

164758

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK HASTALARINDA MİZAÇ, KARAKTER VE
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

UZMANLIK TEZİ
DR. ASLIHAN SAYIN

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ASLI ÇEPİK KURUOĞLU

ANKARA 2005

TEŞEKKÜR

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda asistanlık eğitimim boyunca bilgilerinden ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Erdal Işık, Prof. Dr. Zehra Arıkan ve Prof. Dr. Nevzat Yüksel'e;

Gerek öğrencilik yıllarımda , gerekse asistanlık eğitimim süresince psikiyatriye ilgimi ve sevgimi ciddiye alıp destekleyen Prof. Dr. Behçet Coşar'a;

Sadece psikiyatri alanında değil, bilimsellik ve akademisyenlik alanında da örnek almaya çalıştığım, eğitimime çok katkısı olan, beni yaşamın bir çok alanında cesaretlendirdiğini düşündüğüm 'ustam' Prof. Dr. Selçuk Candansayar'a;

Birlikte çalışmaktan çok keyif alıp, asistanlığım boyunca desteğini hissettiğim, tez hocam Doç. Dr. Aslı Çepik Kuruoğlu'na ve Yrd. Doç. Dr. Selçuk Aslan'a;

Çocuk Psikiyatrisi rotasyonum boyunca eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Şahnur Şener, Prof. Dr. Selahattin Şenol ve Doç. Dr. Elvan İşeri'ne;

Nöroloji rotasyonum sırasında bilgilerinden yararlandığım tüm Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyelerine;

Tanıdığım için çok şanslı olduğumu düşündüğüm, bana psikoterapiyi öğreten ve sevdiren süpervizörlerim Prof. Dr. Leyla Zileli ve Prof. Dr. Yıldırım B. Doğan'a;

Asistanlığım boyunca çalıştığım ortamdan keyif almamı sağlayan ve sıcacık desteklerini veren sevgili dostlarım Dr. Ersin Karşlıoğlu, Dr. Esra Yancar Demir, Dr. Günseli Yavaş, Dr. Filiz Güner Akçin, Dr. Dilşad Foto Özdemir ve Dr. Gül Özsoylar'a;

Bugünlere gelmem için benden hiçbir fedakarlığı esirgemeyen sevgili aileme;

Her zaman olduğu gibi asistanlık eğitimim boyunca da daima yanımda olduğunu hissettiğim, hayattaki en büyük destekçim, dostum ve eşim Dr. Burak Sayın'a;

gösterdikleri ilgi, sevgi ve emekten dolayı sonsuz teşekkürler.

İÇİNDEKİLER:

I-	Giriş	1
II-	Genel Bilgiler	
	• 2.1. Genel tanımlar.....	2
	• 2.2. Cloninger'in psikobiyojik modeli.....	2
	• 2.3. Psikobiyojik modelin mizaç boyutları	4
	• 2.4. Psikobiyojik modelin karakter boyutları.....	10
	• 2.5. Mizaç ve karakter özelliklerine göre kişilik tipleri.....	14
	• 2.6 Psikobiyojik modelin psikiyatrik bozukluklar için kullanımı.....	15
	• 2.7. Mizaç, karakter ve duyu durumu bozuklukları arasındaki ilişki..	20
III-	Gereç ve Yöntem.....	30
IV-	Bulgular.....	37
V-	Ekler.....	60
VI-	Tartışma ve Sonuç.....	72
VII-	Özet.....	82
VIII-	Kaynaklar.....	83

GİRİŞ

Mizaç (*temperament*), karakter (*character*) ve kişilik (*personality*) çoğunlukla eş anlamlı olarak kullanılmalarına rağmen, gerçekte birbirinden farklı kavramlardır. **Mizaç**; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. **Karakter** ise; çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır, dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri içerir Yapısal bakış açısına göre **kişilik**; mizaç ve karakter bir birleşimdir. Eski çağlardan beri bozukluk öncesi (premorbid) temelde var olan bazı mizaçların belirli psikiyatrik bozukluklara yol açtığı düşünülmektedir. Antik Yunan tıbbında Hippokrat dört sıyık (kara safra, kan, sarı safra, lenf) kuramıyla mizaç tiplerini açıklanmaya çalışılmıştır. Kraepelin, Schneider ve Kretschmer belirgin psikiyatrik bozuklukların minör çeşitleri olarak tanımladıkları mizaç özelliklerinin bir yelpaze üzerinde yer aldığını söyleyen ilk yazarlardır. Akiskal'ın "silik bipolarite" ve "duygulanımsal mizaçlar" (*affective temperaments*) kavramları, tanımlayıcı psikiyatride önemli bir gelişmedir. Bunun yanı sıra, Cloninger'in hüıun biyolojik ve genetik yönüne vurgu yaparak geliştirdiği dört boyutu mizaç ve üç boyutu karakteri tanımlayan psikobiyolojik yaklaşımı; kişiliği mizaç ve karakterin bileşimi olarak tanımlamaktadır. DSM tanı sistemine DSM-III'den itibaren çok eksenli yaklaşımın getirilmesi, major psikiyatrik bozukluklarla kişilik bozukluklarının birbirinden farklı kategorilerde tanımlanmasını sağlamıştır. Kişilik bozuklukları ve duygu durumu bozuklukları arasındaki ilişki üzerine farklı varsayımlar öne sürölmüştür ancak henüz hiç biri tek başına yeterli açıklamayı sağlayamamaktadır.

Bu çalışmada; bipolar affektif bozukluk tanısı almış hastalarda, altta yatan mizaç ve kişilik yapılarının ve eşlik eden kişilik bozukluklarının saptanması, hastaların mizaç, karakter ve kişilik özellikleriyle, bazı hasta ve hastalık süreci bilgilerinin karşılıklı etkileşimlerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GENEL TANIMLAR

Mizaç (*temperament*), karakter (*character*) ve kişilik (*personality*) birbirinden farklı kavramlardır. **Mizaç**; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. **Karakter** ise; çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır, dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri içerir (5). Mizaç; emosyondan köken alan beceri ve alışkanlıkların entegrasyonunun altında yatan sezgi, çağrışım ve motivasyon süreçleriyle ilişkilirken, karakter; kavramsal öğrenmeden temel alan sembolizasyon ve soyutlama süreçleriyle ilişkilidir (60). Yapısal bakış açısına göre **kişilik**; mizaç, karakter ve zekanın bir birleşimidir. Kabaca mizaç, kişiliğin genetik yönünü, karakter ise sosyal ve kültürel yönünü içerir. Zeka ise; hem yapısal hem de sosyal eğilimleri sentezleyerek kişilik işlevlerini düzenler.

2.2. CLONİNGER'İN MİZAÇ ve KARAKTER ÜZERİNDE PSİKOBİYOLOJİK MODELİ

Cloninger'in kişilik yapısına dair çalışmaları, somatizasyon bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalar arasındaki farkları belirlemeye çalışırken başlamıştır (33). Somatik anksiyetesi olan hastaların dürtüsel-agresif kişilik yapıları varken, yaygın anksiyetesi olanların obsesif-kompulsif yapıları olduğunu fark etmiştir. Daha sonra Cloninger, mizaç ve karakter üzerine psikobiyolojik bir model geliştirmeye çalışmış ve belirli birincil ulakların ve bunlarla ilgili genlerin belirli mizaç özellikleri ile bağlantısı olduğunu savunmuştur. Bu modele uygun olacak şekilde geliştirdiği ilk ölçek olan Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği'nde (*Tridimensional Personality Questionnaire; TPQ*) birbirinden genetik olarak bağımsız ve her biri farklı birincil ulak sistemi tarafından düzenlenen üç farklı mizaç özelliği tanımlamaktadır (32). Buna göre Yenilik Arayışı (*Novelty Seeking*) dopaminerjik, Zarardan Kaçınma (*Harm Avoidance*) serotonerjik, Ödül Bağımlılığı (*Reward Dependence*) noradrenerjik dizge tarafından denetlenmektedir.

Cloninger, ilk başta Ödül Bağımlılığı'nın bir alt grubu olarak düşündüğü Sebat Etme'yi (*Persistence*), daha sonra Ödül Bağımlılığı'nın diğer alt başlıkları ile bağlantılı olmadığını görünce, dördüncü mizaç grubu haline getirmiştir (31). Cloninger'e göre bu dört mizaç özelliği birbirinden genetik olarak bağımsızdır, yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkar ve algısal bellek ve alışkanlık oluşumunun temelini oluştururlar. Yapılan çalışmalar Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği'nin çoğunlukla duygu durumundan etkilenmediğini, sadece Zarardan Kaçınma'nın bireyler ajite ve depresif olduğunda hafif derecede yükseldiğini (24, 32, 58, 79, 104), ve Yenilik Arayışı'nın hastalarda hipomanik belirtiler olduğunda biraz yükseldiğini (101) göstermektedir. İkiz çalışmaları; mizacın bu dört boyutunun genetik olarak homojen ve birbirinden bağımsız olduğu görüşünü desteklemektedir (52, 98).

Cloninger bu dört mizaç boyutundan oluşan bu özgün modelinin kişilik özelliklerini yeterince açıklamadığını gözlemleyerek üç karakter boyutu eklemiş ve ölçeğin ismini Mizaç ve Karakter Anketi (*Temperament and Character Inventory; TCI*) olarak değiştirmiştir (31). Böylelikle dört mizaç özelliğine ek olarak, erişkinlik döneminde olgunlaşan ve kişisel ve sosyal etkinliği belirleyen üç karakter boyutu eklenmiştir; Kendi Kendini Yönetme (*Self-directedness*), İşbirliği Yapma (*Cooperativeness*), Kendini Aşma (*Self-transcendence*).

Bu iki ölçek pek çok psikiyatrik bozuklukta eşlik eden mizaç ve karakter özelliklerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Bu ölçeğin duygu durumu bozuklukları için kullanılmasının, bu hastaların altta yatan mizaç ve karakter özelliklerinin anlaşılmasında faydalı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca ilgili nörotransmitter sistemlerinin ve beynin bölgelerinin, duygu durumu hastalarındaki çalışma mekanizmasının netleştirilmesinde katkılar sağlamıştır.

Aşağıda sırasıyla 4 mizaç ve 3 karakter boyutunun tanımları yapılmakta, bireyin özellikleri üzerindeki etkileri tartışılmakta ve ilgili nörobiyolojik sistemler kısaca tartışılmaktadır.

2.3. PSİKOBİYOLOJİK MODELİN MİZAÇ BOYUTLARI:

2.3.1. Yenilik Arayışı:

Yeni bir uyarana, veya bir ödül veya cezadan kurtulma ihtimaline karşı yoğun bir heyecan veya neşe hissederek, bunun sonucunda sık olarak yeni şeyler keşfetme davranışı içine girmek anlamına gelir (32). Yenilik Arayışı yüksek ve düşük olan kişilerin özellikleri Tablo 1’de verilmektedir. Yüksek Yenilik Arayışının uyum sağlayıcı avantajları; yeni ve tanıdık olmayan uyararı keşfetme ve bu sayede orjinaliteye ulaşma iken, dezavantajı sık can sıkıntısı yaşama, aşırı dürtüsellik ve öfke nöbetleri, ilişkilerde çabuk bıkmaya gibi özetlenebilir (60).

Beynin “kışkırtıcı” veya davranışsal aktivasyondan sorumlu sistemleri tarafından kontrol edilir. Orta beyindeki dopaminerjik hücre gövdeleri bir çok kaynaktan uyarı alır, ve bu uyarıları ön beyne iletir. Böylelikle; davranışsal aktivasyon sistemi için son ortak yol görevi görür. Bu davranışsal aktivasyon sonucunda, çevredeki yeni uyarıların keşfedilmesi, potansiyel ödüllere amaçlı yaklaşım, monotonluktan ve olası cezadan aktif kaçınma gerçekleşir. Bu davranışsal aktivasyona, artmış kalp gibi fizyolojik uyarımlar da eşlik eder. Amaca yönelik davranışın bu aktivasyonu hem sensorimotor entegrasyonu, hem de davranışın yeni veya keyif veren uyarana yönelmesini gerektirir. Memelilerde, ön beyin bölgesindeki nigrostriatal, mezolimbik (ventral tegmentumdan septum, nucleus accumbens ve amigdala gibi limbik yapılara) ve mezofrontal (ventral tegmentumdan mesial frontal, anterior singulat entorhinal alanları içeren neokortekse) gibi dopaminerjik uzantıların önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Amigdala, korteks ve hipotalamusla birlikte, aktif kaçınma yanıtlarından ve savaş veya kaç ilkesinden sorumludur.

TABLO 1: MKE'nin alt ölçeklerinde yüksek ve düşük puan alan bireylerin özellikleri (Kaplan ve Sadock 1995'den uyarlanmıştır)

	Yüksek	Düşük
Zarardan Kaçınma	Kötümser Korkar Utangaç Kolay yorulan	İyimser Cesur Dışa dönük Enerjik
Yenilik Arayışı	Keşfetmeye açık Dürtüsel Müsrif Alıngan	Keşfetmeye kapalı İhtiyatlı Tutumlu Sabırlı
Ödül Bağımlılığı	Duygusal Açık Sıcak Sevgi gösteren	Ayrılmış Mesafeli Soğuk Donuk
Sebat Etme	Çalışkan Azimli Gayretli Mükemmeliyetçi	Tembel Bozguncu Beklenenden azını yapan Günlük işlerle yetinen
Kendi Kendini Yönetme	Sorumlu Amaçlı Becerikli Kendisiyle barışık Disiplinli	Suçlayıcı Amaçsız Edilgen Kadercı Disiplinsiz
İşbirliği Yapma	Şefkatli Empatik Yardımsever Sevecen Prensip sahibi	Tahammülsüz Duyarsız Bencil Kinci Fırsatçı
Kendini Aşma	Yaratıcı Sezgisel Uysal Ruhani İdealist	Geleneksel Mantıklı Şüpheli Maddeci Görecelilik

Dopaminerjik hücre gövdelerinden gelen girdiler; retiküler formasyondaki çıkan yollardan, hipotalamusdaki inen yollardan ve serebral korteksten amigdala ve kaudat vasıtasıyla gelen geri bildirimleri içermektedir (33). Yenilik Arayışı'nın nörobiyolojik temeli Tablo 2 ve 3'de gösterilmektedir.

2.3.2 Zarardan Kaçınma:

Olumsuz uyaran sinyallerine karşı kaçınma davranışı geliştirmeyi sağlayan, böylece cezayı önlemeye yarayan genetik bir yatkınlıktır (32). Zarardan Kaçınma'sı düşük ve yüksek olan bireylerin özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir. Zarardan Kaçınma'nın düşük olmasının avantajları; tehlike ve belirsizlik karşısında güvende hissedip, az stresli veya hiç stressiz olarak iyimser ve enerji dolu gayretlerde bulunmak olabilir. Düşük olmasının dezavantajı; bireyin tehlike karşısında yanıtız kalması veya zarar görmenin yüksek ihtimal olduğu durumlarda mantıksız bir iyimserlik içine girmesi olarak özetlenebilir.

Beynindeki septohippokampal sistemini yani "ceza" veya davranışsal inhibisyon sistemlerini içerir. Bu sistemi beyin sapındaki serotoninerjik uzantılarla, ventral tegmental alanla Meynert'in bazal nükleusundan frontal neokortekse uzanan kolinerjik uzantılar oluşturur. Raphe nükleustan limbik sisteme, septum ile hipokampusa ve aynı zamanda prefrontal kortekse serotoninerjik nöronlar uzanır. Dorsal raphe nükleustan substantia nigraya uzanan serotoninerjik nöronlar nigrostriatal dopaminerjik nöronları inhibe eder ve ceza uyarısına karşı şartlı inhibisyon aktivitesi için gereklidir. Ödülle veya cezadan kurtulmayla henüz eşleştirilmemiş yeni bir uyarının varlığında, amigdalanın bazal nükleusundan ve ventral tegmental alandan uzanan kolinerjik nöronlar frontal korteksi uyarır ve kortikotropin ve kortizol gibi stres hormonları salgılanır. Buna yanıt olarak, frontostriatal uzantılar, kaudat nükleusdaki dopaminerjik nöronları inhibe ederek keşfedici aktiviteyi azaltırlar (33). Zarardan Kaçınma'nın nörobiyolojik sistemi Tablo 2 ve 3'de gösterilmektedir.

TABLO 2: Mizacı ve uyarı-yanıt paternlerini etkileyen 4 ayrılabilir beyin sistemi (Kaplan ve Sadock 1995'den uyarlanmıştır)

Beyin sistemi cevabı (ilişkili mizaç boyutu)	Esas nörotransmitter	Uygun uyaran	Davranış
Davranışsal aktivasyon (Yenilik Arayışı)	Dopamin	Yenilik	Keşif peşinden koşma
		Ödülün şartlı sinyalleri	Şevkli yaklaşım
		Monotonluk veya cezalandırmanın rahatlamasının şartlı/şartsız sinyalleri	Etkin uzak durma Kaçış
Davranışsal inhibisyon (Zarardan Kaçınma)	GABA	Karşıt fikirde şartlanma (şartlı/şartsız sinyalleri paylaşma)	Karşı fikirde şartlı sinyallerin oluşumu
	Serotonin (Dorsal raphe)	Cezalandırma, yenilik ve güvene dayalı ödüksüzlük için şartlı sinyaller	Pasif uzak durma Sönme
Sosyal bağlanma (Ödül Bağımlılığı)	Norepinefrin	Ödüle şartlanma	Şevkli şartlı uyarının oluşumu
	Serotonin (Median raphe)	Şartlı/şartsız sinyalleri paylaşırma	
Kısmi destek (Sebat Etme)	Glutamat	Aralıklı	Direnç
	Serotonin (Dorsal raphe)	Destek	Sönme

TABLO 3: Mizaç özelliklerinin nörobiyolojisi (Kaplan ve Sadock 1995'den uyarlanmıştır)

	Nöroanatomi		Nörokimya		Nörogenetik	
	Değişken	Etki	Değişken	Etki	Değişken	Etki
Zarardan Kaçınma	Medial prefrontal	Artmış aktivite (davranışsal inhibisyon)	Trombosit 5-HT ₂ reseptörü Plazma GABA	Daha az reseptör Daha düşük konsantrasyon	5-HT ₂ taşıyıcısı promoter (destekleyici)	Daha fazla gerilim
Yenilik Arayışı	Medial Prefrontal	Azalmış aktivite (davranışsal disinhibisyon)	Dopamin Taşıyıcısı	Striatumda dikkat çeken artmış yoğunluk	Dopamin reseptör D ₄	Ekson III varyantındaki uzun alellerle ilişki
Ödül Bağlılığı	Dorsolateral Prefrontal	Azalmış aktivite (davranışsal disinhibisyon)				
	Singulat	Artmış aktivite (davranışsal aktivasyon)	Trombosit MAOb	Düşük aktivite (sigara içimiyle ilişkili)	Dopamin taşıyıcısı	Daha fazla gerilim
	Kaudat Talamus	Artmış aktivite (davranışsal aktivasyon)				
		Artmış aktivite (duyarlılık işlemini kolaylaştırır)	İdrar MHPG	NE metabolitinin daha az salınımı		
			Plazma kortizol	Deprese olduğunda daha yüksek sabah kortizol düzeyleri	5-HT _{2C} reseptörü	Allel ile ilişki
Sebat Etme	Orbitomedial Korteks	Ayrılma ısrarcılığı azaltır	İdrar harman Glutaminerjik bağlantı Subikulumdan nükleus akkumbense	Alkoliklerde indolamin ürünlerinin artmış salınımı Ratlarda sönmüş etkiye parsiyel destek için gerekli	5-HT _{2C} reseptörü	Allellik ilişki

2.3.3 Ödül Bağımlılığı:

Ödül sinyallerine (özellikle sosyal kabul edilme gibi) yanıt olarak, daha önceden ödül getirdiği veya cezadan uzaklaştırdığı bilinen davranışı sergileme eğilimi şeklinde tanımlanabilen bir genetik yatkınlıktır (32). Ödül Bağımlılığı yüksek ve düşük olan bireylerin özellikleri Tablo 1’de verilmektedir. Yüksek Ödül Bağımlılığı’nın kişiye sağladığı avantajlar; yakın sosyal ilişki kurabilme ve başkalarıyla ilgilenebilme olarak belirtilebilecekken, dezavantajı aşırı sosyal bağımlılıktır (60).

Ödül Bağımlılığından sorumlu beyin sistemi, daha önce ödül veya cezadan korunma davranışı sağlayan uyarana benzer bir uyarana karşılaştığımızda, benzer davranışı yapmamız için devreye girer. Bu sistemde ana nöro-düzenleyicinin norepinefrin olduğu düşünülmektedir (33). Norepinefrin, eşleşmiş yeni çağrışımlara dair hafıza oluşmasında ve öğrenmede önemli rol oynayan bir nörotransmitterdir. Noradrenerjik ana yol; ponstaki lokus sereleustan başlayıp hipotalamusa ve amigdala, septum ve hipokampal oluşum gibi limbik yapılara , oradan da tüm neokortekse uzanan yoldur. Noradrenerjik nöronlar boyut olarak küçüktür fakat akson sayıları oldukça fazla olduğu için neredeyse tüm beyin alanlarına uzanırlar. Bu aksonlar noradrenerjik veziküller içerir, fakat sadece %5 kadarı serebral kortekste sinaps yapar. Geri kalanlar norepinefrinin nöral aktivitenin düzeyini düzenlemek amacıyla salgılanırlar. Yani, lokusun sereleusun ve dorsal kısmının uyarılmasının hedef bölgede iki temel sonucu vardır: etkilenen nöronun kendiliğinden ateşlenme hızını inhibe etmek, fakat diğer girdilere karşı cevabını arttırmak. Böylelikle ilgisiz uyarana, ilgili veya önemli uyarıyı ayırt edilmiş olur.

Lokus sereleusun dorsal bölgesinde bazal noradrenerjik aktivitesi azalmış, dolayısıyla norepinefrine daha hassas hale gelmiş bireylerin, engellenmiş oldukları zamanlarda bile ödül arayıcı davranışa devam ettikleri, oysa bazal noradrenerjik aktivitesi yüksek olan, dolayısıyla norepinefrine hassasiyeti düşük olan bireylerin, daha pratik oldukları ve keyif vermeyen davranış durdurma eğiliminde oldukları bilinmektedir (32). Ödül Bağımlılığı’nın nörobiyolojik bileşenleri Tablo 2 ve 3’de özetlenmektedir.

2.3.4 Sebat Etme:

Daha önceleri Cloninger tarafından Ödül Bağımlılığın bir alt başlığı olarak kabul edilirken (32), diğer alt başlıklarla uyum göstermediği klinik çalışmalarla tespit edilmiş olmasından dolayı, yine Cloninger tarafından (31) farklı bir mizaç boyutu olarak sınıflandırılmıştır. Sebat Etmesi düşük ve yüksek olan bireylerin özellikleri Tablo 1’de, Sebat Etmenin nörobiyolojik mekanizması Tablo 2 ve 3’de verilmektedir. Düşük Sebat Etme; ödül ihtimalleri sık değiştiğinde avantajlı, ödüller seyrekse ve uzun sürede elde edilebiliyorsa dezavantajlıdır.

