

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**EPİLEPSİ HASTALARINDA
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE İLİŞKİLİ ETMENLER**

Dr. Esra YAZICI

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nazan AYDIN**

**Uzmanlık Tezi
ERZURUM 2010**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	V
TABLolar LİSTESİ	VI
ŞEKİLLER LİSTESİ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2. A. KİŞİLİK, MİZAÇ VE KARAKTER	3
2.A.1 KİŞİLİK	3
2.A.1.a. Kişilik Kavramının Tarihsel Gelişimi	3
2.A.1.b. Kişilik Kuramları	5
2.A.2. MİZAÇ	9
2.A.3. KARAKTER	10
2.B. KİŞİLİĞE BOYUTSAL YAKLAŞIM	12
2.B.1. CLONINGER'IN PSİKOBIYOLOJİK KURAMI	12
2.B.1.a. MİZAÇ BOYUTLARI	14
2.B.1.a.1. Zarardan Kaçınma	14
2.B.1.a.2. Yenilik Arayışı	17
2.B.1.a.3. Sebatkârlık	19
2.B.1.a 4. Ödül Bağımlılığı	20
2.B.1.b. KARAKTER BOYUTLARI	23
2.B.1.b.1. Kendini Yönetme	23

2.B.1.b.2. İşbirliği Yapma	26
2.B.1.b.3. Kendini Aşma	28
2.B.2. AKİSKAL'IN KİŞİLİK MODELİ	31
2.C. EPİLEPSİ	37
2.C.1. Tanım	37
2.C.2. Epilepsinin Tarihçesi	37
2.c.3. Epilepsinin Görülme Sıklığı	39
2.c.4. Epilepsi Nöbetlerinin ve Epilepsi Sendromlarının Sınıflandırılması	40
2.C.5 Tedavi	45
2.D. EPİLEPSİ VE PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE	47
2.D.1. Zorlu Normalleşme (Forced normalization)	52
2.D.2. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı – Diagnostic and Statistical Manuel Of Mental Disorders (DSM) IV'te Genel Tıbbi Bir Duruma (Epilepsiye) Bağlı Mental Bozukluklar	54
2.E. EPİLEPSİ VE KİŞİLİK	57
2.E.1 Epilepsi ve Kişiliğe Bakışta Tarihsel Perspektif	57
2.E.2 Epilepsi ve Kişiliğe Bakışın ve Epileptik Kişilik Kavramının Gelişimi	58
2.E.3 Epilepside DSM Kategorisine Göre Kişilik Bozuklukları Komorbiditesi	61
3. GEREÇ VE YÖNTEM	62
3.A. Epilepsi Bilgi Formu	63
3.B. DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis I Disorders) (SCID-I): Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders, Clinical Version (SCID-CV)	63

3.C. Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi'nin Türkçe formu/MPPS-MD - <i>Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire</i> (TEMPS-A)	64
3.D. Mizaç ve Karakter Envanteri - <i>Temperament and Character Inventory</i> (TCI)	65
3.E. Uygulama	67
3.F. İstatistiksel Değerlendirmeler	67
4. BULGULAR	68
4.A. Sosyodemografik Bulgular	68
4.B. TCI ve TEMPS-A Puanları ve İlişkili Etmenlerin Değerlendirilmesi	69
4.B.1. Grupların Karşılaştırılması	69
4.B.1.a. Epilepsi ve Kontrol Grubunun TCI Puanlarının Karşılaştırılması	69
4.B.1.b. Epilepsi ve Kontrol Grubunda TEMPS-A Tanılarının Karşılaştırılması	70
4.B.1.c. Grupların TEMPS-A puanlarının karşılaştırılması	71
4.B.2. Gruplarda Sosyodemografik Özelliklerin Kişilik Üzerine Etkisinin İncelenmesi	71
4.B.3. Psikiyatrik Tanı ile TEMPS-A ve TCI Puanlarının İlişkisi	73
4.B.3.a. Epilepsi ve Kontrol Grubunda Psikiyatrik Tanı Dağılımı	73
4.B.3.b. Psikiyatrik Tanı ile TEMPS-A ve TCI Puanları İlişkisi	74
4.C. Epilepsi Grubunda Kişilik Özelliklerini Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi	77
4.C.1 Epilepsi Grubuna Ait Sosyodemografik Bulgular	77
4.C.2. Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar	78
4.C.2.a Epilepsi Grubunda Depresyonun TEMPS-A ve TCI Puanları ile İlişkisi	78

4.C.2.b Epilepsi Grubunda Sosyal Fobi ve Diğer Psikiyatrik Tanıların TEMPS-A ve TCI Puanları ile İlişkisi	80
4.C.3. Epilepsi Hastalığına Ait Klinik Bulgular	81
4.C.3.a. İlk nöbet yaşı	81
4.C.3.b. Hastalık süresi	81
4.C.3.c. Aura varlığı	82
4.C.3.d. Nöbet tipi	82
4.C.3.e. Nöbet sıklığı	82
5. TARTIŞMA	85
5.A. Sosyodemografik Özellikler	85
5.B. Epilepsi ve Kontrol Grubunun TCI Puanlarının Karşılaştırılması	85
5.C. Epilepsi ve Kontrol Grubunun TEMPS-A Tanı ve Puanlarının Karşılaştırılması	89
5.D. TCI ve TEMPS-A Puanlarının Sosyodemografik Etmenler ile İlişkisi	91
5.E. Epilepsi ve Kontrol Grubunda Psikiyatrik Tanı Dağılımı	94
5.E.1. Depresyonun TEMPS-A ve TCI Puanları ile İlişkisi	95
5.E.2. Sosyal Fobi ve Diğer Psikiyatrik Tanıların TEMPS-A ve TCI Puanları ile İlişkisi	96
5.F. Epilepsi Hastalarına Ait Klinik Bulgular ile Kişilik Özelliklerinin İlişkisi	97
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	101
7. KAYNAKLAR	102
8. EKLER	117

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Hocam Prof. Dr. İsmet Kırpınar'a, tezimin planlanmasında ve yürütülmesinde rehberlik eden, hoşgörü ve desteklerini uzmanlık eğitimimin ilk gününden beri hiçbir zaman esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Nazan Aydın'a; özellikle akademik beceriler kazanma noktasında beni cesaretlendiren Yrd. Doç. Dr. Erol Ozan'a ve bilgilerinden beni hiçbir zaman mahrum bırakmayan Yrd. Doç. Dr. Elif Oral'a, aynı mesaiyi paylaştığım tüm asistan doktor arkadaşlarım ve tüm Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Personeline,

Yardımlarından dolayı Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç Dr. Asuman Varoğlu'na ve tüm Epilepsi Polikliniği çalışanlarına,

Tez yazım sürecindeki sınırsız sabrı ve desteği için eşim Ahmet Bülent Yazıcı'ya, kendinden çaldığım zamana rağmen gülücükleriyle içimi aydınlatmaktan hiç vazgeçmeyen kızım Beren'e,

Bu günlere gelmemde benden çok daha fazla sabır ve gayret gösteren, her zaman en büyük destekçim ve güvencem olan Aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Mizaç ve Karakter arasındaki ana farklılıklar

Tablo 2: Mizaç boyutları açısından yüksek ve düşük skorları olan bireylerin tarifleri

Tablo 3: Karakter boyutları açısından yüksek ve düşük skorları olan bireylerin tarifleri

Tablo 4: Epilepsi ve Epilepsi Sendromlarının 1989 ILAE Sınıflaması: (International Clasification of Epilepsies and Epileptic Syndromes)

Tablo 5: Epilepsi tedavisinde klasik ve yeni antiepileptik ilaçlar

Tablo 6: Epilepside psikiyatrik bozukluk riskiyle ilişkili faktörler

Tablo 7: Temporal Lob Epilepsisi Hastalarına Atfedilen İnteriktal Kişilik Özellikleri

Tablo 8: TCI boyutları

Tablo 9: TCI Özelliklerinin Öngördürücülerinin Regresyon Analizi

Tablo 10: TEMPS-A tanı puanları için öngördürücüler

Tablo 11: Epilepsi hastalarına ait klinik bulgular

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Epilepsi ve kontrol grubunun TCI puan ortalamaları yönünden karşılaştırılması

Sekil 2: Epilepsi ve kontrol grubunda affektif mizaç tanı dağılımı

Şekil 3; Epilepsi ve kontrol grubunun TEMPS-A puan ortalamaları yönünden karşılaştırılması

Şekil 4: Epilepsi ve kontrol grubundaki psikiyatrik tanı dağılımı

Şekil 5: TCI puanlarını öngördüren etmenlerin şeması

Şekil 6: Affektif mizaç özelliklerini öngördüren etmenlerin şeması

Şekil 7: Epilepsi grubunda depresyon tanısı alan ve almayan hastaların ortalama TCI puanlarının karşılaştırılması

Şekil 8: Epilepsi grubunda depresyon tanısı alan ve almayan hastaların affektif mizaç puanlarının karşılaştırılması

Şekil 9: Epilepsi hastalarında TCI özellikleri için öngördürücü etmenler

Şekil 10: Epilepsi hastalarında TEMPS-A özellikleri için öngördürücü etmenler

ÖZET

Epilepsi beyin hücrelerinde geçici anormal elektrik yayılması sonucu ortaya çıkan bir hastalık olup beyinde bazı yapısal ve nörokimyasal değişikliklerle ilişkili olabilmektedir. Epilepsi hastalarında gerek epilepsiye yol açabilen etmenler gerekse tekrarlayan epileptik nöbetler ve epilepsi tedavisinin yol açabileceği nörobiyolojik parametreler, kişilik örgütlenmesine aracılık eden nöronal devreleri etkileyebilmektedir. Epilepsi nöbetleri görülen kişilerde zamanla ‘epileptik kişilik’ denilen bazı kişilik özelliklerinin ortaya çıkışı uzun zamandır bilinmekle birlikte kişilik yapısı daha çok subjektif özelliklerle tanımlanmakta idi.

Günümüzde Cloninger ve ark. kişiliği dört mizaç ve üç karakter boyutundan oluşan psikobiyolojik boyutsal bir model oluşturmuş, Akiskal ve arkadaşları ise affektif mizaç kavramlarını yine boyutsal olarak ortaya koymuştur. Son zamanlarda araştırmacılar bu mizaç ve karakter özellikleri ve affektif mizacın genetik, biyolojik ve psikososyal yönünü araştırmakta ve birçok hastalıklarla etkileşimini ortaya koymaktadır.

Bu tez çalışmasında epilepsi hastalarına ait mizaç ve karakter özellikleri ile affektif mizaç özellikleri boyutsal olarak güncel bir yaklaşımla araştırılması ve bu özellikler ile ilişkili etmenlerin belirlenmesi amaçlamıştır.

Bu amaçla epilepsi hastaları ve kontrol grubu ile DSM-IV’e göre yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılarak (SCID-I) mizaç ve karakteri boyutsal olarak değerlendiren TCI ve TEMS-A ölçekleri uygulanmıştır. Hastaların sosyodemografik verileri ve epilepsi verileri incelenmiş, kişilik özellikleri ile ilişkili olabilecek etmenler değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada epilepsi hastalarının zarardan kaçınma puanları daha yüksek, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları daha düşük olarak tespit edilmiştir. Affektif mizaç itibariyle; epilepsi hastaları daha yüksek depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanlarına sahip olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamıza göre bir kişide epilepsinin varlığı; TCI özelliklerinden yüksek zarardan kaçınma puanları ve düşük sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları için ayrıca affektif mizaçlar özelliklerinden yüksek depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanları için öngördürücüdür. Epilepsi hastalarında zarardan kaçınma için nöbet tipi eşlik eden depresyon varlığı öngördürücü iken, depresif mizaç için hastalık süresi, nöbet sıklığı, epilepsiye eşlik eden depresyon; ve anksiyöz mizaç için sadece epilepsiye eşlik eden depresyon öngördürücü idi.

Bu çalışma epilepside kişilik özelliklerinin ve ilişkili etmenlerin anlaşılmasına bir zemin oluşturmuştur. Kişiliğin örgütlenmesinde ve epilepsinin oluşumunda rolü olan nöronal devreler ve mekanizmalar henüz netleşmemiştir. İlerleyen çalışmalar ortak etiyolojinin belirlenmesine böylece tedavi ve hatta önleme yaklaşımlarının gelişmesine olanak sağlayabilir.

ABSTRACT

Epilepsy is a disorder derived from abnormal electrical discharges in brain cells and may be associated with structural and neurochemical changes in the brain. The factors that leads to epilepsy and the recurrent seizures as well as the neurobiological parameters effected by treatment of epilepsy may effect the neuronal ways that mediates organization of the personality. In patients with epileptic seizures some personality traits called ‘epileptic personality’ is known for a while but the structure/type of personality was described rather with subjective properties.

Recently the genetic, biologic and psychosocial aspects of these temperament and character traits and affective temperaments are researched and also the relationship between various illnesses and these traits are being determined by researchers. Currently Cloninger et al. developed a psychobiological model of four temperament and three character dimensions and Akiskal et al presented the concept of affective temperament also in a dimensional way.

In this thesis study, we aimed to evaluate the temperament and character traits and affective temperaments of epileptic patients with recent approaches and to determine the related factors to these personality traits.

Epileptic patients and controls were assessed with Structured Clinic Interview For Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders (DSM)-IV and examined by using Temperament and Charecter Inventory (TCI) and *Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire* (TEMPS-A). The sociodemografic and clinical properties of epilepsy and the relationship between personality and these properties were evaluated.

In this study the harm avoidance scores were higher and reward dependence, persistence, self directedness and cooperativeness scores were lower in epileptics than controls. In the evaluation of affective temperaments epileptic patients had higher depressive, cyclothymic, irritable and anxious temperament scores than controls. In our study existence of epilepsy was a predictor of higher harm avoidance scores and lower persistence, self directedness, cooperativeness scores in TCI and higher depressive, cyclothymic, irritable and anxious temperament scores in TEMPS-A. In epileptic patients type of seizures and existence of comorbid depression predicted higher harm avoidance scores; duration of illness, seizure frequency and existence of comorbid depression predicted depressive temperament and only comorbid depression predicted anxious temperament.

This study conducted for understanding personality traits and related factors in epilepsy. The neuronal mechanisms enrolled in development of personality and epilepsy is not clear yet. Further studies may lead to determine common etiology and in this way development of treatment and even preventing approaches for epilepsy and pathological personality traits.

1. GİRİŞ

Kişilik bireyin fiziksel, sosyal, duygusal ve zihinsel özelliklerinin toplamıdır(1). Kişilik naturel (doğuştan getirilen), nuturel (terbiyeyle eğitimle görgüyle v.s kazanılan), kültürel (toplumsal, çevrenin etkisiyle kazanılan) faktörlerin etkileşimleriyle küçük yaşlardan itibaren şekillenen, değişmeye oldukça dirençli, o kişiye has kavrayış, düşünüş, karar veriş ve davranış özelliklerinin toplamı olarak tanımlanabilir. İnsan biyopsikososyal bir bütündür ve bütünün kendisini meydana getiren parçaların toplamından fazla farklı bir şey olması espirisi içerisinde kişilik de bütün bunların toplamından fazla farklı ve o kişiye has bir olgudur (2).

Günümüze kadar kişilik gelişimiyle ilgili birçok teori sunulmuş ve kişilik kavramı ile ilgili birçok sınıflama yapılmıştır. Ancak tüm bu tanımlama ve sınıflamalarda kişiliği oluşturan etken ve özelliklerin ölçülebilirliği mümkün olmamış bu da kişilik ile ilgili yorumlara bir görecelik payı oluşturmuştur.

Günümüzde Cloninger ve ark. (1993) kişiliği dört mizaç ve üç karakter boyutundan oluşan 7 kişilik özelliği ile tanımlayan bir model oluşturmuş (3), Akiskal ve arkadaşları (2005) ise özellikle duygudurum bozuklukları için öncül- öngördürücü olarak değerlendirilen affektif mizaç kavramlarını yine boyutsal olarak ortaya koymuştur (4). Son zamanlarda araştırmacılar bu mizaç ve karakter özellikleri ve affektif mizacın genetik, biyolojik ve psikososyal yönünü araştırmakta ve birçok hastalıklarla etkileşimini ortaya koymaya çalışmaktadır.

Epilepsi beyin hücrelerinde geçici anormal elektirik yayılması sonucu ortaya çıkan süregen bir hastalık olup beyinde bazı yapısal ve nörokimyasal değişikliklerle ilişkili olabilmektedir. Epilepsi hastalarında gerek epilepsiye yol açabilen etmenler

gerekse tekrarlayan epileptik nöbetler ve epilepsi tedavisinin yol açabileceği nörobiyolojik parametreler kişilik örgütlenmesine aracılık eden nöronal devreleri etkileyebilmektedir (5).

Epilepsi nöbetleri görülen kişilerde zamanla epileptik kişilik denilen bazı kişilik özelliklerinin ortaya çıkışı uzun zamandır bilinmekle birlikte kişilik yapısı daha çok “benmerkezcilik, dürtüsellik” gibi bazı subjektif özelliklerle tanımlanmıştır (6).

Bu tez çalışmasında epilepsi hastalarına ait mizaç ve karakter özellikleri ile affektif mizaç özellikleri boyutsal olarak güncel bir yaklaşımla araştırılması ve bu özellikler ile ilişkili olabilecek sosyodemografik veriler ya da epilepsinin kendisine ait klinik özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaçla epilepsi polikliniğinde ayaktan tedavi gören epilepsi hastalar ile yaş ve cinsiyet olarak benzer olgulardan oluşan kontrol grubuna mizaç ve karakteri boyutsal olarak değerlendiren testler uygulanmış, ilişkili olabilecek klinik ve sosyodemografik etmenler değerlendirilmiştir.

Böylece bu çalışma ile; epilepsi ve kişilik etkileşimi ekseninde araştırılabilecek ortak etiyoloji, tanı, tedavi, prognoz sürecine katkı sağlanabileceği umulmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2. A. KİŞİLİK, MİZAÇ VE KARAKTER

2.A.1 KİŞİLİK

Kişilik (şahsiyet) anlamındaki personality teriminin kökeni Latince persona (maske) kelimesine uzanır. Kişilik naturel- nuturel-kültürel faktörlerin etkileşimleriyle küçük yaşlardan itibaren şekillenen, değişmeye oldukça dirençli, o kişiye has kavrayış, düşünüş, karar veriş ve davranış özelliklerinin toplamı olarak tanımlanabilir. Kişilik kavramının sınırları ve kapsamı ilk bakışta zannedildiğinden çok daha geniştir. Kişinin hem naturel (doğuştan getirilen) yani kalıtsal yanını ve mizacını, hem de nuturel (terbiyeyle eğitimle görgüyle v.s kazanılan) ve kültürel (toplumsal, çevrenin etkisiyle kazanılan) yönlerini yani kapsamaktadır. İnsan biyopsikososyal bir bütündür ve bütünün kendisini meydana getiren parçaların toplamından fazla farklı bir şey olması esprisi içerisinde kişilik de bütün bunların toplamından fazla farklı ve o kişiye has bir olgudur. Kişilik gelişimiyle ilgili teorilerin her biri bu parçalardan bir veya birkaçına önem vermiş ona göre kurulmuştur (2).

2.A.1.a. Kişilik Kavramının Tarihsel Gelişimi

Hipokrat (M.Ö: 460–377) insanın duygudurumu ile beden sıvıları arasında bağlantı kurmuş ve hafif kanlı mizaç, ağır kanlı mizaç, kara sevdalı mizaç ve sinirli mizaç olarak birbirinden farklı mizaçları tanımlamıştır. Galenos da (M.S:131–201) Hipokrat'ın etkisi altında kalmış ve onun görüşlerini geliştirmiştir. Hipokrat'ın tanımladığı mizaç tipleri ile hastalıklar arasında bağlantı kurmuştur. Başka bir deyişle ruhsal hastalıklara yatkın kişilik yapıları olduğu görüşünü ileri sürmüştür (7).

Batı düşüncesinde kişiliğin ilk önemli açıklaması Plato'dan gelmiştir. Plato beş tür hükümete göre beş tip kişilik tanımlamıştır. Bilgili yöneticilerin hükümetine denk gelmek üzere akıl sağlığı için en ideal olan aklın, tutkuları ve istekleri kontrol altında tutmasıdır. Kibirli ve hırslı tipte tutku ve gurur fazlalığı vardır; haris tipte ise istek fazlalığı bulunur. Dördüncü tipin istekleri kontrol altında değildir. Beşinci uçarı tipte ise akıl yürütme tamamen gözden çıkarılmıştır ve açıkça psikopatolojik olan bir devlete ulaşılmıştır. Aristo da cesaret ölçülülük, cömertlik, gurur, hırs, huysuzluk, cana yakınlık, övünç ve utanç gibi karakter özelliklerini tek tek tanımlamıştır (8).

Kretschmer belli beden tiplerine uyan kişilik türleri tanımlamıştır. Atletik tip-normal kişilik, piknik tip-siklotimik kişilik, astenik tip-şizoid kişilik ve displastik tip şeklindedir sınıflandırmaktadır(9).

Sheldon antropetrik ölçümlere dayanarak viserotonik tip (dışa dönük, neşeli yemeyi seven), somatotonik tip (atletik, atılgan hareketli) ve serebrotonik (daha çok astenik ve zihinsel yönden gelişmiş) şeklinde kişilik tipleri tanımlamıştır (9).

Jung, canlıların iki temel uyum biçimini, dışa yönelme ve üretme ikinci olarak da içe yönelme ve koruma olarak görmüş ve bunlara dayanarak da dışa-dönük (ekstrovert) ve içe-dönük (introvert) kişilik yapıları tanımlamıştır (9).

Spranger (1926) kişiliği değerlere göre sınıflandırmıştır ve altı değer tipi ortaya koymuştur. Bunlar kuramsal insan, ekonomik insan, estetik insan, sosyal insan, politik insan ve dini insandır (10).

2.A.1.b. Kişilik Kuramları

Kişilik kuramlarının başlangıçta klinik gözlemler ile geliştiğini ve Charcot, Janet, daha sonra Freud, Jung ve Mc Doughall'ın etkilerini görüyoruz. Bir başka etki kanalı ise William Stern ile başlayan Gestalt yaklaşımları ve bütüncü görüşler olmuştur. Bu arada deneysel psikoloji, öğrenme kuramları ve kontrollü ampirik araştırmalar kendi alanlarında kişilik kuramlarının gelişmesinde etkili olmuştur. Psikometri ve insan davranışlarında ölçme ve değerlendirme ve bireysel ayrılıkların saptanması kişilik kuramlarının gelişmesinde başka etki boyutunu oluşturur (10).

Freud kişilik kuramında (yapısal kuram) kişiliğin gelişimini bireyin bebeklik ve çocukluk yıllarına bağlamıştır. Freud'a göre bireyin kişiliği id, ego ve süperegounun birleşiminden oluşmaktadır. İd kişiliğin çekirdeğini oluşturur, ego kişiliğin gerçekçi yürütme organıdır, süperegou da kısaca çocuğun sorumluluk ve ahlaki duygularını oluşturur. Bu üçlüden herhangi birisi daha etkin olduğunda farklı kişilik tipleri ortaya çıkar: Erotik tip, başkaları ile sever, kalabalığı sever; kendisini ve başkalarını popüler, doğru olanı yapmak, toplumsal baskı gibi değerlerle ölçer. Obsesif tip, eleştiricidir, şüphelidir, kolay kolay etkilenmez, obsesif ve rasyonel olmakla övünür, basit olayları karmaşık bir biçimde yorumlar. Narsist tip, kusuru başkalarına atar, başkaları ile olan ilişkilerinde kendini över, kendisiyle ilgili endişelerin farkında değildir, kendisinden memnundur (10).

Freud ayrıca kişilik özelliklerinin gelişimin psikoseksüel dönemlerinin bir yerinde saplanmaya bağlı olduğunu ileri sürmüştür. Örneğin; beslenmede başkalarına bağımlı olması dikkat çeken oral karakter oral döneme fikse olduğu için pasif ve

bağımlıdır. Anal dönem süresince tuvalet eğitiminde uğraşı olduğu için anal karakterler cimri, inatçı ve aşırı vicdanlıdır (11).

Jung ve analitik psikoloji insanları içe-dönük/ introvert ve dışa-dönük/ extrovert diye ayırmıştır. Her insanda kişilik ya içe-dönük ya da dışa-dönük ağırlıktadır. Jung'a göre içe-dönük insanlar uyarımları kendi içinden alır dışa-dönük olanlar çevreden alır. Her insanda bu iki eğilim bir arada bulunur ancak biri ağır basar. Jung kişiliğin dört ana fonksiyonunu da tanımlamıştır. Bunlar duyuş, hissetme, düşünme, sezgi şeklindedir. Bundan hareketle de düşünen içedönük, düşünen dışadönük, duygusal içedönük, duygusal dışadönük, duysal içedönük, duysal dışadönük, sezgisel içe dönük ve sezgisel dışa dönük olarak sekiz tür içe ve dışa dönük tip şeklindedir. Jung'a göre kişilik birbiriyle etkileşimde bulunan çok sayıda sistemden oluşur. Kişilik bu sistemlerden ve bu sistemlerin etkileşiminden oluşur. Bu sistemler ego, kişisel bilinçaltı ve onun kompleksleri ve kolektif bilinçaltı ve arketipler, persona, anima, animus ve gölgedir (10).

Adler ve bireysel psikoloji, kişiliğin özgünlüğüne önem verir. Çeşitli özellikleri ve değerleri ile her bireyin tek ve kendine özgü olduğuna inanır. Her bireyin davranışları diğerlerinden yaşam biçiminin özellikleri ile ayrılır. Adler kuramına göre kişilik, bireyin kendisine, diğer insanlara ve topluma karşı geliştirdiği tutumların ürünü olarak gelişir. Kişiliğin merkezi bilinçtir. Birey bilinçli bir varlıktır. Davranışlarının bilincindedir. Adler'e göre her insanın varoluşunda bir eksiklik duygusu vardır. Çocukluk dönemindeki yetersizliğinden, çevreye olan bağımlılığından ötürü çaresizlik içindedir. Yaşamı boyunca da diğer bireyler üzerinde üstünlük kurmak ve gücünü kanıtlamak için çaba gösterir. Kusursuz bir kişi olmak ister. Sürekli üstün olma peşindedir. Adler, davranışın sosyal belirleyicilerinin önemi üzerinde durmuştur.

Yaratıcı kendilik kavramını, bireylerin yaşantılarını yorumlayan, anlam kazandıran bir sistem olarak açıklamıştır. Kişiliğin emsalsizliğini önemsemiş, cinsel içgüdüye daha az önem vermiş, bilinci, kişiliğin temeli ve esası olarak kabul etmiştir (10).

