın olmadığı anlamına gelmez. Saldırganlığın düşük çıkmış olmasının nedeni, yukarıda açıklandığı şekilde, öfkenin içe yansıtılmış olmasından kaynaklanmaktadır. Nesne kaybından dolayı yaşanan öfke, asıl kaynağına yansıtılmadığı için, içe alınır ve bu patolojinin ortaya çıkmasına neden olur. Yani manik-depresif hastanın saldırganlığı dış dünyaya değil, kendi psikolojik bütünlüğüne yönelmiştir.

Sıfat Tarama Listesi kişilik testinin genel sonuçlarına göre, hasta grubunun insan ilişkilerine yönelik tüm alt ölçeklerdeki puanları, ortalama seviyenin üzerindedir. Bu sonuçlara göre bu hastaların, insanlarla daha samimi ilişkiler kurma ihtiyacında oldukları düşünülebilir. Ancak bu duruma tezat oluşturabilecek şekilde, “bağımsızlık” ihtiyacı da, ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Bu durum aslında hastalığın iki kutuplu ilerleyen yapısını da yansıtmaktadır. Testte “oto-kontrol” boyutunun yüksek düzeyde çıkmasının nedenlerinden biri, bu olabilir.

Bipolar hastaların kişilik özelliklerine dair elde edilen sonuçlar, literatürdeki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Sayın (2005) ile Engström ve diğerlerinin (2004) yaptığı çalışmalarda, Bipolar hastaların “kendini yönetme” ve “işbirliği yapma” özellikleri, sağlıklı bireylerden daha düşük bulunmuştur. Loftus ve diğerlerinin (2008) yaptığı çalışmada da Bipolar hastaların “kendini yönetme” özelliği, sağlıklı bireylerden daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada kullanılan kişilik ölçeğinin alt boyutları dikkate alındığında, benzer sonuçlara ulaşılmış olduğu görülmektedir. Sıfat Tarama Listesi kişilik testinden elde edilen sonuçlara göre, Bipolar hastaların “liderlik” ve “kişisel uyum” puanları, sağlıklı bireylerden oldukça düşüktür.

Sağlıklı bireyler ise; sırasıyla “başatlık, ideal benlik, düzen, kendini suçlama, oto-kontrol, uyarlık, danışmaya hazır oluş, sebat, başarıma, şefkat gösterme” alt testlerinden yüksek puanlar almışlardır (Tablo 40). Bu grubun testte en düşük puanı aldığı alt testler ise sırasıyla “karşı cinsle ilişkiler, değişiklik, bağımsızlık, ilgi görme, kadınsı özellikler, yakınlık, yaratıcılık” alt boyutlarına aittir. Sağlıklı grubu oluşturması için seçilen bireyler, kişilik testinin neredeyse bütün alt testlerinde Türkiye ortalamasına yakın puanlar alıp, normal bir dağılım örneği oluşturmuşlardır. Aşırı uç değerlerde puanlara rastlanmamıştır.

İki grubun Sıfat Tarama Listesi kişilik testi puanlarının karşılaştırılması sonucunda; “başarıma, başatlık, yakınlık, bağımsızlık, saldırganlık, değişiklik, ilgi görme, kendini suçlama, yaratıcı kişilik ve kadınsı özellikler” alt ölçeklerinde, istatistiksel açıdan en az .05 düzeyinde anlamlı farklılıklar elde edilmiştir (Tablo 41). Farklılık görülen bu alt testlerden “yakınlık,

bağımsızlık, değişiklik, ilgi görme, kendini suçlama, yaratıcı kişilik, kadınsı özellikler” alt testlerinde hastalar sağlıklı gruptan yüksek puan almışlardır. Sağlıklı grup da “başarma, başatlık, saldırganlık” alt testlerinde Bipolar hastalardan yüksek puan almıştır.

Hasta grubunda daha düşük bulunan özellik ve ihtiyaçları incelemek gerekirse (Tablo 41); hasta grubun başarılı olmaya dair ihtiyacı, sağlıklı gruba göre anlamlı derecede daha düşüktür ($p < .05$). Hasta grubun başatlık özelliği, sağlıklı gruba göre anlamlı derecede daha düşüktür ($p < .01$). Gruplarda önderlik rolü üstlenmek için çalışmak, bireysel ilişkilerde etkin olma çabası gibi ihtiyaçlar, hasta grubunda sağlıklı gruba göre, anlamlı derecede düşük düzeydedir. Başkalarına karşı atak ve kırıcı tavırlar takınmak olarak tanımlanan “saldırganlık” özelliği, sağlıklı grupta, hasta gruba göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p < .01$). Bu durum, hasta grubunun, hissettikleri saldırganlığı kendilerine yansıtmiş olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Sağlıklı grupta ise bu duygu bireyin kendi benliğine değil, dış dünyaya yansıtılmaktadır.