Bu üç sistemin uyarı-yanıt karakteristiklerine biyogenetik yatkınlık her bireyde farklı düzeylerde fakat bu sistemler işlevsel olarak birbirleriyle bağlantılıdır. Bu sistemler arası bağlantılar sayesinde birey, yenilik, ödül ve ceza gibi farklı anlamlar taşıyan uyaranlarla karşılaştığında, bir bütünlük içinde, ayırt edici yanıtlar verebilir. Bu işlevsel etkileşimler, farklı ortamlarda ortaya çıkan sosyal davranışların bireye has olmasını sağlayacaktır.

2.4. PSİKOBIYOLOJİK MODELİN KARAKTER BOYUTLARI:

Çoğunlukla genetik olarak geçen mizacın tersine karakter; çoğunlukla sosyal öğrenme, kültür ve yaşam olaylarından etkilenir. Karakterin psikobiyolojisi hipokampus ve neokorteks gibi daha yüksek bilişsel işlevler tarafından düzenlenir. Karakter; kendiliğin farklı yönlerinden (örneğin; kim ve ne olduğumuz, neden burada olduğumuz gibi) kaynaklanan yanıtlar olarak tanımlanabilir. Davranışlarımızı başlatma, sürdürme veya durdurma gibi bilinç dışı otomatik yanıtlar mizaçla belirlenirken, uyarının nicelik ve niteliğine bağlı olarak bu yanıtların ayarlanması karakter, yani kendilik kimliğimiz tarafından belirlenir. Bu bakış açısından bakıldığında, kişilik gelişimi, mizaç ve karakter özelliklerinin karşılıklı etkileşimi sonucunda gerçekleşen epigenetik bir süreçtir.

Kendilik kavramlarının gelişimi, kişinin kendisini; (1) otonom bir birey, (2) insanlığın veya sosyal çevrenin bir parçası, (3) kainatın bir üyesi olarak algılama derecesine göre değişir. Bu

kendilik kavramlarının hepsi, aşağıda açıklanmış olan, 3 karakter boyutunu oluşturur (31). Bu üç karakter boyutunun nörobiyolojik mekanizmaları Tablo 2 ve 3’de özetlenmektedir.

MKE’nin farklı etnik gruplarda, kültürel farklılıktan kaynaklanan bazı ufak değişiklikler göstermekle beraber, genel anlamda geçerli ve güvenilir olduğu düşünülmektedir. Yugoslav ve Amerikan toplumu karşılaştırıldığında, arada sadece Yenilik Arayışı ve Zarardan Kaçınma açısından ufak bir fark vardır; Yenilik Arayışı’ndaki farkın iki toplum arasındaki yaş farkına, Zarardan Kaçınma açısından farkın Yugoslavya’daki uzun süren sosyoekonomik karmaşaya bağlı olduğu düşünülmektedir (30, 103). MKE’nin Türkiye’deki geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (65). Ölçeğin Türk versiyonunun Amerikan versiyonundan bazı farkları olduğu gözlenmiştir: Yenilik Arayışı (Keşfetmekten Heyecan Duyma ve Dürtüsellik alt ölçekleri dışında), Ödül Bağımlılığı ve Sebat Etme skorları anlamlı olarak düşüktür, Zarardan Kaçınma (Yabancılardan Çekinme hariç) anlamlı olarak yüksektir, Kendi Kendini Yönetme (Amaçlılık alt ölçeği hariç), İşbirliği Yapma ve Kendini Aşma (Kendini Kaybetme hariç) skorları anlamlı olarak daha düşüktür (66).

2.4.1 Kendi Kendini Yönetme:

Kendi kendini yönetebilen bireylerin en önemli özelliği; bireysel olarak seçtikleri, istemli ve gerçekçi amaçları için davranışlarını değiştirebilmektir. Düşük olan bireyler; çoğunlukla anlamlı amaçları belirleme ve gerçekleştirme konusunda zorluk çekerler. Kendi Kendini Yönetmesi düşük ve yüksek olan bireyleri özellikleri Tablo 1’de özetlenmektedir. Yapılan çalışmalar, Kendi Kendini Yönetme boyutunun, bir kişilik bozukluğu varlığını ya da yokluğunu gösteren en önemli belirleyici olduğunu göstermektedir (105).

Kendi Kendini Yönetme skorları yüksek olan bireylerin; benlik saygısının iyi olduğu, kendilerini hatalarıyla birlikte oldukları gibi kabul edebildikleri, hayatlarının bir amacı ve anlamı olduğunu düşündükleri, amaçlarına ulaşabilmek için tatmin duygusunu erteleyebildikleri ve engeller

karşısında inisiyatiflerini kullanabildikleri düşünülmektedir. Bu skorları düşük olan bireylerin ise; benlik saygılarının düşük olduğu, kendi problemleri için başkalarını suçlama eğiliminde oldukları, kimlik ve amaçları konusunda belirsizlik yaşadıkları, çoğunlukla tepkisel, bağımlı ve amaçsız oldukları, yani “immatur” veya “çocuksu” karakterler oldukları düşünülmektedir (31). Kontrol odağı içsel ve dışsal olan bireyleri ayırmada da Kendi Kendini Yönetme skorları önemlidir; olumlu ve olumsuz olayların kendilerinden kaynaklanacağını yani kontrol odaklarının içsel olduğunu düşünen bireylerin Kendi Kendini Yönetmeleri yüksek, sorunları için başkalarını suçlayan yani kontrol odağının dışsal olduğunu düşünen bireylerin Kendi Kendilerini Yönetmeleri ise düşüktür.

Özet olarak; Kendi Kendini Yönetme, çeşitli aşamaları olan bir gelişimsel süreç olarak tanımlanabilir. Bu aşamalar şunları içermektedir: *(1) kişinin kendi seçimlerinin sorumluluğunu, başkalarını ya da çevreyi suçlamadan, kabul edebilmesi, (2) bireysel amaçları belirleyebilme, (3) problem çözme konusunda beceri ve güven geliştirebilme, (4) kendini kabul etme, (5) kendine güven* (31).

2.4.2 İşbirliği Yapma:

Diğer kişilerle özdeşim yapabilme ve diğerlerini kabul edebilme anlamına gelir. İşbirliği Yapma skorları düşük ve yüksek olan bireylerin özellikleri Tablo 1’de verilmektedir. Bu skorları yüksek olan bireylerin sosyal gruplarda ve ekip işlerinde çalışmaları daha kolaydır (60). Sosyal kabullenmesi iyi olan, yardım sever ve diğerlerinin haklarına saygı gösterebilen bu kişilerin, benlik saygısı da yüksek olacaktır (31). Düşük olanla genelde sadece kendileriyle ilgilenirler; başkalarının duyguları ve haklarına karşı ilgisizdirler. Düşük İşbirliği Yapma skorları olanlarda kişilik bozukluğu olma ihtimali yüksektir (105). İşbirliği yapmayan bireyler dünyayı ve başkalarını hostile ve yabancı görürken, İşbirliğine yatkın bireyler kendilerini benzer amaçları ve parçaları olan destekleyici ve yardımcı bir toplumun bir parçası olarak görürler (31).

Özet olarak İşbirliği Yapma, şu gelişimsel basamakları içeren bir süreç olarak tanımlanabilir: (1) *sosyal kabullenmeye karşın sosyal toleranssızlık*, (2) *Empatiye karşın sosyal ilgisizlik*, (3) *Yardımseverliğe karşın yardım sevmezlik*, (4) *acımaya karşın intikamcılık*, (5) *temiz kalpliliğe karşın kendine yarar sağlama* (31).

2.4.3 Kendini Aşma:

Çevrede olan her şeyle bütünleşerek, kendini birleşik bir bütünün bir parçası olarak hissetme anlamında kullanılmaktadır (31). Özellikle yaşlılarda, meditasyon ve dua, yaşamdan doyum alma ve kişisel etkinliği fark etme için sık başvurulmuş bir yoldur. Kişiler arası özdeşim, ruhani kabullenmeye sebep olur veya analitik mantık yürütme veya diğerlerinin objektif değerlendirilmesi ile açıklanamayan ilişkilerin oluşumunu sağlar. Kendini Aşma skorları düşük ve yüksek olan bireylerin özellikleri Tablo 1’de özetlenmektedir.

Yapılan çalışmalara; psikiyatrik yatan hastalarda Kendini Aşma skorunun, normal erişkinlere göre daha düşük olduğunu, fakat diğer iki karakter boyutu gibi kişilik bozukluğu olan ve olmayan bireyleri birbirinden ayırmada etkisi olmadığını göstermiştir. Özellikle şizoid kişilik bozukluğu olan hastalarda düşük, şizotipallerde yüksek olduğu için, bu iki kişilik bozukluğunun ayırımında kullanılabileceği önerilmiştir (105).

Bir gelişimsel süreç olarak bakıldığında, Kendini Aşmanın basamakları şu şekilde özetlenebilir: (1) *Kendini kaybetmeye karşın kendilik bilincinde yaşantı*, (2) *Kişiler arası özdeşim ve kendi kendine ayırışma*, (3) *Manevi kabullenmeye karşın akılcı maddecilik* (31).

2.5 MİZAÇ ve KARAKTER ÖZELLİKLERİNE GÖRE KİŞİLİK TİPLERİ:

Cloninger, tanımladığı bu 3 mizacın 8 farklı kombinasyonundan oluşan bazı kişilik bozukluklarını tanımlamaya çalışmıştır. Bu farklı kombinasyonların hangi kişilik patolojilerine denk geldiği Tablo 4’de özetlenmektedir (32).

Depresif mizaç gösterenlerin aynı zamanda ‘borderline’ mizaç da (Yenilik Arayışı yüksek, Zarardan Kaçınma yüksek, Ödül Bağımlılığı düşük) gösterdikleri, hipertimik mizaç gösterenlerin daha çok ‘histrionik’ mizaç da (Yenilik Arayışı yüksek, Zarardan Kaçınma düşük, Ödül bağımlılığı yüksek) gözlenmiştir (11). Depresyon türüne ve maniyeye eşlik eden Cloninger’in kişilik tipleri araştırıldığında; unipolar manide hipertimik karakter veya histrionik mizaç, unipolar depresyonda melankolik karakter veya obsesif mizaç, olduğu gözlenmiştir (28).

Tablo 4: Kişilik kategorilerinin temel mizaç özellikleri (Cloninger 1987’den uyarlanmıştır)

Kişilik Bozukluğu	Yenilik Arayışı	Zarardan Kaçınma	Ödül Bağımlılığı
Antisosyal	Yüksek	Düşük	Düşük
Histrionik	Yüksek	Düşük	Yüksek
Pasif-agresif	Yüksek	Yüksek	Yüksek
Patlayıcı	Yüksek	Yüksek	Düşük
Obsesif	Düşük	Yüksek	Düşük
Şizoid	Düşük	Düşük	Düşük
Siklotimik	Düşük	Düşük	Yüksek
Pasif-bağımlı	Düşük	Yüksek	Yüksek

2.6. CLONİNGER'İN PSİKOBİYOLOJİK MODELİNİN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR İÇİN KULLANILMASI

Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği ve Mizaç ve Karakter Envanteri özellikle anksiyete, duygu durumu, yeme ve medde kullanımı bozukluklarında tanı, ayırıcı tanı ve tedavi planlaması açısından faydalı olduğu klinik çalışmalarda gösterilmiştir.

2.6.1 Anksiyete bozuklukları:

Kişiliğin biyososyal öğrenme kuramına göre her türlü anksiyete bozukluğu olan hastaların Zarardan Kaçınma'sının yüksek olacağı beklenmektedir (33). Bu beklenti klinik çalışmalarda da doğrulanmıştır (36, 79, 81, 82, 88, 107). Fakat tüm Zarardan Kaçınma'sı yüksek olan kişilerin anksiyete bozukluğuna sahip olması şart değildir, eğer yeterince destekleyici bir çevrede yetişmişlerse veya yeterince olgun bir karakterleri varsa endişeli ve korkak olma eğilimlerine rağmen sağlıklı bireyler olabilir (66).

2.6.2. Depresyon:

Cloninger'in kişilik teorisine göre, kişiliğin bir çok yönü depresyona yatkınlık yaratabilir. Hem Zarardan Kaçınma, hem de Yenilik Arayışı'nın yüksek olması, bu bireylerin distimik olmasına yatkınlık yaratır. Zarardan Kaçınma skorları, genel popülasyona kıyasla, depresyon tedavisi almadan önce belirgin olarak daha yüksektir (24, 50, 56, 58, 59, 63, 100). Hafif ve orta derecede depresyonda altta yatan kişilik yapısını göstermesi açısından MKE'nin güvenilir bir araç olduğu, fakat ağır depresyonlarda Zarardan kaçınma ve İşbirliği Yapma sonuçlarının etkilenebildiği söylenmektedir (87). Depresyona eşlik eden Eksen I tanılarının MKE'ne bakıldığında; eş tanı olarak alkolizm olanlarda Yenilik Arayışı yüksek, panik bozukluğu olanlarda Zarardan Kaçınma yüksek, basit fobi olanlarda Sebat Etme yüksek bulunurken, depresyona eşlik eden herhangi bir kişilik bozukluğu varlığında Ödül Bağımlılığı skorlarının düştüğü gözlenmiştir (69).

Üç Boyutlu Mizaç Ölçeği ve TCI, hastaların antidepresan tedaviye yanıt olasılığını belirlemek için de kullanılmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalar ve sonuçları Tablo 5’de özetlenmektedir. Bu konuda en son yapılan çalışmada, Zarardan Kaçınma mizaç özelliğinin antidepresan tedaviye yanıtta belirleyici özellik gösterebildiği söylenmektedir (68). Sonuç olarak; bu çalışmaların mizaç özelliklerinin antidepresan tedaviye cevabı belirlemede ümit vaat edici olduklarını, fakat daha fazla çalışmayla sonuçların desteklenmesi gerektiği söylenmiştir (71).

Tablo 5: Mizaç özelliklerine göre depresif hastaların antidepresan tedaviye yanıtları (Mulder 2002’den uyarlanmıştır)

Çalışma	Hasta grubu	Tedavi	Sonuç
Joffe ve ark 1993 (58)	Ayaktan (n=40)	Desipramin İmipramin	Yüksek ZKları olanların ilaca cevabı kötü
Joyce ve ark 1994 (59)	Ayaktan (n=84)	Klomipramin Desipramin	ÖB yüksek olanların klomipramine, ZK yüksek olanların desipramine cevabı da ZK iyi
Nelson ve Cloninger 1995 (72)	Ayaktan (n=18)	Nefazadon	Mizaç tipiyle antidepresan yanıt arasında ilişki yok
Nelson ve Cloninger 1997 (73)	Ayaktan (n=1119)	Nefazadon	ÖB ilaca yanıt çeşitliliğini %1 oranında gösteriyor
Tome ve ark 1997 (108)	Yatan (n=54)	Paroksetin Pindolol	Düşük ZK daha iyi yanıt, yüksek YA pindolol eklenen hastalarda daha iyi yanıt
Sato ve ark 1999 (86)	Ayaktan (n=86)	Maprotilin	Mizaç ölçekleri sonucu etkilemiyor, KKY ve İYB yüksekliği daha iyi yanıt
Newman ve ark 2000 (74)	Ayaktan (n=199)	Fluoksetin	Mizaç tipi ve antidepresan cevabı arasında ilişki yok

2.6.3 Bipolar bozukluk:

Ötimik bipolar hastalarda normallere göre Zarardan Kaçınma daha yüksek (19, 39, 77, 78, 118), Ödül Bağımlılığı daha yüksek (77, 78) ve Sebat Etme daha düşük (77, 78) bulunmuştur. Bipolar hastalarda, hastanede yatış sırasında depresif hastalara göre Yenilik Arayışı daha yüksek, Zarardan Kaçınma daha düşük bulunmuştur (56). Remisyonadaki bipolar ve unipolar depresyon hastalarının Zarardan Kaçınma'sı normallere göre daha yüksek, bipolar hastaların Yenilik Arayışı normallere ve unipolarlara göre daha yüksek bulunmuştur (118). Özellikle eken başlangıçlı bipolar bozuklukta, geç başlangıçlıya göre Zarardan Kaçınma daha yüksektir (39). Bu mizaç özelliğinin 5HT2a gen polimorfizmi ile ilişkisi bulunamamıştır (19). Manik hastalarda hastaneden çıkarken yüksek Yenilik Arayışı skorları olanların, 6 ay sonra işlevselliğinin daha kötü olduğu gözlenmiştir (101). İntihar girişimi öyküsü olan Bipolar II hastalarda Zarardan Kaçınma düşüktür (29). Karma ve saf mani atakları geçiren hastaların kişilik özellikleri açısından fark bulunmamıştır (22).

2.6.4. Yeme bozuklukları:

Kişilik değerlendirilmesi, yeme bozukluklarının alt tipleri açısından önemlidir. Bulimia hastalarının Yenilik Arayışı da yüksek, Zarardan Kaçınmaları düşük, Kendi kendini Yönetme düşükken, anoreksiklerin Sebat Etme ve Zarardan Kaçınma skorları yüksek, Yenilik Arayışı ve Kendi Kendini Yönetme düşüktür (20, 25, 43, 64, 114).

2.6.5. Alkol bağımlılığı:

Cloninger alkolizmin iki alt tipi olduğunu savunmuştur ve bunları tip I ve tip II alkolizm olarak adlandırmıştır. Tip I alkolizm 25 yaşından sonra başlayan, hem kadınlarda hem de erkeklerde görülebilen, göreceli olarak hafif düzeylerdeki ve alkole bağlı şiddet veya tutuklanmaların nadiren olduğu bir uçtur. Tip II alkolizm ucundaki bireyler tipik olarak erkektir ve alkol probleminin

başlangıcı daha erkendir (genellikle 25 yaşından önce başlar). Alkollü veya alkol­süz şiddet öyküsü fazladır. Daha fazla ilaç kullanımı vardır.

Cloninger bu alt tiplerin birbiriyle zıt mizaç özelliklerinden kaynaklanan farklı sendromlar olduğunu savunmuştur. Tip I alkolikler; düşük Yenilik Arayışı, yüksek Zarardan Kaçınma, yüksek Ödül Bağımlılığı ile belirli, “duygusal olarak bağımlı, katı, mükemmeliyetçi, kaygılı, sessiz, sabırlı ve içe dönük” kişiler olarak tanımlanırken, Tip II alkolikler; antisosyal kişilik bozukluğunda olduğu gibi yüksek Yenilik arayışı, düşük Zarardan Kaçınma ve düşük Ödül Bağımlılığı ile belirli “sinirli, dürtüsel, aktif, konuşkan ve sabırsız” kişiler olarak tanımlanmıştır. Yenilik Arama eğiliminin alkolikleri alkolik olmayanlardan, Tip 2 alkolikleri Tip 1 alkoliklerden, sigara içenleri içmeyenlerden, ve madde kullanan veya kullanmayan kişileri antisosyal kişilik bozukluğu olanlardan ayırdığı gösterilmiştir. Yüksek Yenilik Arama erken başlangıçlı alkolizm ile ilişkili bulunmuştur (32, 54, 116). Düşük Kendi Kendini Yönetme ve İşbirliği Yapma skorları, diğer hasta gruplarında olduğu gibi, alkoliklerde de eşlik eden kişilik bozukluğuna işaret etmektedir (15). Sebat etme skoru yükseldikçe, hastaların ayıklık süresi uzamakta ve alkolizmle ilgili grup toplantılarına katılma oranları artmaktadır (26, 57). MKE ve TPQ ölçeklerinin alkol bağımlılarını alt grupta sınıflandırmada yeterli veri sağlayamadığını gösteren klinik çalışmalar da mevcuttur (75). Gazi Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim dalı Alkol Bağımlılığı servisinde yapılan bir çalışmada da; hastaların MKE skorlarının eşlik eden depresyon ve anksiyete düzeyinden ve ayıklık süresinden etkilenmediği, Zarardan Kaçınma skoru ayaktan hastalarda yatan hastalara göre belirgin olarak yüksek olduğu ve Cloninger’in alt tiplendirmesinde kullanılan değişkenler için MKE skorlarında anlamlı farklılık saptanmadığı gözlenmiştir (90).

2.6.6. Şizofreni:

Remisyonadaki şizofrenik hastalarda ve hastaların şizofreni spektrumuna dahil olan yakınlarında Zarardan Kaçınma ölçeği, normal kontrollere göre yüksek bulunmuştur (99, 106, 112). Zarardan Kaçınma skorları yüksek olan şizofreni hastalarının genel aktivitelerden zevk alması ve medikasyondan memnuniyetleri daha düşük, Ödül Bağımlılığı yüksek olanların sosyal ilişkilerindeki doyum daha yüksek, Yenilik Arayışı yüksek olanların yaşam kalitesi daha yüksek olarak bulunmuştur (51, 84).

2.6.7. Kişilik Bozuklukları:

MKE'nin karakter boyutunun kişilik bozukluğunun varlığına ya da yokluğunu belirlemede, mizaç boyutunun ise hangi kümeden bir kişilik bozukluğu olduğunun anlaşılmasında etkili olduğu gösterilmiştir. Çalışmalarda kişilik bozukluğu olan hastaların Kendi Kendini Yönetme ve İşbirliği Yapma skorları, hangi kişilik bozukluğu olduğundan bağımsız olacak şekilde, normal kontrollere göre düşük olarak saptanmıştır (47, 70, 101, 102). Sosyal izolasyonun belirgin olduğu A kümesinde Ödül Bağımlılığı düşük, dürtüselliğin belirgin olduğu B kümesinde Yenilik Arayışının yüksek, anksiyete düzeyinin yüksek olduğu C kümesinde Zarardan Kaçınma yüksek bulunmuştur (47, 101, 102). Sebat Etme yalnızca yüksek Zarardan Kaçınma ile birlikte olursa obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun varlığına işaret eder (101).

2.7. MİZAÇ, KARAKTER ve DUYGU DURUMU BOZUKLUKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

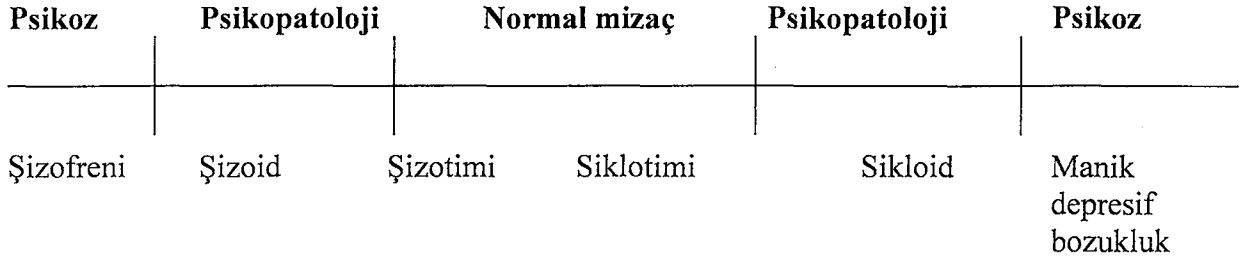
2.7.1. Tarihsel bilgi:

Eski çağlardan beri bozukluk öncesi (premorbid) temelde var olan bazı mizaçların belirli psikiyatrik bozukluklara yol açtığı düşünülmektedir. Antik Yunan tıbbında Hippokrat dört sıyık (kara safra, kan, sarı safra, lenf) kuramıyla mizaç tiplerini açıklanmaya çalışılmıştır.