Eric Fromm ve humanistik psikanalize göre kişilik sosyal etkiler sonucu yaşam tecrübeleriyle oluşur. Kalıcı olan kişilik, bireyin fiziksel yapısı ve mizacını oluşturan kalıtsal yönleri ile sosyal ve kültürel etkilerin tümünün ortak ürünüdür. Eric Fromm’a göre psikolojinin temel sorunu bireyin toplumla, dünya ile ve kendisiyle nasıl bir ilişki kurduğunun incelenmesidir. Bu ilişki biçimi, öğrenme ve toplumsallaşma süreçleri sonunda edinilir. Fromm’a göre bireyin çevre ilişkileri iki yöndedir. Birincisi sosyalleşme, ikincisi de asimilasyondur. Sosyalleşme; sembiyotik ilişkilere, içe çekilmeye ve yıkıcılığa dönüşebilir. Sembiyotik ilişkiler, bireyin toplumsal ilişkilerde başkalarına bağımlı olmasıdır. Birey yalnız olmak istemez, bir başka kişiye zarar vererek veya bunun tam tersi kendine zarar vererek güvensizliğinden kurtulmaya çabalar. İçe çekilme ve yıkıcılık, toplumsal tutumların pasif ve aktif biçimleridir. İçe çekilmede birey kendi ortamını güvenli bir ortam haline getirmeye çalışır. Yıkıcılıkta ise, saldırganlıkla gücünü kanıtlamaya ve güven kazanmaya çaba gösterir. Asimilasyon ise, bireylerin somut ve soyut bütün “nesneleri” toplama ve kullanma biçimlerini kapsar. Çeşitli asimilasyon türleri vardır. Alıcı eğilim de birey çevresinin ona yardım etmesini bekler, herşeyi başkalarından bekler. Sömürücü eğilim de olanlar hayatlarını başkalarını sömürmekle geçirirler, üstelik de bunun hakları olduğuna inanırlar. İstifleyici birey toplayıcıdır. Dış dünya onun için tehlikelidir. Kendini korumak için herşeyi biriktirmek ve saklamak eğilimindedir. Pazarlayıcı birey başarılı olmak için kendini sürekli olarak pazarlama davranışı gösterir. “Ben sizin istediğiniz gibiyim”

mesajını verir. Üretici eğilim, olumlu olan tek kişilik türüdür. Üretir, başkalarını sever, yaratıcıdır. Yapıcılığa ve başkalarına yararlı olma en önemli amacıdır (10).

Karen Horney ve bütüncü yaklaşıma göre insanın yaşamında iki temel eğilim kişiliğin yöneticisidir. Bunlar emniyet ve güven duygusu ile doyumdur. İnsanların emniyet ve doyum sağlamak için yiyecek, giyecek, para, cinsellik gibi pek çok gereksinimi feda edebileceklerine dikkati çeker. İnsanların temel amaçlarının önce tehlikeden uzak ve emniyet içinde bir yaşam olduğunu daha sonra çeşitli gereklerinin doyumunu aradıklarını vurgular (10).

Harry Stack Sullivan ve kişiler arası ilişkiler kuramına göre kişiliğin incelenmesinde insanlar arası ilişkilere öncelik tanınmaktadır. Kişilik varsayımsal bir kavramdır ancak ilişkiler incelenerek anlaşılabilir. Kişiliğin yapısal örgütü ise içsel algıların değil insanlar arası ilişkilerin ürünüdür. Yani kişilik bir ya da daha fazla kişi ile ilişki durumunda ortaya çıkar. Sullivan kişiliğin başlıca görevini, gerilimi azaltma olan ve bu amaçla çalışan bir enerji sistemi olarak ele alır (10).

Gordon Allport ve personalistik psikolojiye göre kişilik; bireyin çevresine özel uyumunu belirleyen psikofizyolojik sistemlerinin dinamik örgütü olarak tanımlanmıştır. Dinamik örgütlenme sürekli değişen ve gelişen özellikle uyuma yönelik bir işlevdir. Psikofizyolojik sistemler ise alışkanlıklar, özel ve genel tutumlar ve diğer psikofizyolojik sistemleri kapsar. Psikofizyolojik eğilimlere trait (treit) adını vermiş olan Allport bu kavramı kuramının temeli yapmıştır. Allport'a göre kişilik bir sağ kalma biçimidir (10).

Eysenck kişiliğin tanımını Allport'a yakın bir biçimde yapmıştır. Kişilik insanın gerçek veya gizil davranış örgütlerinin tümünü kapsar. Bunlar hem kalıtım hem de

çevre etmenlerinden kaynaklanır ve karşılıklı etkileşim sonucu biçimlenir. Eysenck ve faktör kuramlarına göre kişilik insanın gerçek veya gizil davranış örgütlerinin tümünü kapsar. Bunlar hem kalıtım hem de çevre etmenlerinin kaynaklanıp karşılıklı etkileşim sonucu biçimlenir demiştir. Eysenck insan kişiliğinde dört temel boyutun bulunduğunu ifade etmiştir. Bunlar bilişsel boyut (zekâ), değerlendirici boyut (karakter), duygusal boyut (mizaç) ve somatik boyut (yapı)'tur. Normal ve nevrotik insanları karşılaştırırken bunların nevrotizm, introversiyon-extroversiyon ve psikotizm şeklinde olmak üzere 3 özellik ve tipe ayrıldıklarını ifade etmiştir (10).

Costa ve McCrae, kişilik kavramına boyutsal yaklaşım getiren günümüz kuramcılarındandır. 1978'de geliştirdikleri model ilk önce sadece Nevrotizm, Dışa Dönüklük (Extroversion) ve Deneyime Açıklık (Openness) kavramlarını kapsarken, daha sonra bu kavramlara Uzlaşabilirlik (Agreeableness) ve Sorumluluk (Conscientiousness) kavramlarını da ekleyerek beş faktörlü bir kişilik modeli geliştirmişlerdir. Bu model üzerinde çalışmalar sürmektedir (12, 13).

2.A.2 MİZAÇ

Mizaç, fiziksel uyarıların isteklerine şartlanmış davranış cevabının düzenlenmesinde bedensel eğilim olarak tanımlanmaktadır. Alexander Thomas ve Stella Chess'in yaptıkları öncül çalışmalarda mizaç davranışın güdülenmesi (neden) ve içeriğinden (ne) farklı olarak davranışın biçimsel parçası (nasıl) olarak tanımlanmıştır (14).

Mizaçtaki ve temel emosyonlardaki bireysel farklılıklar algısal bilgi sürecini düzenlemekte ve özellikle şartlanmış bilinç dışı cevapla ilgili erken dönemde öğrenilmiş özellikleri şekillendirmektedir. Mizaç emosyonlardaki kalıtsal yatkınlıklar ve

emosyonlardan köken alan dürtülerin otomatikleşmiş davranış özelliklerinin ve erken yaşamda gözlenebilen ve nispeten tüm yaşam boyu devam eden alışkanlıkların altında yatan öğrenme olarak tanımlanmaktadır (14).

Mizacın farklı kültürler, etnik gruplar ve farklı kıtalardaki farklı politik sistemlere karşı evrensel olduğu tekrar tekrar gösterilmiştir. Mizaç farklılıkları başlangıçta kararlı değilken yaşamın 2. ve 3. yıllarında sabitleşme eğilimi göstermektedir (14).

2.A.3 KARAKTER

Karakter zihne işaret etmektedir ve kişiliğin çekirdek kavramıdır. Kişisel değer ve amaçların yansıdığı nesne ilişkilerini ve bireysel farklılıkları içermektedir. Diğer bir deyişle karakter bir bireyin isteyerek kendi kendine ne yaptığıdır. Karakter akılcı ve iradelidir. Mizaç korku, kızgınlık gibi basit emosyonları içerirken karakter bir amaca yönelik itidal, empati, sabır ve hatta olgun bireylerde daha fazla bulunan aşk, ümit ve inanç gibi ikincil emosyonları içermektedir. Sonuç olarak karakter yürütücü kurallar koyucu ve yargısal işlevleri içeren ruhsal olarak kendini yönetebilme olarak tanımlanabilir (14).

Karakter doğumdan itibaren geç erişkinlik dönemine doğru tedrici bir tarzda artarak olgunlaşmaktadır. Olgunlaşma seviyeleri arasındaki geçişlerin derecesi ve zamanı önceki mizaç yapısının, sistematik kültürel eğilimlerin ve her bir bireye özgü yaşantıların doğrusal olmayan işlevleridir (14).

Tablo 1: Mizaç ve Karakter Arasındaki Ana Farklılıklar (14).

Değişken Özellikler	Mizaç	Karakter
Farkındalık Düzeyi	Otomatik	İstemli
Bellek Formu	Algılar İşlemler	Kavramlar Öneriler
Öğrenme İlkeleri	Birleştirici Durum	Kavramsal İçgörü
Zihinsel Aktivitede Olası Rolü	Pasif Üretici	Aktif Geliştirici
Ana Beyin Sistemi	Limbik Sistem Striatum	Temporal Korteks Hipokampus
Ruhsal Simgenin Formu	Uyarana cevap kuvvetindeki sıralı ek değişiklik	Birbirini etkileyen ağ yapısındaki niteliksel değişiklik

2.B. KİŞİLİĞE BOYUTSAL YAKLAŞIM

2.B.1. CLONINGER'IN PSİKOBİYOLOJİK KURAMI

Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı – Diagnostic and Statistical Manuel Of Mental Disorders (DSM) IV'teki kategorik sistemin; tedavi verilip verilmeyeceğine karar vermek, psikiyatristler arasında iletişimi sağlamak gibi avantajları vardır. Bununla birlikte kişilik bozuklukları kategorilerinin semptom ve özellik bakımından oldukça heterojen olması, kişilik bozuklukları arasında yüksek komorbiditenin olması ve zaman içinde tanısallık değişimleri tanımlamak konusundaki zayıflıkları gibi dezavantajları da içermektedir. Bununla beraber boyutsal modellerin zamanla olan değişimleri ve değerlendiriciler arası farklılıkları değerlendirirken ortaya koyduğu skorlar daha güvenilirlerdir. Aynı zamanda kategorik tanımlar arasında net olmayan sınırları, eşik altı belirtileri, klinik ilgi odağı olabilecek durumları ve semptom heterojenitesini açıklamaya yardımcı olabilmektedir (15).

DSM sınıflandırmasındaki kategorik yaklaşımın kısıtlılıklarını ortadan kaldırmak arayışı çerçevesinde DSM-V'te kişilik bozuklukları değerlendirilirken, kişilik özelliklerinin (*trait*) referans alınması önerilmektedir (15).

Kişilik patolojisini değerlendirmede kişilik özellikleri bakışına önemli bir örnek Cloninger'in biyopsikososyal modelidir (3). Bu modelde kişilik özelliklerinin biyolojik temelde şekillenmesine özel vurgu yapılmaktadır (16).

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, genel bir psikobiyolojik kuram geliştirmiştir. Cloninger, kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ile karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyolojik kişilik modeli geliştirmiş ve tanımlamıştır. Bu kuram, psikometrik kişilik çalışmaları,

ikizler ve ailelerde yapılan uzunlamasına gelişimsel çalışmalar, nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmalarından elde edilen bilgilerin sentezi üzerine kurulmuştur (3).

Cloninger'e göre insanların kişiliği, kendi deneyimlerinden öğrenme yolu ve duygularını, düşüncelerini ve eylemlerini adapte ediş biçimiyle karakterizedir. Kişilik, değişen çevreye karşı uyumu ayarlayan bireysel psikobiyojik sistemlerin karşılıklı etkileşimi olarak tanımlanabilir. Bu sistemler kognisyonu, emosyon ve duygudurumu, kişisel impuls kontrolünü ve sosyal ilişkileri düzenler. Dolayısıyla kişilik özellikleri, kişinin bizzat kendisi, diğer insanlar ve bir bütün olarak dünyayı algılama, onlarla ilişki kurma ve onlar hakkında düşünmeyle ilgili olarak işleyen sürekli bir biçimi ifade eder (3).

Cloninger'e göre kişilik, hem mizaç, hem de karakter özelliklerini kapsar. Mizaç, kişinin emosyonel uyaranlara karşı bireysel otomatik tepkilerini ifade eder. Mizaç özellikleri, korkuya karşı sakinlik, bıkkınlığa karşı bağlanma, kararlılığa karşı vazgeçme gibi temel emosyonel tepki biçimlerini içerir. Mizaç, kişiliğin, kalıtılabilir olan, çocukluk döneminde açıkça sergilenen ve hayat boyu durağan kalan bileşenleri olarak tanımlanır (17). Buna karşın karakter ise, bilerek ortaya konulan amaç ve değerler açısından kişisel farklılıkları ifade eder ki, bu amaç ve değerler, kişinin bizzat kendisi, diğer insanlar ve diğer varlıklarla ilgili kavram ve sezgilerin öğrenilmesine ve anlayışına dayanır. Karakter özellikleri, çocukluk döneminde ebeveyne bağlanmayla başlayan nesne ilişkilerindeki bireysel farklılıkları, çocuklukta bunların farklılaşması ve hayat boyunca adım adım olgunlaşması durumunu tarif eder. Mizaç, doğduğumuzda mevcut emosyonel eğilimlerimizi ifade ederken, karakter ise kendimizi isteğimiz doğrultusunda ne yönde yapılandırdığımızı ifade eder (14).

Bu model; genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyokültürel etkiler karşısında değişmez oldukları ve algısal bellekte kavram öncesi yanlılıkları içerdikleri varsayılan dört mizaç boyutu (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ve yetişkinlikte olgunlaştıkları ve kendilik kavramları hakkında içgörü edinmesi ile kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu (kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma) içermektedir (18).

Cloninger'ın kişilik kuramı kişiliği çok katlı düzeyde anlayabilmek için bize kapsamlı bir içgörü sunar. Bu düzeyler kişiliğin genetiği, davranışın nörobiyolojik temelleri, bilişsel duygusal yapı ve kişiliğin gelişimi, kişilik boyutlarındaki bireysel farklılıkların davranışsal karşılıkları ve kişilik yapılarıyla gelişimsel etmenlerin etkileşiminin psikiyatrik bozukluklara yatkınlığa yol açması gibi düzeylerdir. Cloninger'ın dört mizaç boyutu ve üç karakter boyutu aşağıdaki gibidir (19).

2.B.1.a. MİZAÇ BOYUTLARI

2.B.1.a.1. Zarardan Kaçınma (Z.K)

Cezalandırılma ve hayal kırıklığı uyaranlarına cevap olarak davranışın baskılanmasında kalıtsal bir koşullanma içermektedir. Belirsiz bir korku, utangaçlık ve sosyal engellenmişlik, sorunlardan ve engellerden pasif kaçınma, çabuk yorulma ve hatta başka insanları endişelendirmeyen durumlarda sorun beklentisi içindeki karamsarlık kaygısı olarak gözlemlenmektedir. Zarardan aşırı kaçınmanın uyumsal faydası tehlike olasılığı olduğu zaman ihtiyatlılık ve dikkatli planlama yapabilmektir. Olumsuz tarafı ise zarar görme olasılığı olmadığı zamanlarda da zarar beklentisi içinde olmaktır ki bu durum uyum bozukluğuna ve kaygıya neden olmaktadır. Zarardan az

kaçınmanın faydası tehlike ve belirsizlikle karşılaşıldığında kendine güvenme ve iyimserliğe neden olmasıdır. Zararı ise tehlikeye karşı tepkisizlik ve gerçekçi olmayan iyimserlik, olası bir zarar görme durumunda ciddi sonuç riski ile ilişkili olmasıdır. Zarardan kaçınmadaki bireysel farklılıkların dorsal rafe çekirdeğinden çıkan GABA ve serotonerjik yollarla ilgili olduğu varsayılır (14).

Zarardan kaçınmanın alt birimleri de beklenti endişesi ve karamsarlık/ sınırsız iyimserlik, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme, çabuk yorulma ve dermansızlık/ zindelik (20).

Zarardan Kaçınma Alt Ölçekleri:

Beklenti Endişesi ve Karamsarlık / Sınırsız İyimserlik (ZK1)

Bu alt ölçekteki yüksek skorlar iki farklı davranış eğilimi gösterir. Birincisi, bu insanlar zarar ve başarısızlık beklentisi olan kötümser, endişe duyan insanlardır. Bu eğilim özellikle riskli, tanıdık olmayan ya da gerçekten zor durumlarda baskındır. Ancak zararsız durumlarda hatta güvenli ve destekleyici şartlarda da devam eder. İkincisi, bu kişilerin aşağılayıcı ve utandırıcı yaşantılarla baş etmekte zorlukları vardır, uzun süreler bu yaşantılar hakkında tekrar tekrar düşünürler. Bu alt ölçekte düşük skorları olan bireyler pozitif düşünen iyimser olarak tanımlanırlar. Bu kişiler tipik olarak zorluklarla karşılaşmaktan endişe etmezler. Utanınca ya da aşağılanınca bu insanlar bunun üstesinden çabuk gelirler (21).

Belirsizlik Korkusu (ZK2)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler potansiyel tehlikesi olan belirsizliği ya da tanıdık olmayan şartları tolere edemezler. Sıklıkla tanıdık olmayan ya da belirsiz durumlarda anksiyöz ve gergin hissederler. Nadiren risk alırlar, rutinde olan değişikliklere zor adapte olurlar, sakın ve inaktif kalmayı tercih ederler. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar güvenli, sakın ve soğukkanlı olma eğilimindedirler. Ancak bu bireyler risk almayı tercih ederler, örn: buzlu yolda hızlı araba kullanmak. Bu kişiler rutinde değişikliklere kolayca uyum sağlarlar (21).

Yabancılardan Çekinme (ZK3)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler sosyal durumların çoğunda iddiacı olmayan ve utangaç olarak tanımlanırlar. Genellikle aktif olarak yabancılarla buluşmaktan kaçınırlar. İyi tanımadıkları kişilere güvenleri yoktur. Kabul görme konusunda garanti verilmedikçe tanımadıkları insanlarla ilişkiye girmekte isteksizdirler. Genelde kişisel teşebbüsleri tanıdık olmayan kişiler ve durumlar tarafından kolayca inhibe edilebilir. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar cesur, radikal ve dost tavırlı olarak tanımlanır. Rahatsız olmadan konuşurlar ve sosyal aktivitelere kolay katılırlar. Teşebbüsleri tanıdık olmayan kişiler ya da durumlarla inhibe olmaz (21).

Çabuk Yorulabilme ve Dermansızlık / Zindelik (ZK4)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler çoğu kişiye göre asteniktir ve daha az enerjileri vardır. Sıklıkla şekerlemeye ya da ekstra istirahat periyodlarına ihtiyaç duyarlar, çünkü kolay yorulurlar. Bu kişiler tipik olarak hafif hastalıklardan ya da stresten diğerlerine göre daha yavaş iyileşirler. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler daha enerjik ve dinamikler. Uzun süre hareket halinde kalabilirler ya da kendilerini

zorlarlar. Diğer bir deyişle sadece çok az şey bu kişiler için zor ya da yorucudur. Tipik olarak hafif hastalıklardan ve stresten çabuk iyileşirler (21).

2.B.1.a.2. Yenilik Arayışı (YA)

Ödül dürtüsüne yaklaşımı, cezalandırılma dürtüsüne karşı koşullu kaçınma davranışının uyarılmasını ve koşulsuz cezalandırılmadan kaçınmayı içeren yenilik tepkisindeki arzulu yaklaşımın aktive edilmesi veya başlatılmasında kalıtsal bir eğilimin yansıtılmasıdır. Yüksek yenilik arayışı olan bireyler çabuk kızan, meraklı, kolayca sıkılan, dürtüsel, abartılı ve intizamsızdırlar. Özgünlük, keşif ve ödül potansiyeli taşıyan alışılmadık ve yeni olanı araştırma şevki yenilik arayışının uyuma dönük faydalarıdır. Dürtüsellik, öfke patlamaları, ilişkilerde potansiyel olarak maymun iştahlı ve çalışmalarda izleyici olma özellikleri ise olumsuz yanlarıdır. Düşük yenilik arayışı olan insanlar yavaş mizaçlı, meraksız, soğuk kanlı, tutumlu, çekingen, tekdüzeliğe karşı sabırlı ve düzenli kimselerdir. Düşüncelilik, esneklik, sistemli çalışma ve titiz yaklaşım gibi özellikleri bunların gerekli olduğu ortamlarda açık bir avantajdır. Potansiyel olarak etkinlikleri sıkıcı hale getiren tekdüzeliğe toleranslı olma ve şevksizlik ise olumsuz yanlarını oluşturur. Yenilik arayışı; yüksek presinaptik dopamin geri alım artışı ve yüksek yoğunluklu dopamin taşıyıcıları da içeren artmış striatal aktivite ile daha fazla ilişkilidir (14).

Yenilik arayışının alt birimleri de keşfetmekten heyecan duyma/ kayıtsız bir katılık, dürtüsellik/ iyice düşünme, savurganlık/ tutumluluk ve düzensizlik/ düzenlilik (20).

Yenilik Arayışı Alt Ölçekleri:

Keşfetmekten Heyecan Duyma / Kayıtsız Bir Katılık (YA1)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler tanıdık olmayan yerleri durumları araştırmaktan heyecan duyarlar, çoğu insan bunu zaman kaybı olarak görür. Yeni fikirler ve aktiviteler ile kolay heyecanlanırlar, heyecan ve macera ararlar. Çabuk sıkılırlar ve monotonluktan kaçınırlar. Tipik olarak rutini tolere edemezler ve bir değişiklik yapmaya çalışırlar. Bazen konvansiyonel olmayan ve yenilikçi olarak tanımlanırlar. Bu alt ölçekte düşük skor alanların yeni uyarıya ihtiyaçları çok azdır ya da hiç yoktur. Araştırmadan özel bir tatmin duymazlar ve bu nedenle tanıdık yerleri, insanları ve durumları tercih ederler. Yeni fikirlere ve aktivitelere ya yavaş katılırlar ya da direnç gösterirler. Bu insanlar nadiren sıkılırlar, yeni ve daha iyi yollar olsa da “denenmiş ve doğru” rutinlerini takip ederler (21).

Dürtüsellik / İyice Düşünme (YA2)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler tam olmayan bilgi ile çabuk karar veren, dürtülerini kontrol edemeyen, heyecanlı, dramatik, empresyonistik kişilerdir. Tipik olarak bu kişiler o anki içgüdülerine, içgüdüsel önsezilerine göre hareket ederler. Bu nedenle beklenmeyen olaylar ya da bilgi olduğunda kararlarını ve fikirlerini sıkça değiştirirler. İlgileri kolayca başka yere çekilebilir ve dikkat süresi kısadır. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler düşünceli olarak tanımlanır. Nadiren tahminlere göre hareket ederler. Daha çok analitiktirler ve karar verirken ya da bir fikir geliştirirken detaylı bilgiye ihtiyaç duyarlar. Bu bireyler nadiren kuralları çiğnerler. Dikkatleri kolay dağılmaz ve uzun süre bir konuda odaklanabilirler (21).

Savurganlık / Tutumluluk (YA3)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler para, enerji ve duyguları ile aşırı olma eğilimindedirler. Diğerlerini gösterişli, gözalıcı ve serbest görünerek etkileyebilirler. Biriktirmekten çok para harcamayı tercih ederler. Özel planlar ya da tatil için bile para biriktirmek onlar için zordur. Sınırdan yaşamayı severler bu da onların kaynaklarının ve finansal kapasitelerinin sınırlarını zorlar. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler ihtiyatlı, kontrollü ya da sınırlı olarak tanımlanırlar. Bu bireyler tipik olarak paralarını, enerjilerini ve duygularını boşu boşuna harcamazlar. Daha çok diğerlerini idareli, tutumlu ya da cimri olarak etkilerler. Çünkü para harcama, bir şeyler elde etme ya da bir şeylerden vazgeçme konusunda yavaşlardır (21).

Düzensizlik / Düzenlilik (YA4)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler çabuk sinirlenme ve düzensiz olma eğilimindedirler, ayrıca sıklıkla öfkelerini dışa vururlar. Katı kurallar ve düzenlemeler olmayan aktiviteleri tercih ederler. Engelleyici, sıkıcı, fiziksel ya da psikolojik olarak rahatsız edici şeylerden uzaklaşırlar. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler organize, düzenli, metodik ve sistematiiktirler. Tipik olarak katı kuralları ve düzenlemeleri olan aktiviteleri tercih ederler. Engellenince diğer insanlara göre daha uzun süre öfkelerini kolayca gösteremezler (21).

2.B.1.a.3. Sebatkârlık (P)

Zaman zaman olan zorlanmalara, bitkinlik ve engellenmelere karşın davranışın sürdürülmesindeki kalıtsal yatkınlığı gösterir. Çalışkanlık, kararlılık, hırslılık ve mükemmelliyetçilik olarak gözlenir. Sebatkarlık puanı yüksek olanlar aşırı çalışırlar, azimlilik gösterirler ve yüksek başarı hırsları vardır. Yüksek sebatkarlık ödülleri aralıklı,

ancak öngörülemeyenler sabit olarak kaldığında uyumsal bir davranış stratejisidir. Düşük sebatkârlık gösteren bireyler tembel, aktif olmayan, dengesiz ve istikrarsızdırlar. Ayrıca engellenmeyle karşılaştıklarında kolay pes etme eğilimi taşırlar (14).

Sebatkârlığın beyinde glutaminerjik sistemle alakası olduğu düşünülmektedir (14).

2.B.1.a 4. Ödül Bağımlılığı

Toplumsal ödülün ipuçlarına cevapta davranışı sürdürmede kalıtsal bir eğilimi yansıtmaktadır. Ödül bağımlılığı yüksek olan bireyler merhametli, adanmış, bağımlı ve girişken kişilerdir. Yüksek ödül bağımlılığının en önemli uyumsal faydalarından biri sosyal ilişkilerde sevgisini kolayca belli edebilen ve başkaları için gerçekten endişelenen özellikleri ile sosyal ilişkilere duyarlılıklarıdır. Olumsuz yanı ise telkine yatkınlık ve sıklıkla karşılaşılan insanlara aşırı sosyal bağlanmaları nedeniyle objektifliklerini kaybetmeleridir. Düşük ödül bağımlılığı olan bireyler pratik, inatçı, soğuk, topluma karşı duyarsız, tereddütlü ve yalnızlarsa bu duruma kayıtsız kişilerdir. Düşük ödül bağımlılığının faydaları kişisel bağımsızlık ve başkalarını memnun etme pahasına bozulmayan objektifliktir. Sosyal içe çekilme, ayrılma ve toplumsal tutumlarda soğukluk bunun olumsuz yanlarıdır. Lokus sereleustan gelen nöradrenerjik yolaklar ve mediyon rafeden serotonerjik yolaklar ödül koşullanmasını etkilemektedir (14).

Ödül bağımlılığının alt birimleri duygusallık, bağlanma ve bağımlılıktır (21).