Hasta grubunda sağlıklı gruba göre daha yüksek bulunan ihtiyaçları gözden geçirmek gerekirse (Tablo 41); hasta grubun diğer insanlarla yakın ilişki içine girme ihtiyacı, sağlıklı gruba göre anlamlı derecede, daha yüksek düzeyde bulunmuştur ($p < .01$). Bu durum, insanlarla yakın olup onları dayanak alma ihtiyacından kaynaklanabileceği gibi; hastalığın yarattığı sıkıntılar sebebiyle bu tür ilişkilerden uzak kalmış olma durumundan da kaynaklanabilir. Sağlıklı insanlar bu tür sosyal ilişkileri kurmakta daha az sıkıntı yaşıyor veya daha az ihtiyaç duyuyor olabilirler. Hasta grubunda, başkalarından ya da toplumsal değer

ve beklentilerden bağımsız hareket edebilme özelliği, sağlıklı gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < .01$). Yaşantıda tekdüzelikten uzaklaşıp farklı deneyimler arama ve değişik yaşam tarzlarından zevk alma özelliği olarak tanımlanan “değişiklik” özelliği; hasta grubunda, sağlıklı gruba göre, anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p < .05$). Başkalarından anlayış, sevgi ve duygusal destek görme isteği ve ihtiyacı duyma şeklinde açıklanan “ilgi görme” ihtiyacı; hasta grubunda, sağlıklı gruba göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p < .001$). İlgili görme ihtiyacı ile doğru orantılı olarak “kendini suçlama” (özeleştirme, suçluluk ya da toplumsal yetersizlik yoluyla duygularını ifade etmek) özelliği de hasta grubunda, daha yüksek düzeydedir ($p < .01$). Yaratıcı kişilik; bireyin yaşadığı toplumun değerlerinden farklı ve orijinal değerlere ve fikirlere sahip olma derecesi olarak açıklanabilir. Bu özellik, hasta grubunda normal gruba göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, yukarıda da bahsedildiği şekilde, Bipolar hastaların duygu ve düşünce yapılarından kaynaklanabilir. Bu grupta yaratıcılığın yüksek değerde olması, özellikle psiko-sosyal destek süreçlerinde, çeşitli sanat etkinliklerinden ve sanat terapisinden fayda görülebileceği anlamına gelmektedir. Özellikle erken yaşlarda bir duygudurum rahatsızlığı belirtilerinin görüldüğü vakalarda, çocuk ya da ergenin bu tür etkinliklere yönlendirilmesi, ilerideki muhtemel tedavi süreçlerine katkı sağlayacaktır. Kadınsı özellikler testte; sıcaklık, samimiyet, sempatiklik gibi tüm dünyada evrensel olarak kabul edilen kadınsı özelliklere sahip olma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Hasta grubunda bu alt ölçeğin puan ortalaması, sağlıklı gruba göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur ($p < .05$). Bu sonuç, hasta grubunda

belirgin olarak ortaya çıkmış olan diğer kişilik özellikleriyle paralellik göstermektedir.

Sonuç olarak; Bipolar hastalar ile sağlıklı bireylerin farklı kişilik özelliklerine sahip olduğu görülmüş ve 1. hipotez doğrulanmıştır (Tablo 38, 39, 40, 41).

Hipotez 2. Hasta grubunun kişilik özellikleri, demografik özelliklerine göre, kendi içinde farklılık göstermektedir: Araştırmanın ikinci hipotezi ise; hastaların kişilik özelliklerinin, çeşitli demografik özelliklerine göre birbirinden farklılık göstereceği, düşüncesidir. Demografik özellikler “cinsiyet (Tablo 10), yaş (Tablo 11), eğitim durumu (tablo 12), meslek (Tablo 13), şu anki çalışma durumu (Tablo 14), aylık gelir (Tablo 15), medeni durum (tablo 16), şu anki ikamet şekli (Tablo 17), çocukluk döneminde kiminle yaşadığı (Tablo18), ergenlik döneminde kiminle yaşadığı (Tablo 19)” alt değişkenlerinden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan tüm bireyler erkek olduğu için “cinsiyet” değişkeni için değerlendirme yapma şansı olmamıştır (Tablo 10).

“Yaş” değişkenine göre yapılan değerlendirmede, “bağımsızlık” ve “değişiklik ihtiyacı” alt testlerinde, 18–35 yaş grubu lehinde farklılık olduğu görülmüştür (Tablo 42). Yani hasta grubun yaşı küçüldükçe, bağımsızlık ve değişiklik özelliklerinde artış olduğu düşünülebilir. Bu durum, hastalığa has bir özellik olmaktan çok, gelişimsel bir durum gibi görünmektedir.

Hasta grubu eğitim düzeyine göre kendi içinde değerlendirildiğinde; “gösteriş” ve “ilgi görme” ihtiyaçları, okuma yazma bilip ilkokul mezunu olmayan grup lehine yüksek bulunmuştur (Tablo 43). Yani grubun eğitim düzeyi düştükçe, gösteriş ve ilgi görme özellikleri, yükseliş göstermektedir.

Hastalar; “meslek, şu anki çalışma durumu, medeni durum, şu anki ikamet şekli” değişkenleri açısından grup içinde değerlendirildiğinde, bu değişkenlerin kişilik özellikleri bakımından bir farklılığa neden olmadıkları görülmüştür.