Kraepelin 1921 tarihinde manik-depresif hastalık üzerine yazdığı yazılarıyla duygu durumu bozukluklarında bozukluk öncesi özelliklere bilimsel bir yaklaşım getirmiştir. Depresif, manik, irritabl ve siklotimik kişiliklerin duygu durumu bozukluklarının mizaç temelini oluşturan, ‘kişisel yatkınlık’ yaratan temel durumlar olduğunu belirtmiştir. Çoğu manik-depresif hastada bu duygulanım mizaçları bulunduğunu, hastaların akut nöbet yatıştıktan sonra da bu mizaçlara geri döndüğünü, hasta olmayan aile bireylerinde de bu mizaçlara rastlanabileceğini gözlemlemiştir. Schneider 1958 yılında Kraepelin’in gözlemlerini genişletmiş, depresif ve hipomanik mizaçlar tanımlamıştır. Schneider, Kraepelin’in aksine bu iki duygulanım mizacının duygu durumu bozukluklarıyla genetik olarak bağlantısı olmadığını savunmuştur (5).

Kraepelin’in getirdiği “duygulanım psikozu” kavramını destekleyen Kretschmer (1936) ise duygulanım mizaçlarını keskin sınırlarla ayırmamıştır. Endojen psikozların normal mizaç tiplerinin belirgin olarak vurgulanması olduğunu savunmuştur (Şekil 1). Bunun yanında Kretschmer, mizacın hormonal sistem aracılığıyla beden yapısından da etkilendiğini öne sürmüştür (113). İki uçlu bozukluğu olan hastaların piknik yapıda, şizofrenlerin leptosome yapıda olduğunu söylemiştir.

Şekil 1: Ernest Kretschmer ‘in mizaç, mizaçların psikopatik türevleri ve iki uçta endojen psikozların yer aldığı yelpazesi



2.7.2. ‘Silik bipolarite’ (*soft bipolarite*) yelpazesi, duygulanım mizaçları (*affective temperaments*) ve duygu durumu bozuklukları:

Duygu durumu bozuklukları ile mizaçlar arasındaki ilişkiye tanımlayıcı psikiyatri çizgisinde yeni bir yaklaşım getiren önemli yazarlardan biri de Akiskal’dır. Akiskal “iki uçlu yelpaze”nin tüm toplumdaki sıklığının %4-6 oranında olduğunu bildirmektedir. (10).

Akiskal, ilk tanımladığı şekliyle ‘silik bipolarite’ yelpazesi içine şu kavramları katmıştır (6): duygulanım mizaçları (hipertimik, subaffektif distimik, irritabl, siklotimik mizaçlar), bipolar II (major depresif nöbetler ve kendiliğinden/antidepresana bağlı hipomanik nöbetler), bipolar III (yineleyici major depresif nöbetler ve ailede bipolarite öyküsü ve antidepresanla kaymaya bağlı hipomanik nöbetler). Duygulanım mizaçları için Akiskal’ın önerdiği tanı ölçütleri Tablo 6’da verilmiştir.

“Akiskal, ‘silik bipolarite’ yelpazesinin toplumdaki yaygınlığı nedeniyle şu durumlarda bipolar bozukluğun ilerde ortaya çıkabileceğini, bu olguların yakından izlenmesini önermektedir (6): Bipolarite açısından aile öyküsü ve/veya lityuma yanıt veren birinci dereceden akraba varlığı, veya duygu durumu bozukluğu açısından yüklü üç nesilli soyağacı, antidepresanla oluşan hipomani, karma nöbet öyküsü, kendiliğinden hipomani öyküsü, hastalık öncesinde hipertimik, siklotimik, irritabl mizaç veya subaffektif distimi, ani başlangıçlı ve bitişli depresyon, veya mevsimsel özellikli, özellikle de psikomotor yavaşlama ve çok uyuma ile giden depresyon, gençlik veya erken erişkinlikte psikotik depresyon.

Akiskal daha sonra ‘silik bipolarite’ yelpazesini genişletmiştir (7): bipolar ½ (şizobipolar), bipolar 1 (depresyon olsun olmasın mani), bipolar 1 ½ (uzamış hipomani ve depresyon), bipolar 2 (depresyon ve hipomani), bipolar 2 ½ (depresyon ve siklotimi), bipolar 3 (depresyon ve antidepresanla oluşan hipomani), bipolar 3 ½ (uyarıcı ilaçlarla oluşan depresif ve hipomanik nöbetler), bipolar 4 (depresyon ve hipertimik mizaç).

Bipolar ½ ve 1 dışındakiler, bipolar II başlığı altında toplanmış ve bipolar II spektruma eşlik eden anksiyöz, siklotimik ve duygusal mizacın duygu durumu bozuklukları dışında, anksiyete, ve dürtü kontrol bozuklukları da dahil olmak üzere bir çok psikiyatrik bozukluğa yol açabileceğini söylemiştir (80). Bipolar bozukluk II yelpazesinin kaynağı siklotimik-anksiyöz-sensitif mizaçların karışımından oluşan bir kaynaktır, yaş, cinsiyet, ve çevresel etkenler sonucunda bipolar bozukluk II yelpazesine dönüşür. Bu en geniş ve en son tanımlanmış haliyle ‘silik bipolarite’ yelpazesi Şekil 2’de özetlenmiştir.

Tablo 6: Akiskal'a göre duygulanım mizaçları (Akiskal ve Mallya 1987'den uyarlanmıştır)**Hipertimik Mizaç:**

-
- Erken başlangıç (<21 yaş)
 - Nadiren araya giren ötimiyle birlikte aralıklı eşik altı hipomanik özellikler
 - Az uyuma alışkanlığı (<6 saat/gün, hafta sonları da dahil)
 - Yadsımanın çok fazla kullanılması
 - Schneiderian hipomanik kişilik özellikleri
 - * İrritabl, neşeli, aşırı iyimser veya coşkulu
 - * Saf, kendine fazla güvenen, övünge, abartılı, gösterişli
 - * Gayretli, çok plan yapan, tedbirsiz ve bitmez tükenmez bir dürtüyle koşuşturan
 - * Aşırı konuşkan
 - * Sıcakkanlı, insan arayan, veya dışa döntük
 - * Aşırı karışan ve başkalarının işine burnunu sokan
 - * Baskılanmayan, uyaran arayan veya rast gele cinsel ilişkide bulunan

Eşik altı Distimik Mizaç:

-
- Erken başlangıç (<21 yaş)
 - Başka bir duruma ikincil olmayan aralıklı, düşük şiddette depresyon
 - Çok uyuma alışkanlığı (>9 saat/gün)
 - Derin derin düşünme, anhedoni ve psikomotor enerji azlığına meyil (hepsi sabah saatlerinde daha belirgin)
 - Schneiderian depresif kişilik özellikleri:
 - * Ümitsiz, kötümser, neşesiz veya eğlenmeyen
 - * Sessiz, pasif ve kararsız
 - * Şüpheli, aşırı eleştiren veya şikayet eden
 - * Derin derin düşünen ve endişelenen
 - * Vicdanlı, kendi kendini disipline eden
 - * Kendini eleştiren, kendini cezalandıran, kendini küçülten
 - * Başarısızlıkları, yetersizlikleri ve olumsuz olaylar hakkında aşırı kafa yoran

İrritabl Mizaç:

- Erken başlangıç (<21 yaş)
- Nadiren ötimik, çoğunlukla karamsar (irritabl ve çabuk kızan olma)
- Derin düşüncelere dalmaya meyil
- Aşırı eleştiren ve şikayet eden
- Aksi şakalar yapan
- Sırmaşık
- Disforik yerinde duramama
- Dürtüsellik
- Antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu ölçütlerini karşılamaz

Siklotimik Mizaç:

- Erken başlangıç (<21 yaş)
- Nadiren ötiminin olduğu sık, kısa döngüler
- Bir fazdan diğerine öznel ve davranışsal görünümde ani geçişlerin olduğu iki dönemli hastalık

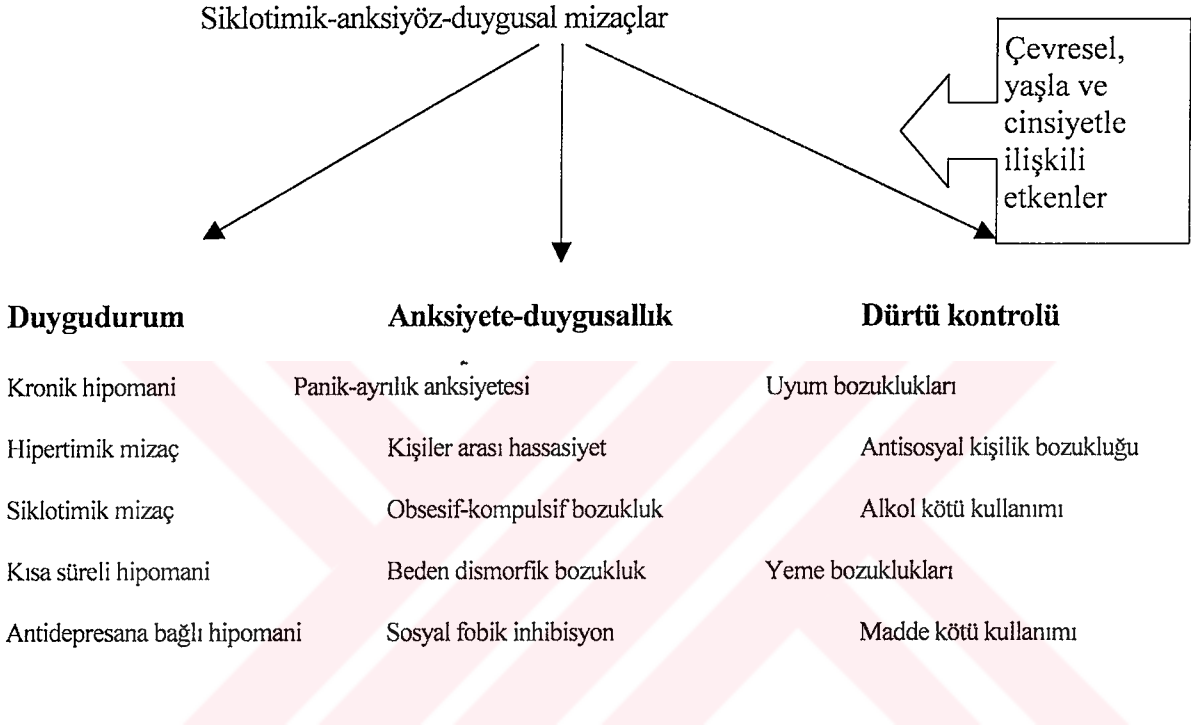
Öznel görünümde:

- Letarji x Ötoni
- Köttümserlik x İyimserlik
- Zihinsel konfüzyon x Keskinleşmiş ve yaratıcı düşünce
- Düşük kendine güven x Aşırı kendine güven arasında değişen benlik saygısı

Davranışsal görünümde:

- Azalmış sözel dışavurum x çok konuşma
- Hipersomnia x Uyku ihtiyacının artması
- İçedönük kendini soyutlama x Sınırsız insan arama
- Nedensiz sulu gözlülük x Aşırı şakacılık
- Üretkenlikte belirgin değişkenlik

Şekil 2: Bipolar II çevresinde yerleşen ‘silik bipolarite’ yelpazesinin kaynakları (Perugi ve Akiskal 2002’den uyarlanmıştır)



Akiskal’ın mizaç ve kişilikle ilgili çalışmalarına dayanarak geliştirdiği ölçek (MPPS-MD: Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi) hem hasta, hem de kontrol gruplarındaki hipertimik, depresif, irritabl (sinirli), siklotimik ve anksiyöz (endişeli) özellikleri değerlendirmek için kullanılmaktadır (8). Özellikle klinik örnekleme yapılan çalışmalar, duygu durumu bozukluklarına eşlik eden mizaç özelliklerinin ayırt edilmesi açısından anlamlıdır. Bipolar bozukluğu olan hastalarda nöbetlerin doğasına göre eşlik eden mizaç özellikleri arasında farklar bulunmuştur; karma nöbeti olan hastalarda, saf manik nöbeti olanlara göre daha fazla anksiyeteli-depresif mizaç özelliklerine rastlanmıştır (21). Bu ölçeğin Türkçe çevirisi ve Türk popülasyonunda yapılmış geçerlilik ve güvenilirlik çalışması mevcuttur (111). Bipolar bozukluğu, yineleyici tip

depresif bozukluk ve tek dönemli depresyon tanısı almış hastaların duygulanım mizaçları açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada; depresif mizacın her iki depresyon grubunda da diğer gruplara göre daha sık görüldüğü, siklotimik mizacın hasta gruplarında kontrol gruplarına göre daha sık bulunduğu ve hipertimik mizacın sadece bipolar bozukluğu olan hastalarda rastlandığı gözlenmiştir (2).

2.7.3.DSM'ye göre kişilik bozuklukları ve duygu durumu bozuklukları arasındaki ilişki:

Kişilik bozuklukları ve duygu durumu bozuklukları arasındaki ilişkiyi açıklayan farklı varsayımlar öne sürülmüştür: hazırlayıcı kişilik özellikleri varsayımı, duygu durumu bozukluklarının sonucu olarak kişilik yapısında değişim olduğu varsayımı, bağımsızlık varsayımı, etken birlikteliği varsayımı, değiştirme varsayımı ve heterojenite varsayımı. Bu varsayımlardan hiçbirisi tek başına kişilik bozuklukları ve duygu durumu bozuklukları arasındaki karmaşık ilişkiyi açıklayamasa da; en çok destek gören heterojenite varsayımı olmuştur (42). Heterojenite varsayımına göre; depresyon ve kişilik bozukluğu belirti ve bulguları farklı kaynaklardan ortaya çıkar. Genetik ve yapısal faktörler çevresel faktörlerle birleşerek depresyon ve/veya kişilik bozukluklarına yatkınlık oluştururlar. Bu çeşitli birlikteliklerden kaynaklanan heterojen toplamdan hem kişilik bozukluğunun, hem de depresyonun açık belirti ve bulgularını gösteren bireyler çıkabilir.

2.7.3.1.Depresyon ve kişilik bozukluğu:

Unipolar majör depresyona ek tanı olarak kişilik bozukluğunun sıklığı %6-87 arasında değişmektedir. Bu geniş aralığın nedeni farklı çalışma ortamları (örneğin; ayaktan/yatan hasta örneklemi), farklı ölçme yöntemleri ve çalışma ölçütleri olmasıdır. Klinik örneklemelerde kişilik bozukluğu oranının %30-40 olduğu tahmin edilmektedir (40).

Depresyon B kümesinden sınırdaki (%10-30), histrionik (%2-20), antisosyal (%0-10), narsisistik (%0-5) kişilik bozukluğu ile birliktelik gösterebilir. C kümesi üzerinde yapılan çalışmalar çelişkili olsa da; obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun (%0-20) sık görüldüğü çalışmalarla desteklenmektedir. A kümesi de oldukça heterojen bir gruptur çünkü şizotipal kişilik bozukluğu birlikteliği %0-20 olarak verilirken, paranoid kişilik bozukluğu ile birliktelik %5'den azdır. Şizoid kişilik bozukluğuyla birlikteliği ise çalışmadan çalışmaya değişmektedir (35). Kişilik özelliklerinin depresyonun gidişi üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada; iyileşmiş depresif hastalardan, tek bir depresif nöbet geçirmiş hastaların nevrotizm değerleri, birden fazla depresif nöbet geçirmiş depresif hastaların değerlerinden anlamlı olarak yüksek bulunmuş ve “nevrotik depresyon” tanısı alan hastaların nevrotizm değerleri diğer hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (110).

Özellikle erken başlangıçlı major depresyon, süregen depresyon, distimi, atipik depresyon ve çifte depresyonda kişilik bozukluğu sıklığı artmaktadır (40). Kişilik bozukluğu ile birliktelik gösteren major depresyon hastalarındaki klinik özellikler şunlardır (18): başlangıç yaşı daha erkendir, hastaneye yatma sayıları daha fazladır., nöbetler daha uzun sürer, daha fazla intihar düşünceleri ve girişimleri vardır, ailede alkolizm veya antisosyal kişilik bozukluğu oranı fazladır, deksametazon baskılanmaması daha azdır, EKT yapılma oranı daha düşüktür, antidepresanlara yanıt daha azdır.

2.7.3.2. Bipolar bozukluk ve kişilik bozuklukları:

Bipolar bozukluğu olan hastalarda kişilik bozukluğu oranı %4-70 olarak verilmektedir. Bu fark, çalışmalarda farklı yöntemler ve ölçütler kullanılmasına bağlıdır. B (sınırdaki, histrionik) ve C (obsesif, kaçınan) kümesi kişilik bozuklukları daha fazla bulunur (76).

Depresyon ve bipolar bozukluğa eşlik eden kişilik bozukluklarını karşılaştıran bir çalışmada; depresif hastaların %51'inde, bipolar bozukluğu olan hastaların %38'inde kişilik bozukluğu birlikteliği saptanmış, her iki bozukluk için de sık görülen obsessif-kompulsif ve sınırda kişilik bozuklukları iken, depresyonda kaçınan, iki uçlu bozuklukta narsisistik kişilik bozukluğu birlikteliği daha yüksek oranda tespit edilmiştir (23). Bir diğer çalışmada; iki uçlu bozukluğu olan hastaların %47.7'sinde en az bir tane kişilik bozukluğu saptanmıştır ve en sık rastlanan kişilik bozuklukları obsesif-kompulsif ve histrionik kişilik bozukluklarıdır (109). Bipolar bozukluğa eşlik eden kişilik bozukluğu olanlarda işsizlik oranı, kalıntı duygu durumu belirtileri ve madde bağımlılığı oranı daha fazladır (46). Kişilik bozukluğunun eşlik ettiği bipolar hastalarda gidişin daha kötü olduğu bilinmektedir (37), daha fazla nöbet yaşadıkları (38) ve daha fazla intihar girişiminde bulundukları bildirilmektedir (109).

2.7.3.4. Sınırdaki kişilik bozukluğu ve duygu durumu bozuklukları arasındaki ilişki:

Sınırdaki kişilik bozukluğu ve duygu durumu bozuklukları arasında sık birlikteliğin gözlenmesi, ikisi arasındaki ilişki hakkında farklı varsayımların öne sürülmesine yol açmıştır (48, 49). Hangi klinik durumunun birincil, hangisinin ikincil olduğu konusu tartışılmaktadır. Diğer varsayımlar iki bozukluğun birbirinden bağımsız olduğu ve iki bozukluk arasında sık birliktelik görülme nedeninin belirti ve bulguların çeşitliliğinden kaynaklandığı şeklindedir.

Sınırdaki kişilik bozukluğunun bir duygu durumu bozukluğu olduğunu savunanlar sınırdaki kişilikteki 'duygulanım düzensizliğinin' biyolojik bir özellik ve bir mizaç yatkınlığı çevresinde gelişmiş bir karakter olduğunu ileri sürerler (93). Sınırdaki kişilik bozukluğunda DST/TRH bozukluğunun ve REM latansında major depresyondaki gibi değişiklikler olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (9).

Sınırdaki kişilik bozukluğunun duygu durumu bozukluğundan farklı, bağımsız bir tanı olduğunu düşünen araştırmacılar; gelişimsel örselenmelerin sınırdaki kişilik bozukluğu olanların uyumunu bozacak, dürtüsellik ve duygulanım dalgalanmalarına neden olacak şekilde etki gösterdiğini ve sınır kişilik bozukluğundaki depresyonun tepkisel, öğrenilmiş, geçici ve bağımsız bir durum olduğunu savunmuşlardır ve bu savlarını benzer konularda yapılmış çalışmalarla desteklemişlerdir (93). Bu tartışmalar kesin bir sonuca ulaşmamıştır. Her iki bozukluğun da karmaşık yapısı ve belirti çeşitliliği göz önüne alındığında ileri çalışmalara gereksinim vardır.



GEREÇ ve YÖNTEM

Denek grubunun seçimi:

Çalışmaya Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na Temmuz 2003-Kasım 2004 yılları arasında başvurmuş, ayaktan ve yatarak tedavi görmekte olan 90 bipolar affektif bozukluk tanılı hasta dahil edilmiştir. Hastalara çalışmanın amacı ve gerekçesi konusunda sözel bilgi verilmiş, katılmaya gönüllü olmayan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Hastalara bu tanıyı koymak ve eşlik eden diğer bir psikiyatrik bozukluk tanısını dışlamak amacıyla DSM-IV'e göre Yapılandırılmış Psikiyatrik Görüşme Ölçeği (SKID-I) uygulanmıştır. Bu görüşmeye göre bipolar affektif bozukluk I ve II tanısı alan hastalar çalışmaya alınmış, eşlik eden herhangi bir başka eksen I psikiyatrik tanısı olan hastalar ve remisyonda olmayan hastalar çalışmadan dışlanmıştır.

Hastalarla yapılan görüşme sırasında sosyodemografik ve hastalık süreci bilgileri ayrıntılı olarak alınarak, bu amaç için özel olarak hazırlanmış anket formuna gerekli bilgiler kaydedilmiştir (Ek 1). Hatırlamakta veya kendini ifade etmekte güçlük çeken hastaların, hasta yakınlarından bilgiler alınmıştır. Hastaların bu hastalık bilgilerine dayanarak Akiskal'ın Bipolar Sınıflandırması'nda hangi gruba dahil edilecekleri belirlenmiştir. Tüm hastalara Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği ve Young Mani Ölçeği verilerek, remisyonda olup olmadıkları değerlendirilmiştir. Tüm dışlama kriterlerini karşılayan 28 yatan, 62 ayaktan hastaya Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) ile DSM-III-R'ye göre Kişilik Bozuklukları için Geliştirilmiş Yapılandırılmış Psikiyatrik Görüşme Ölçeği (SKID-II) uygulanmıştır. Hastaların SKID-II'ye verdiği cevaplar dikkate alınarak hastalarla tekrar bir görüşme yapılmış, hastaların cevaplarının doğruluğu kontrol edilmiştir.

Kontrol grubunun seçimi:

Çalışmanın kontrol grubu, araştırmanın amacı ve gereği konusunda sözel bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olan, Tıp Fakültesi öğrencilerini, psikiyatri hemşirelerini ve personellerini, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda çalışan araştırma görevlilerini ve öğretim üyelerini içermektedir. Gönüllü kişilerle kısa bir psikiyatrik görüşme yapılmış, daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı almış ve tedavi görmüş olanlarla, şu anda herhangi bir Eksen I psikiyatrik bozukluğu olup halen tedavi görmekte olan kişiler, çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışmaya dahil edilen 90 kişilik kontrol grubuna Mizaç ve Karakter Envanteri verilmiştir.