Ödül Bağımlılığı Alt Ölçekleri

Duygusalılık (ÖB1)

Duygusalılık alt ölçeğinde yüksek skor alanlar duygusal, sempatik, anlayışlı ve duygusal olaylardan derin olarak etkilenen kişiler olarak tanımlanırlar. Başkalarının önünde duygularını kolayca gösterirler. Kişisel olarak çevresindekilerinin hissettiklerini yaşantırlar. Tersine bu alt ölçekte düşük skor alanlar pratik olarak tanımlanırlar. Sert görünümlü ve soğuk görünürler, diğerlerine yalnız, soğuk, gizemli görünürler. Diğer insanların duygularına duyarlı değildirler, bu nedenle sosyal ilişki kurmak zordur (21).

Bağlanma (ÖB2)

Bağlanma alt ölçeğinde yüksek skor alanlar duygularını ve deneyimlerini kendilerine saklamak yerine arkadaşlarıyla açıkça tartışmayı tercih ederler. Bu kişiler sıcak ve uzun süren sosyal bağları tercih ederler. Reddedilmeyi ve hor görülmeye duyarlıdırlar. Tersine bu alt ölçekte düşük skor alanlar daha az bağıllık gösterirler ve sosyal ilişkilere karşı ilgisizdirler. Gizliliği tercih ederler ve sıklıkla kendine yeten olarak tanımlanırlar. Tipik olarak bireyler mahrem duygularını diğerleri ile paylaşmazlar. Diğerlerine bağlantısız, uzak, soğuk olarak görünürler. Hor görölme ve reddedilmeye karşı genellikle duyarsızdırlar (21).

Bağımlılık (ÖB3)

Bağımlılık alt ölçeğinde yüksek skor alan bireyler duygusal desteğe ve diğerlerinin onayına bağımlıdırlar. Diğerlerinin kendileri hakkında ne düşündüğüne çok önem verirler ve aşırı koruma ve baskın olmayı arayabilirler ya da uyarabilirler. Kendi başlarına karar vermede ya da bir şeyler yapmada isteksizdirler. Destek ya da koruma

aramalarına bağılı olarak genellikle insanları memnun etme yollarını bulurlar. Eleştirilirlerse ve onaylanmazlarsa kolay kırılırlar. Terk edilme korkuları vardır, sosyal ipuçlarına çok duyarlıdırlar ve sosyal baskıya yüksek oranda yanıt verirler. Tersine bu alt ölçekte düşük skor alanlar bağımlı değildirler, aktif olarak duygusal destek ve onay da aramazlar. Bu bireyler eleştiriye ve sosyal baskıya duyarlı değildirler. Nadiren diğerlerinin isteklerine önem verirler ve tipik olarak koruma ya da duygusal destek için diğerlerini memnun etmeye çalışmazlar. Bağımsız, kendine yeten ve sosyal baskıya aldırılmaz olarak görünürler (21).

Tablo 2: Mizaç Boyutları Açısından Yüksek ve Düşük Skorları Olan Bireylerin Tarifleri (3).

Mizaç boyutu	Yüksek skor	Düşük skor
Zarardan kaçınma	Karamsar Sakıngan Korkak Çekingen Bitkin	İyimser Cesaretli Canayakın Enerjik
Yenilik arayışı	Araştırmacı Dürtüsel Savurgan İrritabl	Tutuk Rijid Tutumlu Sabırlı
Ödül bağımlılığı	Duygusal Açık yürekli İçten Karşısındakinin duygularına katılan	Tenkitçi Soğuk Objektif Bağımsız
Sebat etme	Çalışkan Azimli Tutkulu Mükemmeliyetçi	Tembel Bozguncu Elde ettiğiyle yetinen Faydacı

Mizaç özelliği olarak belirli davranışlara veya emosyonlara olan eğilimler olsa da bunların net olarak davranışlara ve emosyonlara ne şekilde yansıdığını anlamak için karakter biçiminin de tanımlanması gerekir. Örneğin maceracı mizaç (örn; düşük zarardan kaçınma, yüksek yenilik arayışı ve düşük ödül bağımlılığı) antisosyal kişilik bozukluğuna ve tip 2 alkolizme (karakter olgun değilse) ya da karakter olgun ise bilimsel araştırmalarda hayal gücü yüksek araştırmacılık ve objektiviteyle sonuçlanabilir (22). Karakter gelişimini güçlü bir şekilde etkileyen, bir kendini kontrol etme moderatörü olarak sebat etme eylemleri, emosyonel düzenlemede ve kişilik gelişiminde önemli bir role sahiptir.

2.B.1.b KARAKTER BOYUTLARI

2.B.1.b.1. Kendini Yönetme (KY)

Kendini oldukça iyi yöneten bir kişi kendine güvenen, sorumlu, güvenilir, becerikli, hedefleri olan ve kendi ile barışıktır. Kendini yöneten bireylerin en büyük avantajları gerçekçi ve etkili olmalarıdır. Kendini yönetme puanları düşük olan bireyler suçlayıcı, yardım arayıcı, sorumsuz, güvensiz, tepkiseldir ve anlamlı içsel hedefler tanımlayamamakta, kuramamakta ve bunları takip edememektedir (14).

Kendini yönetmenin alt birimleri sorumluluk alma/kınama, amaçlılık/ amaçsızlık beceriklilik, kendini kabullenme/ kendisiyle çekişme ve uyumlu ikincil huylardır (20).

Sorumluluk Alma / Kınama (KY1)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler tipik olarak ne yapacaklarını seçmede kendilerini özgür hissederler. Yaklaşımlarının, davranışlarının ve problemlerinin genellikle kendi seçimlerini yansıttığını fark ederler. Bu bireyler diğerlerine güvenilir ve

dürüst olarak görünürler. Tersine sorumluluk alt ölçeğinde düşük skor alan bireyler diğer kişileri ve dışsal olayları suçlarlar. Yaklaşımları, davranışları ve seçimlerinin kendi kontrolleri dışındaki etkiler ile belirlendiklerine inanmaktadırlar. Davranışlarının sorumluluğunu kabul etmezler. Güvenilmez ve sorumsuz kişiler olarak görülürler (21).

Amaçlılık / Amaçsızlık (KY2)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler genellikle hedefe yönelik ya da amacı olan kişiler olarak tanımlanır. Yaşamlarının net bir anlamı ve yönü vardır. Tipik olarak hedeflerine ulaşmak için hazzı geciktirebilirler. Aktiviteleri uzun süreli hedefleri ve değerleri doğrultusundadır. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar yaşamlarının yönlerini, amaçlarını ve anlamını bulmak için mücadele ederler. Uzun süreli hedefleri konusunda emin değildirler ve bu nedenle güncel şartlara ve acil ihtiyaçlara göre reaksiyon gösterirler. Anlık reaktif impulslar dışında yaşamlarının boş olduğunu ve çok az anlamı olduğunu hissederler. Genellikle hedeflerine ulaşmak için hazzı erteleyemezler (21).

Beceriklilik (KY3)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler becerikli ve etkin olarak tanımlanırlar. Diğer insanlara üretken, proaktif, ehil ve yenilikçi olarak görünürler, problemleri çözmek için her zaman fikirleri vardır. Zor bir durumu, meydan okuma ya da fırsat olarak görürler. Bu ölçekte düşük skor alanları diğer insanlar ümitsiz, aciz ve etkili olmayan bireyler olarak görürler. Bu bireylerde problem çözmede beceri ve güven gelişmemiştir ve sorunla karşılaştıklarında kendilerini yetersiz ve beceriksiz hissederler. Diğerlerinin liderlik yapmasını beklerler (21).

Kendini Kabullenme / Kendisiyle Çekişme (KY4)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan kişiler güçlerini ve sınırlarını bilen kendine güvenen kişiler olarak tanımlanırlar. Bu bireyler yapar gibi görünmeden en iyisini yapmaya çalışırlar. Yapıcı eğitim ve çaba ile eksikliklerini geliştirmeye çalışsalar da akıl ve fiziksel kapasiteleri ile kendilerini rahat hissederler. Bu alt ölçekten düşük skor alanlar kendini arayan olarak tanımlanırlar. Bu bireylerin düşük benlik algıları vardır. Varolan zihinsel ve fiziksel kapasitelerinden memnun değildirler. Daha çok oldukları gibi değil olmak istedikleri gibi davranırlar. Sınırsız zenginlik, önem, güzellik ve sonsuz gençlik hakkında fantezileri vardır (21). Tersi ile karşılaşınca hedeflerini ve alışkanlıklarını düzeltmek yerine ağır derecede kırılırlar (21).

Uyumlu İkincil Huylar (KY5)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireylerin hedefleriyle uyumlu, iyi alışkanlıkları vardır, böylece otomatik olarak uzun süreli değer ve hedeflerine uygun davranırlar. Buna kendi kendine disiplin ile ulaşılır ancak genellikle otomatik hale gelir (ikincil mizaç). Bu alışkanlıklar genellikle tekrarlanan uygulama ile gelişir ve tipik olarak anlık uyarılar ya da isteklerden daha güçlüdür. Diğer bir deyişle nadiren öncelikleri konusunda şaşkınlık yaşarlar, bu nedenle sinirlendiren durumlarda da güvende hissederler ve kendilerine güvenirler. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar değerli hedeflerine ulaşmayı zorlaştıracak şekilde uygunsuz davranırlar (hedefleri ile uyumsuz alışkanlıklar). Bu kişiler bazen kendine zarar veren ve isteksiz olarak tanımlanır. Zarar görececeklerini bilseler bile hırsları ve istekleri zor durumlarda çok zayıftır (21).

2.B.1.b.2. İşbirliği Yapma (İY)

Yüksek derecede işbirliği yapan bireyler kendilerini toplumun bir parçası olarak algılamaktadırlar. Bu şekilde yüksek işbirliği yapan kişiler empatik, hoşgörülü, merhametli, destekleyici ve prensipli olarak tanımlanmaktadırlar. İşbirliği puanı düşük olan kişiler tüm dikkatleri kendilerine verirler, hoşgörüsüz, eleştirisel, intikamcı ve fırsatçılardır. Kendilerini temel olarak başkalarından sakınırlar ve diğer insanların haklarına ve hislerine saygı göstermeme eğilimindedirler (14).

İşbirliği yapmanın alt birimleri sosyal onaylama/ sosyal hoşgörüsüzlük, empati duyma/ sosyal ilgisizlik, yardımseverlik/ yardım sevmeme, acıma/ intikamcılık, ve erdemlilik-vicdanlılık/ kendine yarar sağlamadır (20)

İşbirliği Yapma Alt Ölçekleri

Sosyal kabullenme / Sosyal Hoşgörüsüzlük (İY1)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler toleranslı ve arkadaş canlısı olarak tanımlanırlar. Farklı davranışları, etik değerler, düşünceleri ya da görüşleri olsa da insanları olduğu gibi kabul ederler. Bu ölçekte düşük skor alan bireyler toleranslı olmayan ve dostça olmayan olarak tanımlanırlar. Özellikle farklı hedefleri ve değerleri olan insanları eleştirirler ve sabırsızdırlar (21).

Empati duyma / Sosyal İlgisizlik (İY2)

Empati alt ölçeğinde yüksek skor alan bireyler tipik olarak kendilerini diğer insanların yerinde hissetmeye çalışırlar. Bu bireyler diğerlerinin duygularına karşı uyum sağlar, saygılı davranırlar ve kendi yargılarını bir kenara koyarak insanların neler yaşadıklarını daha iyi anlarlar. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar duyarsız olarak

tanımlanırlar. Bu bireyler diğerlerinin duygularını dikkate almıyor görünürler. Diğerlerinin duygularını, acılarını, zorluklarını paylaşamazlar ya da en azından diğerlerinin hedeflerine ve değerlerine karşı saygılı olmakta isteksizdirler (21).

Yardımseverlik / Yardımsever Olmamak (İY3)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler, yardımsever, destekleyici, güven verici ve ümit verici olarak tanımlanırlar. Becerilerini ve bilgilerini diğerleri ile paylaşırlar. Bir takımın parçası olarak çalışmayı severler ve bunu tek başına çalışmaya tercih ederler. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler ben-merkezci, egoist ya da bencil olarak tanımlanırlar. Bu insanlar diğerlerine karşı saygısızdır ve tipik olarak bir ekiple çalışsalar bile kendilerini düşünürler. Tek başlarına çalışmayı ya da ne yapılacaksa kendileri yapmayı tercih ederler (21).

Acıma / İntikamcılık (İY4)

Bu alt ölçekten yüksek skor alan bireyler, acıyan, affedici, hayırsever, cömert olarak tanımlanırlar. İntikam almaktan hoşlanmazlar ve genellikle kendilerine çok kötü davranılsa da kin tutmamaya çalışırlar. Bu alt ölçekten düşük skor alanlar kendilerini inciten kişilerden intikam almayı severler. İntikam zaferi açık ya da gizli olabilir. Açık olan diğerlerini fiziksel, duygusal ve finansal olarak incitme şeklinde aktif-agresif olabilir. Gizli olan ise kıskançlık, unutkanlık, inatçılık ve erteleme gibi pasif-agresif davranışlar olabilir (21).

Erdemlilik Vicdanlılık / Kendine Yarar Sağlama (İY5)

Bu alt ölçekten yüksek skor alan bireyler, dürüst, vicdanlı ve diğerlerine sürekli adil davranan samimi olarak tanımlanırlar. Bu insanlar hem profesyonel hem de sosyal

ilişkilerinde etik prensiplere sadıktır. Bu alt ölçekten düşük skor alanlar fırsatçı olarak tanımlanırlar. Hedeflerine zorluk yaşamadan ulaşmak için ne gerekiyorsa yapabilirler. Bu bireyler asil olmayan, taraflı ve kendilerine avantaj sağlayacak şekilde davranırlar. Manipulatif ve hilekar olarak tanımlanırlar (21).

2.B.1.b.3. Kendini Aşma (KA)

Bu insanların kendilerini bütünüyle evrenin bir parçası olarak algılamalarını göstermektedir. Kendini aşan bireyler adaletli, anlayışlı, dindar, sade ve alçak gönüllüdürler. Kendini aşma puanları düşük olan bireyler pratik, tarafsız, materyalistik, kontrolcü ve gösterişli olma eğilimindedirler. Bununla birlikte sıkıntıları, başarısızlıkları, kişisel ve maddesel kayıpları ve ölümü sürekli olarak kabullenme zorluğu çekerler (21).

Kendini aşmanın alt birimleri kendilik kaybı/ kendilik bilincinde yaşantı, kişiler ötesi özdeşim ve manevi kabullenme/ rasyonel materyalizmdir (20).

Kendini Aşma Alt Ölçekleri:

Kendilik Kaybı / Kendilik Bilincinde Yaşantı (KA1)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler, bir ilişkiye dahil olduklarında ya da bir işe konsantre olduklarında kendi sınırlarını aşma eğilimindedirler. Nerede olduklarını ya da zamanı unuturlar. Başka bir dünyada gibi görünürler. Tepe deneyimler ya da içgörü meditasyonları karakteristiktir. Kendinden geçme gibi yaşantıları olan bireyler genellikle yaratıcı ve orjinal olarak tanımlanırlar. Kendilik kaybı alt ölçeğinde düşük skorları olan bireyler, bir ilişkide ya da bir işe konsantre yoğunlaştıklarında

bireyselliklerinin farkındadırlar. Bu bireyler nadiren sanat ya da bir güzellik ile harekete geçerler (21).

Kişiler tesi zdeşim (KA2)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler doğa ve tüm evrenle sıradışı güçlü bir bağ yaşarlar. Her şeyin canlı bir organizmanın bir parçası gibi göründüğü duygusu bildirirler. Bu bireyler genellikle dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için gerçek kişisel özveriler yapmaya isteklidirler. Bazı kişilerce idealist olarak nitelendirilirler (21).

Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler nadiren insanlarla ya da doğa ile güçlü bir bağ yaşarlar. Diğer insanlarla ya da dünyanın geri kalanıyla doğrudan ya da doğrudan olmayan bir sorumluluk hissetmezler. Pratik avantajları objektif olarak belirlemedike nadiren dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için özveride bulunmak isterler (21).

Manevi Kabullenme / Rasyonel Materyalizm (KA3)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler, mucizelere, hissedilemeyen yaşantılara ve telepati, altıncı his gibi diğer manevi fenomenlere inanırlar. Büyüsel düşünce sahibi olarak tanımlanırlar. Manevi deneyimler ile canlanabilir ya da rahatlayabilirler, hastalık ve ölümle ilahi kudrete olan inançları nedeniyle daha kolay başedebilirler. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler sadece materyalizmi ve objektif deneyciliği kabul ederler. Bu bireyler genellikle bilimsel olarak açıklanamayan şeyleri kabul etmezler. Bu ölçekte düşük skor almanın dezavantajı kaçınılmaz ölüm, hastalık ya da haksız cezalarla karşı karşıya gelindiğinde rasyonel objektif araçlarla değerlendirmenin olasılığı yoksa ya da kontrolün olmadığı durumlarda başetme zorluğudur (3, 21).

Tablo 3: Karakter Boyutları Açısından Yüksek Ve Düşük Skorları Olan Bireylerin Tarifleri (3).

Karakter boyutu	Yüksek skor	Düşük skor
Kendini yönetme	Sorumluluk sahibi Amaçlı Çare bulucu Kendini kabullenen Disiplinli	Suçlamaya eğilimli Amaçsız Beceriksiz Kendini beğenmiş Disiplinsiz
İşbirliği yapma	Duyarlı Empatik Yardımsaver Şefkatli İlkeli	Hoşgörüsüz Düşüncesiz Düşmancıl İntikamcı Fırsatçı
Kendini aşma	Kendilik kaybı olan Kişiler arası özdeşimi olan Spiritüel Aydın Ülkücü	Hayal gücü kıt Aşırı denetimli Materyalistik Paylaşımıcı olmayan Pratik

2.B.2 AKISKAL'IN KİŞİLİK MODELİ

Akiskal'e göre 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. Kişilik (personality) ise; genetik olarak gelen huyla, sonradan elde edilmiş karakterin birleşiminden oluşur (23).

Akiskal ve ark., Kraepelin'in temel durumlar kavramını yeniden hayata geçirerek mizacı (temperament) duygudurum bozukluklarının temeli olarak sunmuş ve duygulanım yelpazesini eşik altı duygulanım izlerinden ağır duygulanım bozukluğuna kadar çizmiştir. Akiskal duygulanım mizaçlarının (*affective temperament*) duygudurum bozukluğunun temelini oluşturduğunu iddia etmiş ve beş temel duygulanım mizacı tanımlamıştır. Bunlar depresif, hipertimik, siklotimik, irritabl(sinirli), anksiyöz (endişeli)'dür. Duygulanım mizaçlarını değerlendirmek için Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirmesi (MPPS-MD; Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego, TEMPS) geliştirilmiştir (24).

Akiskal'a göre duygulanımsal mizaçlar aşağıdaki gibidir (25).

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, övungen, abartılı, gösterişli
 - * Gayretli, çok plan yapan, tedbirsiz ve bitmez tükenmez bir dürtüyle koşuşturan
 - * Aşırı konuşkan
 - * Sıcakkanlı, insan arayan veya dışa dönük
 - * Aşırı karışan ve başkalarının işine burnunu sokan
 - * Baskılanmayan, uyaran arayan veya rastgele cinsel ilişkide bulunan

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
- İstenmediği halde sokulup sıkıntı veren
- Disforik yerinde duramama
- Dürtüsellik

- Antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu ölçütlerini karşılamaz

Eşikaltı Distimik Mizaç (Depresif 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
 - * Derin derin düşünen ve endişelenen
 - * Vicdanlı, kendi kendini disipline eden
 - * Şüpheli, aşırı eleştiren veya şikayet eden
 - * Kendini eleştiren, kendini cezalandıran, kendini küçülten
- * Başarısızlıkları, yetersizlikleri ve olumsuz olaylar hakkında aşırı kafa yoran

Siklotimik Mizaç

- Erken başlangıç: yaş < 21
- Nadiren ötiminin olduğu, sık, kısa döngüler

- Bir fazdan diğesine önel ve davranışsal görünömler arasında ani geğışlerin olduğı iki dönemli hastalık

- *Önel görünömler*

- * Letarji X Ötoni

- * Kötümserlik X İyimserlik

- * Zihinsel konfüzyon X Keskinleşmiş ve yaratıcı düşünce

- * Düşük kendine güven X Aşırı kendine güven arasında değışen benlik saygısı

- *Davranışsal görünömler*

- * Azalmış sözel dışavurum X Çok konuşma

- * Hipersomnia X Uyku ihtiyacının artması

- * Nedensiz sulu gözlölük X Aşırı şakacılık

- * İçedönük kendini soyutlama X Sınırsız insan arama

- * Üretkenlikte belirgin değışkenlik

Anksiyöz Mizaç

2005 yılında Fransız-Amerikan ortak çalışma grubunun bir parçası olarak daha önce Akiskal tarafından geliştirilen anksiyöz mizaç için geçerli kriterleri genişletmek amacıyla anksiyöz kişilik için 15 maddelik kullanılabilecek kriterler kümesi geliştirilmiştir. Bu kriterler kümesi 3 ana başlık altında toplanmaktadır.

A (1 madde): Kişiliğın bir parçası olarak anksiyete.

B (11 madde): Bazı özel durumlarda gelişen anksiyete.

C (3 madde): Anksiyöz mizacın huzurlu olmaya, işlevselliğe ve günlük streslere verilen aşırı reaksiyonlara etkisi şeklinde.

Çalışmaya katılanların % 72.9'u anksiyeteyi kişiliğinin bir parçası olarak görüyordu. Yapılan çalışmada anksiyete daha sonra 3 boyutta ele alındı.

1. Anksiyöz-kaçıngan mizaç (4 madde): Sosyal ortamlardan kaçma, utangaçlık, insanlarla yakın ilişkilerden kaçma ve desteği yitireceği korkusu.

2. Anksiyöz-fobik mizaç (5madde): Endişelenme, somatik yakınmalar, aşırı gerginlik, ruminasyonlar, abartılmış fiziksel risk ve tehlikelerden korkma.

3. Anksiyöz-duyarlı mizaç (2 madde): Yetersizlik kaygısı, eleştirilmeye ve onaylanmamaya aşırı duyarlılık şeklinde olmak üzere (26). Yapılan çalışmalarda Akiskal'in belirttiği hipertimik, siklotimik ve depresif mizacın her birinin toplumda % 4-8 oranında bulunduğu tespit edilmiştir. Akiskal'in modelindeki öfkeyle ilişkili olan irritabl mizaç ile korkuyla ilişkili olan anksiyöz mizacın ayrı bir mizaç türü olarak belirtilmesi zordur. Çünkü depresif mizaçla anksiyöz mizacın ve hipertimik mizaçla da irritabl mizacın bazı özellikleri örtüşmektedir (4, 27-30).

Akiskal'in modeli duygudurum bozukluğu için yüksek risk altındaki bireyleri tespit edebilir. Bu bireyler daha çok duygudurum bozukluğu olan hastaların akrabalarıdır. Bu modelin hem klinik hem de teorik yönden avantajı bu modelin prospektif olarak test edilmiş olmasıdır (31-35).

Son dönemlerde Akiskal'in ve Cloninger'ın grupları her iki modeli genel popülasyonda yaşları 14–25 arasında değişen gençler üzerinde ortak bir projeye karşılaştırmışlardır.

Bu analizler hipertimik mizacın, yenilik arayışı (öfke) ile pozitif, zarardan kaçınmayla (korku) negatif korelasyon gösterdiğini, depresif mizacın zarardan kaçınmayla (korku) pozitif, yenilik arayışıyla (öfke) negatif korelasyon gösterdiğini, siklotimik mizacın da hem yenilik arayışıyla hem de zarardan kaçınmayla pozitif korelasyon gösterdiğini tespit etmişlerdir. Affektif mizaçlarla ödül bağımlılığı veya sebatkarlık arasında herhangi bir korelasyon tespit edilmemiştir. Aslında aynı korelasyonlar Akiskal'in 2005 yılında bir yetişkin hasta örneği ile yaptığı çalışmada da bulunmuştur (36, 37).

2.C. EPİLEPSİ:

2.C.1. Tanım

Epilepsi iki Yunanca kelimedenden oluşmaktadır. Epi: üstünde üstünden, Lepsis: tutmak, tutup sarsmak. Epilepsinin kelime anlamı yakalamak, birden tutulmaktır. Yunancada nöbet anlamında kullanılır(38).

Epilepsi santral sinir sistemindeki bazı nöronların artmış uyarılabilirliğinden (nöronal hiperekstabilite) kaynaklanan bir klinik durumdur. Epilepsi nöbeti gri cevherdeki artmış hızlı ve lokal boşalımlardan köken alır ve klinikte belli bir süreye sınırlı olarak, bilinç, davranış, duygu, hareket veya algılama fonksiyonlarına ilişkin stereotipik bir bozukluk gözlenir (39). Herhangi bir uyaran olmaksızın iki ya da daha fazla nöbet geçirildiği zaman epilepsi tanısı konulur ve genel olarak gelişmiş ülkelerde antiepileptik tedavisine başlanır (40).

24 saatte görülen birden fazla nöbet veya bir status epileptikus nöbeti tek bir olay olarak değerlendirilir. Sadece febril nöbet geçirenler veya yenidoğan nöbetleri veya akut semptomatik nöbetler (akut sistemik hastalık, intoksikasyon, madde kullanımı veya yoksunluğu veya akut nörolojik durumlar) veya uyaransız olsa da tek nöbet epilepsi olarak kabul edilmez (40, 41).

2.C.2. Epilepsinin Tarihçesi

Epilepsinin hikâyesi insanlığın tarihi kadar eskidir ve halen dünyanın bir çok yöresinde bir takım sihirler, dinsel ayinler ve bilim dışı yöntemlerle tedavi edilmektedir. Epilepsi ile ilgili tarihi ilk bilgiye M.Ö 2080 yılında yayınlandığı bildirilen Hamurabi Kanunlarında rastlamaktayız. Bu kanunda ateş ile konvulsiyon arasında bir ilişki olduğu

bildirilmektedir. Daha sonra Alkmelin ve Krolon M.Ö 500 yıllarında epilepsi ile beyin arasında bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (38).

Epilepsi konusunda ilk gerçek tanımı bundan 2400 yıl kadar önce Hipokrat'ın yaptığı görülmektedir. O epilepsi ile ilgili yazdığı 'Kutsal Hastalık' kitabında epilepsinin beyinden kaynaklandığını belirtmiştir. Epilepsinin ilk bilimsel tanımı için o ilk çağlardan sonra uzunca yıllar geçmiştir. İlk bilimsel tanımı 19. yüzyılda Huglings Jackson yapmıştır. Bu tanıma göre epilepsi, özellikle beyin gri cevherinde oluşan deşarjlardır (1874). Daha sonra Gowers epilepsiyi ilk kez olarak sınıflandırmıştır. Caton 1875'te tavşan ve maymunların kafatasına elektrotlar takarak çalışmalar yapmıştır. Bir Alman psikiyatristi olan Hans Berger ilk defa insanlarda elektroensefalografi (EEG) uygulamıştır. Daha sonra Adrian ve Matthews EEG çalışmaları yapmışlar, Gibbses spesifik EEG bulgularını ortaya koymuş ve epilepsi tanı ve tedavisinde önemli bir adım atılmıştır(38).