Hastalar aylık gelir değişkenine göre grup içinde değerlendirildiklerinde; “sebat, duyguları anlama, yaratıcı kişilik” alt boyutları, aylık geliri 1001–2000 YTL arası olan orta düzeydeki grup lehine yüksek bulunmuştur (Tablo 44). “Saldırganlık” alt boyutu ise, aylık geliri 2001 YTL ve üzerinde olan üst düzey gelir grubundaki hastaların lehinde yüksek bulunmuştur (Tablo 44). Saldırganlık ile gelir düzeyi arasında doğrudan bir ilişki kurmak güç görünmektedir. Söz konusu ilişkiye etki edebilecek, farklı etkenler olduğu düşünülebilir.

“Çocukluk döneminde kiminle yaşadığı” alt boyutu için yapılan değerlendirmede, çocukluk dönemini ailesi yanında geçirmiş olan Bipolar hastaların, “kişisel uyum” alt boyutunda, çocukluğunu yakın akraba ya da koruyucu aile yanında geçirmiş olan hastalara göre, anlamlı şekilde yüksek puanlar aldığı görülmüştür (Tablo 45). “Ergenlik döneminde kiminle yaşadığı” alt değişkeni için yapılan değerlendirmede de, ergenlik dönemini ailelerinin yanında

geçirmiş olan bireylerin, “şefkat gösterme, ideal benlik, liderlik” alt boyutlarında aldıkları puanların, bu dönemi akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında geçirmiş olan bireylere göre, anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 46). Ailenin çocuğa ve ergene sağladığı ortam ve düzenin, bu davranışların gelişmesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Yüksek puan alan bireyler, kendilerini kabul ve sosyal ilişkiler anlamında, daha şanslı görünmektedirler. Sonuç olarak, araştırmanın 2.hipotezi büyük ölçüde doğrulanmıştır; Bipolar hastaların kişilik özellikleri, bazı demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir (Tablo 42, 43, 44, 45, 46).

Hipotez 3. Hasta grubun kişilik özellikleri, hastalık ve tedavinin durumuna göre, kendi içinde farklılık göstermektedir: Araştırmanın üçüncü hipotezi; hasta grubunun kişilik özelliklerinin, hastalığa ve görülen tedavinin durumuna bağlı olarak farklılık göstereceğidir. “Hastalık ve tedavinin durumu” değişkeni, “psikolojik rahatsızlık durumunu algılama (Tablo 20), psikolojik şikâyetlerin başlama zamanı (Tablo 21), psikolojik şikâyetler sebebiyle tedaviye başlama zamanı (Tablo 22) , psikolojik şikâyetler sebebiyle hastaneye yatış sayısı (Tablo 23)” olmak üzere dört alt değişkenden oluşmaktadır.

“Psikolojik rahatsızlık durumunu algılama” alt değişkeni için yapılan değerlendirmede, bir psikolojik rahatsızlığı olduğunu düşünen hastaların “kendini suçlama” alt testinden aldıkları puanlar, hasta olmadığını düşünenlere göre, anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 47). Bu durum, gerçekliğin

farkında olmakla ilgili olabilir. Hastalığı olduğunu düşünmeyen bireylerin, bu durum için kendilerini suçlamaya da ihtiyaçları yoktur.

Hastalık ve tedavinin durumu bağımsız değişkeninin diğer alt değişkenlerinde anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Sonuç olarak 3. hipotezin de kısmen doğrulandığı söylenebilir; Bipolar hastaların kişilik özellikleri, hastalık ve tedavinin durumuna göre farklılık göstermektedir (Tablo 47).

Hipotez 4. Hasta grubun kişilik özellikleri, ailelerinin psikolojik durumuna göre, kendi içinde farklılık göstermektedir: Araştırmanın dördüncü hipotezi; hastaların kişilik özelliklerinin, ailelerinin psikolojik durumuna göre farklılık göstereceğidir. “Ailelerinin psikolojik durumu” değişkeni içerisinde “ailede psikolojik rahatsızlık geçirmiş birey bulunması durumu (Tablo27), ailede psikolojik rahatsızlık geçirmiş bireyin kim olduğu (Tablo 28), ailede psikolojik rahatsızlık nedeniyle yatarak tedavi olan birey bulunması durumu (Tablo 29), ailede psikolojik rahatsızlık nedeniyle yatarak tedavi olan bireyin kim olduğu (Tablo 30)” olmak üzere dört alt değişken bulunmaktadır.

Bu dört değişken için yapılan istatistikî işlemler sonucunda, hiçbir alt değişken için anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır. Bu durum literatürdeki genelgeçer kabullerle çelişmektedir. Çünkü Bipolar hastalığın genetik geçişi oldukça yüksek olan bir hastalık olduğu bilinmektedir. Akdemir (2004), Emiroğlu (2001) ve Kabaklıoğlu (1991) tarafından yapılan çalışmalarda da, Bipolar bozukluk yaşayan ebeveynlerin çocuklarında depresif semptomlar, duygudurum bozukluğu semptomları, yıkıcı davranım bozukluğu ve anksiyete bozuklukları görülme

sıklığının, sağlıklı grup ebeveynlerinin çocuklarına göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Bipolar hastalardan çocuklarına doğru gerçekleşen bu geçişin, kendi ebeveynlerinden Bipolar hastalara doğru gerçekleşmemesi, ilginç görünmektedir. Araştırmada kullanılan anket, söz konusu geçişi tespit edebilmede yetersiz kalmış olabilir. Bu konuda, geriye dönük bir bakış açısıyla, daha ayrıntılı çalışmalar yapılması, konunun daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır. Sonuç olarak; araştırmanın dördüncü hipotezi doğrulanmamıştır.