Veri toplama araçları:

- 1- ***Hastaya ait bilgiler formu:*** Bu form, araştırmacılar tarafından bu çalışma amacıyla geliştirilmiş olup; sosyodemografik bilgiler, ilk atağın klinik gidiş özellikleri, diğer ataklara dair bilgiler, koruyucu sağaltım bilgileri, sınıflandırmalar ve test sonuçları ana başlıklarını içermektedir (Ek I). Bu form, hastalarla bu bilgileri toplamak amacıyla görüşmeyi yapan doktor tarafından doldurulmuştur.
- 2- ***SKID-I:*** (Structured Clinical Interview for DSM-IV, DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme) SKID-I 1987'de DSM-III-R Eksen I bozukluklar tanısını yapılandırılmış bir klinik değerlendirme aracılığıyla koymak amacıyla geliştirilmiştir (96). Daha sonraları DSM-IV için güncelleştirilmiştir (44). Bu çalışmada DSM-IV için güncelleştirilmiş versiyonu kullanılmıştır. Görüşme, demografik bilgilerin ve klinik özgeçmişin alındığı, yarı yapılandırılmış bir bölüm ile başlar. Daha sonra, yedi farklı tanı grubu için geliştirilmiş tanısal modüller mevcuttur. Bu tanı grupları; duygu durumu bozuklukları, psikotik bozukluklar, madde kötü kullanımı, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozukluklarıdır.

Belirtisi olmayan bireylerde görüşme, bir saat içinde bitebilirken, yoğun belirtileri olan hastalarda 3 saate yakın sürebilir. Asıl amaç psikiyatrik hastaları değerlendirmek olsa da, hasta olmayan gruplar için de kullanılabilir. SKID için yapılan güvenilirlik verileri, ağır bozukluklarda (örneğin; bipolar I bozukluk, alkol bağımlılığı) güvenilirliğinin, hafif bozukluklara (örneğin; distimi) daha yüksek olduğunu göstermektedir. Geçerlilik verileri, SKID'in genelde diğer araçları değerlendirmede altın standart olarak kullanılmasından dolayı, sınırlıdır. SKID'in kullanım amaçları, klinik çalışmalarda tanı koymak, diğer psikiyatrik çalışmalarda kullanmak olduğu kadar, hastaneye ilk başvuru sırasında sistemik bir değerlendirme yapmak da olabilir (60). Türkiye'de DSM-III-R ve DSM-IV için olan versiyonlarının geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (34, 94).

- 3- **SKID-II:** (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II Personality Disorders, DSM-IV Eksen II Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme) SKID II, SKID'in kişilik bozuklukları tanısı için geliştirilmiş olan şeklidir. İlk versiyonu, 1990'lı yılların ortalarında DSM-III-R için geliştirilmiş olan versiyondur (97). Bu çalışmada da bu versiyonu kullanılmıştır. En son versiyonu, DSM-IV için geliştirilmiş olan versiyondur (45). SKID-II tüm DSM-III-R kişilik bozuklukları kriterlerini ve Appendix B'de geçen ikisini içerir. Öncelikle hastaya, kendi başına doldurabileceği 120 soruluk bir anket verilir. Bu anketin verilmesindeki amaç; ayrıntılı sorgulama gerektirmeyen kişilik bozukluklarını elemektir. Soruların hepsi DSM-III-R'in kişilik bozukluğu kriterlerine denk gelen sorulardır. Hastalar tüm sorulara 1=yanlış, 2=kısmen doğru, 3= tamamen doğru şeklinde cevaplar verir. Hastaların bu anketi işaretlemeleri yaklaşık 20 dakika, klinisyenin bu sorularla ilgili hastayla görüşmesi yaklaşık 1 saat sürer. Güvenilirliği, herhangi bir kişilik bozukluğun varlığını veya

yokluğunu tespit etmek açısından yüksektir, belirli bir kişilik bozukluğu tanısı koyması açısından düşüktür. Geçerliliğini değerlendirmek zordur, çünkü klinisyenin klinik değerlendirmesine de dayanır (60). Yine de SKID-II, gerek araştırma amaçlı gerekse klinik ortamlarda kullanılsın, kişilik bozukluğu tanısı koymak için geliştirilmiş, yapılandırılmış faydalı bir araçtır. DSM-III-R için geliştirilmiş versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (95).

- 4- **Mizaç ve Karakter Envanteri:** Bu ölçek kişinin bazı mizaç ve karakter özelliklerini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Cloninger'in 'biyososyal' modelden ortaya çıkarak geliştirdiği TPQ (Üçboyutlu Kişilik Anketi-Tridimensional Personality Questionnaire) bu envanterin ilk geliştirilmiş halidir (32). Cloninger daha sonra, modeli 7 boyutlu hale getirmiş ve TPQ'da tanımlanan kişilik özelliklerini mizaç başlığı altında toplarken, ölçeğe 3 tane karakter özelliği eklemiştir ve adını MKE (Temperament and Character Inventory, Mizaç ve karakter Envanteri) olarak değiştirmiştir (31). 240 soruluk bir ölçektir ve sorular hasta tarafından "evet, hayır" şeklinde cevaplandırılır (Ek 2). Türkiye'de geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır (65). Bu envanterin 4 mizaç boyutu ve bunların alt birimleri şunlardır:

- Yenilik Arayışı (YA):
 - YA1: Keşfetmekten heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık
 - YA2: Dürtüsellik- İyice düşünme
 - YA3: Savurganlık- Tutumluluk
 - YA4: Düzensizlik- Düzenlilik
- Zarardan Kaçınma (ZK):
 - ZK1: Beklenti endişesi ve karamsarlık-Sınırsız iyimserlik
 - ZK2: Belirsizlik korkusu

- ZK3: Yabancılardan çekinme
- ZK4: Çabuk yorulma ve dermansızlık
- Ödül Bağımlılığı (ÖB):
 - ÖB1: Duygusalılık
 - ÖB2: Bağlanma
 - ÖB3: Bağımlılık
- Sebat Etme (SE)

MKE'deki 3 karakter boyutu ve bunların alt birimleri ise şöyledir:

- Kendi Kendini Yönetme (KKY):
 - KKY1: Sorumluluk alma-Kınama
 - KKY2: Amaçlılık-Amaçsızlık
 - KKY3: Beceriklilik
 - KKY4: Kendini kabullenme-Kendisiyle çekişme
 - KKY5: Aydınlanmış ikinci mizaç
- İşbirliği Yapma (İY):
 - İY1: Sosyal kabullenme- Sosyal hoşgörüsüzlük
 - İY2: Empati duyma- Sosyal ilgisizlik
 - İY3: Yardımseverlik- Yardım sevmezlik
 - İY4: Acıma- İntikamcılık
 - İY5: Temiz kalplilik/vicdanlılık- Kendine yarar sağlama
- Kendini Aşma (KA):
 - KA1: Kendini kaybetme-Kendilik bilincinde yaşantı

- KA2: Kişiler arası özdeşim- Kendi kendine ayırışma
- KA3: Manevi kabullenme- Akılcı maddecilik

5- **Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDS):** (Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D) HDDS, 1978’de özellikle somatik belirtilere odaklanarak, major depresyonun şiddetini belirlemek için geliştirilmiştir (115). Yarı yapılandırılmış bir görüşmede, gözlemlerin görüşmeyi yapan kişi tarafından sistematik bir biçimde kaydedildiği bir ölçektir. Ölçümler genelde 15-20 dakikada tamamlanır. En sık kullanılan versiyonu, 17 soruluktur, fakat farklı sayıda soru içeren versiyonları da bulunmaktadır. Sorulara, farklı versiyonlarda 0-2 veya 0-4 arasında puan verilir. 17 soruluk versiyonunda en yüksek puan 50’dir; 0-7 puan depresyon yok, 8-12 puan hafif depresyon, 13-17 puan orta depresyon, 18-29 puan major depresyon, 30-52 puan daha ağır major depresyon olarak değerlendirilir. Bu çalışmada 17 versiyonluk şekli kullanılmıştır. Amacı depresif belirtilerin varlığını ve şiddetini değerlendirmektir. Somatik belirtilere daha fazla ağırlık verdiği için, psikoterapi gibi tedavi yöntemlerinin sonuçlarını değerlendirmekten daha çok, ilaç gibi biyolojik tedavilerin sonuçlarını değerlendirmeye daha uygun bir ölçek olduğu düşünülmektedir. Özellikle organik hastalığı bulunan veya yaşlı hastalarda, somatik belirtiler major depresyonla ilgili olmayabileceğinden, kullanımında sorunlar ortaya çıkabilir (55, 60). Türkiye’deki geçerliliği ve güvenirliliği yapılmıştır (1).

6- **Young Mani Değerlendirme Ölçeği(YMDS):** (Young Mania Rating Scale, YMRS) 1970’li yılların sonuna doğru, maninin şiddetini belirleyerek, tedaviye cevap ve relaps riskini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (117). Hastayla görüşmeyi yapan kişi tarafından doldurulan bu ölçek, 11 maddeden oluşmaktadır. 7 madde 0-4 arasında puanlanır. 4 madde (irritabilite, konuşma, içerik ve yıkıcı/saldırgan davranış

maddeleri) 0-8 puan arasında puanlanır. Puan aralığı 0-60 arasındadır. Minimal şiddet:13, hafif şiddet:20, ortalama şiddet:26, şiddetli 38 ve üstüdür. Geçerliliği ve güvenilirliği diğer mani, ölçekleriyle karşılaştırıldığında iyi olarak bulunmuştur (55,60). Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (61).

İstatistiksel yöntemler:

Bu çalışmada istatistiksel değerlendirmeler için “Windows 10.0 için SPSS” paket programı kullanıldı. Çift yönlü $p<0.05$ anlamlı kabul edildi. Hasta ve kontrol gruplarının MKE sonuçları, SKID-II ve MKE sonuçları, hasta ve kontrol grubunun cinsiyetine göre MKE sonuçları, Akiskal ve SKID-I sınıflandırmasına göre MKE sonuçları karşılaştırılırken bağımsız değişkenler için t testi kullanıldı. Hasta ve kontrollerin yaş gruplarına göre MKE sonuçları, hastaların daha fazla geçirdiği atak cinsine, hastalık süresine ve toplam atak sayısına göre MKE sonuçları karşılaştırılırken tek yönlü Anova testi kullanıldı ve değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek için post-hoc testlerden Tukey kullanıldı.

BULGULAR:

Dışlama kriterlerini karşılayan (eşlik eden başka bir Eksen I tanısı olmayan ve YMRS ile HDDÖ'lerine göre remisyonda olduğu anlaşılan) ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 90 hastanın ve 90 sağlıklı kontrolün verileri toplanmıştır. Tablo VII'de hastaların ve kontrollerin şu anki yaşları ile cinsiyet dağılımları gösterilmektedir. Buna göre; hasta ve kontrol grubu arasında hem yaş, hem de cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$)

Tablo VII: Hastaların ve kontrol grubunun şu anki yaşı ve cinsiyet dağılımı

	Yaş		P	Cinsiyet		P
	En düşük-en yüksek	Ort±ss**		Kadın(%)	Erkek(%)	
Hasta (n=90)	17-65	39.0±11.3	0.00*	60 (%66.7)	30 (%33.3)	0.01*
Kontrol(n=90)	21-45	26.2±4.4	0.00*	44 (%48.9)	46 (%51.1)	0.01*

* $p<0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

** ort=ortalama, ss=standart sapma

Tablo VIII'de hastaların bazı sosyodemografik verileri özetlenmektedir. Buna göre hastaların çoğunluğu; lise veya yüksek okul mezunu ($n=71$, %78.9), bir işte çalışmakta ($n=63$, %70), evli ($n=54$, %60), çocuk sahibi ($n=51$, %56.7), orta ve üst sosyoekonomik düzeyden ($n=78$, %86.6), kent kökenli ($n=76$, %84.4), sağlık güvencesine sahip ($n=84$, %93.3), yakınlarından yeterli manevi desteği gördüğünü düşünen ($n=59$, %65.6) kişilerdir. Duygu durumu bozukluğu (unipolar depresyon veya bipolar affektif bozukluk) açısından aile yüklülüğü 36 hastada (%37.7) mevcuttur.

Çalışmaya katılan hastalarda hastalığın başlangıç yaşı ve hastalık süresi Tablo IX'da verilmiştir. Hastalığın başlangıç yaşı 11-53 yaşları arasında olup, ortalama değer 25.4 ± 9.0 'dır. Hastalık süresi 1-47 arasında olup, ortalama değer 14.2 ± 10.5 'dir.

Tablo VIII: Hastaların sosyodemografik verileri

		n (%)
Eğitim	Yok	1 (%1.1)
	Okur-yazar	1 (% 1.1)
	Temel eğitimi bitirmiş	14 (% 15.6)
	Lise mezunu	35 (% 38.9)
	Yüksekokul mezunu	36 (% 40.0)
	Master/doktora	3 (% 3.3)
Meslek	İşsiz/ev hanımı	27 (% 30)
	Memur	33 (% 36.6)
	İşçi	6 (% 11)
	Emekli	11 (% 12.2)
	Serbest	2 (% 2.2)
	Öğrenci	11 (% 12.2)
Medeni durum	Bekar	30 (% 33.3)
	Evli	54 (% 60.0)
	Boşanmış	5 (% 5.6)
	Dul	1 (% 1.1)
Çocuk sayısı	0	39 (% 43.3)
	0-3	42 (% 46.7)
	3<	9 (% 10.0)
Sosyoekonomik durum	Alt	12 (% 13.3)
	Orta	55 (% 61.1)
	Üst	23 (% 25.5)
Yaşadığı yer	Kent içi	76 (% 84.4)
	Köy	1 (% 1.1)
	İlçe	13 (% 14.4)
Sosyal güvence	Yok	6 (% 6.7)
	Emekli Sandığı	67 (% 74.4)
	Bağkur	4 (% 4.4)
	SSK	12 (% 3.3)
	Yeşil kart	1 (% 1.1)
Akrabada psikiyatrik hastalık	Yok	36 (%40.0)
	Bipolar affektif bozukluk	21 (%23.3)
	Unipolar depresyon	13 (%14.4)
	Şizofreni	8 (%8.9)
	Panik bozukluğu	1 (%1.1)
	Alkol/madde kullanımı	3 (%3.3)
	İntihar/diğer	8 (%8.9)

Tablo IX: Hastalığın başlangıç yaşı ve süresi

	En düşük-en yüksek değer	Ortalama±Standart sapma
Hastalığın başlangıç yaşı	11-53	25.4±9.0
Hastalık süresi	1-47	14.2±10.5

Hastaların ilk ataklarının bazı özellikleri Tablo X’da verilmiştir. Buna göre; hastalık %52.2 (n=47) oranında depresif atak, %37.8’inde (n=34) manik atak, %5.6 (n=5) oranında karma atak, %4.4 (n=4) şeklinde başlamaktadır. Hastaların çoğunda (n=80, %88.9) atağı tetikleyen bir faktör vardır. İlk atağın genel şiddeti, hastaların verdiği bilgiye göre araştırmacı tarafından değerlendirilmiş; %56.7 hastada (n=51) hastalık şiddetli bir atakla başlamıştır. Post-partum özellik %95.6 hastada (n=86) saptanmamıştır. Psikotik özellik %73.3 hastada (n=66) yoktur.

Tablo X: Hastaların ilk ataklarının bazı özellikleri

		n (%)
İlk epizot	Mani	34 (% 37.8)
	Karma	5 (% 5.6)
	Hipomani	4 (% 4.4)
	Depresyon	47 (% 52.2)
Toplam		90 (% 100.0)
Tetikleyen olay	Yok	10 (% 11.1)
	Var	80 (% 88.9)
Toplam		90 (% 100.0)
Şiddeti	Hafif	9 (% 10.0)
	Orta	30 (% 33.3)
	Şiddetli	51 (% 56.7)
Toplam		90 (% 100.0)
Post-partum başlangıç	Yok	86 (% 95.6)
	Var	4 (% 4.4)
Toplam		90 (% 100.0)
Psikotik özellik	Yok	66 (% 73.3)
	Dd’la uyumlu	23 (% 25.6)
	Dd’la uyumsuz	1 (% 1.1)
Toplam		90 (% 100.0)

İlk atakları depresif olan hastaların, bu ataklarına dair bazı özellikler Tablo XI’de gösterilmektedir. Hastaların çoğunda katatonik veya atipik özelliklerin olmadığını (sırasıyla n=87, %96.7; n=90, %100), buna karşılık ilk depresif atakta melankolik özelliklerin görülebildiğini (n=34, %37.8) söyleyebiliriz.

Tablo XI: İlk atakları depresif olan hastaların bazı depresif atak özellikleri

	Yok n (%)	Var n (%)	Toplam n (%)
Katatonik özellik	87 (% 96.7)	3 (% 3.3)	90 (% 100)
Melankolik özellik	56 (% 62.2)	34 (% 37.8)	90 (% 100)
Atipik özellik	90 (% 100.0)	0 (% 0)	90 (% 100)

Hastaların ilk atak için gördükleri tedaviler Tablo XII’de gösterilmektedir. Buna göre; hastaların 26 tanesinin (%28.9) ilk atak için herhangi bir tedavi almadığını söyleyebiliriz. Tedavi alan hastalar içinde en büyük grubu kombinasyon tedavisi alan hastalar (n=25, %27.8) oluşturmaktadır. Tablo XII’de “diğer” tabiri ile gösterilenler, tedavi görmüş olduklarını hatırlayıp, kullandıkları ilacın ismini hatırlayamayan hastalar (n=5, %5.6) için kullanılmıştır.

Tablo XII: Hasta grubunun ilk atak için gördüğü tedaviler

	n (%)
İlk atakta düzelme	
Kendiliğinden	26 (% 28.9)
DDD	3 (% 3.3)
Antipsikotik	16 (% 17.8)
Antidepresan	13 (% 14.4)
EKT	2 (% 2.2)
Kombinasyon	25 (% 27.8)
Diğer	5 (%5.6)
Toplam	90 (% 100)

Tüm hasta grubu değerlendirildiğinde manik ve depresif atakların sayısı Tablo XIII’de verilmektedir. Buna göre; hastaların ortalama manik atak sayısı 3.56 ± 3.0 , ortalama depresif atak sayısı 3.43 ± 3.6 ’dır.

Tablo XIII: Hastaların manik ve depresif atak sayıları

	En düşük-en yüksek	Ort. $\pm$ ss*
Toplam manik atak	1-20	3.56 ± 3.0
Toplam depresif atak	0-20	3.43 ± 3.6

*Ort: ortalama

Ss: standart sapma

Tablo XIV’de hastalık seyri boyunca ortaya çıkan atakların nicelik ve niteliği verilmektedir.

Tablo XIV: Hastalık seyri boyunca ortaya çıkan atakların sayısı ve niteliği

	Atak sayısı=0	0<Atak sayısı<5	5<Atak sayısı	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Psikotik mani	46 (% 51.1)	30 (% 44.5)	4 (% 4.4)	90 (% 100)
Psikotik olm. Mani	48 (% 53.3)	38 (% 42.3)	4 (% 4.4)	90 (% 100)
Hipomani	60 (% 66.7)	27 (% 30.0)	3 (% 3.3)	90 (% 100)
Psikotik depresyon	78 (% 86.7)	12 (% 13.3)	0 (% 0)	90 (% 100)
Psikotik olm. depresyon	22 (% 24.4)	58 (% 64.6)	10 (% 11.0)	90 (% 100)
Minör depresyon	77 (% 85.6)	11 (% 12.2)	2 (% 2.2)	90 (% 100)
Melankolik depresyon	88 (% 97.8)	2 (% 2.2)	0 (% 0)	90 (% 100)
Katatolik depresyon	90 (% 100)	0 (% 0)	0 (% 0)	90 (% 100)
Atipik depresyon	89 (% 98.9)	1 (% 1.1)	0 (% 0)	90 (% 100)
Post-partum depresyon	86 (% 95.6)	4 (% 4.4)	0 (% 0)	90 (% 100)

Tablo XV’de hastalık seyrinde bazı belirleyici özellikler gösterilmektedir. Buna göre; hastaların çoğunda mevsimsel özellik, antidepresanlarla maniye kayma, hızlı döngü ve intihar girişimi yoktur (sırasıyla; n=57, %63.3; n=75, %83.3; n=82, %91.1; n=85, %94.4, n=71, %78.9). Hastaların %66.7’sinde (n=60) çoğu atağı tetikleyen belirli bir stres faktörü tespit edilmiştir. Hiçbir hastada kronik gidiş yoktur.

Tablo XV: Hastalık seyrinde bazı belirleyici özellikler

	Yok n (%)	Var n (%)	Toplam n (%)
Mevsimsel özellik	57 (% 63.3)	33 (% 36.7)	90 (% 100)
AD ile kayma	75 (% 83.3)	15 (% 16.7)	90 (% 100)
Karma atak	82 (% 91.1)	8 (% 8.9)	90 (% 100)
İntihar girişimi	71 (% 78.9)	19 (% 21.1)	90 (% 100)
Başlatan etken	30 (% 33.3)	60 (% 66.7)	90 (% 100)
Kronik gidiş	90 (% 100)	0 (% 0)	90 (% 100)
Hızlı döngü	85 (% 94.4)	5 (% 5.6)	90 (% 100)

Tablo XVI’da Akiskal’ın “silik bipolar sınıflandırması”na göre hastaların sayısı gösterilmektedir. Buna göre hastaların çoğu %82.2’si (n=74, %82.2) Bipolar Affektif Bozukluk 1 grubuna girmektedir. Bipolar Affektif Bozukluk ½, 1 ½, 2 ½ tanısını alan hiç hasta olmamıştır.

Tablo XVI: Akiskal’ın “silik bipolar sınıflandırması”na göre hastaların aldığı tanılar

Sınıflandırma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Akiskal	½ 0	0
	1 74	82.2
	1 ½ 0	0
	2 6	6.7
	2 ½ 0	0
	3 8	8.9
	3 ½ 1	1.1
	4 1	1.1
Toplam	90	100

Hastaların geçirdikleri son atağa bağlı SKID-I tanıları Tablo XVII’de gösterilmektedir.

Buna göre; hastaların 78 tanesi (%86.6) bipolar affektif bozukluk 1 tanısı almışken, 12 tanesi (%13.4) bipolar affektif bozukluk 2 tanısı almıştır.

Tablo XVII: Hastaların geçirdikleri son atağa bağlı SKID-I tanıları

Sınıflandırma	Sayı (n)	Yüzde (%)
SKID-I (son atak)		
BAB-1 (psikotik olm. depresyon)	27	30
BAB-1 (psikotik depresyon)	1	1.1
BAB-1 (psikotik olm.mani)	21	23.3
BAB-1 (psikotik mani)	20	22.2
BAB-1 (hipomani)	5	5.6
BAB-1 (post-partum mani)	1	1.1
BAB-1 (hızlı döngü)	3	3.3
BAB-2 (hipomani)	6	6.7
BAB-2 (psikotik olm.depresyon)	5	5.6
BAB-2 (hızlı döngü)	1	1.1
Toplam	90	100

Tablo XVIII’de hastaların SKID-II’ye göre kişilik bozuklukları tanısı gözükmemektedir.