Epilepsi olgularında ilk sistematik tedavi 1857 yılında Sir Charles Locock tarafından yapılmıştır. O epileptik hastaları potasyum bromür vererek tedavi etmeye çalışmıştır. Aynı yıllarda Esquirol bu hastaların akıl hastahanelerinde yatmalarına karşı çıkmıştır. Bromidler 1912 yılına kadar tek antikonvulsif ilaç olarak kullanılmıştır. 1912 yılında fenobarbitalin sentezi ile etkin tedavi dönemine geçilmiştir. Daha sonra 1938 de Merritt ve Putnam epilepsi tedavisinde difenilhidantoin'i kullanmaya başlamışlardır. 1944 de trimethadione'nın senteziyle petit mal epilepsi tedavisinde önemli bir adım atılmıştır. Bugün modern antikonvulsanlarla epileptik nöbetlerin %75-80 i kontrol altına alınabilmektedir(38).

Epilepsinin cerrahi tedavisini ilk 1800 yılından önce Frans Joseph Gall ve Johonn Camper düşünmüşlerse de ilk cerrahi tedavi 25 Mayıs 1886 tarihinde Sir Victor Hursley tarafından yapılmıştır (38).

2.c.3. Epilepsinin Görülme Sıklığı

Epilepsinin toplum içinde görülme sıklığı prevelans, insidans ve kümülatif insidans çalışmaları ile ölçülür.

Epilepsi prevelansı dünya üzerinde ABD, Avrupa, Nijerya Hindistan ve Çin gibi birçok toplumda çalışılmış ve % 0.05-8 olarak bildirilmiştir (41).

Çok farklı sonuçlar olmasına karşın gelişmiş ülkeler için ortalama epilepsi prevelansının % 0.06 olduğu ve Dünya Sağlık Örgütü protokolü ile gerçekleştirilen prevelans çalışmalarında gelişmekte olan ülkelerde bu oranın ortalama % 1.85 olduğu hesap edilmektedir (40). Çalışmalarda standart değerler kullanılmamasına rağmen dünya üzerinde epilepsi prevelansının tüm toplumlarda benzer olduğu kabul edilir. Bununla beraber çoğu tropik ülkelerden olmak üzere, örneğin Panama yerlilerinde % 5.7 gibi yüksek prevelans değerleri de bildirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde epilepsi prevelansında, bölgesel, iklimsel ve etnik varyasyonlar olabileceğini bildiren çalışmalar güvenilir değildir. Sadece Amerika Birleşik Devletleri'ndeki zencilerde epilepsi prevelansının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bir dereceye kadar tatminkârdır (42).

Yaşlara göre epilepsinin prevelansı incelendiğinde, Rochester Minesota ve diğer birçok çalışmada ergenlik çağında prevelans %0.6-8'lere ulaşmaktadır. Prevelans yaş ile yeni olgular eklendiği için kısmı artış gösterir. Ergenlik döneminden sonra epilepsi prevelansındaki artış azalır. Bunun sebebi bazı olguların remisyona girmesi ve epileptik

populasyondaki ölüm oranlarının artmasıdır. İlk on yıldaki epilepsi oranlarının artması, idiopatik epilepsinin bu yaşlarda ortaya çıkma eğiliminin yüksek olmasına bağlıdır (42).

Epilepsi insidansı değerlendirildiğinde; Minnesota ve Danimarka'da yapılan çalışmalarda her yıl için % 0.03-5 olarak bulunmuştur. Bu oran ilk 1 yaş için % 0.1 olup, çocukluk ve adolesan çağa doğru düşerek, 25 yaş civarında % 0.025 ile sabit bir rakama ulaşmıştır. Daha ileri yaşlarda Minnesota grubunda yaş ile epilepsi oranı artarken Danimarka grubunda bu oran sabit kalmıştır (42).

Çalışma sonuçları arasındaki farklılıkların tanımlamada ve toplumlar arasında olan epilepsi insidansı farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Epilepsi prevalansının araştırıldığı bir çalışmada ülkemizde epilepsi prevalansı % 1.02 olarak bildirilmiştir (43). Yaşam boyu kümülatif insidans, gelişmiş ülkelerde 20 yaşına kadar %1, 80 yaşına kadar %5 olarak saptanmıştır (44).

Hayatında tek nöbet geçirenlerin sayısı ise %5-8 arasında değişmektedir. Febril konvülsiyon prevalansı ise yaklaşık %0,5 dir. Epilepsi olgularında ilk nöbetin görülme yaşı %90 vakada ilk yirmi yaşta ve en sık ilk iki yaşta görülmektedir (42). Epilepsi epidemiyolojisi ile ilgili çalışmalarda epilepsinin dünyada yaygın olarak görülen bir hastalık olduğu ve din, dil, ırk, etnisite ve cinsiyet farkı gözetmedği gösterilmiştir ancak veriler oldukça değişkendir (40).

2.c.4. Epilepsi Nöbetlerinin ve Epilepsi Sendromlarının Sınıflandırılması

İlk olarak 1960'larda epileptik nöbetlerin sınıflanmasının temelleri atılmıştır. International League Against Epilepsy (ILAE) 1981 yılında epileptik nöbetlerin klinik ve elektroensefalografik sınıflaması yapmış, en son sınıflandırma 1989 yılında ICE (International Clasifcation of Epilepsies and Epileptic Syndromes) tarafından Joseph

Rogers'in başkanlığında toplanan komisyon tarafından yapılmıştır. Burada ana bölünme nöbetin parsiyel olarak ya da jeneralize başlamasına göredir. Ayrıca idiyopatik primerle, semptomatik sekonder ayrımı yapılmıştır (39). Epilepside klinik seyir, prognoz, etiyoloji açısından çok farklı özellikler taşıdığından sadece semiyolojik nöbet sınıflaması yetersiz kalmış ve epileptik sendromların sınıflanması gereği duyulmuştur (45). 1989'da yapılan uluslararası sınıflaması Tablo 4'te gösterilmiştir.

Korteksin sınırlı bir alanından kaynaklanan nöbetler parsiyel olarak, başlangıçtan itibaren simetrik ve senkron olarak tüm korteksi tutan nöbetler ise jeneralize nöbetler olarak isimlendirilir. Yetersiz veriler nedeniyle şimdiye kadar tanımlanmış olan sınıflandırmaya dahil edilemeyen nöbetlerin tümü sınıflandırılmayan epileptik nöbet grubuna girer. Nöbetlerin tekrarlama özelliklerine veya nöbeti ortaya çıkaran tetikleyici olaylara göre sınıflandırma (örneğin menstrüel siklus veya uyku-uyanıklık) ek sınıflandırma içerisinde yapılır (39).

Epilepsi sendromu: Nöbet tipleri, etiyoloji, EEG bulguları, nörolojik durumu, prognozu ve bazen spesifik antiepileptik ilaçlara cevabı uygunluk gösteren klinik durumları tarif etmek için kullanılır. Bu kavram etiyolojik bir benzerliği gerektirmez (39).

Tablo 4: Epilepsi ve Epilepsi Sendromlarının 1989 İLAE sınıflaması: (International Clasification of Epilepsies and Epileptic Syndromes)

I. Lokalizasyona Bağlı (fokal, lokal, partial) epilepsiler ve sendromlar

a. İdiopatik (Başlangıcı yaşa bağlı)

Benign çocukluk çağı epilepsisi (centrotemporal spike ile birlikte)

Çocukluk çağı epilepsisi (oksipital paroksizmlerle birlikte)

Primer okuma epilepsisi

b. Semptomatik

Çocukluk çağının kronik ilerleyici parsiyel sürekli epilepsisi (Kojewhikow' syndrome)

Spesifik presipitasyonlarla oluşan epilepsiler

Temporal lob epilepsisi (TLE)

Frontal lob epilepsisi

Parietal lob epilepsisi

Oksipital lob epilepsisi

c. Kriptojenik

II. Genaralize Epilepsiler ve Sendromlar

a . İdiopatik

Selim neonatal familial konvulsiyonlar

Selim neonatal konvulsiyonlar

Sütçocukluğunun selim myoklonik epilepsileri

Çocukluk çağı (childhood) absans epilepsi (piknolepsi)

Juvenil absans epilepsi

Juvenil myoklonik epilepsi (impulsive petit mal)

Grand mal epilepsi

Diğer idiyopatik jenaralize epilepsiler

Spesifik presipitasyonla oluşan epilepsiler

b. Kriptojenik veya semptomatik epilepsiler

West Sendromu

Lennox-Gastaut Sendromu Epilepsi ile birlikte myoklonik-astatik nöbetler

Epileptik myoklonik absanslar

c. Semptomatik

1. Non spesifik etyolojili olanlar

Erken myokonik ensefalopati

Erken infantil epileptik ensefalopati ile birlikte supresyon burstleri

2. Spesifik sendromlar

III. Fokal veya Genaralize Olarak Sınıflandırılmayan Epilepsiler ve Epileptik Sendromlar

1. Hem Genaralize hem de Fokal olabilen nöbetler

Neonatal nöbetler

İnfanthların ağır myoklonik nöbetleri

Uykuda görülen devamlı diken dalgalar ile seyreden epilepsiler

Edinsel epileptik afazi (Landau-Klefner Syndrome)

Diğerleri

2. Genaralize veya fokal görünümü açıklanamayan nöbetler

IV. Özel Sendromlar

Febril konvulsiyonlar

İzole nöbetler veya izole status epileptikus

Sadece akut metabolik veya toksik bozukluklar sonucu ortaya çıkan nöbetler

alkol

ilaçlar

eklampsia

nonketotik hiperglisemi vb.

2.C.5 Tedavi

Epilepsi antiepileptik ilaçlara (AEİ) cevap verme olasılığı yüksek olan yeni tanı konulmuş hastalardan, remisyona girmeyen dirençli epileptik hastalara kadar süreklilik gösteren bir durum olarak görülmelidir. Epilepsi alanında özellikle son dönemde epilepsy cerrahisi, Vagal Sinir Stimulasyonu-nörostimulasyon, fokal ilaç enjeksiyonları, hücre transplantasyonları ve genetik alanında önemli ilerlemelere rağmen AEİ ların profilaktik amaçlı olarak kullanımı halen tedavinin temel taşı gibi görünmektedir (46).

Son 25 yıl içerisinde epilepsinin farmakolojik tedavisinde çok önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Epilepsi tedavisine rasyonel yaklaşım doğrudan altta yatan etiyolojik nedenin tedavisi ile ilgilidir ve bu durum bazı özel durumlar dışında mümkün değildir. (46).

Halen AEİ tedavisi ile primer amaç; yan etki olmaksızın morbidite ve mortalitede azalma ve yaşam kalitesinin düzelmesi ile birlikte nöbetlerin tam olarak ortadan kaldırılmasıdır. Yeni AEİ'nin devreye girmesi ve tedavide ilerlemeler ile epilepsi tedavisinin amacı nöbet kontrollerinin başarısından öte, yaşam kalitesinin kontrolüne yönelmeye başlamıştır (47, 48). Özellikle son 10-12 yılda çok sayıda yeni AEİ'nin devreye girmesi ve konvansiyonel ilaçların formülasyonundaki düzeltilmeler günlük pratikte hem hastalar için hem de ilaç seçme alternatifleri açısından kolaylık sağlamaktadır (49).

Tablo 5: Epilepsi Tedavisinde Klasik ve Yeni Antiepileptik İlaçlar (50).

Klasik antiepileptik ilaçlar:	Yeni antiepileptik ilaçlar
Fenobarbital	Okskarbamazepin
Fenitoin	Vigabatrin
Primidon	Lamotrijin
Etosüksimid	Gabapentin
Karbamazepin	Felbamat
Valproik asit	Zonisamid
	Topiramat
	Tiagabin
	Levatisetam
	Pregabalin

Modern tedavi ajanları optimal tedaviye rağmen epilepsili şahısların %30'unda AEİ tedavisi ile remisyon sağlanamamaktadır (51). Bu hastaların bir bölümü epilepsi cerrahisinden faydalanırlar. Cerrahi olarak tedavi edilebilir hastaların çoğunluğu cerrahi öncesinde 20 yıldan daha uzun süreli olarak epileptik nöbet öyküsü ile birlikte (49).

Epilepsi tedavisinde komorbid durumlar önemlidir. Erişkinlerde psikiyatrik komorbidite prevalansı (%40-60) oldukça yüksektir. Primer olarak davranış ve anksiyete bozuklukları refrakter epilepsi ile birlikte (46). Komorbid depresyon (%11-62) epilepsili hastalarda sıktır. Böyle durumlarda dual etkili AEİ lar tercih edilmelidir. (duygudurum bozuklukları-Lamotrijin gibi) (46).

2.D. EPİLEPSİ VE PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE

Epilepside 1949’da temporal odağın (böylece temporal lob epilepsisinin) ve limbik sistemin duyguların yönetilmesindeki önemli rolünün keşfiyle; spesifik beyin bölgelerindeki epileptik dağılımlarla ruhsal hastalıklar arasında ilişki olabileceği fikri oluşmuştur (52).

Günümüzde epilepsi ile ilgili sadece etiyoloji ya da nöbet odağı gibi biyolojik faktörlerin değil; aynı zamanda kullanılan ilaçların, psikolojik ve sosyal etkenlerin de psikiyatrik problemler oluşmasında önemli etmenler olabileceği düşünülmektedir(52).

Epilepside görülen psikiyatrik bozukluklar, ilk defa Pond (1957) tarafından üç ana kategori içinde değerlendirilmiştir:

1. Nöbetlere sebep olan beyin hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar
2. Doğrudan nöbetlerle ilişkili olarak ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar
3. Nöbetlerin oluşu esnasındaki zaman dilimi ile ilişkili olmayan “interiktal” psikiyatrik bozukluklar

Pond’un tarif ettiği biçimde “beyin hastalıklarına bağlı bozukluklar”, beyin fonksiyonlarının lokalize fonksiyon bozuklukları sonucu ortaya çıkar. Örneğin beyin tümörleri veya diğer lokalize beyin lezyonları fokal beyin sendromlarına yol açabilmekte ve bazen bu bozuklukların başlangıç semptomları olarak bilişsel, emosyonel, davranışsal ya da kişilik özelliklerinde değişiklikler şeklinde ortaya çıkabilmektedir (53, 54).

Diffüz serebral hastalıklarda da mental fonksiyon bozuklukları oldukça sık görülmektedir. Bu tür hastalıklar içinde global zihinsel yetersizlikler önemli yer tutar. Alzheimer tipi demans ya da multi-enfarkt demans gibi diğer bazı organik beyin sendromlarında da epileptik nöbetler oldukça sık görülmektedir. Çocuklarda, infantil otizm, çocuklukta psikozun dezintegratif formları gibi ciddi psikoz durumlarında epileptik nöbetler çok seyrek değildir ve bu altta yatan bir beyin patolojisini yansıttığını düşündürmektedir (55).

Nöbetle ilişkili fenomenler preiktal, iktal ve postiktal durumlar olarak üçe ayrılır. Preiktal fenomenler nöbetin ortaya çıkışından saatler ya da günler öncesinde ortaya çıkar ve sıklıkla iritabilite ya da disfori şeklinde duygudurum değişiklikleri görülebilmektedir ve nöbeti takiben kaybolur.

Nöbet aktivitesiyle doğrudan ilişkili önemli psikiyatrik bozukluklar kompleks parsiyel nöbetlerde, psikomotor ve petit mal absans durumlarında görülürler. Bu belirtiler hafıza, düşünce, duygulanım, yanılsamalar, varsanılar ve otomatik davranışları içine alan bir dizi kompleks psikolojik fenomeni içerir (56).

Beynin özel bir bölgesinden kaynaklanan kompleks parsiyel nöbetlerde bilinç değişiklikleri, bilişsel semptomlar, duygulanımsal semptomlar, psikosensoryel semptomlar, psikomotor semptomlar veya bileşik semptomlar görülebilir. İktal deşarjlar jeneralize olurken bilinç bozukluğu ve psikomotor semptomatoloji ortaya çıkar. Bilinç algısal, halüsinatuar deneyimler sonucu da bozulabilir. Otomatizm şeklinde ortaya çıkan psikomotor semptomatolojide hasta genelde ne yaptığından haberdar olmaksızın bir takım basit ya da kompleks hareketler sergiler. Terim olarak Hughlings Jackson tarafından ortaya konulan otomatizmde, ya hastanın nöbetten hemen önce yaptığı

hareketler ya da tamamen farklı tipte bir hareket tekrarlayıcı ve ısrar edici (stereotipik) bir tarzda yapılmaya başlanır. Nadir olarak homisidal nitelikte ve saldırı ve şiddet atakları şeklinde görülebilir (57).

İktal belirtiler arasında bilişsel, affektif, algısal ve psikomotor değişimler gözlenebilir. Bilişsel semptomatoloji düşünce fenomenleri, bozulmuş hafıza fonksiyonu ve diğer fenomenler olarak üç alt guruba ayrılabilir (58).

Yaygın bir düşünce fenomeni olarak “zorlu düşünce” görülebilir. Genelde metafizik ya da mistik nitelikte olan zorlu düşünceler hastanın farkındalığına zorla giren parazit düşünceler şeklinde ortaya çıkar. Hafıza bozuklukları genelde hafızanın yanılsamaları şeklinde ortaya çıkarlar ve aynı zamanda özellikle temporal lob epilepsili (TLE) hastalarda depersonalizasyon, derealizasyon, bazen de zaman algısı bozuklukları görülebilir. Nöbet sırasında korku, depresif duygulanım, öfke ve nadiren erotik duygulanımlar gibi her çeşit duygulanım görülebilir (58).

Nöbet sırasında, psikosensoryel semptomlar olarak yanılsamalar ve varsanılar görülebilir. İlüzyonlar genelde vizüel şekildedir ve objelerin şekil ve büyüklüklerinde değişmeler şeklinde görülebilir (metamorfozi). İşitme yanılsamalarında ise sesler yoğunluk değiştirebilir ve/veya bir perdede yükselip alçalabilir. Koku ve tat yanılsamaları nadirdir. Hastanın beden imajı ile ilgili yanılsamaları ise (somatosensoryel yanılsama) sık görülür. Nöbet esnasında ortaya çıkan varsanılar kompleks ve şekillenmiştir. Bu varsanıların değişmez özelliği tekrarlayıcı ataklar halinde olmasıdır. Görsel varsanılar, tanınabilir basit objelerden, ilerleyen, değişen, çok kompleks görüntülere kadar çeşitlilik gösterebilir (58, 59).

İşitsel varsanılar da aynı şekilde kompleks bir çeşitlilik gösterebilirler. Koku varsanıları da duyulabilir ve tat varsanıları genelde “tuzlu”, “tatlı”, “asidik”, “metalik” olarak, ama genellikle hoş olmayan tatlar olarak nitelendirilirler.

Postiktal bozukluklar, nöbeti hemen takiben ortaya çıkan fenomenleri içerir. Hastalar genellikle konfüzyonel bir durum içindedirler. Postiktal bozuklukları iktal bozukluklardan ayırmak zor olabilmektedir. Bu durum saatler, bazen birkaç gün içinde sonlanır.

İnteriktal bozukluklar kapsamında ise daha çok değişik tip psikozlar, afektif hastalıklar ve değişik tip kişilik bozuklukları gözlenir. interiktal dönemde gözlenen psikiyatrik değişmelerin rastlantısal eşzamanlı bir durum ya da epilepsi ile etyopatogenetik ilişkili bir durum olup olmadığı konusu tartışmalıdır.

Pond ve Bidwell 245 hastalık olgu serisinde %29 oranında tedaviyi gerektirecek şiddette psikiyatrik komorbidite oranı bulmuşlardır (60).

Jalava ve Sillanpa yaptıkları 35 yıllık prospektif çalışmada epilepsi hastalarının normal kontrol grubuna göre psikiyatrik hastalık geliştirme riskini 4 kat fazla olarak bulmuşlardır (61).

Hermann ve Whitman 1962’den 1984’e kadar temporal lobe epilepsisi ile psikoz, saldırganlık, cinsel işlev bozukluğu, kişilik değişiklikleri, affektif bozukluklar ve genel psikopatoloji arasındaki ilişki üzerine yapılmış çalışmaları karşılaştırmışlardır. Toplam 64 çalışmanın değerlendirilmesi sonucunda epilepsi grubunda psikopatoloji riskinin sağlıklı kontrol grubuna oranla yüksek olduğunu, ama kronik hastalığı olanlar grubuna benzer olduğunu açıklamışlardır (62).

Epilepside psikoz görölme oranı Manchanda ve arkadaşları tarafından %4 oranında belirtilmesine karşın bazı araştırmalarda bu oran %10'a kadar varmaktadır (63). Psikotik bozukluk genel popülasyona oranla epilepsi hastalarında 10 kat daha sıktır. Gudmundsson 987 vakalık yaptığı bir çalışmada 512 (%52) oranında kişilik değişikliği tespit etmiştir (64).

Cockerell ve ark. 64 epilepsi hastasının izlemini yapmışlar ve bir yıl içerisinde 31 hastanın iktal ve postiktal dönemde, 33 hastanın da interiktal dönemde akut psikiyatrik bozukluk gösterdikleri; %30 oranında vakada antiepileptik ilaç reçete edilmesinden sonra psikiyatrik bozukluğun oluştuğunu saptamışlardır. Bu ilaçların da genel olarak karbamazepin, lamotrijin ve vigabatrin olduğu bu araştırmanın diğer bir sonucudur (65).

Currie ve ark. yaptıkları bir çalışmada 666 epilepsi hastasından 375'ini (%56) normal, 127'sini (%19) anksiyöz, 71'ini (%11) deprese, 47'sini (%7) agresif, 41'ini (%6) obsesif ve 38'ini (%6) şiddetli affektif bozukluk olarak saptamışlardır (66). Son olarak 2009 yılında Brezilya,'da 174 epilepsi hastası ile yapılan bir çalışmada epileptiklerde %39,4 anksiyete, %24.4 depresyon birlikteliği ile konrollere göre yüksek komorbidite tespit etmişler bunun yanında suicidal düşünce ve girişim oranlarının da kontrollerden yüksek olduğunu saptamışlardır (67).

Bu konuda bu kadar çok çalışma olmasına rağmen psikiyatrik komorbiditenin gerçek rakamlarını tespit etmek güçtür. Çalışmalar arasındaki metodoloji farklılıkları karşılaştırma yapmayı güçleştirmektedir. Sonuç olarak psikiyatrik komorbidite yüzdeleri %19-%80 gibi geniş bir değişkenlik göstermektedir (52).

Epilepside psikiyatrik hastalık riskinde artışa yol açan klinik, psikososyal ve biyolojik faktörlerin bilinmesi psikiyatrik komorbidite epilepsi ilişkisinde aydınlatıcı rol oynar. Tablo 6'da epilepside psikiyatrik hastalık riski ile ilişkili faktörler sıralanmıştır.

2.D.1. Zorlu Normalleşme (Forced normalization)

Epilepsi ve şizofreni tanısı almış hastalarda, nöbetlerin ortaya çıkışıyla şizofreni ile ilgili semptom ve davranış değişikliklerinin ters ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Zorlu normalleşme adı verilen bu ilginç fenomenin psikotik semptomlar dışında, hipokondriak ataklar, disfori, konversiyon bulguları, depresyon, mani, agresyon, ajitasyon ve anksiyete epizodları için de geçerli olduğu bildirilmiştir. Zorlu normalleşme, bütün epilepsili hastaların yaklaşık % 1'inde görülmekle beraber epilepsi kliniklerinde epilepsili hastalarda görülen psikoz ve ilişkili bozuklukların yaklaşık %15'inden sorumludur (68).

Tablo 6: Epilepside Psikiyatrik Bozukluk Riskiyle İlişkili Faktörler (Torta ve Keller'den uyarlanmıştır. 1999) (69).

Klinik faktörler Epilepsinin başlangıç yaşı Bozukluğun süresi Nöbetlerin tipi ve sıklığı Hemisferal veya serebral disfonksiyon İnteriktal ve iktal EEG anormallikleri Epilepsi ya da psikiyatrik bozukluk açısından aile öyküsü
Psikososyal faktörler Hastalığın kronik doğası Düşük sosyoekonomik durum Düşük eğitim seviyesi Epilepsiye karşı olumsuz kültürel yaklaşım Hastalığın sonuçlarına karşı uyumda güçlükler Nöbet korkusu Sosyal stigma Aileler tarafından aşırı korunma Yasal sınırlamalar (örn; araba kullanmada) Düşük özsaygı
Biyolojik faktörler Psişik fonksiyonlarla ilişkili alanlarda nöropatolojik hasar (örn; amygdala, limbik sistem, frontal korteks, bazal ganglionlar) Antiepileptik ilaçların bilişsel ve emosyonel yan etkileri Forced normalization (Zorlu Normalleşme)

2.D.2.Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM)IV'te Genel Tıbbi Bir Duruma (Epilepsiye) Bağlı Mental Bozukluklar

1. Epilepsiye Bağlı Kişilik Değişikliği: Kişinin daha önceki kendine özgü kişilik yapısının değişmiş olduğunu gösteren sürekli bir kişilik bozukluğu vardır ve bu bozukluk toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik açıdan belirgin bir strese ya da bozulmaya neden olur.

Tipleri:

Labil Tip: Önde gelen özellik affektif labilitedir.

Dezinhibe Tip: Önde gelen özellik, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma vb' nin bulunması ile görüldüğü üzere dürtü kontrol düzeyinin düşük olmasıdır.

Agresif Tip: Önde gelen özellik agresif davranıştır.

Apatetik Tip: Önde gelen özelliği belirgin apati ve endiferansın olmasıdır.

Paranoid Tip: Önde gelen özellik, kuşkuculuk ve paranoid düşüncedir.

Diğer Tip: Önde gelen özellik, yukarıdakilerden herhangi biri değildir.

Bileşke Tip: Birden fazla özellik klinik görünümde belirgindir.

Belirlenmemiş Tip

2. Epilepsiye Bağlı Psikotik Bozukluk: Belirgin varsanılar ya da sanrılar vardır. Özellikle lastik yanığı kokusu ya da hoş olmayan başka bir takım kokular gibi olfaktör varsanılar temporal lob epilepsisini düşündürür. Dinsel sanrılar bazı olgularda temporal lob epilepsisi ile özel olarak ilişkilidir.

3. Epilepsiye Bağlı Duygudurum Bozukluğu: Aşağıdakilerden biri (ya da her ikisi) ile belirli belirgin ve sürekli bir duygudurum bozukluğu klinik görünümüne egemendir (1). Depresif duygudurum ya da tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma ya da kabarmış, taşkın ya da irritabl duygudurum vardır(2).