Hipotez 5. Hasta grubun kişilik özellikleri, klinik özelliklerine göre, kendi içinde farklılık göstermektedir: Araştırmanın beşinci ve son hipotezi, hastaların kişilik özelliklerinin, çeşitli klinik özelliklerine göre farklılık göstereceği, düşüncesidir. “Klinik özellikler” değişkeninin kapsamında altı alt değişken bulunmaktadır. Bunlar; “yaşam boyunca önemli bir trafik kazası geçirmiş olma durumu (Tablo 31), çocukluktan bugüne ağır bir hastalık geçirmiş olma durumu (Tablo 32), çocukluktan bugüne ağır şekilde fiziksel zarar veren bir olay yaşamış olma durumu (Tablo 33), herhangi bir şekilde ciddi bir kafa darbesi almış olma durumu (Tablo 34), intihar etmeyi denemiş olma durumu (Tablo 35), hekim tavsiyesi dışında ilaç ya da madde kullanmış olma durumu (Tablo 36)” dur. Bu altı alt değişkenden sadece ikisinde grup içinde anlamlı farklılık görülmüştür.

“Çocukluktan bugüne ağır bir hastalık geçirmiş olma” alt değişkenine göre yapılan değerlendirmede; çocukluk döneminde ağır bir hastalık geçirmiş olan hastaların ”başarma” ihtiyacı, böyle bir hastalık geçirmemiş olan hasta bireylere göre, daha düşük bulunmuştur (Tablo 48). Erken gelişim yıllarında

yaşanabilecek bu tür hastalıkların etkisinin, bireyin yetişkinlik dönemine kadar sürebiliyor olması, önemli bir veridir. Özellikle kronik hastalıklar ya da gelişimle ilgili problemler nedeniyle, çok erken yaşlarda hospitalize olmuş çocukların rutin tedavilerinin, çeşitli psiko-sosyal destek programlarıyla desteklenmesi, çocukların yararına olacaktır.

“Herhangi bir şekilde ciddi bir kafa darbesi almış olma” alt değişkenine göre yapılan değerlendirmede de, bugüne kadar herhangi bir şekilde bir kafa darbesi almış olan bireylerin “başatlık, danışmaya hazır oluş, oto-kontrol, ideal benlik” alt testlerinden aldıkları puanlar, böyle bir kafa darbesi almamış olan bireylere göre, anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Tablo 49). Kafa travmalarının çeşitli beyin fonksiyonları üzerinde, farklı etkileri olduğu bilinmektedir. Burada kafa darbesi almış grup yönünde, yukarıda sayılan alt testlerden düşük puanlar alınmış olması, böyle bir travma ile açıklanabilir ancak, başka etkenlerin de bu noktada etkili olabileceği, gözden kaçırılmamalıdır.

Bu gruptaki diğer dört alt değişken için anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Sonuç olarak, 5. hipotez de kısmen doğrulanmıştır; Bipolar hastaların kişilik özellikleri, çeşitli klinik özelliklerine göre farklılık göstermektedir (Tablo 48, 49).

Araştırma sonucunda;

Ψ Bipolar bozukluk hastalarının, sağlıklı bireylerden farklı kişilik özelliklerine sahip olduğu anlaşılmıştır.

Ψ Bu farklılığın hastaların demografik özelliklerinden, hastalık ve tedaviye ait süreçlerden, hastanın psikolojik yapısının özelliklerinden ve hastanın çeşitli klinik özelliklerinden kaynaklanabildiği görülmüştür.

Kişilik, farklı kuramlarda açıklandığı şekilde, doğumla gelen kalıtsal özelliklerin ve bireyin yaşam deneyimlerinin birleşmesi sonucunda şekillenen karmaşık bir yapıdır. Araştırma sonuçlarına göre, kişilik üzerinde, davranışçı kuramların, Psikanalizin ve hümanistik yaklaşımların sunduğu açıklamaların hemen hepsinden izler bulunduğunu, söylemek mümkündür. Hastanın bireysel özellikleri, özellikle erken gelişim dönemlerine ait yaşam deneyimleri, hastalığı nasıl yaşadığı gibi değişkenler, bireyin kişilik özellikleri üzerinde etkili olmaktadır. Katılımla getirilen özelliklerin üzerine eklenen yaşam deneyimleri, bireyin kişiliğini şekillendirmektedir.

BÖLÜM VI

ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda, Bipolar bozukluk yaşayan hastaların bazı ortak kişilik özelliklerine sahip olduğu ve bu özelliklerin sağlıklı bireylerden farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bipolar hastaların da kendi içinde, farklı değişkenlere göre, farklı kişilik özellikleri gösterebildiği anlaşılmıştır. Bulunan sonuçlar ışığında, bundan sonra, başka bazı konular üzerinde de çalışma yapılmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Öncelikle, bu çalışmanın hasta ve sağlıklı kadın bireylerin de dâhil olduğu bir örneklem üzerinde yapılmasında fayda vardır. Böylece, hastalık ve kişilik özellikleri üzerinde, cinsiyet faktörünün de etkilerini inceleyebilmek mümkün olacaktır.