Bu verilere göre; hastaların %81.1’inde (n=73) SKID-II’ye göre herhangi bir kişilik bozukluğu bulunmazken, %16.7’sinde (n=15) bir tane, %2.2’sinde (n=2) iki tane kişilik bozukluğu konmuştur. Tek bir kişilik bozukluğu tanısı konan hastaların çoğunlukla (n=8, %8.9) B kümesinden, daha az olarak (n=6, %6.6) C kümesinden, en az da A kümesinden (n=1, %1.1) olduğu gözlenmektedir. İki kişilik bozukluğu tanısını birden alan 2 hastanın (%4.4) ikisinin de sınırda ve histrionik kişilik bozukluğu tanısı aldığı gözlenmektedir. Hastaların hiç biri pasif-agresif, şizotipal, şizoid, narsisistik ve anti-sosyal kişilik bozukluğu tanısı almamıştır.

Tablo XVIII: Hastaların SKID-II'ye göre kişilik bozukluğu tanıları

Sınıflandırma	Sayı (n)	Yüzde (%)
SKID-II		
Tanı yok	73	81.1
Kaçıngan kişilik bozukluğu	2	2.2
Bağımlı kişilik bozukluğu	1	1.1
Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu	2	2.2
Mazoşistik kişilik bozukluğu	1	1.1
Paranoid kişilik bozukluğu	1	1.1
Histrionik kişilik bozukluğu	6	6.7
Sınırdaki kişilik bozukluğu	2	2.2
Sınırdaki+histrionik kişilik bozukluğu	2	2.2
Toplam	90	100

Tablo XIX'da hasta ve kontrol grubunun MKE sonuçları, bağımsız değişkenler için t testi kullanılarak, karşılaştırılmaktadır. Bu sonuçlara göre; kontrol grubuna göre hastaların Yenilik Arayışı daha düşük, Ödül Bağımlılığı daha yüksek, Kendini Yönetmeleri daha düşük, Kendilerini Aşmaları daha yüksektir ve bu farklar $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlıdır. İki grup arasındaki bu farklılıkları yaratan alt skorlar; Yenilik Arayışı için YA1 ve YA4, Ödül Bağımlılığı için tüm alt skorlar (ÖB1, ÖB2, ÖB3), Kendini Yönetme için KKY1, KKY3 ve KKY5, Kendini Aşma için KA2'dir.

Tablo XX'de hastaların SKID-II sonuçlarıyla MKE sonuçları, bağımsız değişkenler için t testi kullanılarak, karşılaştırılmıştır. Buna göre; SKID-II'ye göre kişilik bozukluğu tanısı alan hastaların, kişilik bozukluğu almayan hastalara göre, Kendini Yönetme ve İşbirliği Yapma skorları, $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Bu anlamlı farkı yaratanlar Kendini Yönetme için KKY2 ve KKY5, İşbirliği Yapma için İY1 ve İY5'dir. Bunların dışında YA4, ZK1 ve ÖB1 Alt skorlarında hasta ve kontrol grubu arasındaki fark, $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo XXI'de hastaların çoğunlukla geçirdiği atağın türü ile MKE alt skorları karşılaştırılmaktadır. Burada amaç; çoğunlukla geçirilen manik veya depresif atağın mizaç ve karakter üzerinde farklı etkisinin olup olmadığının anlaşılmasıdır. Bu amaçla hastalar 3 gruba ayrılmıştır: Grup 1; manik atakları depresif ataklara göre daha fazla olan hastalar (n=43), Grup 2; depresif atakları manik ataklara göre daha fazla olan hastalar (n=23), Grup 3; depresif ve manik atak sayıları birbirine eşit olan hastalar (n=24). Tek yönlü Anova yöntemi kullanılarak ortalamalar hesaplanmış, Tukey testi ile $p<0.05$ için aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığına bakılmıştır. Sonuçlara göre; 3 grup arasında $p<0.05$ için anlamlı olan tek fark; İY3 alt skoru için geçerlidir fakat bu fark, toplam İşbirliği Yapma sonucunu etkilememektedir.

Tablo XXII'de toplam atak sayısına göre hastaların MKE sonuçları karşılaştırılmaktadır. Bu amaçla; hastalar 3 gruba ayrılmıştır: Grup 1; atak sayısı 1-5 olanlar (n=46), Grup 2; atak sayısı 6-10 olanlar (n=31), Grup 3; atak sayısı 11-25 olanlar (n=13). Bu 3 grubun MKE ortalamaları tek yönlü Anova yöntemiyle hesaplanmış, 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığına Tukey testi kullanılarak bakılmıştır. Buna göre; sadece Zarardan Kaçınma toplam skorunda $p<0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ve bu farkı doğuran Grup 1 ve 3 arasındaki farktır; 1-5 atak geçirenlerin toplam Zarardan Kaçınma skoru, 11'den fazla atak geçirenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Bu farkı yaratan alt skorlar ZK1, ZK3 ve ZK4'dür. Diğer alt başlıklardan YA1'de de istatistiksel olarak anlamlı fark vardır, fakat bu fark, toplam Yenilik Arayışı sonucunu etkilememiştir.

Tablo XIX: Hasta ve kontrol gruplarının Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) sonuçlarının karşılaştırılması

MKE alt başlıkları	Hasta grubu (n=90) (ort±ss**)	Kontrol grubu (n=90) (ort±ss**)	P
YA1	5.6±1.7	6.5±2.0	0.01*
YA2	3.5±1.8	3.9±1.9	0.1
YA3	4.4±1.6	4.8±1.7	0.1
YA4	3.4±1.6	4.0±1.7	0.01*
YA	17.0±4.3	19.3±4.8	0.01*
ZK1	5.1±2.1	5.1±2.0	0.8
ZK2	4.2±1.3	3.9±1.4	0.1
ZK3	2.8±1.9	3.2±1.7	0.1
ZK4	4.0±1.8	3.4±2.1	0.06
ZK	16.1±5.3	15.7±5.6	0.6
ÖB1	7.1±1.6	6.0±1.8	0.000*
ÖB2	4.8±1.4	4.3±1.5	0.04*
ÖB3	2.5±1.2	2.9±1.3	0.04*
ÖB	14.5±2.7	13.3±3.3	0.009*
SE	4.9±1.5	4.7±1.8	0.3
KKY1	5.0±1.9	5.9±1.6	0.001*
KKY2	5.7±1.8	6.4±1.6	0.01
KKY3	3.0±1.1	3.9±1.0	0.000*
KKY4	6.6±2.5	6.4±2.2	0.6
KKY5	7.9±1.9	8.7±1.8	0.005*
KKY	28.4±6.8	31.6±6.2	0.001*
İY1	5.7±1.7	6.1±1.6	0.08
İY2	3.9±1.3	4.7±1.2	0.000*
İY3	4.9±1.2	5.1±1.1	0.1
İY4	7.5±2.1	6.3±2.4	0.001*
İY5	6.9±1.2	6.7±1.4	0.3
İY	29.0±4.9	29.4±5.8	0.6
KA1	5.0±2.3	4.7±2.0	0.5
KA2	4.9±2.1	3.7±1.9	0.000*
KA3	6.6±2.7	6.0±2.8	0.1
KA	16.4±5.8	14.5±5.3	0.02*

* $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı, **ort= ortalama, ss=standart sapma

Tablo XX: Hastaların SKID-II sonuçlarıyla MKE sonuçlarının karşılaştırılması

Değişken	SKID-II tanısı yok (n=73) (ortalama±standart sapma)	SKID-II tanısı var (n=17) (ortalama±standart sapma)	P
YA1	5.6±1.7	5.5±1.8	0.8
YA2	3.5±1.7	3.4±2.2	0.8
YA3	4.4±1.6	4.4±1.8	0.9
YA4	3.2±1.4	4.1±2.1	0.05*
YA	16.8±4.1	18.0±5.0	0.3
ZK1	4.9±2.0	6.1±2.2	0.04*
ZK2	4.2±1.3	4.4±1.1	0.4
ZK3	2.8±1.9	3.0±1.9	0.6
ZK4	3.9±1.6	4.3±2.6	0.4
ZK	15.7±5.0	18.0±6.5	0.1
ÖB1	7.3±1.5	6.3±1.9	0.03*
ÖB2	4.7±1.3	5.1±1.9	0.3
ÖB3	2.5±1.3	2.6±1.2	0.7
ÖB	14.6±2.6	14.1±3.0	0.5
SE	5.0±1.7	4.5±2.1	0.2
KKY1	5.1±1.7	4.5±2.5	0.2
KKY2	5.9±1.6	4.8±2.1	0.02*
KKY3	3.1±1.0	2.6±1.3	0.1
KKY4	6.7±2.5	6.0±2.8	0.2
KKY5	8.1±1.8	7.0±2.2	0.03*
KKY	29.1±4.9	24.8±8.5	0.02*
İY1	5.8±1.6	4.9±1.8	0.04*
İY2	4.0±1.3	3.4±1.4	0.1
İY3	4.9±1.3	4.7±0.8	0.5
İY4	7.7±1.9	6.3±2.7	0.01*
İY5	6.9±1.1	6.6±1.4	0.04
İY	29.6±4.9	26.1±3.9	0.01*
KA1	5.0±2.4	4.9±2.2	0.9
KA2	5.0±2.0	4.1±2.3	0.1
KA3	6.8±2.6	5.6±3.0	0.1
KA	16.8±5.6	14.6±6.4	0.1

* $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

Tablo XXI: Hastaların çoğunlukla geçirdikleri atak tipine göre MKE sonuçları

	Grup 1 (Manik atak fazla) (n=43)	Grup 2 (depresif atak fazla) (n=23)	Grup 3 (ataklar eşit) (n=24)	P
YA1	5.6	5.7	5.5	0.8
YA2	3.4	3.9	3.2	0.3
YA3	4.1	4.7	4.6	0.3
YA4	3.5	3.6	3.0	0.3
YA	16.7	18.0	16.7	0.4
ZK1	4.5	5.5	5.7	0.06
ZK2	4.1	4.3	4.2	0.8
ZK3	2.7	3.1	2.7	0.6
ZK4	3.6	4.1	4.5	0.1
ZK	15.0	16.8	17.2	0.2
ÖB1	7.1	6.9	7.3	0.7
ÖB2	4.5	5.0	5.0	0.3
ÖB3	2.5	2.6	2.5	0.9
ÖB	14.2	14.6	14.9	0.6
SE	5.0	4.5	5.1	0.3
KKY1	4.9	5.2	4.9	0.7
KKY2	5.8	5.6	5.7	0.8
KKY3	3.2	2.9	2.7	0.1
KKY4	6.5	6.8	6.6	0.8
KKY5	8.2	7.9	7.5	0.4
KKY	28.7	28.6	27.5	0.7
İY1	5.6	5.8	5.8	0.7
İY2	4.0	3.7	4.0	0.7
İY3	4.5	5.0	5.5	0.7
İY4	7.4	7.8	7.3	0.005*
İY5	6.7	7.1	6.9	0.7
İY	28.4	29.6	29.7	0.5
KA1	4.6	5.2	5.3	0.4
KA2	5.0	4.5	4.9	0.6
KA3	6.7	6.4	6.6	0.9
KA	16.5	16.2	16.5	0.9

* $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

Tablo XXII: Toplam atak sayısına göre MKE sonuçları

	Grup 1 (1-5 atak) (n=46)	Grup 2 (6-10 atak) (n=31)	Grup 3 (11-25 atak) (n=13)	P
YA1	5.9	5.6	4.3	0.01*
YA2	3.7	3.3	3.4	0.7
YA3	4.2	4.4	4.9	0.4
YA4	3.6	3.2	2.6	0.1
YA	17.6	16.7	16.0	0.4
ZK1	4.5	5.4	6.3	0.01*
ZK2	4.0	4.3	4.6	0.2
ZK3	2.4	2.8	4.0	0.02*
ZK4	3.6	4.0	5.2	0.01*
ZK	14.6	16.4	20.3	0.001*
ÖB1	6.7	7.5	7.5	0.1
ÖB2	5.1	4.5	4.6	0.1
ÖB3	2.4	2.6	2.7	0.5
ÖB	14.3	14.7	14.7	0.7
SE	5.1	4.8	4.6	0.3
KKY1	5.3	4.7	4.4	0.2
KKY2	5.8	5.7	5.3	0.5
KKY3	3.1	2.9	2.9	0.6
KKY4	6.5	6.7	6.9	0.8
KKY5	8.0	7.8	7.7	0.8
KKY	28.9	28.0	27.3	0.7
İY1	5.8	5.9	4.8	0.1
İY2	4.2	3.9	3.4	0.2
İY3	4.8	4.9	4.8	0.9
İY4	7.3	7.7	7.5	0.7
İY5	6.8	6.9	6.8	0.9
İY	29.2	29.5	27.5	0.4
KA1	4.9	4.9	5.5	0.6
KA2	4.8	5.1	4.8	0.7
KA3	6.6	7.0	5.8	0.4
KA	16.1	17.0	16.0	0.7

* p<0.05 için istatistiksel olarak anlamlı

Tablo XXIII’de hastalık sürelerine göre MKE sonuçları görülmektedir. Hastalar, hastalık sürelerine göre 3 gruba ayrılmıştır: Grup 1; hastalık süresi 1-10 yıl arasında olanlar (n=38), Grup 2; hastalık süresi 11-20 yıl arasında olanlar (n=31), Grup 3; hastalık süresi 21-47 yıl arasında olanlar (n=21). Bu 3 grubun MKE sonuçları tek yönlü Anova ile değerlendirilmiş, aralarında $p<0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığına Tukey testi kullanılarak bakılmıştır. Buna göre; 3 grup arasında MKE’nin ana başlıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. YA1 için istatistiksel olarak anlamlı farkı Grup 1 ve 2 oluştururken, İY3 açısından anlamlı farkı Grup 1 ve 3 oluşturmaktadır.

Tablo XXIV’de hastaların yaş grubuna göre MKE sonuçları gösterilmektedir. Hastalar yaşlarına göre 4 gruba ayrılmıştır: Grup 1; 17-30 yaş arasında olanlar (n=24), Grup 2; 31-40 yaş arasında olanlar (n=23), Grup 3; 41-50 yaş arasında olanlar (n=29), Grup 4; 51-65 yaş arasında olanlar (n=14). Her grubun MKE alt skorları tek yönlü Anova ile hesaplanmış, gruplar arasında $p<0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığına bakılmıştır. Buna göre; hiçbir MKE ana başlığı için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Alt başlıklardan sadece YA1 için anlamlı fark saptanmıştır ve bu farka Grup 1 ve 2 arasındaki fark neden olmaktadır.

Tablo XXV’de kontrol grubunun yaşına göre MKE sonuçları gösterilmektedir. Kontroller yaşlarına göre 3 gruba ayrılmışlardır. 3 grubun MKE sonuçları tek yönlü Anova ile hesaplanmış, $p<0.05$ için aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı post hoc testlerden Tukey kullanılarak değerlendirilmiştir. Buna göre; MKE’nin ana gruplarından Sebat Etme’de istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve bu fark Grup 1 ve 3 arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. ÖB1 alt ölçeğindeki istatistiksel olarak anlamlı fark ise Grup 1 ve 2 arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Tablo XXIII: Hastalık süresine göre MKE sonuçlarının karşılaştırılması

	Grup 1 (1-10 yıl) (n=38)	Grup 2 (11-20 yıl) (n=31)	Grup 3 (21-47 yıl) (n=21)	P
YA1	6.2	5.1	5.2	0.02*
YA2	3.9	3.1	3.3	0.1
YA3	4.3	4.3	4.6	0.7
YA4	3.7	3.2	3.0	0.2
YA	18.3	16.1	16.3	0.06
ZK1	5.3	5.0	4.8	0.5
ZK2	4.1	4.1	4.6	0.2
ZK3	2.6	3.1	2.7	0.5
ZK4	4.0	3.9	4.0	0.9
ZK	16.0	16.1	16.1	0.9
ÖB1	7.2	6.7	7.5	0.1
ÖB2	5.2	4.5	4.4	0.08
ÖB3	2.6	2.5	2.3	0.7
ÖB	15.1	13.7	14.4	0.09
SE	5.0	4.9	4.6	0.6
KKY1	5.1	5.2	4.3	0.2
KKY2	5.6	6.0	5.5	0.6
KKY3	2.9	3.1	2.9	0.5
KKY4	6.4	6.8	6.6	0.8
KKY5	7.8	8.1	7.8	0.7
KKY	28.1	29.5	27.2	0.4
İY1	5.8	5.7	5.5	0.8
İY2	4.1	4.0	3.7	0.6
İY3	5.2	4.8	4.4	0.03*
İY4	7.3	7.7	7.5	0.7
İY5	7.0	7.0	6.4	0.1
İY	29.5	29.4	27.6	0.3
KA1	4.9	4.9	5.1	0.9
KA2	4.7	4.9	5.0	0.9
KA3	7.1	6.6	5.7	0.1
KA	16.6	16.5	15.9	0.9

* $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

Tablo XXIV: Hastaların yaş grubuna göre MKE sonuçlarının karşılaştırılması

	Grup 1 (17-30 yaş) (n=24)	Grup 2 (31-40 yaş) (n=23)	Grup 3 (41-50 yaş) (n=29)	Grup 4 (51-65 yaş) (n=14)	P
YA1	6.5	5.1	5.3	5.5	0.04*
YA2	4.2	3.3	3.2	3.3	0.2
YA3	4.6	4.3	4.2	4.5	0.8
YA4	3.6	3.2	3.4	3.2	0.8
YA	19.0	16.3	16.3	16.5	0.08
ZK1	5.0	5.6	5.2	4.3	0.3
ZK2	3.9	4.4	4.3	4.2	0.5
ZK3	2.8	2.7	2.6	3.3	0.7
ZK4	3.7	4.1	3.9	4.2	0.8
ZK	15.2	17.0	16.1	16.0	0.7
ÖB1	7.0	6.7	7.4	7.4	0.3
ÖB2	5.0	4.8	4.7	4.6	0.8
ÖB3	2.7	2.8	2.1	2.6	0.1
ÖB	14.8	14.3	14.2	14.7	0.8
SE	5.3	4.7	4.9	4.5	0.4
KKY1	5.2	5.2	4.9	4.4	0.5
KKY2	5.8	5.7	5.6	5.7	0.9
KKY3	2.9	3.0	3.1	2.8	0.8
KKY4	6.5	7.0	6.2	6.8	0.7
KKY5	7.9	7.9	8.1	7.7	0.8
KKY	28.5	29.0	28.1	27.6	0.9
İY1	5.7	6.1	5.5	5.2	0.4
İY2	4.3	3.7	4.0	3.7	0.3
İY3	5.2	4.7	4.5	5.2	0.1
İY4	7.4	7.4	7.8	7.2	0.8
İY5	6.9	7.0	6.7	7.0	0.7
İY	29.8	29.0	28.6	28.5	0.8
KA1	4.7	4.2	5.8	5.0	0.09
KA2	4.3	4.6	5.4	5.2	0.2
KA3	7.1	6.4	6.6	6.1	0.7
KA	15.8	15.3	17.8	16.4	0.4

* $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

Tablo XXV: Kontrol grubunun yaşlarına göre MKE sonuçlarının karşılaştırılması

	Grup 1 (20-25 yaş) (n=53)	Grup 2 (26-30 yaş) (n=26)	Grup 3 (31-45 yaş) (n=11)	P
YA1	6.8	6.2	6.0	0.2
YA2	4.9	3.8	2.8	0.1
YA3	4.7	5.1	4.2	0.3
YA4	4.2	3.8	3.3	0.2
YA	20.0	19.0	16.4	0.07
ZK1	5.0	5.4	5.0	0.7
ZK2	3.7	4.9	3.9	0.4
ZK3	3.3	3.2	2.3	0.2
ZK4	3.7	3.1	3.0	0.4
ZK	15.8	16.0	14.3	0.6
ÖB1	5.6	6.3	6.9	0.06
ÖB2	4.2	4.5	4.3	0.7
ÖB3	2.6	3.5	3.0	0.02*
ÖB	12.5	14.4	14.3	0.05
SE	4.3	5.0	5.7	0.06*
KKY1	5.7	6.5	5.7	0.1
KKY2	6.2	6.6	6.3	0.6
KKY3	3.8	4.1	4.2	0.2
KKY4	6.2	6.6	7.2	0.3
KKY5	8.5	9.2	8.9	0.2
KKY	30.6	33.3	32.5	0.1
İY1	5.8	6.6	6.6	0.06
İY2	4.6	5.2	4.4	0.06
İY3	5.0	5.3	5.3	0.5
İY4	6.2	7.0	5.3	0.1
İY5	6.4	7.2	6.9	0.08
İY	28.4	31.5	29.1	0.08
KA1	4.8	5.0	3.8	0.2
KA2	3.4	4.0	4.0	0.3
KA3	5.8	6.7	5.2	0.2
KA	14.2	15.8	13.1	0.2

* $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

Tablo XXVI’da hasta grubunun cinsiyetine göre MKE sonuçlarının karşılaştırılması verilmiştir. 30 erkek, 60 bayan hastayı MKE sonuçları açısından karşılaştırmak amacıyla bağımsız değişkenler için t testi kullanılmış, $p<0.05$ için aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığına bakılmıştır. Buna göre; MKE’nin ana ölçeklerinden Zarardan Kaçınma’da kadın hastalar erkeklere göre anlamlı derecede yüksek puan almış, Sebat Etme’de ise erkek hastalar kadınlara göre anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Zarardan Kaçınma’daki anlamlı farkı yaratan alt başlıklar ZK1 ve ZK2’dir. YA2 ve KA2 al başlıklarında da iki cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo XXVII’de kontrol grubu için cinsiyete göre MKE sonuçları karşılaştırılmaktadır. 46 erkek, 44 kadın arasında MKE sonuçları açısından karşılaştırma bağımsız değişkenler için t testi ile yapılmıştır ve gruplar arasında $p<0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığına bakılmıştır. Buna göre; İşbirliği Yapma açısından kadınlar erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır. Bu farkı yaratan İY1 ve İY2 alt başlıklarıdır. ZK2 alt başlığında da kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Tablo XXVIII’de Akiskal’ın sınıflandırmasına göre MKE sonuçları karşılaştırılmaktadır. Buna göre hastalar 2 gruba ayrılmışlardır: Grup 1; Akiskal’ın sınıflandırmasında Bipolar $\frac{1}{2}$ ve 1 tanısı alanlar ($n=74$), Grup 2; Akiskal’ın sınıflandırmasında Bipolar 1 $\frac{1}{2}$ ve üstü tanısı alanlar ($n=16$). İki grubun MKE sonuçları bağımsız değişkenler için t testi ile karşılaştırılmış, gruplar arasında $p<0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığına bakılmıştır. Buna göre; iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark sadece YA1 ve YA2 alt ölçeklerinde saptanmıştır.