4. Epilepsiye Bağlı Anksiyete Bozukluğu: Klinik görünümüne belirgin anksiyete, panik atakları ya da obsesyonlar veya kompulsyonlar egemendir.

5. Epilepsiye Bağlı Delirium: Dikkati belirli bir konu üzerinde odaklama, sürdürme ya da yeni bir konuya kaydırma yetisinde azalma ile giden bilinç bozukluğu vardır. Çevrede olup bitenin farkında olma düzeyi düşmüştür. Daha önceden varolan, yerleşik ya da gelişen demans ile açıklanamayan algı bozukluğu ortaya çıkmıştır ya da bellek, yönelim, dil bozukluğu gibi bilişsel değişiklik vardır. Kısa süre içinde gelişir (genellikle saatler ya da günler içinde) ve gün içinde dalgalanmalar gösterme eğilimi taşır.

6. Epilepsiye Bağlı Demans: Aşağıdakilerden her ikisinin bulunması ile belirli çoğul bilişsel defisit gelişmiştir: (1) bellek bozukluğu, (2) aşağıdaki bilişsel bozukluklardan en az biri bulunur: (a) afazi, (b) apraksi, (c) agnozi, (d) yönetsel işlevlerde bozulma.

7. Epilepsiye Bağlı Amnestik Bozukluk: Yeni bilgiler öğrenme ya da daha önceden öğrenilmiş bilgileri yada geçmişteki olayları anımsama yetileri bozulmuştur.

8. Epilepsiye Bağlı Cinsel İşlev Bozukluğu: Belirgin bir sıkıntı ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklar doğuran, klinik açıdan önemli bir cinsel işlev bozukluğu klinik görünümünün önde gelen bozukluğudur.

9. Epilepsiye Bağlı Uyku Bozukluğu: Başlıca bozukluk, ayrıca ilgilenilmeyi gerektirecek derecede ağır bir uyku bozukluğunun olmasıdır. Öykü, fizik muayene ya da labaratuvar bulgularından elde edilen verilerde bu bozuklukların epilepsinin doğrudan fizyolojik bir sonucu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır. Bu bozukluklar başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve sadece deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadırlar.

10. Epilepsiye Bağlı Başka Türü Adlandırılmayan Mental Bozukluk: Bu geriye kalan kategori epilepsinin doğrudan fizyolojik etkilerinin neden olduğu bir bozukluk saptanan ancak epilepsiye bağlı özgül bir mental bozukluk tanı ölçütlerinin karşılanmadığı durumlar için kullanılmalıdır (örneğin kompleks parsiyel nöbetlere bağlı dissosiyatif semptomlar).

2.E. EPİLEPSİ VE KİŞİLİK

Epilepside, bazen kişilik bozukluğu derecesine varan kişilik değişimlerinin varlığı uzun yıllardır kabul edilegelmiştir (70).

19. yüzyılda epilepside belirli bazı değişik kişilik özelliklerinin, kronik epileptik durumun ortak bir klinik manifestasyonu olarak ortaya çıktığı görüşü hakim olmuştur. Buna rağmen günümüzde epilepsi hastalarında spesifik bir epileptik kişiliğin varlığına dair kanıtlar yetersizdir. “Epileptik kişilik” kavramı, epileptik hastalarda her ortamda süreklilik sergilediği varsayılan bir takım karakteristik, davranış değişiklikleri kümesidir (71).

2.E.1 Epilepsi ve Kişiliğe Bakışta Tarihsel Perspektif

2000 yıl önce Hipokrat okulu zamanında olduğu gibi 19. yüzyıl tıp literatüründe de epilepsi hastalarının dindar yönü vurgulanmıştır. Bununla beraber 19. yüzyılda, henüz spesifik epilepsi sendromları ve bunların çeşitli etiyolojileri anlaşılmamışken, akıl hastanelerine yatırılan kronik epilepsi hastalarında psikozların ve kişilik patolojilerinin beraber olabildiği gözlenmiş ve böylelikle 19. yüzyılda epileptik hastaların farklı kişiliği hakkında ilk modern görüşler gelişmeye başlamıştır. Reynolds, ayaktan tedavi gören geniş bir idiyopatik epilepsili hastadaki deneyimine dayanarak sıkılganlığın ve isteksizliğin erkeklerde daha sık olduğunu, eksitabilitenin ve öfkenin ise her iki cinsiyette de ortak olduğunu belirtmiştir (70, 72).

Aynı zamanda bir çok epilepsi hastasının normal bir kişilik yapısı ve zekâya sahip olduğu, fakat bir çoğunun da farklı davranış şekillerine sahip olduğu belirtilmiş ve

bu değişikliklerin birçok faktörden etkilendiğini fakat temelde epilepsinin kendisinden kaynaklandığını düşünölmüştür (70, 72).

Kinnier Winson, epileptik kişilik hakkında psikososyal bir bakış açısı sunmuştur. Winson'a göre epileptik mizaçta, aşırı stres yüklenmesi söz konusudur ve bu hastalar için hayat zordur ve mizacın birçok özelliği kronik hasta olmak ile ilgilidir. Sjöbring epileptik kişiliği açıklamış ve epileptik kişilerde, nöbet geçirmelerinden kaynaklanan spesifik bir mental değişiklik ortaya çıktığını ileri sürmüş ve bu kişilerin uyuşuk ve çevresel, yapışkan, gergin, öfke patlamaları olan ve anksiyeteli kişiler olduklarını ifade etmiştir. Kraepelin ise bir gruptan ayaktan tedavi gören epilepsi hastasında kaçınılmaz bir agresivite gözlediğini bildirmiştir (70, 72).

2.E.2. Epilepsi ve Kişiliğe Bakışın ve Epileptik Kişilik Kavramının Gelişimi

Temporal lob yapılarından kaynaklanan parsiyel nöbetlerde ortaya çıkan emosyonel ve davranışsal olaylarda limbik sistemin de rolü ayrıntılandırılmaya başlandıktan sonra epileptik kişilik kavramı ile ilgili tartışma yeniden gündeme gelmiştir. TLE ile davranışsal değişikliklerin ilişkisi 1951'de Gibbs'in temporal lob orijinli parsiyel nöbetleri olan hastalarının %33'ünde görölen davranışsal bozukluk bildirimine dayanır. Gastaut ve arkadaşları 1954'de epileptik hastalarda emosyonel kayganlık, hiposeksüalite, hipoaktivite ve hiperagresivite özelliklerini yeniden gözlemlemiştir; fakat ilk kez bu semptom kompleksini Kluver-Bucy Sendromunun bir karşıtı olarak değerlendirmiştir (73,74). Waxmann ve Geshwind TLE ile ilişkilendirdikleri, bozulmuş fakat patolojik olmayan, özellikle derinleşmiş emosyonlar,

evresellik, değişik dini ve sexüel ilgiler ve hipergrafi olarak birtakım davranış değişiklikleri tanımlamışlardır (75).

Bu yazarlar Gastaut-Geshwind sendromuna gönderme yapan “interiktal davranış sendromunu” ortaya atmışlardır. Bear ve Fedio, bu sendromu, literatürün gözden geçirilmesi ile ortaya çıkarılan 18 özelliği kapsayacak şekilde genişletmiş ve normal nörolojik kontrollerle kıyasladıklarında bu 18 özelliğin hepsinin sıklığında artış bulunduğunu ortaya koymuşlardır(76) . Epilepsili hastalara atfedilen kişilik özellikleri Tablo 7’ de gösterilmiştir.

Tablo 7: TLE hastalarına atfedilen interiktal kişilik özellikleri (76).

Özellik	Klinik gözlem
Agresyon	Artmış hostilite, öfke atakları, şiddet suçları, cinayet
Cinsel tutum değişiklikleri	Libido azalması, hiposexüalizm, fetişizm, transvestizm, ekshibisyonizm, hiperseksüel epizodlar
Çevresellik	Konuşkanlık, bilgiçlik taslama, ayrıntıcılık, çevreye ilgililik
Azalmış emosyonalite	Emosyonel kayıtsızlık, inisiyatif eksikliği, donukluk
Bağımlılık, pasivite	Çaresizlik, kadercilik, her zaman destek isteme
Elasyon, öfori	Grandiyozite, çok neşeli ruh hali
Suçluluk	Kendi kendini inceleme ve suçlama eğilimi
Emosyonel labilite	Küçük bir uyaranla ya da uyaran olmadan belirgin duygudurum değişiklikleri
Ciddiyet	Aşırı genelleşmiş sıkıcı ilgiler, mizah duygusundan yoksun mizaç
Hipergrafi	Aşırı şekilde, kapsamlı günce tutma, not alma, yazı yazma
Hipermoralizm	Önemli kural ihlallerini önemsizden ayıramayacak ölçüde kurallara özen gösterme, cezalandırma isteği
Hipomoralizm	Kurallara dikkat etmeme, “iyi” ya da “kötü”yü anlamada zaaf ya da bunlarla ilgilenmeme
Artmış emosyonalite	Yoğun duygular, heyecanlı bir duygulanımı uzun süre sürdürebilme, artmış hassasiyet, derin derin düşünme
İrritabilite	Artmış gerginlik, öfke
Obsesyonelizm	Ritüelcilik, düzenlilik, detaylara kompulsif dikkat
Paranoya, kıskançlık	Kuşkuculuk, bazı olaylar hakkında aşırı değerlendirme
Filozofik ilgi	Metafizik ve ahlaki spekülasyonlara, kozmolojik teorilere ilgi
Dine düşkünlük	Derin dini inançlara sahip olma, genellikle kişisel inançlara sahip olma, mistik durumlar

2.E.3. Epilepside DSM Kategorisine Göre Kişilik Bozuklukları Komorbiditesi

Epilepside DSM-IV kişilik bozuklukları kriterleri kullanılarak yapılan çalışmalar az sayıdadır. Kriptojenik epilepsili hastalarda yaklaşık %4 oranında kişilik bozukluğu saptanmıştır (77). Parsiyel epilepside kişilik bozuklukları oranı %13-35 arasında bildirilmiştir (78-80) ve cerrahi aday veya operasyon geçirmiş hastalarda bu oran %18-42'ye kadar yüksek oranlarda bildirilmiştir (81, 82). Epilepsi hastalarında bildirilen kişilik bozuklukları arasında, antisosyal tip kişilik bozukluğu (78), kaçınan tip kişilik bozukluğu (79, 83) obsesif kompulsif tip kişilik bozukluğu (82, 83), şizoid tip kişilik bozukluğu (82), şizotipal tip kişilik bozukluğu (83), bağımlı kişilik bozukluğu (79, 82) bulunmaktadır. En çok tanı alan kişilik bozukluklarının bağımlı ve kaçınan tip kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir (79). TLE'li çocukların uzun zaman psikiyatrik olarak değerlendirilen bir çalışmada erişkinlikte %12 oranında antisosyal kişilik bozukluğu tanısı aldıkları bildirilmiştir (59). Aynı zamanda epilepsi hastalarında, organik bir nedene atfedilen, kişilikteki derin ve sürekli bir değişimi ifade eden organik kişilik bozukluğu tanısı da tanımlanmıştır (80, 82, 84). Genel popülasyonda kişilik bozukluğu prevalansı %6-13 arasındadır (85, 86). Bu bulgularla, çalışmalar farklılıklar gösterse de epilepsi hastalarında, DSM sınıflamasına göre kişilik bozukluklarının genel topluma göre daha sık olduğu söylenebilir.

Kategorik yaklaşım, medikal modele uygulamayı kolaylaştırdığından tercih edilmekle beraber boyutsal yaklaşım da “aynı tanıyı alan hastaların bile birbirine benzememesi” sorununu gidermeye yardımcı olabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Epilepsi Polikliniğine başvuran ve Epilepsi tanısı alan ayaktan hastalar ile yazılı onayları alınarak gerçekleştirildi. Hastalar ardışık olarak alındı ve dışlama ölçütlerine uyan hastalar değerlendirilmeden çıkarıldı.

Çalışmaya alınan hastalarla psikiyatrik görüşme yapılarak önce DSM Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme - *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID) ile tanıları belirlenmiştir. Daha sonra Mizaç ve Karakter Envanteri- *Temperament and Character Inventory* (TCI) ve Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi'nin Türkçe formu - *Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire* (TEMPS-A) ile sosyodemografik ve epilepsi ile ilgili klinik özellikler için tarafımızdan hazırlanan bir anket formu uygulanmıştır.

Araştırmaya Alma Ölçütleri

1. En az 6 aydır Epilepsi tanısı almış olmak.
2. Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak.
3. Verilen testleri cevaplayabilecek düzeyde okuma-yazma biliyor olmak.
4. 16-65 yaşları arasında olmak.

Araştırmadan Dışlama Ölçütleri

1. DSM-IV'e göre mental retardasyon, demans gibi ölçekleri doğru yanıtlamasına engel olabilecek bir hastalığı olması.

2. Epilepsi hastalığı veya hastanın kişiliği ile doğrudan ilişkili olabilecek bir organik rahatsızlığın olması(frontal lobda tümör gibi).

3. Alkol- madde kullanımı olması.

Araştırmada kullanılan değişkenleri elde etmek için kullanılan araçlar da aşağıdaki gibidir.

3.A. Epilepsi Bilgi Formu

Bu form, klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak ve araştırmanın amacı göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Formda cinsiyet, yaş, medeni durumu, öğrenim düzeyi, yaşadığı yer, ilk epileptik nöbet yaşı, epilepsi hastalığı süresi, epileptik nöbet sıklığı ve tipleri, aura ve uykuda nöbet olup olmadığı, akrabalık derecesi ve son olarak kullandığı ilaçlar hakkında soruları içermektedir.

3.B. DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis I Disorders) (SCID-I): Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders, Clinical Version (SCID-CV)

Türkçe çevirisi ve geçerlik-güvenirliliği Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmış yarı yapılandırılmış tanısal görüşme çizelgesi olup DSM-IV tanılarını içerir. Bir sosyodemografik veri kılavuzu ile başlar ve mizaç bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol madde ile ilgili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları olmak üzere yedi tanı grubunu kapsar. Ciddi psikiyatrik bozukluklar için güvenirliliği yüksektir. Klinik çalışmalarda tanıyı doğrulamak için standart görüşme olarak kullanılmaktadır (87, 88).

3.C. Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi'nin Türkçe formu - *Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A)*

Baskın duygulanım mizacını ve duygulanım mizaç alt tiplerinin puan ortalamalarını değerlendirmek için kullanılmıştır. Akiskal ve ark. tarafından 1997'de düzenlenen Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi'nin orijinali erkekler için 109, kadınlar için 110 maddedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanmış şekli 99 maddeden oluşur. Bu ölçeğin doldurulması 15-45 dakikalık bir zaman gerektirmektedir. Kişinin tüm yaşamını göz önüne alarak “doğru” ve “yanlış” şeklinde doldurması gereken kendi kendini değerlendiren, likert tipi bir ölçektir ve depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl (sinirli), anksiyöz (endişeli) mizaçları belirleyen 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ankette baskın depresif (18 madde), siklotimik (19 madde), hipertimik (20 madde), irritabl (18 madde) ve anksiyöz (24 madde) mizacı değerlendirmek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır. Bu testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Vahip S. ve ark tarafından yapılmıştır. Türkçe çevirinin test- tekrar test güvenilirliği 0.73 ile 0.91 ve Cronbach alpha katsayıları 0.77 ile 0.85 arasındadır (89).

1-18. maddeler depresif mizacı tanımlamaktadır. Depresif mizaç 13 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir.

19-37. maddeler siklotimik mizacı tanımlamaktadır. Siklotimik mizaç 18 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir.

38-57. maddeler hipertimik mizacı tanımlamaktadır. Hipertimik mizaç 20 maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir.

58-75. maddeler irritabl mizacı tanımlamaktadır. İrritabl mizaç: 13 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir.

76-99. maddeler anksiyöz mizacı tanımlamaktadır. Anksiyöz mizaç 18 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir.

Bir bireyde bir ve birden fazla sayıda baskın mizaç belirlenebilir. Buna karşılık bir bireyde herhangi bir baskın mizaç saptanmayabilir.

3.D. Mizaç ve Karakter Envanteri - *Temperament and Character Inventory (TCI)*

TCI'nın 240 maddeli formu, Cloninger'in yedi faktörlü kişilik modelini ölçmek için kullanılmıştır. Cloninger'in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği Mizaç ve Karakter Envanteri kişiliğin dört mizaç ve üç karakter bileşenini değerlendiren “doğru” ve “yanlış” şeklinde cevaplanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir, zaman sınırlandırması yoktur, 30 ile 60 dakikalık bir zaman gerektirmektedir (90). Bu yedi faktörlü kişilik envanterinin geçerlik ve güvenilirliği hem genel popülasyonda hem de psikiyatrik hastalarda sınanmış ve replike edilmiştir. Mizaç ve karakter envanteri (TCI), içerik olarak 15 yaş ve üstü bireyler için uygulama alanına sahiptir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ve Köse S.ve ark. tarafından yapılmıştır. Türkçe TCI ölçek ve alt ölçeklerinin iç tutarlık, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda Cronbach alfa değerleri mizaç boyutunda 0.60 ile 0.85, karakter boyutunda 0.82 ile 0.83 arasında bulunmuştur (20).

TCI üst sıra ve alt sıra boyutları tablo 8’de özetlenmiştir.

Tablo 8: TCI boyutları

<i>Mizaç Boyutları</i>				<i>Karakter Boyutları</i>		
Yenilik Arayışı (40 madde)	Zarardan Kaçınma (35 madde)	Ödül Bağımlılığı (24 madde)	Sebat Etme (8 madde)	Kendini Yönetme (44 madde)	İşbirliği Yapma (42 madde)	Kendini Aşma (33 madde)
Keşfetmekten heyecan duyma 11 madde	Beklenti endişesi 11 madde	Duygusallık 10 madde		Sorumluluk alma 8 madde	Sosyal onaylama 8 madde	Kendilik kaybı 11 madde
Dürtüsellik 10 madde	Belirsizlik korkusu 7 madde	Bağlanma 8 madde		Amaçlılık 8 madde	Empati duyma 7 madde	Kişilerarası özdeşim 9 madde
Savurganlık 9 madde	Yabancılardan çekinme 8 madde	Bağımlılık 6 madde		Beceriklilik 5 madde	Yardımseverlik 8 madde	Manevi kabullenme 13 madde
Düzensizlik 10 madde	Çabuk yorulma ve dermansızlık 9 madde			Kendini kabullenme 11 madde	Acıma 10 madde	
				Uyumlu ikincil huylar 12 madde	Erdemlilik vicdanlılık 9 madde	

TCI değerlendirilmesinde bazı maddeler tersine puanlanmaktadır. Bu maddelerin puanlanmasında “yanlış” seçeneği işaretlenen maddeler 1 puan alır. Ayrıca TCI içinde yer aldıkları halde puanlanmayan maddeler de mevcuttur (20).

(Madde 69, 75, 101, 111, 118, 134, 140, 170, 176, 190, 213, 230, 239, 240)

3.E. Uygulama

Araştırmaya alınan kişilere onayları alındıktan sonra ilk olarak epilepsi tanısı ile ilgili olan epilepsi veri formu doldurulmuş, çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan hastalara SCID-I uygulanmıştır. Görüşmeyi takiben hastalara açıklamalar yapılmış, TCI ve TEMPS-A testleri verilmiş ve sonuçları değerlendirilmiştir.

3.F. İstatistiksel Değerlendirmeler

İstatistiksel analiz “SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 13.0 for Windows” programı kullanılarak yapıldı.

Cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim düzeyi, ilaç kullanımı öyküsü ve psikiyatrik tanı TEMPS-A ile duygulanım mizacı tiplerinin değerlendirilmesi için epilepsi ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında ki-kare (*chi-square*, χ^2) testi kullanıldı.

Cinsiyetlerin ve grupların yaş ortalamaları, hastalık başlangıç yaşı, nöbet sıklığı, grupların TEMPS-A ve TCI puan ortalamaları yönünden karşılaştırılması için Student t testi kullanıldı.

Yaş ile TEMPS-A ve TCI, TEMPS-A puan ortalamaları ile TCI puan ortalamaları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için Pearson korelasyon analizi uygulandı. TCI ve TEMPS-A ölçek puanlarına göre epilepsi seyrinin mizaç ve karakter özelliklerini kestirmede öngördürücü olup olmadığını değerlendirmek için regresyon analizi kullanıldı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi

4. BULGULAR

4.A. Sosyodemografik Bulgular

Çalışmaya; 73 kişi epilepsi grubunda 79 kişi kontrol grubunda olmak üzere, 152 kişi alındı.

Çalışmaya alınan bireylerin yaşları 16 ile 65 arasında değişmekteydi. Epilepsi grubunun yaş ortalaması 25.8 ± 9.5 , kontrol grubunun yaş ortalaması 27.7 ± 8.2 idi.

Gruplar cinsiyet dağılımına göre sırasıyla, epilepsi grubu 36 erkek 37 kadın birey, kontrol grubu 43 erkek 36 kadın bireyden oluşmaktaydı.

Çalışmaya alınan bireylerin medeni hali değerlendirildiğinde; epilepsi grubunun 48'i bekâr 25'i evli; kontrol grubunun ise 52'si bekâr 27'si evliydi.

Çalışmaya alınan bireylerin aldıkları eğitim süreleri değerlendirildiğinde ≤ 8 yıl, 8-15 yıl, ≥ 16 yıl süreli eğitim alanlar; epilepsi grubunda sırasıyla 25, 35, 13 kişi iken; kontrol grubunda sırasıyla 16, 36, 27 kişi idi.

Gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni hal bakımından anlamlı fark bulunmazken, alınan eğitim süreleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş olup epilepsi grubunda bulunan bireyler daha düşük eğitim düzeyine sahipti ($p < 0.05$).

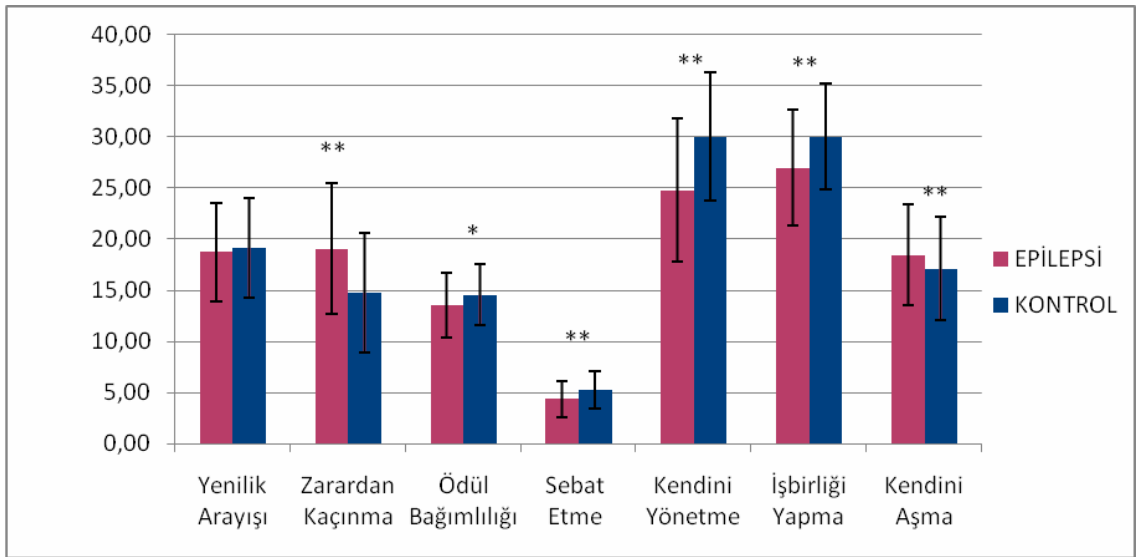
4.B. TCI ve TEMPS-A Puanları ve İlişkili Etmenlerin Değerlendirilmesi

4.B.1. Grupların Karşılaştırılması

4.B.1.a Epilepsi ve Kontrol Grubunun TCI Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar TCI puan ortalamaları yönünden karşılaştırıldığında; epilepsi grubunda **zarardan kaçınma** puanı anlamlı derecede yüksek; **ödül bağımlılığı**, **sebat etme**, **kendini yönetme ve işbirliği yapma** puanları anlamlı derecede düşüktü ($p < 0.05$). Yenilik arayışı ve kendini aşma puanlarında ise anlamlı fark gözlenmedi ($p > 0.05$). Epilepsi ve kontrol hastalarının TCI puan ortalamalarının karşılaştırılması Şekil 1’de gösterilmiştir.

Şekil 1: Epilepsi ve kontrol grubunun TCI puan ortalamaları yönünden karşılaştırılması

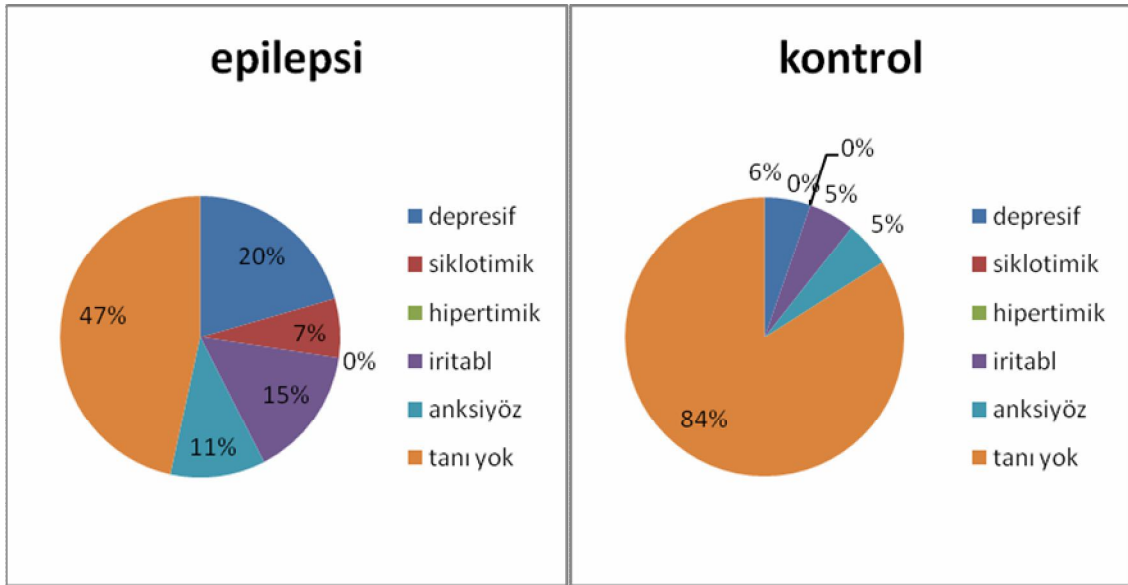


*: $p < 0.05$ **: $p < 0.001$

4.B.1.b Epilepsi ve Kontrol Grubunda TEMPS-A Tanılarının Karşılaştırılması

Gruplar TEMPS-A ölçeği ile elde edilen affektif mizaç tanıları bakımından karşılaştırıldığında ise epilepsi grubunda 15 depresif, 5 siklotimik, 11 iritabl, 8 anksiyöz mizaç saptanırken; kontrol grubunda 4 depresif, 4 iritabl, 4 anksiyöz mizaç bulunmaktaydı. Her iki grupta da hipertimik mizaç tanısı alan olmadı. Ki Kare testi ile yapılan değerlendirmede **depresif mizaç ve iritabl mizaç** gruplar arasında anlamlı derecede farklı dağılıma sahipti ($p<0.05$) ve epilepsi grubunda daha yüksekti.