Araştırmanın daha yeterli sonuçlar verebilmesi için, konunun daha büyük bir örneklem üzerinde çalışılması, fayda sağlayacaktır.

Çalışmada, Bipolar hastaların sağlıklı bireylerden farklı olan bazı kişilik özellikleri tespit edilmiştir. Kliniğe başvuran ve bu özelliklerin yoğun biçimde gözlendiği çocuk ve ergenlerin, teşhis ve tedavi süreçlerinde, Bipolar hastalık ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır. Bir duygudurum hastalığı için tanı koymanın çok erken olduğu yaşlarda bu ve benzer belirtiler görülüyorsa, bu

bireylerin çeşitli psiko-sosyal destek programlarına yönlendirilmeleri, ruh sağlıkları açısından koruyucu ve yararlı olacaktır.

Bu araştırmanın kapsamında, Bipolar hastaların tedavi süreçleri bulunmamaktadır. Uygulanan medikal tedavinin nitelikleri de, bir araştırmanın konusu olabilir.

Bipolar hastalarda “kişilik bozuklukları” da, bu araştırma kapsamında olmayan, ancak incelenmeye değer bir konudur.

Araştırmada, Bipolar hastalık yaşayan bireylerin aile özelliklerine göre bir sonuca ulaşılamamıştır. Ancak, Bipolar hastalığın genetik geçişi yüksek bir hastalık olmasından hareketle, geriye dönük çalışmaların yapılması ve mümkün olduğu ölçüde önceki kuşakların da incelenmesinin, çok faydası olacaktır.

ÖZET

Bu çalışmada, Bipolar bozukluk yaşayan bireylerin, sağlıklı bireylerden farklı kişilik özelliklerine sahip olduğu varsayılarak, “Bipolar bozukluk yaşayan bireylerin kişilik özellikleri nelerdir?” sorusuna yanıt aranmaya çalışılmıştır. Bu amaçla Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi K3 K2 erkek psikoze hastaları servisinde yatarak tedavi gören 40 Bipolar erkek hasta ve random örnekleme yoluyla seçilen 40 yetişkin sağlıklı erkek bireyle çalışılmıştır. Hasta grubu, doktor teşhisi ve hasta dosyalarındaki bilgiler doğrultusunda oluşturulmuştur. Kontrol grubuna girecek bireyleri tespiti için de, sağlıklı gruba Ruhsal Belirti Tarama Listesi 90R (SCL 90R) de uygulanmıştır. İki grubun kişilik özelliklerini ölçmek ve birbiriyle karşılaştırabilmek için, her iki gruba Sıfat Tarama Listesi (ACL) kişilik testi ve araştırmacının hazırladığı anket uygulanmıştır. Sıfat Tarama Listesi (ACL) uygulamasının sonucuna göre; Bipolar hasta grubunda “kendini suçlama, ilgi görme, yakınlık, ideal benlik, erkeksi özellikler, kadınsı özellikler” alt testlerinden, anlamlı derecede yüksek sonuçlar alınmıştır. Sağlıklı grupta da “başatlık, ideal benlik, düzen, kendini suçlama, oto-kontrol, uyarlık” alt testleri, anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. İki grubun kişilik testi puanlarının karşılaştırılması sonucunda, “başarma, başatlık, saldırganlık” alt testlerinde, sağlıklı bireyler yönünde yüksek puanlar elde edilmiştir. “Yakınlık, değişiklik, bağımsızlık, ilgi görme, kendini suçlama, yaratıcılık ve kadınsı özellikler” alt testlerinde ise, Bipolar hastalar yönünde yüksek puanlar elde edilmiştir. Çalışma sonucunda; Bipolar bozukluk yaşayan hastalar ile sağlıklı bireylerin, farklı kişilik

özellikleri olduğu sonucuna ulaşılmış ve araştırmanın ana hipotezi doğrulanmıştır. Bu farklılığın hastaların demografik özelliklerinden, hastalık ve tedaviye ait süreçlerden, hastanın psikolojik yapısının özelliklerinden ve hastanın çeşitli klinik özelliklerinden kaynaklanabildiği görülmüştür.

SUMMARY

This study sought “The personality attributes of the bipolar disordered people” by presuming that the bipolar disordered individuals, have different personality attributes from the healthy people. We worked with 40 male inpatients undergoing therapy at the K3 K2 psychosis service in Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi and randomly sampled 40 solitary adult male. Patient group is created under the patient files informations and the doctor diagnosis. To generate the control group, Symptom Distress Check List 90R (SCL 90-R) is applied to the solitary group. To determine and compare the traits in character of the groups, investigator’s inquiry and Adjective Check List (ACL) tests are applied to the both groups. In the bipolar patient group, sufficiently high results are taken from “self-blaming, attracting notice, closeness, ideal ego, masculine properties, feminine properties” sub-tests. In the healthy group, the “domination, ideal ego, self-blaming, self-control, conformity” sub-tests results are meaningly high. After comparing the groups’ results high points are realized in the “success, domination, aggressiveness” sub-tests. High points came from bipolar disorder patients in the “closeness, variance, independence, attracting notice, self-blaming, creativity and feminine properties” sub-tests. Finally “The bipolar disordered patients and healthy people have got different character attributes” result is reached and the main hypothesis is verified. The factors that might cause this difference are seen as follow: demographic characteristics of the patients, the time periods of the disorder and treatment, the

attributes of the patient's psychological texture and various clinical qualities of the patient.