Tablo XXVI: Hasta grubunun cinsiyetlerine göre MKE sonuçları

	Erkek (n=30) Ort±ss**	Kadın (n=60) Ort±ss**	P
YA1	5.8±2.0	5.5±1.6	0.5
YA2	3.0±2.0	3.8±1.6	0.04*
YA3	4.1±1.7	4.5±1.6	0.3
YA4	3.5±1.5	3.3±1.6	0.6
YA	16.7±4.8	17.2±4.0	0.5
ZK1	4.2±2.0	5.6±2.0	0.002*
ZK2	3.6±1.2	4.5±1.3	0.004*
ZK3	2.7±1.8	2.9±2.0	0.6
ZK4	3.7±1.9	4.1±1.7	0.3
ZK	14.0±4.6	17.1±5.3	0.008*
ÖB1	7.0±1.6	7.2±1.6	0.5
ÖB2	4.5±1.5	4.9±1.4	0.1
ÖB3	2.6±1.2	2.5±1.3	0.8
ÖB	14.1±2.5	14.7±2.7	0.3
SE	5.4±1.4	4.6±1.5	0.002*
KKY1	5.3±1.6	4.8±2.0	0.2
KKY2	5.9±1.4	5.6±2.0	0.4
KKY3	3.1±1.1	2.9±1.1	0.6
KKY4	7.0±2.5	6.4±2.6	0.3
KKY5	8.0±2.2	7.9±1.7	0.8
KKY	29.4±6.3	27.9±7.1	0.3
İY1	5.7±1.5	5.7±1.7	0.8
İY2	4.0±1.2	3.9±1.4	0.7
İY3	4.8±1.3	4.9±1.2	0.8
İY4	7.1±2.3	7.7±2.0	0.2
İY5	6.8±1.1	6.9±1.2	0.6
İY	28.6±4.8	29.2±5.1	0.5
KA1	4.8±2.3	5.0±2.4	0.7
KA2	5.5±1.8	4.5±2.1	0.03*
KA3	6.8±2.8	6.5±2.7	0.7
KA	16.9±5.0	16.2±6.1	0.6

* $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

** ort=ortalama, ss= standart sapma

Tablo XXVII: Kontrol grubunda cinsiyetlere göre MKE sonuçlarının karşılaştırılması

	Erkek (n=46) Ort±ss**	Kadın (n=44) Ort±ss**	P
YA1	6.3±1.6	6.7±2.3	0.3
YA2	4.0±1.9	3.7±1.9	0.4
YA3	4.5±1.6	5.1±1.7	0.09
YA4	4.2±1.7	3.8±1.8	0.3
YA	19.2±4.1	19.5±5.5	0.7
ZK1	5.0±2.0	5.3±2.0	0.4
ZK2	3.5±1.5	4.2±1.3	0.04*
ZK3	3.0±1.7	3.3±1.6	0.3
ZK4	3.6±2.1	3.2±2.0	0.3
ZK	15.2±5.8	16.2±5.3	0.3
ÖB1	6.0±1.9	6.0±1.7	0.8
ÖB2	4.2±1.5	4.5±1.6	0.3
ÖB3	2.8±1.3	3.1±1.4	0.2
ÖB	12.9±3.5	13.7±3.2	0.2
SE	4.7±1.7	4.7±1.8	0.8
KKY1	5.8±1.6	6.0±1.7	0.6
KKY2	6.2±1.7	6.5±1.4	0.4
KKY3	3.8±1.1	4.0±0.9	0.3
KKY4	6.5±2.1	6.3±2.3	0.6
KKY5	8.7±1.8	8.8±1.8	0.6
KKY	31.3±6.9	32.0±5.5	0.5
İY1	5.7±1.7	6.5±1.3	0.01*
İY2	4.3±1.3	5.2±1.0	0.002*
İY3	4.9±1.3	5.4±0.9	0.08
İY4	6.0±2.7	6.6±2.2	0.2
İY5	6.5±1.5	6.9±1.4	0.2
İY	27.8±6.4	31.0±4.7	0.01*
KA1	4.5±1.8	5.0±2.3	0.2
KA2	3.5±1.8	3.8±2.0	0.4
KA3	5.7±2.9	6.4±2.8	0.2
KA	13.8±4.9	15.3±5.6	0.1

* $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

** : ort=ortalama, ss= standart sapma

Tablo XXVIII: Akiskal'ın 'silik bipolar' sınıflandırmasına göre MKE sonuçlarının karşılaştırılması

	Grup 1 (Akiskal ½ ve 1) (n=74) Ort±ss**	Grup 2 (Akiskal 1 ½ ve üstü) (n=16) Ort±ss**	P
YA1	5.4±1.7	6.5±2.0	0.03*
YA2	3.7±1.8	2.6±1.5	0.03*
YA3	4.4±1.7	4.3±1.2	0.9
YA4	3.2±1.4	4.0±2.0	0.07
YA	16.9±4.3	17.6±4.3	0.5
ZK1	5.1±2.0	5.2±2.4	0.8
ZK2	4.3±1.3	4.0±1.4	0.4
ZK3	2.9±2.0	2.4±1.6	0.3
ZK4	4.0±1.7	3.6±2.0	0.3
ZK	16.2±5.3	15.3±5.5	0.5
ÖB1	7.1±1.5	7.1±2.0	0.9
ÖB2	4.7±1.3	5.0±1.8	0.5
ÖB3	2.5±1.3	2.5±1.2	0.9
ÖB	14.4±2.6	14.7±3.0	0.7
SE	4.9±1.4	4.8±2.0	0.8
KKY1	4.8±1.8	5.6±2.0	0.1
KKY2	5.6±1.8	6.3±1.3	0.1
KKY3	2.9±1.1	3.2±1.1	0.3
KKY4	6.5±2.5	7.0±2.8	0.5
KKY5	7.8±1.9	8.4±1.6	0.2
KKY	27.9±7.0	30.6±5.8	0.1
İY1	5.5±1.7	6.4±1.0	0.06
İY2	3.8±1.3	4.4±1.2	0.1
İY3	4.8±1.1	5.4±1.4	0.06
İY4	7.5±2.1	7.4±2.4	0.8
İY5	6.8±1.2	7.2±0.8	0.2
İY	28.6±5.0	31.0±4.3	0.09
KA1	5.0±2.4	4.7±2.1	0.6
KA2	4.8±2.1	5.3±2.1	0.3
KA3	6.8±2.8	6.0±2.6	0.3
KA	16.6±6.1	15.5±3.8	0.4

* $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı, ** ort=ortalama, ss=standart sapma

Tablo XXIX’da SKID-I tanılarına göre MKE sonuçları karşılaştırılmaktadır. Hastalar 2 gruba ayrılmıştır: Grup 1; SKID-I’e göre BAB-1 tanısı alanlar (n=81), Grup 2; SKID-I’e göre BAB-2 tanısı alanlar (n=9). İki grubun MKE sonuçları bağımsız değişkenler için t testi ile değerlendirilmiş, $p<0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığına bakılmıştır. Buna göre; iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı tek fark ZK1 ve ZK3 alt ölçeklerinde saptanmıştır.



Tablo XXIX: SKID-I tanılarına göre MKE sonuçları

	Grup 1 (BAB-1) (n=81) Ort±ss**	Grup 2 (BAB-2) (n=9) Ort±ss**	P
YA1	5.5±1.7	6.2±2.2	0.3
YA2	3.5±1.7	3.5±2.3	0.9
YA3	4.3±1.6	5.0±2.0	0.2
YA4	3.3±1.5	4.0±1.9	0.2
YA	16.9±3.9	18.7±6.7	0.2
ZK1	4.9±1.9	6.5±2.6	0.03*
ZK2	4.2±1.3	4.5±1.7	0.4
ZK3	2.7±1.8	4.1±2.9	0.04*
ZK4	3.9±1.7	4.4±2.4	0.4
ZK	15.8±4.9	18.6±7.8	0.1
ÖB1	7.1±1.6	7.3±2.2	0.7
ÖB2	4.7±1.3	5.5±2.3	0.1
ÖB3	2.5±1.3	2.5±1.0	1.0
ÖB	14.4±2.6	15.4±3.6	0.2
SE	5.0±1.4	4.2±2.2	0.1
KKY1	5.0±1.8	4.8±2.5	0.8
KKY2	5.7±1.8	5.3±1.9	0.4
KKY3	3.0±1.1	3.1±1.3	0.8
KKY4	6.6±2.5	6.8±3.1	0.7
KKY5	7.9±1.9	7.8±1.7	0.8
KKY	28.4±6.9	28.1±6.8	0.8
İY1	5.7±1.7	5.6±1.8	0.9
İY2	4.0±1.4	3.3±0.7	0.1
İY3	4.9±1.2	5.0±1.2	0.8
İY4	7.4±2.2	8.0±1.5	0.5
İY5	6.8±1.2	7.2±1.2	0.4
İY	29.0±5.0	29.2±4.2	0.9
KA1	5.0±2.3	4.7±2.2	0.7
KA2	4.8±2.1	5.1±1.2	0.7
KA3	6.6±2.8	6.7±1.8	0.8
KA	16.4±5.9	16.6±4.0	0.9

* $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

** ort=ortalama, ss=standart sapma

EKLER

EK 1: HASTAYA AİT BİLGİLER**Sosyodemografik bilgiler:**

- 1- Adı-soyadı:
- 2- Doğum tarihi:
- 3- Cinsiyeti:
- 4- Telefonu:
- 5- Öğrenim düzeyi:
 - (1) Yok (2) Okur-yazar (3) İlköğretim
 - (4) Lise (5) Yüksek okul (6) Master-doktora
- 6- Meslek:
- 7- Medeni durumu:
 - (1) Bekar (2) Evli (3) Boşanmış (4) Dul (5) Ayrı yaşıyor
- 8- Çocuk sayısı:
- 9- Sosyo-ekonomik durum:
 - (1) Alt (2) Orta-alt (3) Orta-üst (4) Üst
- 10- Yaşadığı yer:
 - (1) Kent içi (2) Varoş (3) Kasaba (4) Köy (5) İlçe
- 11- Sosyal güvence:
 - (1) Yok (2) Var (türü):
- 12- Sosyal destek:
 - (1) Yok (2) Var (3) Yetersiz
- 13- Aşağıda kodlanmış hastalıkları akrabalarındaki varlık durumuna göre işaretleyiniz:
 - (1) BAB (2) Unipolar depresyon (3) Siklotimi (4) Distimi
 - (5) Sizofreni (6) Panik bozukluğu (7) Alkol ve madde kullanımı
 - (8) İntihar (9) Yeme bozukluğu (10) Diğer:.....
- 14- Eşlik eden organik hastalık ve kullandığı ilaç:
 - (1) Yok (2) Var:.....

İlk epizodun klinik gidiş özellikleri:

- 15- Başlangıç yaşı:
- 16- İlk hastalık dönemi:
 - (1) Öforik mani (2) Karma epizod (3) Hipomani
 - (4) Depresyon (5) Distimi (6) Siklotimi (7) Ayırt edilemiyor
- 17- Ortaya çıkıştaki yaşam olayı:
 - (1) Yok (2) Var:..... (3) Yetersiz bilgi
- 18- Şiddeti (DSM-IVTR):
 - (1) Hafif (2) Orta (3) Şiddetli
- 19- Post-partum özellik:
 - (1) Yok (2) Var (3) Yetersiz bilgi
- 20- Psikotik özellik:
 - (1) Yok (2) DD uyumlu (3) DD uyumsuz (4) 2+3
- 21- Katatonik özellik:
 - (1) Yok (2) Var (3) Yetersiz bilgi
- 22- Melankolik özellik:
 - (1) Yok (2) Var (3) Yetersiz bilgi
- 23- Atipik depresyon belirtisi:
 - (1) Yok (2) Var (3) yetersiz bilgi
- 24- Düzelme:

- (1) Kendiliğinden
- (2) DDD ile:.....
- (3) AP ile:.....
- (4) AD ile:.....
- (5) EKT:
- (6) Kombinasyon:.....+.....+.....
- (7) Diğer:.....

Diğer epizodlara dair bilgiler:

25- Bilgi:

- (1) Yok(devam etmeyin) (2) Var

26- Toplam epizod sayısı:

27- Toplam hastaneye yatış:

Episod sayısı (DSM-IVTR'ye göre):

28- Psikotik mani:

29- Psikotik olmayan mani:

30- Hipomani

31- Psikotik depresyon

32- Psikotik olmayan major depresyon:

33- Minör depresyon:

34- Melankolik depresyon:

35- Stuporlu/katatolik depresyon:

36- Atipik depresyon:

37- Postpartum depresyon:

38- Mevsimsel özellik:

39- Hızlı döngü:

40- ADla switch:

41- Karma epizod:

42- İntihar girişimi sayısı:

43- Başlatan etken (çoğunlukla)

- (1) Yok (2) Var:.....

44- Kronik gidiş (2yıl<epizod):

Koruyucu sağaltım bilgileri:

45- Şimdiye kadar kullandığı ilaçlar:

46- Şu anda halen kullandığı ilaçlar ve dozları:

EK 2: MKE (Mizaç ve Karakter Envanteri)

TCI (Temperament and Character Inventory)

MKE (Mizaç ve Karakter Envanteri)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

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

ÖRNEK

DOĞRU

YANLIŞ

Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum.

D

Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için "D"yi tıklayınız.)

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen, bütünüyle yanıttan emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

Bu anket formunda doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987, 1992 Revised 03-01-2001 C.R.Cloninger Türkçe Versiyon 2001 Samet Köse, Kemal Sayar

DOĞRU (D) YANLIŞ(Y)

1. Çoğu kimseye zaman kaybı gibi gelse de, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim. D Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim. D Y
3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiiirden derinden etkilenirim. D Y
4. Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm. D Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim. D Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım. D Y
7. Beni incitenlerden intikam almak hoşuma gider. D Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam. D Y
9. Çoğu kez yaşamımın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm. D Y

10. Herkesin ilerleyebilmesi için sorunlara çözüm bulmada yardımcı olmak isterim. D Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum. D Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim. D Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım. D Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım. D Y
15. Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir. D Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden genellikle hoşlanmam. D Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır. D Y
18. Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım. D Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir. D Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım. D Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım. D Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum. D Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım. D Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren özgür hissederim. D Y
25. Bir başkasının duygularını çoğu kez kendiminkiler kadar önemserim. D Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepelerde ve keskin virajlarda araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
27. Tanımadığım kimselerin yanında güvenli hissetmediğim için çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım. D Y
28. Başkalarını memnun etmekten çok hoşlanırım. D Y
29. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim. D Y
30. Zaman bulamadığım için genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam. D Y
31. Çoğu kez hayvan ve bitkileri yok olmaktan kurtarmaya yarayacak işler yaparım. D Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim. D Y
33. Düşmanlarımla acı çektiğini görmek bana hoşnutsuzluk verir. D Y
34. Fırsat buldukça düzenli olmaktan ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım. D Y

35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı şeylerle ilgilenemem. D Y
36. İşleri terar tekrar yapmak, bana çoğu anlık dürtüler ya da telkinden daha güçlü alışkanlıklar edinmemi sağladı. D Y
37. Genellikle başkaları vazgeçse bile çalışmaya devam edecek kadar kararlıyım. D Y
38. Yaşamda bilimsel olarak açıklanamayan çoğu şeye hayran kalırım. D Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var. D Y
40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim. D Y
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım. D Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm. D Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum. D Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez. D Y
45. Gevşerken çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım. D Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldığım. D Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu yapmaya çalışırım. D Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir. D Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez. D Y
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz. D Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür. D Y
52. Konuşmalarda konuşan kişi olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir. D Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim. D Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır. D Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır. D Y
56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir. D Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi genellikle acısını çıkartmaya çalışırım. D Y
58. Tutumlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım. D Y
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim. D Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım. D Y
63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım. D Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım. D Y

65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın,daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm. D Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcarken zorlanırım. D Y
67. Çoğu kimsenin bedensel tehlike hissettiği durumlardan genellikle sakın ve güvenli kalırım. D Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım. D Y
69. Kişisel sorunlarımı çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem. D Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa evde oturmaktan hoşlanırım. D Y
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmem. D Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile başkalarına haksızca davranırsam zihinsel huzurum kaçır. D Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar D Y
74. Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim. D Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım. D Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım. D Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim. D Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım. D Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider. D Y
80. Bir grup yabancıyla buluştuğumda bana arkadaş canlısı olmadıkları söylenmiş olsa bile rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm. D Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir. D Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm. D Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm. D Y
84. Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim. D Y
85. Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim. D Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor. D Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım. D Y
88. Dinsel yaşantılar yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur. D Y
89. Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim. D Y
90. İşleri terar tekrar yapmak, başarılı olmamı sağlayacak pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir. D Y
91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana

EKLER

- inanmalarını sağlayabilirim. D Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım. D Y
93. Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin bedelini ödemeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim. D Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem. D Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için kendi yaşamımı severek riske ederdim. D Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim. D Y
97. Bazen yaşamımın herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm. D Y
98. Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım. D Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım. D Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır. D Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım. D Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim. D Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım. D Y
104. Öyle çok kusurluyum ki bu yüzden kendimi pek de sevmem. D Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler bulmak için çok az zamanım var. D Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için çoğu kez sorunların gereğine bakamam. D Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim. D Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim. D Y
109. Biriktirmektense para harcamayı yeğlerim. D Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için doğruları değiştirmeyi genellikle iyi beceririm. D Y
111. Sorunlar olsa bile bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım. D Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım. D Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür. D Y
114. İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim. D Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için beni eğiten kişilerin yardımına çok fazla gereksinim duyarım. D Y
116. Duygu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi) gerçekten de mümkün olduğuna inanırım. D Y

EKLER

117. Candan ve yakın arkadaşlarımla çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim. D Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm. D Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım. D Y
120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum. D Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar. D Y
122. Benim için benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür. D Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin sadece şans eseri olduğunu düşünürüm. D Y
124. Birisi beni incitirse intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim. D Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum. D Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum. D Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım. D Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir. D Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de bilmediğim ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim. D Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim. D Y
131. Başkaları benden istediklerini yapmayacağım için çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler. D Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim. D Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek genellikle benim için kolaydır. D Y
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile olabildiğince az iş yapmaya çalışırım. D Y
135. İyi alışkanlıklar benim için "ikinci mizaç" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır. D Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden çoğu zaman rahatsızlık duymam. D Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır böylece onları gerçekten anlayabilirim. D Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar. D Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir. D Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım. D Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim. D Y
142. Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim. D Y
143. Özel düşüncelerimden pek söz etmediğimden arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler. D Y

144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim. D Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın akıllıca olmadığını düşünürüm. D Y
146. Düşmanlarımla acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım. D Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum. D Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım. D Y
149. Endişeye kapıldığımda arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum işi bırakırım. D Y
150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede özgürüm. D Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki bir an nerede olduğumu unuturum. D Y
153. Bir ekibin üyeleri paylarına düşeni nadiren alırlar. D Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir. D Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam. D Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılman değilimdir. D Y
158. Çoğu kez arkadaşlarımla arzularına boyun eğirim. D Y
159. Zamanımın çoğunu gerekli gibi görünen ancak gerçekte benim için önemsiz olan şeylere harcarım. D Y
160. Ticari kararlarda neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem. D Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlayabilmek için kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım. D Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu bana önemli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır. D Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım. D Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem. D Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar hemen hiç heyecanlanmam. D Y
166. Düşündüğümde daha uzun sürdüğünde çoğu kez o işi bırakırım. D Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim. D Y
168. Bana yanlış yapan birisini çoğu zaman çabucak bağışlarım. D Y
169. Davranışlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y

170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım. D Y
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim. D Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım. D Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim deneyimlerim olmuştur. D Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir. D Y
175. Kendimin duygu dışı algılar yaşıntıladığına inanırım. D Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım. D Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar güçlü şekilde yol gösterir. D Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır. D Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim. D Y
180. Genellikle havalı ve başkalarından ayrı olmaktan hoşlanırım. D Y
181. Hüzünlü bir film seyrederken ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır. D Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum. D Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim. D Y
184. Çoğu ayartıcı durumda kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir. D Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar. D Y
186. Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile herkes itibar ve saygı görmelidir. D Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için çabuk kararlar vermekten hoşlanırım. D Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle şansım yaver gider. D Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim. D Y
190. Başarılı olma şansı yoksa bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmem. D Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım. D Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa biriktirmekten zevk alırım. D Y
193. Bireysel haklar herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir. D Y
194. Kendimi ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşıntıları oldu. D Y
195. Ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu hissettiğim epeyce coşkulu anlarım oldu. D Y
196. İyi alışkanlıklar edinmek işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır. D Y
197. Çoğu kimse benden daha çok işe yarar. D Y
198. Sorunlarım için çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım. D Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım. D Y
200. Çoğu kez tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım. D Y

201. Arkadaşlarla birlikteyken bile çok fazla “açılmamayı” tercih ederim. D Y
202. Genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalmada zorlanmam. D Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm. D Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda sıkıntıdan kolayca kurtulamam. D Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir. D Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu yalnızca bir görüş meselesidir. D Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm. D Y
208. Tüm yaşamın bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım. D Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm. D Y
210. İnsanlar benden kolaylıkla yardım sempati ve sıcak bir anlayış bulurlar. D Y
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerdeki heyecan duymada çoğu kimseye göre daha geriyimdir. D Y
212. Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile yalan söylemekte sıkıntı yaşarım. D Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var. D Y
214. Başkalarından daha fazla hayran olunmak istemem. D Y
215. Sıradan bir şeye bakarken çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım. D Y
216. Tanıdığım çoğu kimse başka kimin incineceğine aldırmaaksızın yalnızca kendisini düşünür. D Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle kendimi gergin ve endişeli hissederim. D Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım. D Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür. D Y
220. Mistik yaşantı söylentileri muhtemelen yalnızca birer hüsnü kuruntudan ibarettir. D Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır. D Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim. D Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum. D Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için düzenli olarak zaman ayırırım. D Y
225. Çok dikkatli olmazsam benim için işler çoğu kez ters gider. D Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olunca genellikle kendimi daha iyi hissederim. D Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın mümkün olmadığını düşünürüm D Y

228. Çevremde olup bitenlerden koptuğum için başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir. D Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam. D Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim. D Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum. D Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim. D Y
233. Zor durumları genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm. D Y
234. Benimle ilgili kimseler işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar. D Y
235. Sahtekar olmak yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır. D Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim. D Y
237. Herhangi bir belgeyi imzalamam istendiğinde tüm ayrıntıları okumaktan hoşlanırım D Y
238. Yeni bir şeyler olmadığı zamanlarda genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım. D Y
239. Bazen keyifsiz olurum. D Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum. D Y

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma, Gazi Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na Temmuz 2003-Kasım 2004 yılları arasında tedavi amacıyla başvurmuş olan 90 Bipolar Affektif Bozukluk hastasıyla yürütülmüştür. Hastaların genel bilgilerine baktığımızda; hastalığın başlangıç yaşının genel literatür bilgisi ile uyumlu olduğunu görmekteyiz. BAB genelde 20'li ve 30'lu yaşlarda başlayan bir hastalıktır (55, 60). Bizim hasta grubumuz için hastalığın başlangıç yaşı ortalama 25-35'dir. Kadın ve erkek hastaların oranı literatürde eşit olarak verilmekteyken (55, 60), bizim hasta grubumuzda kadın ve erkek oranı 2/1'dir.