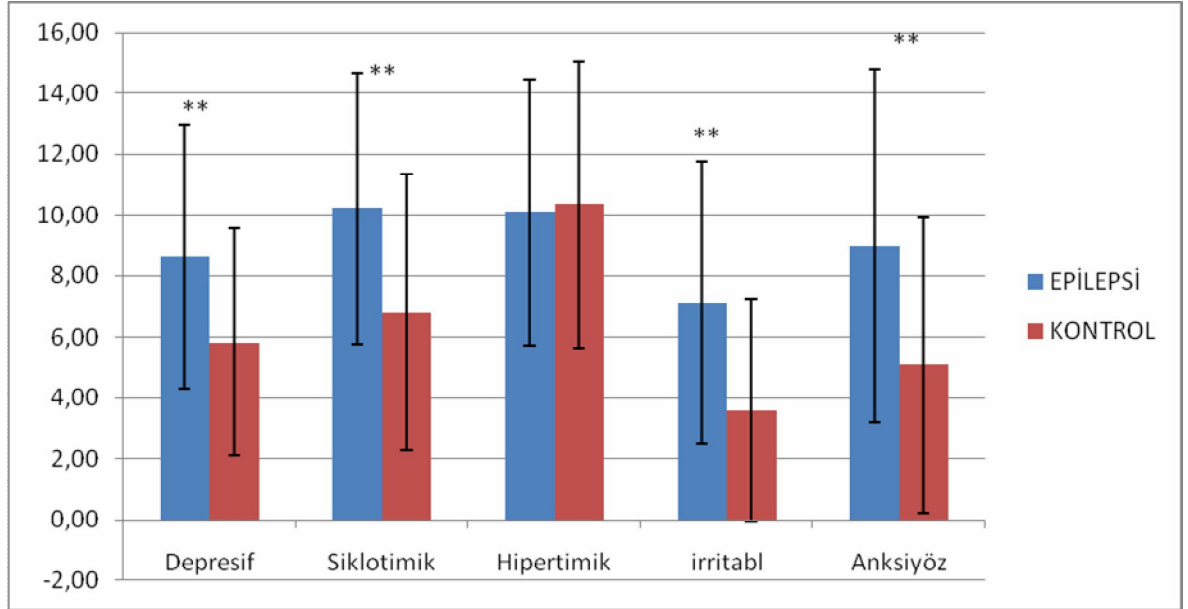
Sekil 2: Epilepsi ve kontrol grubunda affektif mizaç tanı dağılımı



4.B.1.c. Grupların TEMPS-A puanlarının karşılaştırılması

Gruplar TEMPS-A puan ortalamaları yönünden değerlendirildiğinde epilepsi grubunda **depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç** puanları kontrol grubundan anlamlı derecede yüksekti ($p<0.05$), hipertimik mizaç puanları arasında ise anlamlı fark tespit edilmedi (*şekil 3*) .

Şekil 3; Epilepsi ve kontrol grubunun TEMPS-A puan ortalamaları yönünden karşılaştırılması



*: $p<0,05$ **: $p<0.001$

4.B.2. Gruplarda Sosyodemografik Özelliklerin Kişilik Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Yaş

Yaş ile TEMPS-A ve TCI skorlarının ilişkisini değerlendirmek için Pearson Korelasyon analizi yapıldı. TEMPS-A puanları bakımından **yaş ile depresif mizaç**

arasında (r: 0.261, p: 0.01) ve TCI puanları bakımından **yaş ile işbirliği yapma puanları** arasında (r: 0.179, p: 0.027) **pozitif korelasyon tespit edildi.**

Cinsiyet

Cinsiyetin TCI puanları ile ilişkisini değerlendirmek için Student t testi yapıldı ve kadınlarda **zarardan kaçınma** puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu görüldü.

TEMPS-A puanları t testi ile karşılaştırıldığında ise kadınlarda **anksiyöz ve siklotimik** mizaç puanları erkeklerden daha yüksekti.

Medeni Hal

Medeni halin TCI puanları ile ilişkisini değerlendirmek için Student t testi yapıldı. **Bekar bireylerin** evlilere göre daha yüksek **yenilik arayışı** puan ortalamalarına sahip olduğu görüldü. (evli:17.58 bekar:19.68 t:2.58 p:0.007) aynı şekilde TEMPS-A puanları karşılaştırıldığında **evli bireylerin** bekar bireylere göre daha yüksek **depresif mizaç** puanlarına sahip olduğu görüldü. (evli:8.25 bekar:6.63 t: -2.26 p: 0.026)

Eğitim Düzeyi

Eğitim durumunun TCI ve TEMPS-A puanları ile ilişkisini araştırmak amacıyla farklı eğitim düzeylerinin puan ortalamaları One Way ANOVA testi ile karşılaştırıldı ve Post-Hoc Schffee testi uygulandı. TCI puanlarından, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarında; TEMPS-A puanlarından ise depresif siklotimik ve anksiyöz mizaçlarda farklılıklar olup; **düşük eğitim düzeyine sahip olanlar daha yüksek depresif, siklotimik, irritabl mizaç puanlarına sahipken; daha düşük işbirliği yapma ve kendini yönetme puanlarına sahiptirler.**

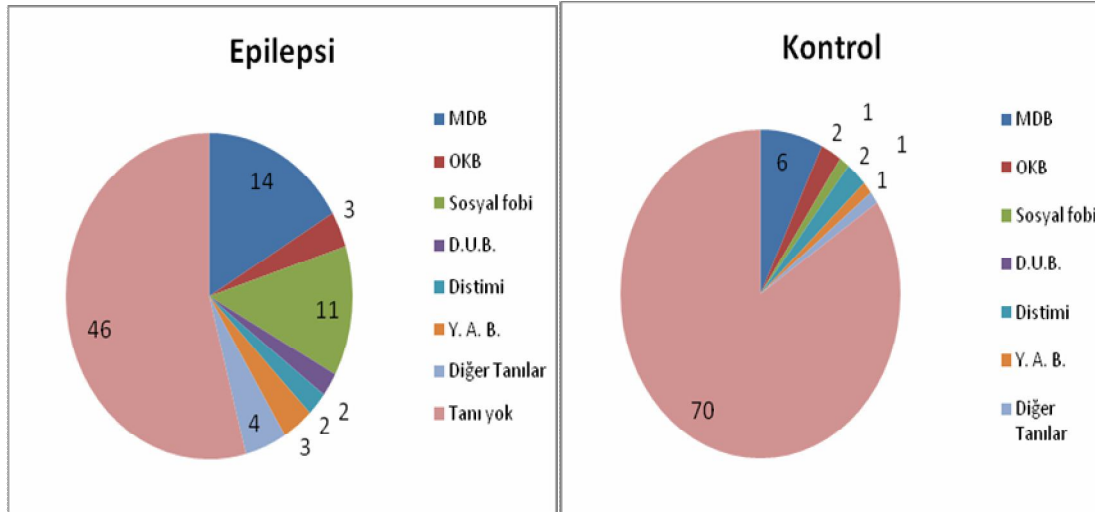
4.B.3. Psikiyatrik Tanı ile TEMPS-A ve TCI Puanlarının İlişkisi

4.B.3.a. Epilepsi ve Kontrol Grubunda Psikiyatrik Tanı Dağılımı

Epilepsi ve kontrol grubuna alınan bireylerle DSM IV'e göre yapılandırılmış SCID-I ile yapılan görüşmede epilepsi hastalarında; **Majör Depresif Bozukluk (MDB)** ($p:0.035$, $\chi^2:4.455$), **Sosyal Fobi** ($p: 0.002$, $\chi^2: 9.941$) ve **herhangi bir psikiyatrik tanı** (epilepsi: $n=27$, kontrol: $n=9$, $p: 0.000$, $\chi^2: 13.750$) **alanların sayısı kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla olarak tespit edildi.** (şekil 4)

Her iki grupta da tek bir psikiyatrik tanı alan bireylerin yanında birden fazla tanı alan bireyler de bulunmaktaydı. Aşağıdaki tabloda epilepsi ve kontrol grubundaki tanı dağılımı gösterilmiştir.

Şekil 4: Epilepsi ve kontrol grubundaki psikiyatrik tanı dağılımı



MDB: Major Depresif Bozukluk OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk DUB: Depresif Uyum Bozukluğu YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

4.B.3.b. Psikiyatrik Tanı ile TEMPS-A ve TCI Puanları İle İlişkisi

SCID-I ile tanı alan hastalar değerlendirildiğinde her iki grupta MDB ön plana çıkıyordu. MDBnin kişilik özelliklerini ne şekilde etkilediğini anlamak için MDB olanlar ile olmayanlar arasında t testi yapıldı. Tüm örnekleme MDB tanısı olan grupta TEMPS-A Puanlarının değerlendirilmesinde **depresif, siklotimik, iritabl, anksiyöz mizaç** puanları anlamlı derecede yüksek iken; TCI puanlarının değerlendirilmesinde depresyonu olan bireyler yüksek **zarardan kaçınma** düşük **kendini yönetme** puanlarına sahiptiler

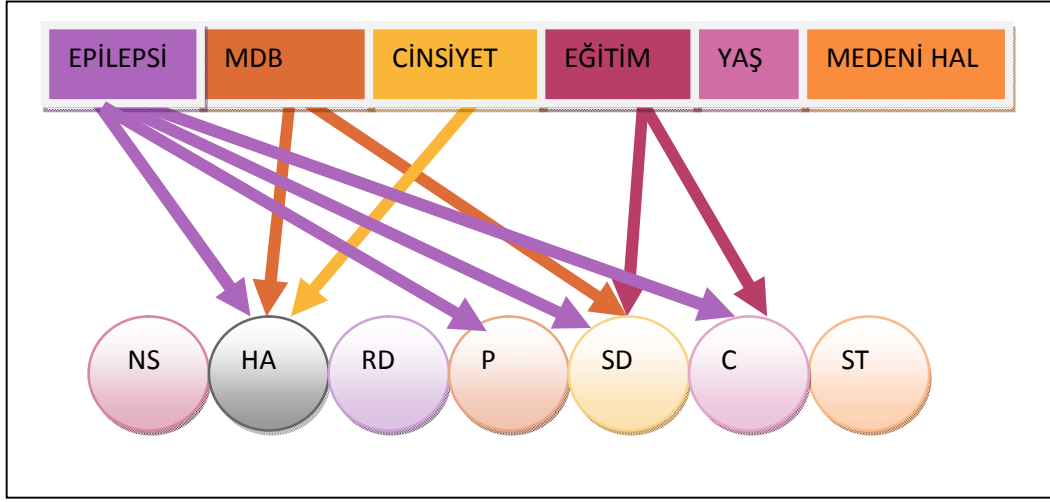
Tüm Örnekleme TCI İle İlişkili Etmenlerin Çoklu Lineer Regresyon Analizi İle Değerlendirilmesi

Epilepsi ve Kontrol grubunda kişilik özelliklerinin hem gruplar arasında hem de gruplar içinde sosyodemografik verilerle oluşan farklılıklarla ilişkili olabileceği tespit edildi. Bu durumda tüm örnekleme TCI puanlarını öngördüren değerleri saptamak amacıyla çoklu lineer regresyon modelleri oluşturuldu. (Tablo 9)

Yapılan modelde epilepsi varlığının, **zarardan kaçınma, sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma** puanlarında bağımsız olarak öngördürücü olduğu tespit edildi.

Ayrıca kadın cinsiyet yüksek **zarardan kaçınma** puanları için, eğitim düzeyi yüksek **kendini yönetme ve işbirliği yapma** puanları için, MDB varlığı ise yüksek **zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetme** puanları için öngördürücü idi.

Şekil 5: TCI puanlarını öngören etmenlerin şeması



NS: yenilik arayışı HA: zarardan kaçınma RD: ödül bağımlılığı P: sebat etme SD: kendini yönetme
C: işbirliği yapma ST: kendini aşma

Tablo 9: TCI özelliklerinin öngördürücülüğünün regresyon analizi

		Grup	Yası	Cinsiyeti	Medeni hali	Eğitimi	MDB
Yenilik Arayışı	t	0,762	-1,639	-0,306	-0,714	0,056	-0,148
	p	0,447	0,103	0,760	0,476	0,956	0,883
Zarardan Kaçınma	t	-3,601	0,524	-2,798	0,443	-0,693	3,237
	p	0,000	0,601	0,006	0,658	0,490	0,001
Ödül Bağımlılığı	t	1,658	1,122	-1,719	-0,715	0,896	-0,504
	p	0,099	0,264	0,088	0,476	0,371	0,615
Sebat Etme	t	2,478	1,304	0,987	-0,470	0,500	-0,234
	p	0,014	0,194	0,325	0,639	0,618	0,815
Kendini Yönetme	t	3,762	-0,677	1,524	0,060	3,194	-2,778
	p	0,000	0,500	0,130	0,953	0,002	0,006
İşbirliği Yapma	t	2,384	1,743	-1,216	-0,449	3,298	-1,407
	p	0,018	0,083	0,226	0,654	0,001	0,162
Kendini Aşma	t	-1,673	1,086	-0,280	-0,948	-0,013	0,047
	p	0,097	0,279	0,780	0,345	0,990	0,962

öngördürücüler: grup, yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, MDB

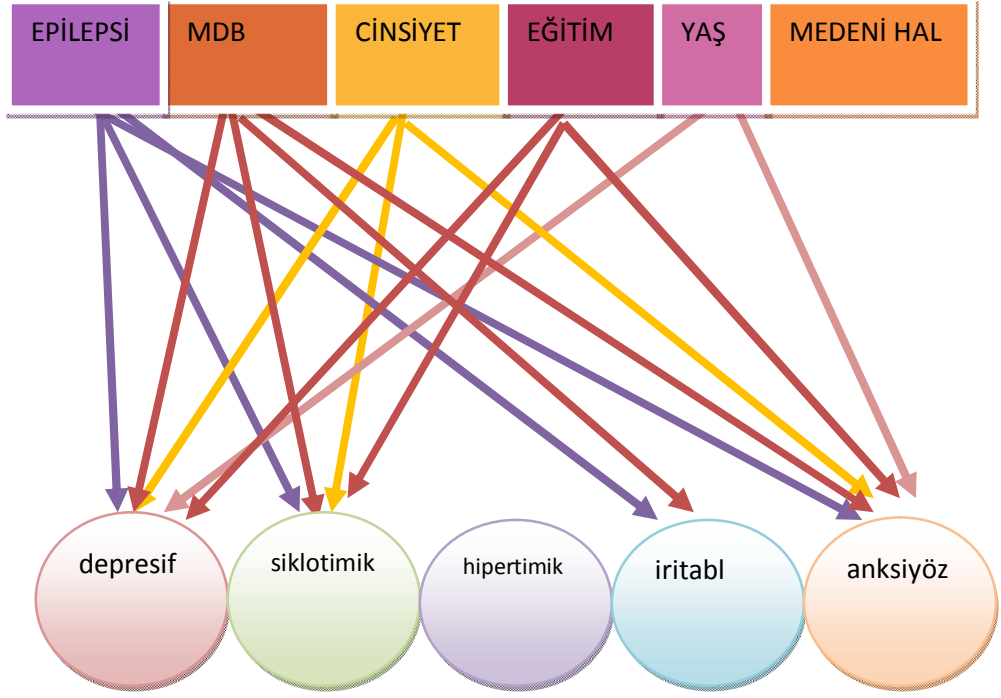
Tüm Örneklemde TEMPS-A Puanları ile İlişkili Etmenlerin Çoklu Lineer Regresyon Analizi Kullanılarak Değerlendirilmesi

Affektif mizaç puanları için öngördürücü değişkenleri tespit etmek amacıyla epilepsinin varlığı, hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni hali, eğitim düzeyi ve mevcut major depresif bozukluk tanısının varlığı şeklindeki bağımsız değişkenlerden oluşan lineer regresyon modeli her bir mizaç ayrı ayrı için uygulandı. (Tablo 10)

Tablo 10: TEMPS-A tanı puanları için öngördürücüler

		Grup	Yasi	Cinsiyeti	Medeni hali	Eğitimi	MDB
Depresif	t	-3,826	3,782	-2,071	-0,766	-3,052	3,395
	p	0,000	0,000	0,040	0,445	0,003	0,001
Siklotimik	t	-3,550	-0,016	-2,548	-0,656	-2,675	2,842
	p	0,001	0,987	0,012	0,513	0,008	0,005
Hipertimik	t	-0,109	-0,161	-0,133	0,409	0,201	-2,539
	p	0,914	0,872	0,895	0,684	0,841	0,012
İritabl	t	-4,393	-0,401	0,681	0,082	-0,522	3,854
	p	0,000	0,689	0,497	0,935	0,602	0,000
Anksiyöz	t	-3,604	2,117	-2,946	-0,728	-2,684	5,308
	p	0,000	0,036	0,004	0,468	0,008	0,000

Depresif, siklotimik ve iritabl ve anksiyöz mizaç puanları arasındaki fark için epilepsi tanısının varlığının bağımsız bir değişken olarak öngördücü olduğu bu modelle doğrulandı. **Yaş, depresif mizaç; cinsiyet depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç; eğitim durumu depresif, siklotimik, anksiyöz mizaç ve MDB depresif siklotimik iritabl anksiyöz mizaç** puanları için öngördürücüydü. Bu etkileşimler şekil: de gösterildi.



Şekil 6: Affektif mizaç özelliklerini öngören etmenlerin şeması

4.C. Epilepsi Grubunda Kişilik Özelliklerini Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi

4.C.1. Epilepsi Grubuna Ait Sosyodemografik Bulgular

Yaş

Epilepsi grubunda TCI ve TEMPS-A puanlarının ortalamalarının hastanın yaşı ile yapılan korelasyon analizinde herhangi bir anlamlı sonuç elde edilmedi.

Cinsiyet

Çalışmaya alınan grupların TCI ve TEMPS-Apuanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde epilepsi grubunda kadınlarda **zarardan kaçınma ve siklotimik**

mizaç puanları anlamlı derecede yüksekti ($P<0.05$). Diğer değişkenlerin puanları ve TEMPS-A tanılarının karşılaştırılmasında anlamlı sonuç elde edilemedi.

Medeni Hal

Çalışmaya alınan grupların TCI ve TEMPS-Apuanları medeni duruma göre t testi ile değerlendirildiğinde epilepsi grubunda evli hastalara göre **bekâr hastalarda siklotimik mizaç ve yenilik arayışı puanları anlamlı derecede yüksek, işbirliği yapma puanları anlamlı derecede düşüktü** ($P<0.05$).

Eğitim

Epilepsi grubunda eğitim sürelerine göre One way ANOVA testi ile TEMPS-A ve TCI puan ortalamalarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunmadı.

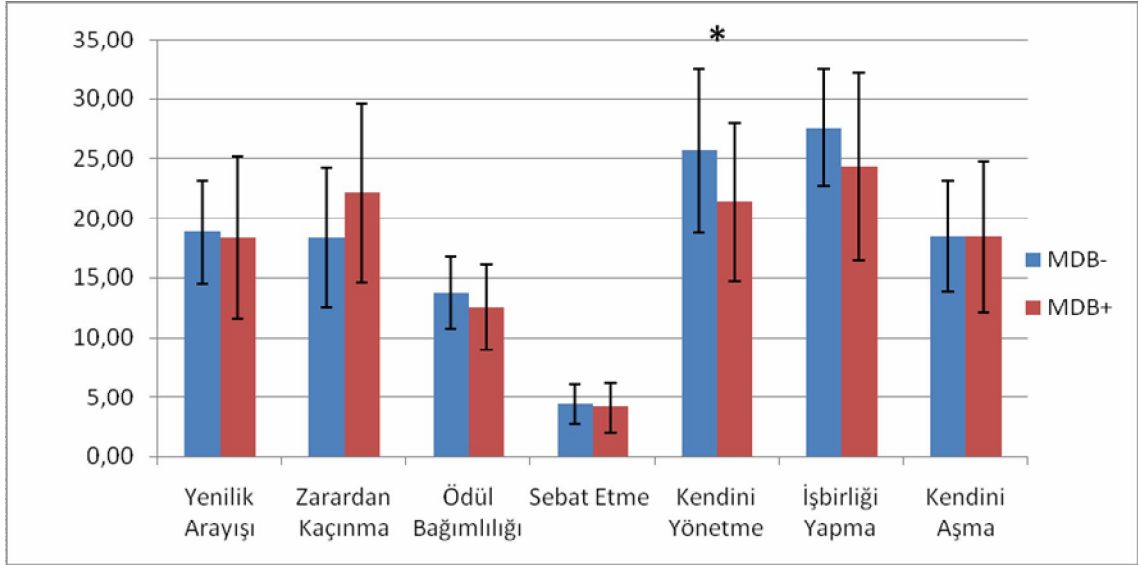
4.C.2. Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

Gruplarının psikiyatrik tanı dağılımı bakımından incelenmesinde MDB ve sosyal fobi tanısının epilepsi grubunda anlamlı derecede daha fazla olduğu görüldü. Bu tanıların kişilik özelliklerini ne şekilde etkilediği araştırıldı.

4.C.2.a Epilepsi Grubunda Depresyonun TEMPS-Ave TCI Puanları ile İlişkisi

Epilepsi grubunda Major Depresif Bozukluk tanısı olan (n: 14) ve olmayan (n:59) hastalar t testi ile TCI puanları karşılaştırıldığında MDB tanısı alan hastaların **kendini yönetme** puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu tespit edildi ($p<0.05$) (*şekil 7*).

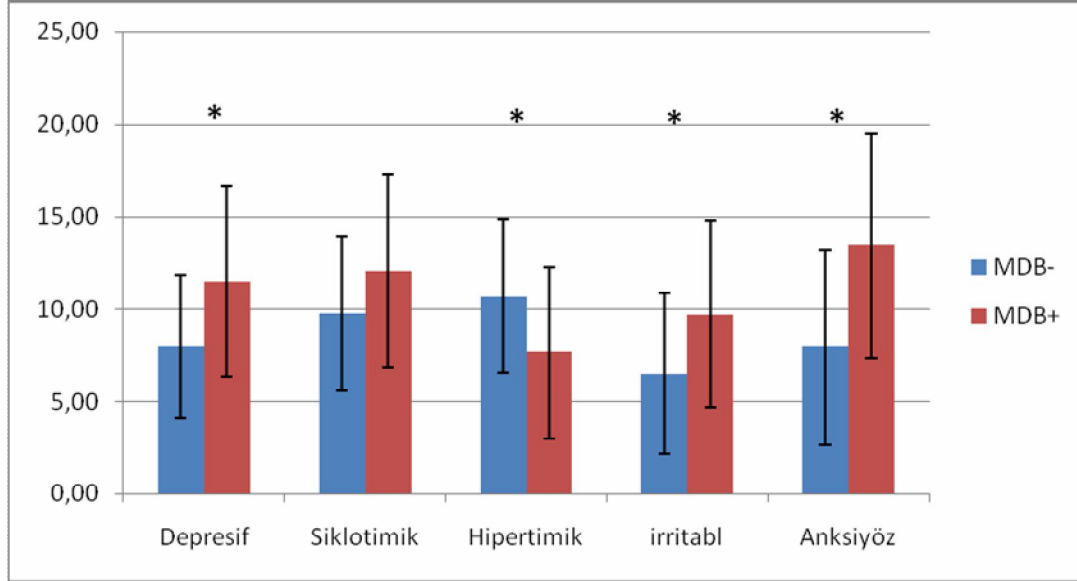
Şekil 7: Epilepsi grubunda depresyon tanısı olan ve olmayan hastaların ortalama TCI puanlarının karşılaştırılması



*: $p < 0,05$ MDB- : depresyonu olmayan grup MDB+ : depresyonu olan grup

Epilepsi grubunda Major Depresif Bozukluk tanısı alan ve almayan hastalar t testi ile karşılaştırıldığında; **MDB tanısı alan hastaların, depresif, hipertimik, irritabl, anksiyöz mizaç** özellikleri ortalama puanlarında farklılık gösterdiği tespit edildi. **Buna göre depresyonu olan epilepsi hastaları daha yüksek depresif, irritabl ve anksiyöz mizaç puanlarına ve daha düşük hipertimik mizaç puanlarına sahipti.** (şekil 8).

Şekil 8: Epilepsi grubunda depresyonu olan ve olmayan hastaların affektif mizaç puanlarının karşılaştırılması



*: $p<0.05$ MDB- : depresyonu olmayan grup MDB+ : depresyonu olan grup

Epilepsi grubundaki hastalar affektif mizaç tanı dağılımı açısından karşılaştırıldığında ise yapılan ki kare testinde **MDB eşanısı alan hastalarda depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç tanıları daha sık görülmekteydi** ($p<0.05$).

4.C.2.b. Epilepsi Grubunda Sosyal Fobi ve Diğer Psikiyatrik Tanıların TEMPS-A ve TCI Puanları ile İlişkisi

TCI ve TEMPS-A puanlarının ortalamalarının ve TEMPS-A tanıların sosyal fobi ve diğer komorbid psikiyatrik tanılarına göre, epilepsi grubu içinde ve genel örnekleme yapılan karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilemedi.

4.C.3. Epilepsi Hastalığına Ait Klinik Bulgular

Epilepsi hastalarının epilepsi hastalığına ait klinik özellikleri Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11: Epilepsi hastalarına ait klinik bulgular		
Ortalama İlk nöbet yaşı	(1- 63)	18.1 ± 10.6
Aura	Var	n=35, %47.9
	Yok	n=38 %52.1
Nöbet geçirme sıklığı	<15 günde	n=16, %21.9
	Ayda bir	n=8, %11
	Üç ayda bir	n=12, %16.4
	6 ayda bir	n=7, %9.6
	Yılda bir ve daha az	n=28, %38,2
Ortalama Hastalık süresi(yıl)	(1-32)	7.72 ± 7.82
Nöbet tipi	parsiyel nöbet	n=7, %9,5
	jeneralize nöbet	n=66, %90.5

C.3.a. İlk nöbet yaşı

İlk nöbet yaşı ile TCI ve TEMPS-Aözellikleri arasında yapılan Pearson korelasyon analizinde anlamlı bir korelasyon tespit edilemedi.