EKLER

EK 1. HASTALARA VERİLEN ANKET FORMU

ANKET

Aşağıdaki sorular, bir araştırmada kullanılmak üzere, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu araştırmanın dışında başka hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Yardımlarınız için çok teşekkür ederim.

Meltem DURSUN.

A. DEMOGRAFİK ve SOSYAL BİLGİLER:

1. Cinsiyetiniz

- a. Erkek
b. Kadın

2. Yaşınız

- a. 18-35 arasında
b. 36-50 arasında
c. 51 ve üzeri

3. Eğitim durumunuz

- a. Okuma-yazma biliyor, ilkokul mezunu değil
b. İlkokul mezunu (5 yıl)
c. İlköğretim mezunu (8 yıl)
d. Lise mezunu
e. Yüksek okul ve üzeri

4. Mesleğiniz

- a. İşçi
b. Memur
c. Serbest Çalışan
d. Emekli

5. Şu an çalışıyor musunuz?

- a. Evet
b. Hayır

6. Aylık geliriniz;

- a. 1000 YTL' nin altında
b. 1001 – 2000 YTL arasında
c. 2001 YTL ve üzerinde

7. Medeni durumunuz

- a. Evli, eşiyle birlikte yaşıyor
b. Bekâr, hiç evlenmemiş
c. Yalnız yaşıyor (boşanmış, ayrı ya da eşini kaybetmiş)

8. Şu an kiminle yaşıyorsunuz?

- a. Yalnız
b. Eşi ve çocuklarıyla
c. Aileyle birlikte

9. Çocukluğunuzda kiminle yaşadınız?

- a. Anne, baba ve aile ile birlikte
b. Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında
c. Kurumda (Devlet çocuk esirgeme yurtları)

10. Ergenlik döneminizde kiminle yaşadınız?

- a. Anne, baba ve aile ile birlikte
b. Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında
c. Kurumda (Devlet çocuk esirgeme yurtları)

B. HASTALIĞA DAİR BİLGİLER:

11. Size göre, psikolojik bir rahatsızlığınız var mı?

- a. Evet, var
b. Hayır, yok

12. Psikolojik nitelikli şikâyetleriniz ne zaman başladı?

- a. 0-2 yıl önce
b. 2-5 yıl önce
c. 5 yıldan fazla süre önce

13. Psikolojik şikâyetleriniz sebebiyle tedaviye ne zaman başladınız?

- a. 0-2 yıl önce
- b. 2-5 yıl önce
- c. 5 yıldan fazla süre önce

14. Psikolojik şikâyetler sebebiyle hastaneye yatış sayınız?

- a. 1 defa
- b. 1'den fazla

15. Ailenizde psikolojik bir rahatsızlık geçirmiş olan bireyler var mı?

- a. Evet, var
- b. Hayır, yok

16. 15. soruya "evet" dediyse; bu kişiler kimlerdir?

- a. Anne ve/veya baba
- b. Kardeşler
- c. Teyze, hala, amca, dayı, büyükanne, büyükbaba vb. yakın akrabalar
- d. Uzak akrabalar

17. 16. soruda bir seçenek işaretlediyseniz; bu kişilerden hastaneye yatarak tedavi olanlar var mıdır?

- a. Evet, var
- b. Hayır, yok

18. 17. soruya "evet" dediyse; bu kişiler kimlerdir?

- a. Anne ve/veya baba
- b. Kardeşler
- c. Teyze, hala, amca, dayı, büyükanne, büyükbaba vb. yakın akrabalar
- d. Uzak akrabalar

19. Yaşamınız boyunca önemli bir trafik kazası geçirdiniz mi?

- a. Evet
- b. Hayır

20. Çocukluğunuzdan bu yana, ağır bir hastalık geçirdiniz mi?

- a. Evet
- b. Hayır

21. Çocukluğunuzdan bu yana, ağır şekilde fiziksel zarar veren bir olay yaşadınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

22. Herhangi bir şekilde, kafanıza ciddi bir darbe aldınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

23 ve 24 numaralı sorular, hastalara verilen anket formlarına konmamış, hasta dosyalarından alınan bilgiler doğrultusunda, araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

23. Hastanın yaşam öyküsünde intihar teşebbüsü var mıdır?

- a. Evet, var
- b. Hayır, yok

24. Hastanın geçmişinde psikoaktif madde kullanımı öyküsü var mıdır?

- a. Evet, var
- b. Hayır, yok

EK 2. HASTA OLMAYANLARA VERİLEN ANKET FORMU

ANKET

Aşağıdaki sorular, bir araştırmada kullanılmak üzere, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu araştırmanın dışında başka hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Yardımlarınız için çok teşekkür ederim.

Meltem DURSUN.