Hastalarımızın sosyoekonomik ve kültürel düzeylerine baktığımızda; çoğunun orta veya yüksek sosyoekonomik düzeyden geldiğini (yaklaşık %87), kent kökenli olduklarını (%85), eğitim düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğunu (%83'ü lise ve üzeri eğitim) ve çoğunun (%70) bir meslek sahibi veya öğrenci olduğunu görmekteyiz. Gerçekte de bipolar hastalar için genel literatür bilgisi; çoğunlukla yüksek sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyden geldikleri şeklindedir (55,60). Hastalarımızın çoğunun evli olması ise (%67), genel literatür bilgisi ile çelişmektedir (60). Bu hastaların bir üniversite hastanesine başvuran hastalar olması, takip ve tedavilerinin düzenli yapılması ve sosyal desteklerinin göreceli olarak iyi olması, genel bipolar hasta popülasyonunu temsil edemeyeceklerini düşündürmektedir.

Bipolar affektif bozukluklara ilgili genetik çalışmalar; henüz tam olarak hastalıktan sorumlu olan gen lokusu bulunamamış olsa da, ailesel yüklülüğe işaret etmektedir. En çok suçlanan kromozomlar X, 11, 18, en çok suçlanan genler serotonin taşıyıcı geni ve triptofan hidroksilaz genidir (55). Çalışmamızda da, 1.ve 2. dereceden akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü %60 oranındadır. Akrabalarda en sık rastlanan psikiyatrik hastalıklar; yaklaşık %40'ında görülen unipolar depresyon ve bipolar affektif bozukluk gibi duygu durumu

bozukluklarıdır. Bu sonuç, bipolar hastalarda duygu durumu bozuklukları açısından aile yüklülüğüne işaret eden literatürle uyumlu olmakla birlikte (60), ailelerde ruhsal hastalık öyküsü tamamen hasta ve yakınlarının ifadelerine dayandığı için güvenilirliği düşük olabilir.

Hastaların ilk ataklarının özelliklerine baktığımızda; çoğunun şiddetli, psikotik özellik göstermeyen major depresyon atağıyla başladığını, çoğunlukla da atağı tetikleyen bir faktör olduğunu görmekteyiz (Tablo X). İlk atağı depresyon olanların çoğunlukla melankolik özellikler gösterdiği, katatonik ve atipik özelliklerin ise nadir görüldüğünü söyleyebiliriz (Tablo XI). Hastalığın başlama yaşı 11-53'dür (Tablo IX). Bu bulgular, özellikle erken yaşta başlayan psikotik olmayan major depresyonun ilerde bipolariteye dönüşme ihtimalinin yüksek olması açısından önemlidir. Hastalığın başlangıç yaşı, bipolaritenin fenomenolojisi ve seyri açısından önemli olabilmektedir (41). Özellikle ergenlik döneminde hastalığın başlaması karma nöbet ve psikotik özellik olasılığını arttırmaktadır. Ayrıca ergen başlangıçlı olanlarda bekar veya boşanmış olma ile çalışmıyor olma ihtimali daha fazladır (67, 85).

Hastaların diğer ataklarının özelliklerine baktığımızda (Tablo XIII), manik ve depresif atak ortalamalarının yaklaşık olarak birbirine eşit olduğunu görmekteyiz (3.56 ± 3.0 , 3.43 ± 3.6). Karma atak, hızlı döngü ve mevsimsel özellik nadirdir. Hiçbir hastada hastalık kronik özellik göstermemiştir. Çoğu hastada atakları tetikleyen psikososyal stres faktörleri tanımlanmıştır.

Akiskal'ın 'silik bipolarite' sınıflandırmasına göre hastaları sınıflandırdığımızda, %80'den fazla hastanın BAB 1 grubuna girdiğini görmekteyiz (Tablo XVI). Yani hastaların çoğunda depresyon olsun veya olmasın, bir mani atağı mevcuttur. Yine Akiskal'ın sınıflandırmasına göre hastaların geri kalanı Bipolar 3 ve Bipolar 2'dir. Bizim hasta grubumuz içinde, diğer tanı gruplarına giren hasta saptanmamıştır. Akiskal ve ark. 'silik bipolar' prevalansını tüm toplum için %4-6 oranında vermektedir (10). 'Normallik' ve 'bipolar spektrumun' arasında yer alan, bipolaritenin en "silik" varyasyonları da dahil edilince, bu

prevalans %23.7'ye kadar çıkabilmektedir. Bu gruba “pseudo unipolar” denebilecek; distimi, minör depresyon veya tekrarlayan kısa depresyonlara eşlik edebilecek, kendiliğinden gelişmiş ‘saf’ hipomaniler veya eşlik eden hipomanik belirtiler girebilmektedir (14). Akiskal’ın sınıflandırmasında, DSM sınıflandırmasından farklı olarak hipomani iki farklı grupta yer almaktadır: ilaca bağlı hipomani (Bipolar 3) ve kendiliğinden hipomani (Bipolar 2). Bu iki hipomaninin ayrı sınıflandırılması gerektiğini savunanlar, Bipolar 2 ve 3 arasındaki klinik farklılıklara değinmişlerdir. Bipolar 2’nin daha erken yaşta başladığı, daha fazla hipomanik atak içerdiği, siklotimik ve hipertimik mizaca sahip kişilerde daha sık rastlandığı, alkol kötü kullanımının bu kişilerde daha fazla olduğu; Bipolar 3’ün ise daha çok ailede intihar öyküsü olan, depresif mizaçlı kişilerde ortaya çıktığı, kronik ve ağır depresyonlar nedeniyle hastaneye yatırılma olasılıklarının daha yüksek olduğu, daha fazla psikotik özellik içerdikleri, ve klinisyenin tedavide daha çok EKT, lithuril ve antikonvulsan kullandığı bir grup olduğu söylenmektedir (3).

Hastaları DSM-IV tanı sistemine göre sınıflandırdığımızda; %87’si Bipolar Affektif Bozukluk-1, %13’ü Bipolar Affektif Bozukluk 2 sınıfına görmektedir (Tablo XVII). Bipolar Affektif Bozukluk-1 sınıfına gören hastalarının çoğunda manik ve depresif ataklar psikotik özellik göstermemektedir. Hayat boyu prevalans Bipolar Affektif Bozukluk-1 (BAB-1) için %0.1-0.7, Bipolar Affektif Bozukluk-2 (BAB-2) için %0.5-1.9 olarak verilmektedir (60). BAB-1’u diğer duygu durumu bozukluklarıyla (BAB-2, tekrarlayıcı depresyon, tek major depresyon atağı) karşılaştıran çalışmalar, BAB-1 hastalarının diğerlerine göre; daha genç olduğunu, hastaneye yatma sayılarının daha fazla olduğunu, psikotik belirtilerinin daha şiddetli olduğunu, içgörülerinin daha kısıtlı olduğunu, başlangıç yaşlarının daha erken olduğunu ve atak sayılarının daha fazla olduğunu göstermektedir (92). BAB-2’de intihar riski ve aile öyküsü major depresyon ve BAB-1’e göre daha fazladır (83). Antidepresanlarla

hipomanik veya manik kayma yaşayan BAB-1 ve BAB-2 hastalarının, kayma yaşamayan hastalara göre; daha yaşlı oldukları, daha az manik atak geçirdikleri, ataklarında psikotik özelliklerin daha az olduğu, ataklarının çoğunlukla depresif atak şeklinde başladığı, hızlı döngü ihtimallerinin daha fazla olduğu ve daha sıklıkla BAB-2 oldukları söylenmektedir (91). BAB-1 ve 2'nin; cinsiyet, başlangıç yaşı, depresif ataklar sırasında psikomotor retardasyon göstermeleri ve hastaneye yatırılma sayısı açısından benzer olduğu düşünülmektedir (12, 13, 16, 53).

DSM-III-R'ye göre hasta grubumuzun %81.1'inde Eksen II tanısı eşlik etmezken, %18.9'un en az bir kişilik bozukluğu tanısı eşlik etmektedir (Tablo XVIII). Eşlik eden Eksen II tanılar; %8.9 oranında B kümesinden (en sık histrionik ve sınırda kişilik bozukluğu), %6.6 oranında C kümesinden (en sık kaçınan, obsessif-kompulsif, bağımlı ve kendine zulmeden kişilik bozukluğu), %1.1 oranında A kümesinden (paranoid kişilik bozukluğu) çıkmıştır. 1 kişide (%1.1) hem histrionik, hem de sınırda kişilik bozukluğu tanısı konmuştur. Bu bulgularımız, hem yüzde olarak, hem de eşlik eden kişilik bozuklukları türü olarak, bu konudaki literatürle uyumludur. Genel olarak baktığımızda; bipolar hastalarda eşlik eden kişilik bozuklukları oranı %9-89 olarak bulunmuştur. B (sınırda, histrionik) ve C (obsesif, kaçınan) kümesi kişilik bozuklukları A kümesinden daha fazla birlikte bulunur (46, 62, 76). Ötimik hastalarla yapılan görüşmelerde kişilik bozukluğu oranı yaklaşık %30, semptomatik hastalarla yapılan görüşmelerde %60.5 olarak bulunmuştur. Hastaların kendilerini değerlendirdikleri ölçeklerle yapılan çalışmalarda, bu oran %58-98 arasında değişmektedir (46). Bu fark, çalışmalarda farklı metodoloji ve kriterler kullanılmasına, hasta grubunun ve hastalık sürelerinin farklı olmasına, değerlendirme sırasında hastaların belirti düzeylerinin farklı olmasına (akut durumda veya remisyonda gibi) bağlanmıştır. Bizim çalışmamızdaki hastaların hepsinin ötimik olması ve kişilik bozukluğu değerlendirmesinin SKID-II gibi

yapılandırılmış ve sadece hastanın kendi kendini değerlendirmesine bırakmayan, güvenilir bir ölçekle değerlendirilmiş olması, çalışmamızın güvenilirliğini artırmaktadır. Bipolar bozukluğa eşlik eden kişilik bozukluğu olanlarda işsizlik oranı, rezidüel duygu durumu semptomları ve madde bağımlılığı oranı daha fazladır (46, 62, 76). Eşlik eden kişilik bozukluğunun varlığı, BAB'un prognozunu olumsuz etkilemektedir (17).

Hasta ve kontrol grubunun MKE skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunması, bu çalışmanın en önemli sonuçlarından biridir (Tablo XIX). Hastaların, kontrol grubuna göre, Yenilik Arayışları daha düşük, Ödül Bağımlılıkları daha yüksek, Kendi Kendini Yönetmeleri daha düşük, Kendi Kendilerini Aşmaları daha yüksek olarak bulunmuştur. Yenilik Arayışı düşük olduğu için hastaların kontrollere göre, daha “ihtiyatlı, tutumlu, sadık, kolay heyecana kapılmayan, geç sinirlenen, düzenli ve sebatkar” olduğu, Ödül Bağımlılıkları daha yüksek olduğu için daha “duygusal, açık, sıcak kanlı, sevgi gösteren” oldukları, Kendi Kendilerini Yönetmeleri daha düşük olduğu için hastaların daha “kendini suçlayıcı, amaçsız, edilgen, kaderci ve disiplinsiz” oldukları, Kendi Kendini Aşmaları daha yüksek olduğu için hastaların daha “yaratıcı, sezgilerine göre hareket eden, uysal, ruhani ve idealist” oldukları söylenebilir (32, 60). Bu konuda yapılan çalışmalara göre; Yenilik Arama ve Ödül Bağımlılığı, durumsal duygu durumdan bağımsızken, Zarardan Kaçınmanın duygu durumu ve anksiyete düzeyinden etkilendiği gözlenmiştir (104). Depresyon durumunun, Zarardan Kaçınmayı artırdığı ve İşbirliği Yapmayı azalttığı görülse de, hafif ve orta dereceli depresyonlarda MKE'nin depresyonun durumsal etkisinden etkilenmediği görülmüş ve bu sonuçlar MKE'nin hafiften orta dereceye kadar olan depresyon hastalarında altta yatan kişilik yapısını gösterecek uygun bir araç olduğu şeklinde yorumlanmıştır (87). Depresyon hastalarındaki yüksek Zarardan Kaçınma, düşük İşbirliği Yapma ve Kendi Kendini Yönetme puanlarının depresyon şiddetiyle ilişkisi olduğu gözlenmiştir (50). Ötimik bipolar hastalarda

normallere göre Zarardan Kaçınma daha yüksek (19, 39, 77, 78, 118), Ödül Bağımlılığı daha yüksek (77, 78) ve Sebat Etme daha düşük (77, 78) bulunmuştur. Bipolar hastalarda, hastanede yatış sırasında depresif hastalara göre Yenilik Arayışı daha yüksek, Zarardan Kaçınma daha düşük bulunmuştur (56). Remisyondaki bipolar ve unipolar depresyon hastalarının Zarardan Kaçınması normallere göre daha yüksek, bipolar hastaların Yenilik Arayışı normallere ve unipolarlara göre daha yüksek bulunmuştur (118). Özellikle erken başlangıçlı bipolar bozuklukta, geç başlangıçlıya göre Zarardan Kaçınma daha yüksektir (39). Bizim çalışmamızda da bipolar hastalarda Ödül Bağımlılığı yüksek çıkmıştır. Bizim hasta grubumuzda, bu konudaki literatürün aksine, Zarardan kaçınma mizaç özelliği sağlıklı kontrollerden farklı çıkmamıştır. Fakat, daha önceden de belirtildiği gibi, hasta grubumuz sosyodemografik özellikler açısından genel bipolar grubu temsil etmiyor olabilir. Hastalar bir üniversite hastanesine başvuran hastalar arasından seçildikleri için, daha düzenli kontrol ve tedavi edildikleri, yani daha iyi korunan hastalar oldukları, atak sayılarının da genel bipolar hasta toplumuna göre daha az olduğu söylenebilir. Örneklem grubumuzun bu özellikleri, hasta ve kontrol grubu arasında beklenilenin aksine Zarardan Kaçınma açısından fark olmamasıyla sonuçlanmış olabilir. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, bipolar hasta grubunda MKE (TCI) kullanılarak yapılmış ilk çalışmadır. Diğer tüm çalışmalar eski versiyon olan Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği (TPQ) ile yapılmıştır. Dolayısıyla, çalışmamızda hasta grubu ve kontroller arasında, karakter boyutu olan Kendi Kendini Yönetme ve Kendini Aşma skorları arasındaki farklar, diğer çalışmaların sonuçlarıyla kıyaslanamamaktadır. Bu noktada yapılabilecek tek yorum; bipolar affektif bozukluğun kişiliğin karakter boyutunda da değişiklikler yapabildiğidir. Karakter boyutundaki bu değişikliklerden Kendi Kendini Yönetmedeki düşüklük, kişilik bozukluklarında sık karşılaşılan bir durumdur (47, 70, 101, 102). Bu bilgi, BAB'da zamanla karakter yapısında kişilik bozukluğuna benzer değişikliklerin meydana

gelebildiğini göstermesi açısından ilginçtir. Kendini Aşma skorlarında kontrol grubuyla fark yaratan yükseklik, sadece Kişiler arası özdeşim-Akılcı maddecilik (KA2) alt skorundan kaynaklanmaktadır ve fark $p < 0.05$ için oldukça anlamlıdır ($p = 0.000$). Bu alt skorla ilgili sorular gözden geçirildiğinde, hastaların manik atakları sırasında yaşamış olabilecekleri bazı deneyimlere benzer yaşantılar tanımlanmaktadır (örneğin; “Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissedirim.”, “Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissedirim.” “Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için savaş, yoksulluk ve haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.”, “Çoğu kez tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıyım hissine kapılırım.”) Görüldüğü gibi, bu sorularda sorulan yaşantılar, kişinin ego sınırlarının zayıflayıp, kendini dış nesnelerden ayıramadığı, yüksek bir öfori halini yaşadığı deneyimlerdir. Bu tarz yaşantıların bipolar hastalığın manik dönemlerinde ortaya çıkabildiğini biliyoruz. Dolayısıyla bu yaşantılar, manik atak geçirmiş hastalara tanıdık geldiği için kontrollere göre daha yüksek puan almış olabilirler. MKE ile bipolar hastaların karakter özelliklerini değerlendiren çalışmalar çoğaldıkça, bu konuda daha net bir yorum yapmak mümkün olacaktır.

Bu çalışmadan çıkan bir diğer önemli sonuç; kişilik bozukluğu olan ve olmayan bipolar hastalarda MKE sonuçlarının farklı bulunmasıdır (Tablo XX). Kişilik bozukluğu olan hastaların Kendi Kendini Yönetme ve İş Birliği Yapma sonuçları, kişilik bozukluğu olmayanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. MKE’da düşük kendi kendini yönetme ve işbirliği yapma skorlarının, olgun olmayan savunmaların ve kişilik bozukluğunun varlığını gösterdiği şeklinde yorumlanmıştır (27, 47, 70, 102). Bu açıdan, bu çalışmada elde edilen sonuç, genel literatürle uyumludur.

Bipolar hastalarda, hastalığın çeşitli nicelik ve niteliklerinin mizaç ve karakterle ilişkisi üzerine etkisi olup olmadığı bu çalışmadaki diğer bir önemli noktadır. Bu amaçla; hastaların atak sayısı, atak tipi ve hastalık süreleriyle MKE sonuçları karşılaştırılmıştır (Tablo XXI, XXII ve XXIII). Sonuçlar, atak tipi ve hastalık süresi ana mizaç ve karakter özellikleriyle değişim göstermezken, ilginç olarak atak sayısı fazla olanlarda atak sayısı az olanlara göre Zarardan Kaçınma mizaç özelliğinin anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermektedir. Zarardan Kaçınmanın yüksek olması; bireylerin daha “dikkatli, gergin, endişeli, korkak, inhibe, utangaç, kötümser, -ve çabuk yorulan” olmalarıyla karakterizedir (32, 60). Zarardan Kaçınma bireyin zarar görebileceği yaşam olaylarıyla başa çıkma yeteneğini yansıtan bir mizaç özelliği olarak tanımlanmaktadır (31). Bir mizaç özelliği olduğu, yani biyolojik ve genetik olarak doğuştan itibaren var olduğu göz önüne alınırsa, yaşam olaylarından çok fazla etkilenmiyor olmasını bekleriz. Hastalarla kontroller arasında Zarardan Kaçınma açısından fark yokken, hasta grubunda atak sayısı arttıkça Zarardan Kaçınmanın yükselmesi, bazı mizaç özelliklerinin yaşam olaylarıyla zamanla değişikliğe uğrayabileceğini düşündürmektedir. Geçirilen atak sayısı arttıkça, atakların olaylar ve kişiler arası ilişkiler üzerinde olumsuz etkisinin olması, hastaları daha tedbirli hale getiriyor olabilir. Duygu durumu bozuklarıyla yapılan çalışmalarda Zarardan Kaçınma alt skorunun kişinin duygu durumundan etkilenebildiğini göstermektedir (24, 50, 56, 58, 59, 63, 100). Bu sonuçlar, MKE’deki Zarardan Kaçınma’yla ilgili soruların, bu özelliği bir mizaç özelliği yapan yönleri sorgulamakta yetersiz kaldığını düşündürebilir. Yine de, literatürde bipolar hastaların hastalık seyriyle MKE sonuçlarının karşılaştırıldığı başka bir çalışmanın olmaması, bu konuda güvenilir bir yorum yapılmasını engellemektedir.

MKE'nin yaş ve cinsiyetten etkilenip etkilenmediği sorusu, ölçeğin güvenilirliği açısından önemlidir. Bu amaçla hem hasta, hem de kontrol grubu için yaş ve cinsiyetle MKE skorları karşılaştırılmıştır (Tablo XXIV, XXV, XXVI, XXVII). Kontrol grubunda; yaş ilerledikçe Sebat Etme anlamlı ölçüde artmakta, hasta grubunda MKE sonuçları yaşla birlikte değişiklik göstermemektedir. Dolayısıyla sağlıklı kontrollerde yaş ilerledikçe “çalışkanlık, azimkarlık, heveslilik ve mükemmeliyetçilik” artıyor gibi gözükmemektedir. Cinsiyete göre her iki grupta da önemli farklılıklar ortaya çıkmıştır; Hasta olan bayanlarda Zarardan Kaçınma anlamlı olarak daha yüksek, hasta olan erkeklerde Sebat Etme daha yüksek, hasta olmayan bayanlarda İş Birliği yapma daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuçların her iki grup için tekrar edilememiş olması ve cinsiyet ve yaş açısından gruplar arasında belirgin fark olması, bu sonuçların güvenilirliğini azaltmaktadır. Dolayısıyla; MKE sonuçları yaş ve cinsiyetten etkilenir diyebilmek için, daha homojen ve geniş gruplarla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bizim kontrol ve hasta grubumuzun hem cinsiyet, hem de yaş bakımından birbirinden anlamlı derecede farklı olması (Tablo VII), bu sonucu doğruyor olabilir. Bu konuda geniş popülasyonlarla yapılan çalışmalar; erkeklerde kadınlara göre Zarardan Kaçınma ve Ödül Bağımlılığı skorlarının daha düşük, Yenilik Arama skorlarının daha yüksek olduğunu, Yenilik Arayışı skorunun kişiliğin biyososyal teorisine uygun olacak şekilde yaştan etkilendiğini göstermektedir (30, 32, 103). Türk toplumu için yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında (65); yaşla birlikte Yenilik Arayışı ve Kendi Kendini Yönetme puanlarının düştüğü, Ödül Bağımlılığı ve Sebat Etme puanlarının yükseldiği, kadınlarda erkeklere göre Yenilik Arayışı, Zarardan Kaçınma, Ödül Bağımlılığı ve İşbirliği Yapma skorlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla bizim çalışmamızda yaşla birlikte Yenilik Arayışı'nın düşmesi ve Sebat Etme'nin yükselmesi, kadınlarda İşbirliği Yapma ve Zarardan Kaçınma'nın yükselmesi bu sonuçlarla uyumaktadır.

Bu çalışmanın bir diğer amacı, üç sınıflandırma sistemini birbiriyle karşılaştırmaktır. Çalışmada kullanılan DSM-IV kategorik sınıflandırma sistemi. Akiskal'ın "silik bipolarite" için geliştirdiği boyutsal sınıflandırma ve Cloninger'in mizaç ve karakter için geliştirdiği psikobiyolojik modeli birbiriyle karşılaştırılmaktadır (Tablo XXVIII, XXIX). Sonuçta; Akiskal'a göre farklı bipolar grupları ve DSM'ye göre BAB-1 ve BAB-2 tanısı alanlar arasında ana mizaç ve karakter özellikleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuç; bipolar hastalarında günümüzde kullanılan sınıflandırma sistemlerinin, hastaların mizaç ve karakter özelliklerinden etkilenmediğini düşündürmektedir. Bu konuda yapılabilecek bir diğer yorum da; günümüz bipolar sınıflandırma sistemlerinde mizaç ve karakter açısından fark olsa bile, MKE'nin bu farkı ölçebilen bir ölçek olmayabileceği şeklindedir. Gerek duygu durumu bozukluklarında, gerekse normal popülasyonda var olan 'affektif duygulanım'ları ölçmek için Akiskal tarafından geliştirilmiş olan MPPS-MID (Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi), bu açıdan daha uygun bir ölçek olabilir (8).