4.C.3.b. Hastalık süresi

Hastalık süresi ile **Yenilik Arayışı** arasında negatif korelasyon tespit edildi (r: - 0.25, p<0.05).

4.C.3.c. Aura varlığı

Aurası olanlar ile olmayanların TCI ve TEMPS-A özellikleri ortalama puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı fark elde edilemedi ($P>0.05$).

C.3.d. Nöbet tipi

Nöbet tipine göre; parsiyel nöbet geçiren epilepsi hastaları (n:7) ile jeneralize nöbet geçirenlerin (n:66) TEMPS-A ve TCI puan ortalamaları değerlendirildiğinde **Zarardan Kaçınma** ve **Kendini İdare Etme** puanları arasında anlamlı fark bulundu. ($p<0.05$). **Parsiyel nöbet geçirenler daha yüksek zarardan kaçınma puanlarına ve daha düşük kendini yönetme puanlarına sahipti** (sırasıyla parsiyel nöbet grubunda, 24.29 ± 5.25 ; 19.86 ± 5.37 ve jeneralize nöbet grubunda, 18.53 ± 6.24 ; 25.33 ± 6.98).

C.3.e. Nöbet sıklığı

Nöbet sıklığı ile epilepsi hastalarının kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için One Way ANOVA testi yapıldı. TEMPS-A parametrelerinden **depresif mizaçta**, TCI parametrelerinden **kendini aşma** puanlarında anlamlı farklılık saptanırken (sırasıyla, $p=0.003$, $p=0.028$) diğer parametrelerde anlamlı fark bulunamadı. Post Hoc- Scheffe testi ile yapılan ileri analizde depresif mizaçta anlamlı farkı oluşturan grupların '2 haftada birden sık' nöbet geçirenlerin grubu ile 'senede bir ve daha az nöbet' geçirenlerin grubu olduğu anlaşıldı ($p<0.05$). Kendi kendini aşma puanlarında Post Hoc-Scheffe testinde anlamlı sonuç elde edilemedi.

Verilerin Çoklu Lineer Regresyon Modeli İle Değerlendirilmesi

Epilepsi grubunda kişilik özelliklerini etkilediğini tespit ettiğimiz parametrelerin bağımsız etkinliklerini doğrulamak üzere çoklu lineer regresyon analizi yapıldı. Önce sadece epilepsiye ait anlamlı etki tespit ettiğimiz klinik özellikler olan nöbet tipi, nöbet sıklığı, hastalık süresi bağımsız değişkenler olarak alındı.

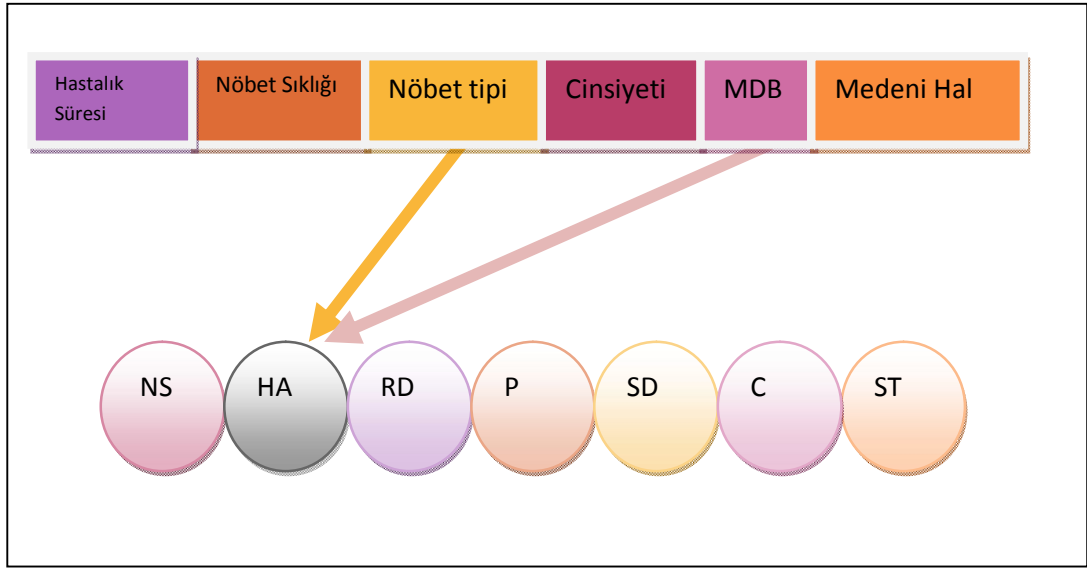
Epilepsi Hastalarında TCI Özellikleri İçin Regresyon Modeli

Epilepsiye ait klinik özellikler arasında anlamlı sonuçlar veren hastalık süresi, nöbet tipi ve nöbet sıklığı, cinsiyet, MDB ve medeni hal bağımsız değişkenler olarak alınıp kişilik özellikleri için öngördürücü olup olmadıklarına bakıldı. **Yüksek zarardan kaçınma düzeyleri için epileptik nöbet tipi (t:-2.028 p:0.047) ve MDB varlığı (t:2.079 p:0.041) öngördürücü** olarak tespit edildi. Diğer kişilik özellikleri için mevcut değişkenler öngördürücü değildi.

Epilepsi Hastalarında TEMPS-A Özellikleri İçin Regresyon Modeli

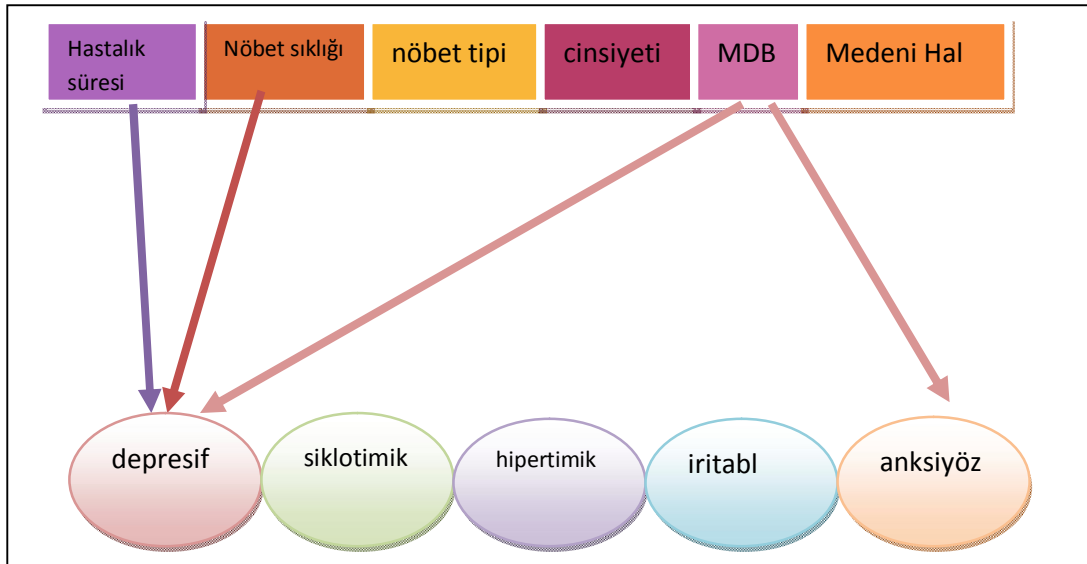
Epilepsiye ait klinik özellikler arasında anlamlı sonuçlar veren hastalık süresi, nöbet tipi ve nöbet sıklığı, cinsiyet, MDB ve medeni hal parametreleri bağımsız değişkenler olarak alınıp affektif mizaçlar için öngördürücü olup olmadıklarına bakıldı. Bu modelde **depresif mizaç için hastalık süresi (t:2.178 p:0.033), nöbet sıklığı (t:3.406 p:0.001) ve depresyon (t:2.152 p:0.035)** bağımsız birer değişken olarak öngördürücüydü. **Anksiyöz mizaç için ise yalnızca MDB varlığı (t: 3.078p:0.003) öngördürücüydü.**

Şekil 9: Epilepsi hastalarında TCI özellikleri için öngördürücü etmenler



NS: yenilik arayışı HA: zarardan kaçınma RD: ödül bağımlılığı P: sebat etme
C: işbirliği yapma ST: kendini aşma

Şekil 10: Epilepsi hastalarında TEMPS-A özellikleri için öngördürücü etmenler



5. TARTIŞMA

5.A. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmada epilepsi grubu ile kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, medeni hal açısından anlamlı fark bulunmazken eğitim düzeyinin epilepsi hastalarında daha düşük olduğu saptandı. Bu durumda epilepsili hastaların hastalıkları nedeniyle yeterince eğitim alamadıkları düşünülebilir. Ayrıca, bu durum epilepsi hastalığının kendisinden kaynaklanmış olabileceği gibi kontrol grubunun oluşturulmasında kullanılan yöntemle de ilişkili olabilir. Zira epilepsi hastaları polikliniğe müracaat eden ardışık gönüllülerden seçilmiş bunların içinde kentte ve kırsal kesimde yaşayanlar ayırt edilmemiş, kontrol grubu ise kent merkezinde yaşayan bir örneklemden oluşmuştur. Haliyle düşük eğitim düzeyi epilepsi grubunda yer olan kırsal kesimde ikamet etme ile de ilintili olabilir.

Gruplarda dikkati çeken diğer bir özellik her iki grupta da bekar bireylerin evlilere göre fazla bulunuşu olup bu durumun grupların daha çok 30 yaş altı bireylerden oluşmasından ya da epilepsi nedeniyle evlenmenin daha güç olabileceğinden kaynaklanabilir.

Epilepsi grubunda cinsiyet bakımından neredeyse eşit dağılım gözlenmekteydi bu da daha önce epilepsi epidemiyolojisi ile ilgili literatür ile uyumlu idi (40).

5.B. Epilepsi ve Kontrol Grubunun TCI Puanlarının Karşılaştırılması

Bizim çalışmamızda epilepsi grubu ile kontrol grubu TCI puan ortalamaları yönünden karşılaştırıldığında 5 parametrede anlamlı değişiklik gözlemlendi. Epilepsi

hastalarının zarardan kaçınma puanları daha yüksek, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları daha düşüktü. Yenilik arayışı ve kendini aşma puanlarında ise anlamlı fark gözlenmedi. Yapılan çoklu lineer regresyon analizinde epilepsinin varlığı; ödül bağımlılığı puanları için öngördürücü olarak anlamlı değilken zarardan kaçınma, sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları için öngördürücü idi.

Ülkemizde 78 hasta 85 kontrol ile yapılan bir tez çalışmasında epilepsin hastalarının daha yüksek zarardan kaçınma ve daha düşük sebat etme ve kendini aşma puanlarının olduğu tespit edilmiştir (91). Bu çalışma zarardan kaçınma ve sebat etme puanları yönüyle bizim çalışmamıza benzemektedir.

Epilepsili çocukların kişilik özellikleri ile ilgili Kore’de yapılan bir çalışmada 65 epilepsi hastası çocuk ile 65 kontrol olgusunun karşılaştırılmasında T testinde daha yüksek yenilik arayışı ve zarardan kaçınma, daha düşük sebat etme, kendini idare etme ve işbirliği yapma puanları saptamışlar ve yapılan çoklu lineer regresyon analizinde epilepsinin varlığı zarardan kaçınma, sebat etme, kendini idare etme ve işbirliği yapma puanları için öngördüğü olarak ortaya çıkmıştır(92). Bu çalışma regresyon analizlerinde çıkan sonuçlar yönüyle bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Togo Tamberma’da 34 epilepsi hastası 34 kontrol ile yapılan bir çalışmada gruplar arasında TCI parametreleri arasında fark tespit edilememiştir(93). Ancak sözü geçen çalışmada bizimkine göre daha küçük bir örneklemlerinin olması ve kontrol grubunun epilepsi hastalarının akrabaları arasından oluşturulması kişiliğin genetik faktörlerden etkilenen yönlerinin olabildiği göz alındığında o çalışmanın kısıtlılığı olarak akla gelmektedir.

Epilepsi grubunda kontrol grubundan anlamlı farklılık gösteren özellikler ayrı ayrı değerlendirildiğinde; hem daha önceki çalışmalarda hem bu çalışmada özellikle yüksek zarardan kaçınma skorları dikkati çekmektedir.

Zarardan kaçınma karamsarlık, korkaklık ve yorgunluk ile ilişkilidir ve depresyonla birlikteliği gösterilmiştir aynı şekilde kendini yönetmedeki düşük skorlar depresyonla ilintilidir ve % 25 depresif semptom birlikteliği mevcuttur (94-97). Bazı çalışmalar TCI skorları ile antidepresana yanıt arasında ilişki olabileceğini öne sürmüştür (98). Ülkemizde 81 depresyon hastası ile yapılan bir çalışmada zarardan kaçınma ve kendini yönetme skorlarının depresyon için yatkınlık oluşturuca ya da hiç olmazsa ilintili bir faktör olduğunu ortaya koymuştur (96).

Epilepside özellikle kompleks parsiyel nöbetlerde olmak üzere anksiyete ve depresyon semptomlarında artış bildirilmiştir (99). Bu ortak özellik itibariyle yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetme skorları epilepsiye yatkınlığı yansıtabilir.

fMRI ile yapılan bir çalışmada yenilik arayışı ve zarardan kaçınma puanları yüksek ve düşük olan hastalar değerlendirilmiş; yeni ve tanıdık uyaran hipokampal yanıtta farklılıklar olduğu ortaya konmuştur (100). Başka bir çalışma yüksek zarardan kaçınma düzeylerinin sağ hipokampüste daha küçük bölgesel gri cevher alanları ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (101).

Hipokampal bölgede atrofi ve sklerozun epilepsi ile ilişkisinin varlığı uzun zamandır bilinmektedir (102). Özellikle hipokampal bölgede yoğunlaşan bu bulgular yüksek zarardan kaçınma ile epilepsi arasında organik bir etiyoloji birlikteliğini akla getirmektedir.

Ödül bağımlılığı bizim çalışmamızda epilepsi hastalarında anlamlı derecede yüksek iken MDB varlığının da bağımsız değişken olarak katıldığı regresyon analizinde anlamlı sonuç elde edilememiştir. Bu sonuçlar bizim grubumuzda ödül bağımlılığının epilepsiden ziyade eşlik eden depresyon gibi diğer faktörler ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan araştırmalarda da ödül bağımlılığı alt ölçek puanları depresif bozukluk ile ilişkili bulunmuştur (96, 97).

Sebat etme engelleme, yorgunluk ve ödül yoksunluğuna rağmen devam etme ve ısrar etmeye kalıtsal bir yatkınlığı gösterir ve düşük sebat etme puanları olan bireyler tembel, hareketsiz, karasız ve bazen değişken olmaya eğilimlidirler (3). Düşük sebat etme remisyonadaki bipolar hastalarının mizaç özelliğidir ve zayıf ilaç uyumu ile yakından ilişkilidir (103, 104).

Nöbet geçiren hastalar beyinde etkilenen alanların medial temporal lob gibi emosyonun modülasyonu ile ilişkili alanlar yakın ilişkisi nedeniyle normal bireylerden daha çok duygusal problem yaşarlar (105, 106). Ayrıca epilepside kullanılan antikonvulsanların çoğu bipolar bozuklukta duygudurum düzenleyici olarak kullanılmaktadır. Antikonvulsanlar sadece nöronal iritabiliteyi azaltmakla kalmazlar aynı zamanda nöronal eksitabiliteyi de azaltırlar. Antikonvulsanların major bilişsel etkileri dikkat, vijilans ve psikomotor hızda azalmadır (107), bu da tembel ve hareketsiz davranış biçimi şeklinde belirti verebilir. Bu nedenle epilepsili bireylerdeki düşük sebat etme puanları epilepsinin kendisinin ve/veya antiepileptiklerin yol açtığı organik beyin değişikliklerinden kaynaklanabilir.

Düşük işbirliği yapma puanlarına sahip bireyler arkadaşlıktan ziyade yalnızlığı tercih ederler ve sosyal işlevleri zayıftır (3). Epilepsi hastalarında epilepsinin tuhaf ve

göze çarpan belirtileri kişileri sosyal olarak stigmatize edebilir (108). Mesela kompleks parsiyel nöbetler sırasındaki davranışlar etraftan bizar olarak algınabilir ve tonik klonik nöbetler görenleri korkutabilir veya rahatsız edebilir. Epilepsili bireylerde stigmatizasyon kendilik kavramı (109) ve sosyal uyumun gelişimine zarar verebilir (110). Bu da düşük işbirliği yapma puanları için açıklayıcı nedenlerden birini oluşturabilir.

Kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarındaki düşük skorlar kişilik bozuklukları ile yakından ilişkilidir (111). Sıklıkla temporal lob epilepsisinde de görülen kişilik değişiklikleri olan artmış yapışkanlık, fırsatçılık ve dindarlık (5, 112), kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarındaki düşük skorlar ile sonuçlanabilir.

5.C. Epilepsi ve Kontrol Grubunun TEMPS-A Tanı ve Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar TEMPS-A ölçeği ile elde edilen **affektif mizaç tanıları** bakımından Ki Kare testi ile karşılaştırıldığında epilepsi grubunda **depresif mizaç ve irritabl mizaç daha fazla** bulunmaktaydı.

Gruplar TEMPS-A **puan ortalamaları** yönünden değerlendirildiğinde epilepsi grubunda **depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç** puanları kontrol grubundan anlamlı derecede **yüksek** iken hipertimik mizaç puanları arasında ise anlamlı fark tespit edilmedi.

Son çalışmalar affektif mizaç tiplerinin subsendromal belirtiler olduğunu ve minor yada major duygudurum bozukluklarının öncülleri olduğunu göstermektedir (113). Mizaçtaki düzensizlikler manik depresif epizotlara yatkınlık için bir ailesel

genetik özelliktir (114). Ailede affektif bozuluk öyküsü olan kişilerde dominant bir affektif mizaç bulunma ihtimalinin iki kat olduğu bildirilmiştir (115).

Bizim bilgimize göre literatürde epilepsi hastalarında affektif mizaç değerlendirmesi yapan çalışma bulunmamaktadır. Haliyle bu çalışmadaki veriler bu konuyla ilgili ilk bilgileri oluşturmaktadır.

Affektif mizaçların duygudurum bozuklukları ile ilişkisini araştıran bir çalışmada siklotimik, depresif ve anksiyöz mizacın depresyon kalıtımı ile güçlü bir ilişkisi olduğu bildirilmiş (115); başka bir çalışmada ise yüksek depresif mizaç puanları yineleyici depresif bozuklukla, yüksek hipertimik ve siklotimik mizaç puanları ise bipolar bozukluk ve bipolar bozukluğa eşlik eden psikotik özelliklerle ilişkili bulunmuştur (116).

Epilepsi hastalarında özellikle temporal lob epilepsisinde en sık depresyon olmak üzere duygudurum bozuklukları sık görülmektedir (117). Son dönemde epilepsi cerrahisi sonrası gelişen depresyonda limbik sistemin bir parçası olan hipokampal volumde azalma sorumlu tutulmakta bu da hem epilepside hem de depresyonda etkilenmiş ortak anatomik alanları tekrar gündeme getirmektedir (118).

Mizacın altında yatan nörobiyolojik nedenleri anlamak ruhsal bozuklukları anlamak için bir anahtar görevi yapacaktır. Bir çalışmada prefrontal korteksin spesifik alanlarının (dorsolateral prefrontal, anterior singulat, and orbitofrontal korteksi içerir) and limbik yapıların (amigdala, hipokampus and nukleus akkübensi içerir) mizacın üç esas boyutu olan Negatif Affekt, Pozitif Affekt, ve Kendini Kontrol Etme (Constraint) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (119). Epilepsi ile affektif mizaçlar arasında tespit ettiğimiz birliktelik duygurum bozukluklarına ortak bir genetik yatkınlığın yanında

başta limbik sistem olmak üzere ortak bir nöroanatomik patolojiyi de akla getirmektedir.

5.D. TCI ve TEMPS-A Puanlarının Sosyodemografik Etmenler ile İlişkisi

Bizim çalışma grubumuzda TCI özellikleri için yapılan regresyon modelinde; cinsiyet; **zarardan kaçınma** puanlarında, eğitim düzeyi; **kendini yönetme ve işbirliği yapma** puanlarında bağımsız birer öngördürücü idi.

TEMPS-A için yapılan modelde ise yaş depresif ve anksiyöz mizaç için, cinsiyet; **depresif, siklotimik ve anksiyöz** mizaç için, eğitim durumu ise **depresif, siklotimik, anksiyöz** mizaç için bağımsız öngördürücüyü.

Yaş:

Bizim çalışmamızda Yaş ile TEMPS-A ve TCI skorlarının ilişkisini değerlendirmek için Korelasyon analizi kullanılmıştır. TEMPS-A puanları bakımından **yaş ile depresif mizaç** arasında ve TCI puanları bakımından **yaş ile işbirliği yapma** puanları arasında pozitif korelasyon tespit edilirken aynı analizler epilepsi grubunda yapıldığında anlamlı bir korelasyon tespit edilmedi. Yapılan regresyon modelinde yaş depresif ve anksiyöz mizaç için öngördürücü idi.

Arjantinde sosyodemografik verilerle TEMPS-A özelliklerinin ilişkisini araştıran bir çalışmada siklotimik mizacı olan gençlerin ve bipolar bozukluk geliştirmeye distimik mizacı olan yaşlıların ise akut ve kronik depresif bozukluklar geliştirmeye daha yatkın olduğunu ortaya koymuştur (120). Bu çalışmada yaşla depresif mizaç ilişkisi bizim çalışmamızdaki gibidir. Anksiyöz mizacın depresyon için

öngördürücü olarak kabul edildiği varsayılırsa bu yayın bizim verilerimizi tümüyle desteklemektedir.

Türkiyede 689 sağlıklı gönüllü ile TCI faktöryel yapısını değerlendiren bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada; yaşın, yenilik arayışı ve kendini yönetme ile negatif, ödül bağımlılığı ve sebat etme ile pozitif korelasyona olduğu tespit edilmiştir (121). Bu çalışma ile bizim verilerimiz arasında ikisinin de Türk toplumunda yapılmış olası nedeni ile daha yüksek bir uyum beklediğimiz halde; sonuçlar birbirinden oldukça farklıdır. Bu konuda bizim çalışma grubumuzun epilepsi ve SCID-I ile tanı alan hastaları da içerdiğinden homojen olmayışı, küçük örneklem sayısı ve kültürel etkiler rol alıyor olabilir

Cinsiyet:

Tüm örnekleme cinsiyetin TCI puanları ile ilişkisi değerlendirildiğinde kadınlarda **zarardan kaçınma** puanları erkeklerden daha yüksek bulundu. TEMPS-A açısından değerlendirme yapıldığında kadınlarda **anksiyöz ve siklotimik** mizaç puanları daha yüksekti.

Epilepsi grubunda ise kadınlarda TCI özelliklerinden **zarardan kaçınma ve TEMPS-A puanlarından siklotimik mizaç** puanları anlamlı derecede yüksekti. Epilepsi grubu kadınları zarardan kaçınma ve siklotimik mizaç bakımından tüm örnekleme benzerdi ancak anksiyöz mizaç için cinsiyet farkı epilepsi grubunda devam etmiyordu. Bu durum epilepsinin etkisiyle puanların zaten çok yükselmiş olmasının diğer parametrelerle ilişkiler arasındaki anlamlı farklılığın kaybolmasıyla sonuçlanmış olabileceği şeklinde yorumlandı. Diğer değişkenlerin puanları ve TEMPS-A tanıların

karşılaştırılmasında anlamlı sonuç elde edilemedi. Regresyon analizinde kadın cinsiyet yüksek zarardan kaçınma puanları için öngördürücüydü.

Arjantinde TEMPS-A ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisini araştıran bir çalışmada kadınların daha yüksek distimik ve anksiyöz mizaç puanlarına erkeklerin ise daha yüksek hipertimik mizaç puanlarına sahip olduğunu tespit etmişlerdir (120). 2009 yılına ait bir gözden geçirme çalışması toplumun % 20'sinin en az bir affektif mizaç tanısı olduğunu öne sürmüş ve kadınlarda depresif, siklotimik, anksiyöz mizaç özelliklerinin erkeklerde ise hipertimik ve iritabl mizaç özelliklerinin ön planda olduğunu belirtmişlerdir (113). Bu çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızda kadınların TEMPS-A puanları yönüyle benzerdir.

Türkiye’de TCI’nin faktöryel yapısını değerlendiren çalışmada ödül bağımlılığı ve işbirliği yapma puanları kadınlarda erkeklerden yüksek olarak tespit edilmiştir (121).

Medeni Hal:

Çalışmaya alınan grupların TCI ve TEMPS-A puanları medeni duruma göre değerlendirildiğinde evliler daha yüksek **depresif mizaç** puanları, bekârlar daha yüksek **yenilik arayışı** puanlarına sahipti.

Epilepsi grubunda evli hastalara göre bekâr hastalarda **siklotimik mizaç ve yenilik arayışı** puanları anlamlı derecede yüksek; **işbirliği yapma** puanları anlamlı derecede düşüktü. Bu bulgular aslında toplumda kronik hastalığı olan evli ve bekar bireylerin kişilik özelliklerini yansıttığı olarak tahmin edilebilir .

Regresyon analizinde medeni hal ile kişilik özellikleri arasında ilişki saptanmadı. Arjantinde TEMPS-A ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisini araştıran

bir çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi bekar bireylerin daha yüksek siklotimik mizaç puanlarına sahip olduğunu tespit etmişlerdir (120).

Eğitim Düzeyi:

Eğitim yılına göre yapılan gruplar arasında yapılan değerlendirmede TEMPS-A puanlarından depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaçlarda; TCI puanlarında ise kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarında anlamlı farklılık mevcuttu. Düşük eğitim düzeyine sahip olanlar daha yüksek depresif, siklotimik, irritabl mizaç puanlarına sahipken; daha düşük işbirliği yapma ve kendini yönetme puanlarına sahiptiler. Regresyon analizinde tüm grupta eğitim düzeyi kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları için öngördürücü idi.

Epilepsi grubunda TEMPS-A ve TCI puan ortalamalarının eğitim sürelerine göre karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Arjantin’de TEMPS-A ile sosyodemografik etmenlerin ilişkisini araştıran bir çalışmada sadece ilkokulu bitirmiş olan bireylerin daha yüksek eğitilmiş bireylere göre daha yüksek distimik, anksiyöz, siklotimik mizaç puanlarına oldukları tespit edilmiştir (120). Bu bulgular bizim çalışmamızla uyumludur.

5.E. Epilepsi ve Kontrol Grubunda Psikiyatrik Tanı Dağılımı

Epilepsi ve kontrol grubuna alınan bireylerle DSM-IV’e göre yapılandırılmış SCID-I ile yapılan görüşmede epilepsi hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla majör depresif bozukluk, sosyal fobi ve genel olarak psikiyatrik tanıya sahip olma sıklığı tespit edildi.