A. DEMOGRAFİK ve SOSYAL BİLGİLER:

1. Cinsiyetiniz

- a. Erkek
b. Kadın

2. Yaşınız

- a. 18-35 arasında
b. 36-50 arasında
c. 51 ve üzeri

3. Eğitim durumunuz

- a. Okuma-yazma biliyor, ilkokul mezunu değil
b. İlkokul mezunu (5 yıl)
c. İlköğretim mezunu (8 yıl)
d. Lise mezunu
e. Yüksek okul ve üzeri

4. Mesleğiniz

- a. İşçi
b. Memur
c. Serbest Çalışan
d. Emekli

5. Şu an çalışıyor musunuz?

- a. Evet
b. Hayır

6. Aylık geliriniz;

- a. 1000 YTL' nin altında
b. 1001 – 2000 YTL arasında
c. 2001 YTL ve üzerinde

7. Medeni durumunuz

- a. Evli, eşile birlikte yaşıyor
b. Bekâr, hiç evlenmemiş
c. Yalnız yaşıyor (boşanmış, ayrı ya da eşini kaybetmiş)

8. Şu an kiminle yaşıyorsunuz?

- a. Yalnız
b. Eşi ve çocuklarıyla
c. Aileyle birlikte

9. Çocukluğunuzda kiminle yaşadınız?

- a. Anne, baba ve aile ile birlikte
b. Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında
c. Kurumda (Devlet çocuk esirgeme yurtları)

10. Ergenlik döneminizde kiminle yaşadınız?

- a. Anne, baba ve aile ile birlikte
b. Akrabaların ya da koruyucu ailenin yanında
c. Kurumda (Devlet çocuk esirgeme yurtları)

B. SAĞLIK DURUMUNA İLİŞKİN BİLGİLER:

11. Size göre, psikolojik bir rahatsızlığınız var mı?

- a. Evet, var
b. Hayır, yok

12. Bugüne kadar psikolojik bir sorun ya da rahatsızlık nedeniyle, bir uzmandan yardım aldınız mı?

- a. Evet
b. Hayır

13. Hiç psikolojik bir rahatsızlık nedeniyle hastaneye yatarak tedavi oldunuz mu?

- a. Evet
b. Hayır

14. Şu an, herhangi bir psikolojik rahatsızlık nedeniyle, bir ilaç kullanıyor musunuz?

- a. Evet
b. Hayır

15. Ailenizde psikolojik bir rahatsızlık geçirmiş olan bireyler var mı?

- a. Evet, var
b. Hayır, yok

16. 15. soruya “evet” dediyeniz; bu kişiler kimlerdir?

- a. Anne ve/veya baba
b. Kardeşler
c. Teyze, hala, amca, dayı, büyükanne, büyükbaba vb. yakın akrabalar
d. Uzak akrabalar

17. 16. soruda bir seçenek işaretlediyseniz; bu kişilerden hastaneye yatarak tedavi olanlar var mıdır?

- a. Evet, var
b. Hayır, yok

18. 17. soruya “evet” dediyeniz; bu kişiler kimlerdir?

- a. Anne ve/veya baba
b. Kardeşler
c. Teyze, hala, amca, dayı, büyükanne, büyükbaba vb. yakın akrabalar
d. Uzak akrabalar

19. Yaşamınız boyunca, önemli bir trafik kazası geçirdiniz mi?

- a. Evet
b. Hayır

20. Çocukluğunuzdan bu yana, ağır bir hastalık geçirdiniz mi?

- a. Evet
b. Hayır

21. Çocukluğunuzdan bu yana, ağır şekilde fiziksel zarar veren bir olay yaşadınız mı?

- a. Evet
b. Hayır

22. Herhangi bir şekilde, kafanıza ciddi bir darbe aldınız mı?

- a. Evet
b. Hayır

23. Hiç intihar denemeniz oldu mu?

- a. Evet, oldu
b. Hayır, olmadı

24. Hekim tavsiyesi dışında bir ilaç ya da madde kullandınız mı?

- a. Evet
b. Hayır

Yardımlarınız için teşekkürler.

KAYNAKÇA

AKDEMİR, D. (2004). *Bipolar Duygudurum Bozukluğu Olan Ana-Babaların Çocuklarında Psikopatoloji*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

AKDENİZ, F., KESEBİR, Ş., VAHİP, S., GÖNÜL, A.S. (2004). *Duygudurum Bozuklukları ile Mizaç Arasında İlişki Var mı?* Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(3): 183–190.

ALTINTAŞ, E. & GÜLTEKİN, M. (2003). *Psikolojik Danışma Kuramları*. Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ. (2001). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR)*. Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Ertuğrul Köroğlu. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

BUDAK, S. (2003). *Psikoloji Sözlüğü*. Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara.

BULDUK, S. & CESUR, S. (2003). *Kişilikte Heyecanların Rolü, Gray-Wilson Kişilik Ölçeği*. Çantay Kitabevi, İstanbul.

CÜCELOĞLU, D. (1996). *İnsan ve Davranışı*. Remzi Kitabevi, İstanbul.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ. (1992). *Hastalıklar ve İlgili Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması*. Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre.

EMİL, N. (1990). *Afektif Bozukluk Gösteren Hastaların MMPI Profil Özelliklerinin Araştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı, Bursa.