Çalışmanın en önemli kısıtlılığı, kontrol ve hasta grubunun yaş ve cinsiyet açısından homojen olmamasıdır. Yaş ve cinsiyetin bazı MKE sonuçlarını etkilediği düşünülürse, iki grup arasında var olan bazı mizaç ve karakter farklılıklarının yaş ve cinsiyetten bağımsız olup olmadığını söyleyebilmek mümkün değildir. Bu açıdan, aynı çalışmayı hasta grubuyla yaş ve cinsiyet açısından uyuşan bir kontrol grubuyla yapmak, önem kazanmaktadır. Yine de bu çalışma, geniş bir hasta grubuyla yapılmış olması, hastaların hastalık öyküsünün iyi alınmış olması, hastalarda eşlik eden kişilik bozukluğunun da değerlendirmeye katılmış olması, bipolarlarda mizacın yanında karakteri de değerlendiren ilk çalışma olması ve günümüzde Bipolar Affektif Bozukluk üzerinde yapılmış en yaygın olarak kullanılan iki sınıflandırma sistemini değerlendiriyor olması açısından önemlidir. Ancak bu sonuçların Bipolar Affektif Bozukluğu olan hastalara genelleştirilebilmesi için gelecekte yapılacak benzer çalışmalara gereksinim vardır.

ÖZET

Bu çalışmada; bipolar affektif bozukluk tanısı almış hastalarda, altta yatan mizaç ve kişilik yapılarının ve eşlik eden kişilik bozukluklarının saptanması, hastaların mizaç, karakter ve kişilik özellikleriyle, bazı hasta ve hastalık süreci bilgilerinin karşılıklı etkileşimlerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla 90 tane bipolar affektif bozukluk tanısı almış hastanın sosyodemografik bulguları ve hastalık bilgileri toplanmış, hastalar DSM-IV'e ve Akiskal'a göre sınıflandırılmış, eşlik eden kişilik bozuklukları DSM-III-R'a göre tespit edilmiş ve MKE sonuçları 90 tane sağlıklı kontrolün MKE sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Hastaların, kontrol grubuna göre, Yenilik Arayışları daha düşük, Ödül Bağımlılıkları daha yüksek, Kendi Kendini Yönetmeleri daha düşük, Kendi Kendilerini Aşmaları daha yüksek olarak bulunmuştur. DSM-III-R'ye göre hasta grubumuzun %18.9'un en az bir kişilik bozukluğu tanısı eşlik etmektedir (en sık B kümesinde histrionik ve sınırda kişilik bozukluğu olmak üzere) ve kişilik bozukluğu olan ve olmayanlar arasında MKE'nin karakter boyutlarında önemli değişiklikler saptanmıştır. Ayrıca hastaların çoğunlukla geçirdikleri atak tipinin ve hastalık süresinin ana mizaç ve karakter özelliklerine etkisi saptanmazken, atak sayısı fazla olanlarda atak sayısı az olanlara göre Zarardan Kaçınma mizaç özelliğinin anlamlı olarak yüksek diğer bir önemli sonuçtur. Çalışmanın en önemli kısıtlılığı, kontrol ve hasta grubunun yaş ve cinsiyet açısından homojen olmamasıdır. Yine de bu çalışma, geniş bir hasta grubuyla yapılmış olması, hastaların hastalık öyküsünün iyi alınmış olması, hastalarda eşlik eden kişilik bozukluğunun da değerlendirmeye katılmış olması, bipolarlarda mizacın yanında karakteri de değerlendiren ilk çalışma olması ve günümüzde Bipolar Affektif Bozukluk üzerinde yapılmış en yaygın olarak kullanılan iki sınıflandırma sistemini değerlendiriyor olması açısından önemlidir. Ancak bu sonuçların Bipolar Affektif Bozukluğu olan hastalara genelleştirilebilmesi için gelecekte yapılacak benzer çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR:

- 1- Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 4: 251-259, 1996.
- 2- Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S, Gönül AS: Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? Türk Psikiyatri Dergisi 15: 183-190, 2004.
- 3- Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF, Sechter D, Bourgeois ML, Azorin JM, Duchene LC, Lancrenon S: Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III): a systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar II). J Affect Disord 73: 65-74, 2003.
- 4- Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF: Bipolar II with and without cyclothymic temperament: 'dark' and 'sunny' expressions of soft bipolarity. Journal Affect Disord 73: 49-57, 2003.
- 5- Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI: The relationship of personality to affective disorders. Arch Gen Psychiatry 40: 801-810, 1983.
- 6- Akiskal HS, Mallya G: Criteria for the 'soft' bipolar spectrum: treatment implications. Psychopharmacol Bull 23: 68-73, 1987.
- 7- Akiskal HS, Pinto O: The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III and IV. Psychiatr Clin N Am 22: 517-34, 1999.
- 8- Akiskal HS, Placidi GF, Maremmani I, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, Mallya G, Puzantian VR: TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a nonpatient group. J Affect Disord 51: 7-19, 1998.

- 9- Akiskal HS, Yerevanian BI, Davis GC: The nosologic status of borderline personality: clinical and polysomnographic study. *Am J Psychiatry* 142: 192-98, 1985.
- 10- Akiskal HS: The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 89 (suppl.379) : 32-37, 1994.
- 11- Akiskal HS: Toward a temperamental bases approach to depression: implications for neurobiologic research: Depression and Mania: From Neurobiology to Treatment. Gressa G, Fratta W, Pani L, Sera G (ed) Ramen Press, New York 1995, S. 99-112.
- 12- Andreasen NC, Grove WM, Coryell WH, Endicott J, Clayton PJ: Bipolar versus unipolar and primary versus secondary affective disorder: which diagnosis takes precedence? *J Affect Disord* 15: 69-80, 1988.
- 13- Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W: Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 73: 133-46, 2003.
- 14- Angst J: The course of affective disorders. *Psychopathology* 19: 47-52, 1986.
- 15- Basiaux P, LeBon O, Dramaix M, Masat I, Sovery D, Mendelwicz J, Pelc I, Verbanck P: TCI personality profile and sub-typing in alcoholic patients: a controlled study. *Alcohol Alcohol* 36: 584-587, 2001.
- 16- Benazzi F: A comparison of the age of onset of bipolar I and II outpatients. *J Affect Disord* 54: 607-609, 1999.
- 17- Bieling PJ, MacQueen GM, Marriot JM, Robb JC, Begin H, Joffe RT, Young LT: Longitudinal outcome in patients with bipolar disorder assessed by life-charting is influenced by DSM-IV personality disorder symptoms. *Bipolar Disord* 5: 14-21, 2003
- 18- Black DW, Bell S, Hulbert J, Nasrallah A: The importance of Axis II in patients with major depression: a controlled study. *J Affect Disord* 14: 115-22, 1988.

- 19-Blairy S, Masat I, Stanor L, LeBon O, Gestel SV, Broeckhoven CV, Hilger C, Hentges F, Soverly D, Mendlewicz J: 5HT2a receptor polymorphism gene in bipolar disorder and harm avoidance personality trait. *Am J Med Gen* 96: 360-364, 2000.
- 20-Brewerton TD, Hand LD, Bishop ER: The TPQ in eating disorder patients. *Int J Eat Disord* 14: 213-218, 1993.
- 21-Brieger P, Ehrt U, Marnernos A: Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Compr Psychiatry*, 44: 28-34, 2003a.
- 22-Brieger P, Ehrt U, Roettig AM: Personality features of patients with mixed and pure manic episodes. *Acta Psychiatr Scand* 106: 179-182, 2002.
- 23-Brieger P, Roettig S, Ehrt U, Wenzel A, Blöink R, Marneros A: TEMPS-A scale in 'mixed' and 'pure' manic episodes: new data and methodological considerations on the relevance of joint anxious-depressive temperament traits. *J Affect Disord* 73: 99-104, 2003b.
- 24-Brown SL, Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR: The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach. *J Psychiatr Res* 26: 197-221, 1992.
- 25-Bulik CM, Beidel DC, Duchmann E, Weltzin TE, Kaye BH: Comparative psychopathology of women with bulimia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 33: 262-268, 1992.
- 26- Cannon DS, Keefe CK: Persistence predicts latency to relapse following inpatient treatment for alcohol dependence. *Addict Behav* 22: 535-543, 1997.
- 27-Casey JE, Joyce PR: Personality disorder and TCI in the elderly. *Acta Psychiatr Scand* 100: 302-308, 1999.

- 28-** Cloninger CR, Bayon C, Svrakic DM: Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states of personality types. *J Affect Disord* 51: 21-32, 1998.
- 29-** Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD: The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use (St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University). 1994. S:35-42.
- 30-** Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM: The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychol Rep* 69: 1047-1057, 1991.
- 31-** Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR: A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50: 975-90, 1993.
- 32-** Cloninger CR: A systemic method for clinical description and classification of personality variants: a proposal. *Arch Gen Psychiatry* 44: 573-588, 1987.
- 33-** Cloninger CR: A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev* 3: 167-226, 1986.
- 34-** Çorapcıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Köroğlu E: DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinik Versiyonu. (Hekimler Yayın Birliği, Ankara). 1999.
- 35-** Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD: Comorbidity of personality disorders and unipolar depression: a review. *J Affect Disord* 37: 157-70, 1996.
- 36-** Cowley DS, Roy-Byrne PP, Greenblatt DJ, Hommer DW: Personality and benzodiazepine sensitivity in anxious patients and control subjects. *Psychiatr Res* 47: 151-162, 1993.

- 37-Dunayevich E, Sax KW, Kech PE, McElroy SL, Sorter MT, McConville BJ, Strakowski SM: Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personaliy disorders. *J Clin Psychiatry* 61: 134-39, 2000.
- 38-Dunayevich E, Strakowski SM, Sax KW, Sorter MT, Keck PE, McElroy SL, McConville BJ: Personality disorders in first-and multiple-episode mania. *Psychiatry Res* 64: 69-75, 1996.
- 39-Engström C, Brändström S, Sigvardsson S, Cloninger CR, Per-Olof N: Bipolar disorder II: personality and age of onset. *Bipolar Disord* 5: 340-348, 2003.
- 40-Enns MW, Swenson JR, McIntyre RS, Swinson RP, Kennedy SH: Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders: comorbidity. *Can J Psychiatry* 46 (Suppl 1): 77-90, 2001.
- 41-Erkiran M, Karamustafalıoğlu N, Tomruk N, Kahraman E, Alpay N: Ergen ve erişkin başlangıçlı maninin fenomenolojik farklılıkları: karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 14: 21-30, 2003.
- 42-Farmer R, Nelson-Gray RO: Personality disorders and depression: hypothetical relations, emprical findings, and methodological considerations. *Clin Psychol Rev* 10: 453-76, 1990.
- 43-Fassino S, Abbate-Daga G, Amianto F, Leowbruni P, Beggio S, Rovera GG: Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with TCI. *Int J Eat Disord* 32: 412-425, 2002.
- 44-First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) Clinical Version (Washington D.C., American Psychiatric Press, Inc).1997.

- 45-First MB, Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M: Structured Clinical Interview for DSM-IV-Clinical Version (SCID-CV) (User's Guide and Interview) (Washington D.C., American Psychiatric Press, Inc). 1997.
- 46- George EL, Miklowitz DJ, Richards JA, Simoneau TL, Taylor DO: The comorbidity of bipolar disorder and Axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disord* 5: 115-122, 2003.
- 47- Goldman RG, Skodol AE, McGrath PJ, Oldman JM: Relationship between TPQ and personality disorders. *Am J Psychiatry* 151: 274-276, 1994.
- 48- Gunderson JG, Elliot GR: The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *Am J Psychiatry* 142: 277-88, 1985.
- 49- Gunderson JG, Phillips KA: A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 148: 967-75, 1991.
- 50- Hansenne M, Reggers J, Pinto E, Kjiri K, Ajamior A, Ansseau M: Temperament and Character Inventory (TCI) and depression. *J Psychiatr Res* 33: 31-36, 1999.
- 51- Hansson L, Eklund M, Bengtsson-Tops A: The relationship of personality dimensions measured by TCI and quality of life in individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder living in the community. *Qual Lif Res* 10: 133-139, 2001.
- 52- Heath AC, Cloninger CR, Martin NG: Testing a model for the genetic structure of personality: a comparison of personality systems of Cloninger and Eysenck. *J Pers Soc Psychol* 66: 762-775, 1994.
- 53- Hendrick V, Altshuler LL, Gitlin MJ, Delrahim S, Hammer C: Gender and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 61: 393-396, 2000.

- 54-Howard MO, Kivlahan D, Walker RD: Cloninger's tridimensional theory of personality and psychopathology: applications to substance use disorders. J Stud Alcohol 58: 48-66, 1992.
- 55-Işık E: Depresyon ve Bipolar Bozukluklar (Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara). 2003. S: 146-170.
- 56-Janowski DS, Morter S, Hong L, Howe L: Myers Biggs Type Indicator and TPQ differences between bipolar patients and unipolar depressed patients. Bipolar Disord 2: 98-108, 1999.
- 57-Janowsky DS, Boone A, Morter S, Howe L: Personality and alcohol/substance use disorder patient relapse and attendance at self-help group meetings. Alcohol Alcohol 34: 359-369, 1999.
- 58-Joffe RT, Bagby RM, Levitt AJ, Regan JJ, Parker JD: Tridimensional Personality Questionnaire in major depression. Am J Psychiatry 150: 959-960, 1993.
- 59-Joyce PR, Mulder PT, Cloninger CR: temperament predicts clomipramine and desipramine response in major depression. J Affect Disord 30: 35-46, 1994.
- 60-Kaplan HI, Sadock BJ: Comprehensive Textbook of Psychiatry (Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia).1995.
- 61-Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA, Erten E : Young Mani Değerlendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 13: 107-114, 2002.
- 62-Kay JH, Altshuler LL, Ventura J, Mintz J: Impact of Axis II comorbidity on the course of bipolar illness in men: a retrospective chart review. Bipolar Disord; 4: 237-242, 2002.

- 63- Kimura S, Sato T, Takahashi T, Narita T, Hirano S, Gato M: Typus melancholicus and TCI personality dimensions in patients with major depression. *Psychiatr Clin Neuroscience* 54: 181-189, 2000.
- 64- Kleifield EI, Sunday S, Hurt S, Halmi KA: Psychometric validation of the TPQ: application to subgroups of eating disorders. *Compr Psychiatry* 34: 249-253, 1993.
- 65- Köse S, Sayar K, Ak İ, Kalelioğlu Ü, Kırpınar İ, Reeves RA, Przybeck TR, Cloninger CR: Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlilik, güvenirlik ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 14: 107-131, 2004.
- 66- Köse S: A psychobiological model of temperament and character: TCI. *Yeni Symposium* 41: 86-97, 2003.
- 67- Krasa NR, Tolbert HA: Adolescent bipolar disorder: a nine year experience. *J Affect Disord* 30: 175-184, 1994.
- 68- Marijnissen G, Tuinier S, Sijben AES, Verhoeven WMA: The temperament and character in major depression. *J Affect Disord* 70: 219-223, 2002.
- 69- Mulder RT, Joyce PR, Cloninger CR: Temperament and early environmental influence comorbidity and personality disorders in major depression. *Compr Psychiatry* 35: 225-233, 1994.
- 70- Mulder RT, Joyce PR, Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA: The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and PSQ defences. *Psychobiol Med* 29: 943-951, 1999.
- 71- Mulder RT: Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *Am J Psychiatry* 159: 359-371, 2002.

- 72-Nelson EC, Cloninger CR: Exploring the TPQ as a possible predictor of antidepressant response to nefazodone in a multi-site study. *J Affect Disord* 44:197-200, 1997.
- 73-Nelson EC, Cloninger CR: The TPQ as a predictor of response to nefazodone treatment of depression. *J Affect Disord* 35: 51-57, 1995.
- 74-Newman JR, Ewing SE, McColl RD, Borus JS, Nierenberg AA, Pava J, Fava M: TPQ and treatment response in major depressive disorder: a negative study. *J Affect Disord* 57: 241-247, 2000.
- 75-Nixon SJ, Parsons OA: Application of TPQ to a population of alcoholics and other substance abusers. *Alcohol Clin Exp Res* 14: 513-517, 1990.
- 76-O'Connell RA, Mayo JA, Sciutto MS: PDQ-R personality disorders in bipolar patients. *J Affect Disord* 23: 217-221, 1991.
- 77-Osher Y, Cloninger CR, Belmaker RH: TPQ in euthymic manic depressive patients. *J Psychiatr Res* 30: 353-357, 1996.
- 78-Osher Y, Lefkifer E, Kotler M: Low persistence in euthymic manic-depressive patients: a replication. *J Affect Disord* 53: 87-90, 1999.
- 79-Perna G, Bernardeschi I, Caldirola D, Garberi A: Personality dimension in panic disorder: state versus trait issues. *New Trend Exp Clin Psychiatry* 8: 49-54, 1992.
- 80-Perugi G, Akiskal HS: The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin N Am* 25: 713-37, 2002.
- 81-Phofl B, Black D, Noyes R Jr, Kelley M, Blum N: A test of the tridimensional personality theory association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 28: 41-46, 1990.

- 82-Richter MA, Summerfeldt LJ, Joffe RT, Swinson RP: The TPQ in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Res* 65: 185-188, 1996.
- 83-Rihmer M, Pestality D: Bipolar II disorder and suicidal behaviour. *Psychiatr Clin N Am* 22: 667-673, 1999.
- 84-Ritsner M, Farkas H, Gibel A: Satisfaction with quality of life varies with temperament types of patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 191: 668-674, 2003.
- 85-Rosen LN, Rosenthal NE, VanDusen PH: Age of onset and number of psychotic symptoms in bipolar affective disorder-I and schizoaffective disorder patients. *Am J Psychiatry* 140: 1523-1524, 1983.
- 86-Sato T, Hirano S, Narita T, Kusunoki K, Kato J, Goto M, Sakado K, Uehara T: Temperament and character inventory dimensions as a predictor of response to antidepressant treatment in major depression. *J Affect Disord* 56:153-161, 1999.
- 87-Sato T, Narita T, Hirano S, Kusunoki K, Goto M, Sakado K, Vehana T: Factor validity of Temperament and Character Inventory in patients with major depression. *Compr Psychiatry* 42: 337-341, 2001.
- 88-Saviotti FM, Grandi S, Savron G, Ermentini R, Bartollucci G, Conti S, Fava GA: Characterological traits of recovered patients with panic disorder agoraphobia. *J Affect Disord* 23: 113-117, 1991.
- 89-Sayın A, Aslan S, Işık E: Eksen I ve II psikiyatrik bozukluklar arasındaki birliktelik. *Türkiye’de Psikiyatri* 2004.
- 90-Sayın A, Karşlıoğlu EH, Arıkan Z, Aslan S: Alkol bağımlısı bir grup hastada kişilik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 5: 13-19, 2004.

- 91-Serretti A, Artioli P, Zanardi R, Rossini D: Clinical features of anti-depressant associated manic and hypomanic switches in bipolar disorder. *Prog Neuro-Psychopharmacology and Biol Psychiatry* 27: 751-757, 2003.
- 92-Serretti A, Mandelli L, Lattuada E, Cusin C, Smeraldi E: Clinical and demographic features of mood disorder subtypes. *Psychiatr Res* 112: 195-210, 2002.
- 93-Soloff PH, Cornelius J, George A: The depressed borderline: one disorder or two? *Psychopharmacol Bull*, 27: 23-30, 1991.
- 94-Sorias S, Saygılı R, Elbi H: DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu (SKID-I) (Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova). 1990.
- 95-Sorias S, Saygılı R, Elbi H: DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, Kişilik Bozuklukları Formu (SCID-II) (Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir). 1990.
- 96-Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M: Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis-I Disorders (SCID-I) (Washington D.C., American Psychiatric Pres, Inc). 1987.
- 97-Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M: Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II) (New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department, New York). 1989.
- 98-Stallings MC, Hewitt JK, Cloninger CR, Heath AC, Eaves IJ: Genetic and environmental structure of Tridimensional personality Questionnaire: three or four primary temperament dimensions. *J Pers Soc Psychol* 70: 127-140, 1996.
- 99-Stompe T, Willinger V, Fischer G, Meszaros K, Berger P, Strobl R: The unified biosocial model of personality in schizophrenia families and controls. *Psychopathology* 31: 45-51, 1998.

- 100- Strakowski SM, Faedda GL, Tohen M, Goodwin DC, Stoll AL: possible affective-state dependence of the TPQ in first episode psychosis. *Psychiatr Res* 41: 215-226, 1992.
- 101- Strakowski SM, Stoll AL, Tohen M, Faedda GL, Goodwin DC: TPQ as a predictor of six-month outcome in first episode mania. *Psychiatr Res* 48: 1-8, 1993.
- 102- Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR: Temperament, character and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand* 106: 189-195, 2002.
- 103- Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR: Further contribution to the conceptual validity of the unified biosocial model of personality: U.S. and Yugoslav data. *Compr Psychiatr* 32: 195-209, 1991.
- 104- Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR: Mood states and personality traits. *J Affect Disord* 24: 217-226, 1992.
- 105- Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR: Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50: 991-999, 1993.
- 106- Szöke A, Schürhoff F, Ferhadian N, Bellivier F, Rovillon F, Leboyer M: Temperament in schizophrenia: a study of TPQ. *Eur Psychiatry* 17: 379-383, 2002.
- 107- Tancer ME, Ranc J, Golden RN: Pharmacological challenge test of the TPQ in patients with social phobia and normal volunteers. *Anxiety* 1: 224-226, 1994.
- 108- Tome MB, Cloninger CR, Watson JP, Isaac MT: Serotonergic autoreceptor blockade in the reduction of antidepressant latency: personality variables and response to paroxetine and pindolol. *J Affect Disord* 44: 101-109, 1997.

- 109- Üçok A, Karameli D, Kundakçı T, Yazici O: Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. *Compr Psychiatry* 39: 72-74, 1997.
- 110- Uluşahin A, Uluğ B: Clinical and personality correlates of outcome in depressive disorders in a Turkish sample. *J Affect Disord* 42: 1-8, 1997.
- 111- Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazici O, Akiskal KK, Akiskal HS: Affective temperamental features in Turkey: findings from the validity and reliability study of TEMPS-A. *J Affect Disord* (baskıda).
- 112- VanAmmer EC, Sellman JD, Mulder RT: Temperament and substance abuse in schizophrenia: is there a relationship?. *J Nerv Ment Dis* 185: 283-5, 1997.
- 113- VonZerssen D, Akiskal HS: Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. *J Affect Disord* 51: 1-5, 1998.
- 114- Waller DA, Gullion CM, Petty F, Hardy BW, Murdock MV, Rush AJ: TPQ and serotonin in bulimia nervosa. *Psychiatr Res* 48: 9-15, 1993.
- 115- Williams BW: A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 45: 742-747, 1978.
- 116- Wills TA, Vaccaro D, McNamara G: Novelty seeking, risk taking and related constructs as predictors of adolescent substance use: application of Cloninger's theory. *J Subs Abuse* 6: 1-20, 1994.
- 117- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA: A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 133: 429-35, 1978.
- 118- Young TL, Bagby RM, Cooke RG, Parker JDA, Levitt AJ, Joffe RT: A comparison of TPQ dimensions in bipolar disorder and unipolar depression. *Psychiatr Res* 58: 139-143, 1995.