EMİROĞLU, F.N.İ. (2001). *Bipolar-I Bozukluklu Anne-Baba Çocuklarının Yıkıcı Davranış Bozuklukları ve Duygudurum Bozuklukları Yönünden Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

ENGSTRÖM, C., BRANDSTRÖM S., SIGVARDSSON, S., CLONINGER, R., NYLANDER, P.O. (2004). *Bipolar Disorder: Temperament and Character*. *Journal of Affective Disorders* 2004 Oct 1; 82(1): 131–134.

ERTEN, Y. (2005). *Psikanalizden Dinamik Psikoterapilere, Seminer Notları*. İstanbul.

GLASSER, W. & ZUNIN, L.M. (1973). *Reality Therapy. Current Psychotherapies*. Ed. R. Corsini. Itasca, Illinois.

KABAKLIOĞLU, M.G. (1991). *Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Çocuklarında Psikopatoloji*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir.

KARAHAN, T.F. & SARDOĞAN, M.E. (1994). *Psikolojik Danışma Kuramları*. Birsen Yayınevi, İstanbul.

KARASAR, N. (2003). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

KESEBİR, Ş. (2002). *Ailede Bipolar Bozukluk Öyküsü Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerde ve Birinci Derece Yakınlarında Mizaç Özellikleri: Kontrollü Bir Çalışma*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İzmir.

KOZACIOĞLU, G. & GÖRDÜRÜR, H.E. (1995). *Bireyden Topluma Ruh Sağlığı*. Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.

KÖKNEL, Ö. (1985). *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.

KÖROĞLU, E. (2005). *Psikiyatri El Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

LOFTUS S.T., GARNO, J.L., JAEGER, J., MALHOTRA, A.K. (2008) *Temperament and Character Dimensions in Bipolar-I Disorder: A Comparison to Healthy Controls*. Journal of Psychiatric Research 2008; Jan 10.

LOZANO, B.E. & JOHNSON, S.L. (2001). *Can Personality Traits Predict Increases in Manic And Depressive Symptoms?* Journal of Affective Disorders 2001 Mar; 63(1-3): 103-111.

NELSON-JONES, R.(1982).*Danışma Psikolojisi Kuramları*. Cassell Educational Limited, England.

ÖNER, N. (1997). *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı*. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

ÖZTÜRK, M.O. (2002). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

PERLS, S.F., GOODMAN, P., HEFFERLINE, F.(2000).*Gestalt Terapisi, İçimizdeki Çocuk 2*. Söz Yayıncılık, İstanbul.

ROSSI, A., MARINANGELI, M.G., BUTTI, G., SCINTO, A., DI CICCIO, L., KALYVOKA, A., PETRUZZI, C. (2001) *Personality Disorders in Bipolar and Depressive Disorders*. Journal of Affective Disorders 2001 Jun; 65(1): 3–8.

SAYIN A., KURUOĞLU A.C., YAZICI GÜLEÇ M., ASLAN S.(2007). *Relation of Temperament And Character Properties With Clinical Presentation of Bipolar Disorder*. Comprehensive Psychiatry 2007; 48(5): 446–451.

SAYIN, A. (2005). *Bipolar Affektif Bozukluk Hastalarında Mizaç, Karakter ve Kişilik Özellikleri*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara.

SAYIN, A. & ASLAN, S. (2005) *Duygudurum Bozuklukları İle Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi*. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16(4): 276–283.

SEÇER, K.A. (2005). *Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerde ve Kardeşlerinde, Mizaç ve Karakter Özellikleri*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Isparta.

SKAPSKA, M.S., CZABALA, C., DUDEK, D., ZIEBA, A., RDUCH, S. (2003). *Personality Traits in Patients With Unipolar and Bipolar Disorder*. *Psychiatria Polska* 2003 Mar-Apr; 37(2): 225–233.

SOLOMON, D.A., SHEA, M.T., LEON, A.C., MUELLER, T.I., CORYELL, W., MASER, J.D., ENDICOTT, J., KELLER, M.B. (1996). *Personality Traits in Subjects with Bipolar-I Disorder in Remission*. *Journal of Affective Disorders* 1996 Sep 9; 40(1–2): 41–48.

ÜNAL, S. (2000). *Depresyon ve Kişilik*. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi*, Depresyon ve Mani, 2000 (2): 72–76. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara.

YANBASTI, G. (1990). *Kişilik Kuramları*. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.

YAZICI, O. (1997). *Psikiyatri Temel Kitabı*. İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları ve Diğer Duygudurum Bozuklukları Bölümü, s. 429–448. Editörler: Cengiz Güleç ve Ertuğrul Köroğlu. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

YILDIRIM, A.S., ÇELİK, M., KABAKÇI, E., ULUŞAHİN, A. (2005). *Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Birinci Derecede Akrabalarında Psikopatoloji ve Kişilik Örüntüleri*. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16(4): 229–236.

ZİYALAR, A. (1999). *Psikiyatrik Semiyoloji ve Medikal Psikoloji*. Yüce Reklâm Yayın Dağıtım, İstanbul.

ZİYALAR, Adnan. (1999). *Sosyal Psikiyatri*. Yüce Reklâm Yayın Dağıtım, İstanbul.

www.akademikpsikoloji.com (2007).