Epilepsi grubunda en sık görülen komorbid durum Major Depresif bozukluk başta olmak üzere depresif bozukluklar sonra da anksiyete bozuklukları idi. Bu durum literatürle uyumluydu (117). Literatürde şimdiye kadar bahsedilmemiş bir durum olarak ilk defa bizim çalışma grubumuzda epilepsi hastalarında sosyal fobi oranı kontrol grubundan anlamlı derecede yüksekti. Kontrol grubundaki diğer tanıların dağılımı literatürle uyumluydu (81).

5.E.1. Depresyonun TEMPS-A ve TCI Puanları İle İlişkisi

Epilepsi grubunda depresyonu olan hastaların daha yüksek depresif, irritabl ve anksiyöz mizaç puanlarına ve daha düşük hipertimik mizaç puanlarına sahip olduğu tespit edildi. Yapılan regresyon analizinde MDB'nin yüksek depresif, irritabl ve anksiyöz mizaç puanları için epilepsiden bağımsız olarak öngördürücü olduğu tespit edildi.

Ayrıca epilepsi grubunda da MDB eştanısı alan hastalarda **depresif, siklotimik ve anksiyöz** mizaç tanıları daha sık görülmektedir. Bu durum literatürde affektif mizaçların duygudurum bozuklukları ile ilişkisini araştıran Lazary ve ark.'nın yaptığı çalışma ile örtüşmektedir (115).

Bizim çalışmamızda depresyonu olan epilepsi hastaları ile depresyonun olmayanlar TCI özellikleri yönüyle karşılaştırıldığında, daha düşük kendini yönetme puanına sahip olduğu tespit edildi. Kendini yönetme karakter boyutu, depresyonu olan bireylerde daha düşük olup sıklıkla depresyonla ilişkili olan kötü uyum gösteren kişiliklerle birliktedir. Bazı çalışmalar düşük kendini yönetme puanlarının intihar davranışı için öngördürücü olduğunu öne sürmektedir. Karşılaştırmalı çalışmalarda zarardan kaçınma skorları depresyon yoğunluğu ile yüksek pozitif korelasyon kendini

yönetme skorları ise yüksek negatif korelasyon göstermektedir (122). MDB’de mizaç ve karakter özelliklerini belirleyen çalışmalarda düşük kendini yönetme yanında yüksek zarardan kaçınma skorları da tespit edilmiştir. Kendini yönetmedeki düşük skorların depresyonla ilintili olduğunu gösteren bir çalışmada % 25 depresif semptom birlikteliği tespit edilmiştir (94, 95). Bizim sonuçlarımız kendini yönetme skorları – depresyon ilişkisi yönüyle epilepsi grubunda da bu literatürle uyumlu bir profil sergiledi. Zarardan kaçınma skorlarında aynı anlamlılık tespit edilmedi. Zarardan kaçınma skorlarının epilepsiye bağlı zaten yükseldiği ve depresif hastalarla farklılığın kaybolmasıyla sonuçlanmış olabileceği düşünüldü.

5.E.2. Sosyal Fobi Ve Diğer Psikiyatrik Tanıların TEMPS-A ve TCI Puanları ile İlişkisi

TCI ve TEMPS-A puanlarının ortalamalarının ve TEMPS-A tanılarının sosyal fobi ve diğer komorbid psikiyatrik tanılara göre, epilepsi grubu içinde ve genel örnekleme yapılan karşılaştırmalarında geçerli veya anlamlı sonuçlar elde edilemedi.

Sosyal fobi ile kaçınan kişilik bozukluğunun ortak semptomları ve genetik zeminleri olması ve farmakolojik ve psikoterapötik müdahalelere yanıt vermesi nedeniyle aynı hastalığın farklı boyutları olarak (123) ya da sosyal fobiyi avoidant kişilik bozukluğunun hafif formu olarak anksiyete bozukluğu spektrumunda kabul eden yayınlar bulunmaktadır (124). Sosyal fobi ile TCI ve TEMPS-A özelliklerini değerlendiren bir çalışma bulamadık ancak avoidant kişilik bozukluğunda yüksek zarardan kaçınma düzeyleri (125), ya da yenilik arayışı ile negatif korelasyon gösteren (126) yayınlar mevcuttur. Bizim örnekleminizin küçük oluşu anlamlı sonuç bulunamamasında etken olabilir

5.F. Epilepsi Hastalarına Ait Klinik Bulgular ile Kişilik Özelliklerinin İlişkisi

Epilepsi hastalarının klinik özelliklerinin TCI ve TEMPS-Aparametrelerini etkileyip etkilemediği araştırıldı.

Bizim çalışmamızda **ilk nöbet yaşı** ile TCI ve TEMPS-Aözellikleri arasında yapılan Pearson korelasyon analizinde anlamlı bir korelasyon tespit edilemezken **hastalık süresi** ile **Yenilik Arayışı** arasında negatif korelasyon tespit edildi. Lineer regresyon modelinde ise hastalık süresi ve nöbet sıklığı depresif mizaç için öngördürücü idi.

Daha önce Kore’de 65 epilepsili çocuk ve 65 kontrol olgusunun kişilik özellikleri bakımından karşılaştırıldığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde hastalığın başlama yaşı ile kişilik değişiklikleri arasında ilişki bulamamışlardır. Ancak o çalışmada bizden farklı olarak hastalık süresi ile de ilişki tespit edilememişken biz hastalık süresi ile yenilik arayışı arasında negatif korelasyon tespit ettik. Bu durum bizim hastalarımızın daha yaşlı olmasından dolayısıyla hastalık süresinin uzun olup zamanla yapacağı kişilik değişiklikleri için yeterli zaman olmasından kaynaklanıyor olabilir.

71 hasta 58 kontrol olgusu ile Mısır’da yapılan bir çalışmada epilepsinin başlama yaşı; sözel olmayan agresyon testi ile anlamlı korelasyon göstermiştir. Epilepsinin süresi ise psikotik kişilik ile pozitif korelasyon göstermiştir (127). Meziotemporal epilepsili bireylerde uzun süren dirençli epilepsi daha yoğun hipokampal ve eksrahipokampal atrofi ile ilişkilidir. Meziotemporal epilepsili bireylerdeki bu ilerleyici nöronal hasarın mekanizması limbik sistemdeki aktif nöbet

aktivitesine bağılı olabilir (102, 128). Deneyim arayan kişilik skalası ile değerlendirilmiş 40 kişide yapılan yüksek rezolusyonlu MRI çalışmasında sağ hipokampal volüm ile yenilik arayışı puanları arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir (129). Bizim çalışmamızda tespit ettiğimiz hastalık süresi ile yenilik arayışı puanları arasındaki negatif ilişki hipokampal volümün uzun hastalık süresi nedeniyle azalmış olması ve bunun sonucunda azalmış yenilik arayışı puanları şeklinde yorumlanabilir ancak bu yorumu doğrulamak için ileri tetkik gereklidir.

Bizim çalışmamızda **Nöbet tipine** göre; parsiyel nöbet geçiren epilepsi hastaları ile jeneralize nöbet geçirenlerin TEMPS-A ve TCI puan ortalamaları değerlendirildiğinde **Zarardan Kaçınma** ve **Kendini İdare Etme** puanları arasında anlamlı fark bulundu. Parsiyel nöbet geçirenler daha yüksek zarardan kaçınma puanlarına ve daha düşük kendini yönetme puanlarına sahipti. Yani parsiyel nöbet geçiren hastalar daha fazla kişilik değişikliği gösteriyordu. 65 epileptik Koreli çocukta yapılan çalışmada da parsiyel nöbet geçiren bireyler generalize nöbet geçirenlerden kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini yönetme puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiş. Bizim çalışmamız ile bu çalışma parsiyel nöbet geçirenlerde kişilik özelliklerinin olumsuz etkilendiğini göstermesi bakımından benzerdir. Nuffield (130) kompleks parsiyel nöbet geçiren çocukların antisosyal ve agresif davranışlara daha eğilimli olduklarını primer jeneralize nöbet geçirenlerin ise daha az nevroitik eğiliminin olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmanın aksine 1 hasta 58 kontrol olgusu ile Mısır'da yapılan bir çalışmada (Nevroz, dışadönüklük, psikoz, ve yalan söyleme kişilik özelliğinin generalize nöbet geçirenlerde fokal nöbet geçirenlere göre daha fazla etkilendiğini bildirmişlerdir (127).

Kompleks parsiyel nöbetlerin %80'i temporal odaktan kaynaklanmaktadır (131) ve Temporal Lob Epilepsisi davranış bozuklukları ve kişilik değişiklikleri ile ilişkilidir (59, 132-134).

Epilepside kompleks parsiyel nöbetlerde anksiyete ve depresyon semptomlarında artış bildirilmiştir (99). Aynı zamanda bizim çalışmamızda parsiyel nöbet geçiren hastalarda tespit edilen yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini idare etme puanları ile depresyon belirtilerinin ilişkili olduğunu gösteren yayınlar da bulunmaktadır. Bu durum epilepside parsiyel nöbetlerle etkileşen organik odağın kişilik özellikleri ve anksiyete depresyon skorlarının değişimini açısından önemli olabileceğini akla getirmektedir. Bizim çalışmamızda nöbet odağı belirlenmemiştir ancak parsiyel nöbet geçiren hastalarda kişilik değişikliklerinin daha fazla olması epilepside karakter değişimlerinde genel beyin işlevinden ziyade fokal nöropsikiyatrik sekellerin daha önemli olabileceği sonucunu akla getirmektedir. Nöbet odağı belirlenerek yapılacak bir çalışma bu konuda daha fazla bilgi sağlayabilir.

Nöbet sıklığı ile epilepsi hastalarının kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yapılan analizlerde çok sık nöbet geçirenlerin senede birden az geçirenlere göre depresif mizaç puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. TCI ile ilişkili ile anlamlı fark tespit edilmedi.

Epilepsi hastalarında uzun hastalık süresi ve sık nöbet geçirme beyaz ve gri cevherde daha fazla atrofi ile ilişkilidir (135).

Daha sık nöbet geçiren bireylerin sosyal gruplara uyum ve katılımının daha zor olacağı, kendilerini daha dışlanmış hissedebilecekleri (110), bunun da daha yüksek depresyon skorlarına yol açacağı öngörülebilir. Daha önce de belirttiğimiz gibi depresif

mizaç, depresyon için subsendromal veya öngördürücü olabilir. Bizim hastalarımızda da sık geçirilen nöbetler hem daha fazla organik hasar hem de sosyal etkileşim nedeniyle depresif mizaca yatkınlık oluşturmuş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Epilepsi hastalığında birtakım kişilik değişikliklerinin varlığı önceden beri bilinmekle birlikte bu bulgu daha çok hekimlerin gözlemine göre değerlendirilirdi. Bizim çalışmamız epilepsinin varlığının kişilik üzerindeki etkisini güncel kişilik yaklaşımları ile ortaya koymuştur.

Buna göre epilepsi hastalarının zarardan kaçınma puanları daha yüksek, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları daha düşük olarak tespit edilmiştir. Ayrıca affektif mizaç itibariyle; epilepsi hastaları daha yüksek depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanlarına sahip olarak bulunmuştur. Tespit edilen kişilik özelliklerinden bazıları hastanın yaşı, cinsiyeti, hastalık süresi, nöbet sıklığı, nöbet tipi gibi parametrelerle ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışma epilepside kişilik özelliklerinin anlaşılmasına bir zemin oluşturmıştır. Kişiliğin örgütlenmesinde ve epilepsinin oluşumunda rolü olan nöronal devreler ve mekanizmalar henüz netleşmemiştir. İlerleyen çalışmalar ortak etiyolojinin belirlenmesine ve böylece tedavi ve hatta önleme yaklaşımlarının gelişmesine olanak sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Aydın N. Genler ve kişilik. 3P. 2004;12(Ek 1):70-80.
2. Doksat K. Mizaç, karakter, kimlik, kişilik, duygudurum ve duygulanım nedir? Birinci Basamak için Psikiyatri 2003;2:9-15.
3. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry. 1993;50:975-990.
4. Akiskal HS, Akiskal KK. TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. J Affect Disord. 2005;85:1-2.
5. Brandt J, Seidman LJ, Kohl D. Personality characteristics of epileptic patients: a controlled study of generalized and temporal lobe cases. J Clin Exp Neuropsychol. 1985;7:25-38.
6. Bear D, Hermann B, Fogel B. Interictal behavior syndrome in temporal lobe epilepsy: the views of three experts. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1989;1:308-318.
7. Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Bozuklukları Dizisi Dergisi. 2000;1:5-11.
8. Sadock BJ, Sadock V. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Çeviri editörleri: Aydın H, Bozkurt A.) Kişilik Kuramları ve Psikopatoloji (çeviri: Mehmet Akif Ersoy) Ankara: Güneş Kitapevi; 2007 cilt 1. Bölüm 6. 701-746.
9. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti; 2001 Bölüm 7-8. 75-107.
10. Yanbastı G. Kişilik Kuramları. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 1990.
11. Öztürk MO. Psikanaliz ve Psikoterapi. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 1998 Bölüm 9. 93-118

12. McCrae RR. The five-factor model and its assessment in clinical settings. *J Pers Assess.* 1991;57:399-414.
13. Costa PT, Jr., McCrae RR. Stability and change in personality assessment: the revised NEO Personality Inventory in the year 2000. *J Pers Assess.* 1997;68:86-94.
14. Sadock BJ, Sadock, V. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri: Aydın H, Bozkurt A. Kişilik Bozuklukları. Ankara. Güneş Kitabevi; 2007. Cilt 3. Bölüm 23. 2063-2105
15. Trull TJ, Tragesser SL, Solhan M, Schwartz-Mette R. Dimensional models of personality disorder: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition and beyond. *Curr Opin Psychiatry.* 2007;20:52-56.
16. Marlowe MJ. Biological aspects of personality disorder. *Br J Hosp Med.* 1993;49:564-569.
17. Goldsmith HH, Buss AH, Plomin R, Rothbart MK, Thomas A, Chess S, et al. Roundtable: what is temperament? Four approaches. *Child Dev.* 1987;58:505-529.
18. Arkar H, Sorias O, Tunca Z, Safak C, Alkin T, Binnur Akdede B, et al. [Factorial structure, validity, and reliability of the Turkish temperament and character inventory]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2005;16:190-204.
19. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry.* 1987;44:573-88.
20. Köse S, Sayar K, Ak İ, Aydın N, Kalelioğlu Ü, Kırkpınar İ, Reeves RAP, TR Cloninger, C.R. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): geçerlik, güvenirliği ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 2004;14:107-131.
21. Köse S. A psychobiological model of temperament and character: TCI. *Yeni Symposium.* 2003;41:86-97.

22. Cloninger CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*. 1987;236:410-416.
23. Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40:801-810.
24. Akiskal HS, Placidi GF, Maremmani I, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, et al. TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a nonpatient population. *J Affect Disord*. 1998;51:7-19.
25. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull*. 1987;23:68-73.
26. Hantouche EG, Akiskal HS. Toward a validation of a tripartite concept of a putative anxious temperament: psychometric data from a French national general medical practice study. *J Affect Disord*. 2005;85:37-43.
27. Placidi GF, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, Maremmani I, Akiskal HS. The semi-structured affective temperament interview (TEMPS-I). Reliability and psychometric properties in 1010 14-26-year old students. *J Affect Disord*. 1998;47:1-10.
28. Erfurth A, Gerlach AL, Hellweg I, Boenigk I, Michael N, Akiskal HS. Studies on a German (Munster) version of the temperament auto-questionnaire TEMPS-A: construction and validation of the briefTEMPS-M. *J Affect Disord*. 2005;85:53-69.
29. Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois ML, Azorin JM, Sechter D, Allilaire JF, et al. Gender, temperament, and the clinical picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN). *J Affect Disord*. 1998;50:175-186.

30. Karam EG, Mneimneh Z, Salamoun M, Akiskal KK, Akiskal HS. Psychometric properties of the Lebanese-Arabic TEMPS-A: a national epidemiologic study. *J Affect Disord.* 2005;87:169-183.
31. Akiskal HS, Rosenthal RH, Rosenthal TL, Kashgarian M, Khani MK, Puzantian VR. Differentiation of primary affective illness from situational, symptomatic, and secondary depressions. *Arch Gen Psychiatry.* 1979;36:635-643.
32. Akiskal HS. Toward a temperament-based approach to depression: implications for neurobiologic research. *Adv Biochem Psychopharmacol.* 1995;49:99-112.
33. Kochman FJ, Hantouche EG, Ferrari P, Lancrenon S, Bayart D, Akiskal HS. Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2005;85:181-189.
34. Evans L, Akiskal HS, Keck PE, Jr, McElroy SL, Sadovnick AD, Remick RA, et al. Familiality of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. *J Affect Disord.* 2005;85:153-168.
35. Chiaroni P, Hantouche EG, Gouvernet J, Azorin JM, Akiskal HS. The cyclothymic temperament in healthy controls and familially at risk individuals for mood disorder: endophenotype for genetic studies? *J Affect Disord.* 2005;85:135-145.
36. Akiskal HS, Mendlowicz MV, Jean-Louis G, Rapaport MH, Kelsoe JR, Gillin JC, et al. TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *J Affect Disord.* 2005;85:45-52.
37. Maremmani I, Akiskal HS, Signoretta S, Liguori A, Perugi G, Cloninger R. The relationship of Kraepelian affective temperaments (as measured by TEMPS-I) to the tridimensional personality questionnaire (TPQ). *J Affect Disord.* 2005;85:17-27.

38. Eşkazan E. Tarihte Epilepsi ve Epileptolojinin Kısa Tarihçesi. In: Bora İ, Yeni SN, Gürses C, editor. Epilepsi Nobel Tıp Kitabevleri; 2008 s:3-13.
39. Baykan B, Gürses C, Gökyiğit A. Nöroloji (İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel Ve Klinik Bilimler Ders Kitapları). Nobel Tıp Kitabevleri; 2004
40. Yeni SN. Epilepsi, İnsidansı, Prevalansı, Risk Faktörleri. In: Bora İ, Yeni SN, Gürses C, editor. Epilepsi: Nobel Tıp Kitabevi; 2008. s: 65-68.
41. Banerjee PN, Filippi D, Allen Hauser W. The descriptive epidemiology of epilepsy-a review. *Epilepsy Res.* 2009;85:31-45.
42. Annegers JF. Epidemiology and genetics of epilepsy. *Neurol Clin.* 1994;12:15-29.
43. Karaagac N, Yeni SN, Senocak M, Bozluolcay M, Savrun FK, Ozdemir H, et al. Prevalence of epilepsy in Silivri, a rural area of Turkey. *Epilepsia.* 1999;40:637-642.
44. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Prevalence of epilepsy in Rochester, Minnesota: 1940-1980. *Epilepsia.* 1991;32:429-445.
45. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia.* 1989;30:389-399.
46. Yiğit A. Epilepside tedavi ilkeleri In: Bora İ, Yeni SN, Gürses C. editor. Epilepsi Nobel Tıp kitabevi; 2008. s. 613-626.
47. Steinhoff BJ, Hirsch E, Mutani R, Nakken KO. The ideal characteristics of antiepileptic therapy: an overview of old and new AEDs. *Acta Neurol Scand.* 2003;107:87-95.
48. Sander JW. The use of antiepileptic drugs--principles and practice. *Epilepsia.* 2004;45 Suppl 6:28-34.

49. Trevathan E, Gilliam F. Lost years: delayed referral for surgically treatable epilepsy. *Neurology*. 2003;61:432-433.
50. Bek S, Kaşıkçı T, Koç G, Genç G, Gökçil Z, Odabaşı Z. Epilepsi Tedavisinde Klasik ve Yeni Antiepileptik ilaç Seçimi. *Türk Nörol Derg*. 2009 Cilt:15(Sayı: 2):71-77.
51. Kwan P, Brodie MJ. Refractory epilepsy: a progressive, intractable but preventable condition? *Seizure*. 2002;11:77-84.
52. Swinkels WA, Kuyk J, van Dyck R, Spinhoven P. Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2005;7:37-50.
53. Sachdev P. Schizophrenia-like psychosis and epilepsy: the status of the association. *Am J Psychiatry*. 1998;155:325-336.
54. Kristensen O, Sindrup EH. Psychomotor epilepsy and psychosis. I. Physical aspects. *Acta Neurol Scand*. 1978;57:361-369.
55. Slater E, Beard AW, Glithero E. The schizophrenialike psychoses of epilepsy. *Br J Psychiatry*. 1963;109:95-150.
56. Hermann BP, Chhabria S. Interictal psychopathology in patients with ictal fear. Examples of sensory-limbic hyperconnection? *Arch Neurol*. 1980;37:667-668.
57. Hermann BP, Dikmen S, Schwartz MS, Karnes WE. Interictal psychopathology in patients with ictal fear: a quantitative investigation. *Neurology*. 1982;32:7-11.
58. Reynolds EH, Trimble MR. Epilepsy, psychiatry, and neurology. *Epilepsia*. 2009;50 Suppl 3:50-55.
59. Lindsay J, Ounsted C, Richards P. Long-term outcome in children with temporal lobe seizures. III: Psychiatric aspects in childhood and adult life. *Dev Med Child Neurol*. 1979;21:630-636.

60. Pond DA, Bidwell BH. A survey of epilepsy in fourteen general practices. II. Social and psychological aspects. *Epilepsia*. 1960;1:285-299.
61. Jalava M, Sillanpaa M. Concurrent illnesses in adults with childhood-onset epilepsy: a population-based 35-year follow-up study. *Epilepsia*. 1996;37:1155-1163.
62. Hermann BP, Whitman S. Behavioral and personality correlates of epilepsy: a review, methodological critique, and conceptual model. *Psychol Bull*. 1984;95:451-97.
63. Manchanda R, Schaefer B, McLachlan RS, Blume WT, Wiebe S, Girvin JP, et al. Psychiatric disorders in candidates for surgery for epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1996;61:82-89.
64. Gudmundsson G. Epilepsy in Iceland. A clinical and epidemiological investigation. *Acta Neurol Scand*. 1966;43:Suppl 25:1-124.
65. Cockerell OC, Moriarty J, Trimble M, Sander JW, Shorvon SD. Acute psychological disorders in patients with epilepsy: a nation-wide study. *Epilepsy Res*. 1996;25:119-131.
66. Currie S, Heathfield KW, Henson RA, Scott DF. Clinical course and prognosis of temporal lobe epilepsy. A survey of 666 patients. *Brain*. 1971;94:173-190.
67. Stefanello S, Marin-Leon L, Fernandes PT, Li LM, Botega NJ. Psychiatric comorbidity and suicidal behavior in epilepsy: A community-based case-control study. *Epilepsia*. 2009 (In press).
68. Bolwig TG. Forced Normalization. In: Trimble MR, Bowlig TG, editor. *Aspects of Epilepsy and Psychiatry*. New York: John Wiley & Sons Ltd.; 1986. p. 101-111.
69. Torta R, Keller R. Behavioral, psychotic, and anxiety disorders in epilepsy: etiology, clinical features, and therapeutic implications. *Epilepsia*. 1999;40:S2-20.

70. Bolwig TG. Is there an epileptic personality. In: Trimble MR, Bowlig TG, editor. *Aspects of Epilepsy and Psychiatry*. New York,: John Wiley & Sons Ltd.; 1986. p. 9-15.
71. Sorensen AS, Bolwig TG. Personality and epilepsy: new evidence for a relationship? A review. *Compr Psychiatry*. 1987;28:369-383.
72. Ettinger AB, Kanner, A. M. *Personality disorders in epilepsy. "Psychiatric issues in epilepsy"*. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia; 2001.
73. Bear D, Levin K, Blumer D, Chetham D, Ryder J. Interictal behaviour in hospitalised temporal lobe epileptics: relationship to idiopathic psychiatric syndromes. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1982;45:481-488.
74. Trimble MR. Personality disorders and epilepsy. *Acta Neurochir Suppl (Wien)*. 1988;44:98-101.
75. Waxman SG, Geschwind N. The interictal behavior syndrome of temporal lobe epilepsy. *Arch Gen Psychiatry*. 1975;32:1580-1586.
76. Bear DM, Fedio P. Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. *Arch Neurol*. 1977;34:454-467.
77. Fiordelli E, Beghi E, Bogliun G, Crespi V. Epilepsy and psychiatric disturbance. A cross-sectional study. *Br J Psychiatry*. 1993;163:446-450.
78. Shukla GD, Srivastava ON, Katiyar BC, Joshi V, Mohan PK. Psychiatric manifestations in temporal lobe epilepsy: a controlled study. *Br J Psychiatry*. 1979;135:411-417.
79. Lopez-Rodriguez F, Altshuler L, Kay J, Delarhim S, Mendez M, Engel J, Jr. Personality disorders among medically refractory epileptic patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1999;11:464-469.

80. Perini GI, Tosin C, Carraro C, Bernasconi G, Canevini MP, Canger R, et al. Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1996;61:601-605.
81. Mendez MF. Psychopathology in epilepsy: prevalence, phenomenology and management. *Int J Psychiatry Med*. 1988;18:193-210.
82. Naylor AS, Rogvi-Hansen B, Kessing L, Kruse-Larsen C. Psychiatric morbidity after surgery for epilepsy: short-term follow up of patients undergoing amygdalohippocampectomy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1994;57:1375-1381.
83. Victoroff J. DSM-III-R Psychiatric Diagnoses in Candidates for Epilepsy Surgery: Lifetime Prevalence. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 1994;7:87-97.
84. Glosser G, Zwiil AS, Glosser DS, O'Connor MJ, Sperling MR. Psychiatric aspects of temporal lobe epilepsy before and after anterior temporal lobectomy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000;68:53-58.
85. Casey PR, Tyrer PJ. Personality, functioning and symptomatology. *J Psychiatr Res*. 1986;20:363-374.
86. Samuels JF, Nestadt G, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR. DSM-III personality disorders in the community. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1055-1062.
87. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 1999
88. Köroğlu E. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IV TR) (Amerikan Psikiyatri Birliği. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition). Dördüncü Baskı ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001.

89. Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazici O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord.* 2005;85:113-125.
90. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use. St Louis, Missouri: USA: Center for Psychobiology of Personality. 1994.
91. Bostanci B. Epilepsi hastalarının kişilik özelliklerinin mizaç ve karakter envanteri ile değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması (uzamanlık tezi). Zonguldak: Karaelmas Üniversitesi; 2007.
92. Park S, Yoo HK, Kim JY, Jeon J, Choi SH, Wang HR, et al. Temperament and character factors in Korean children with seizure disorders. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195:470-476.
93. Nubukpo P, Grunitzky EK, Pelissolo A, Radji A, Preux PM, Clement JP. [Epilepsy and personality study among the Tamberma of Togo based on a general population survey using the Cloninger's Temperament and Character Inventory]. *Encephale.* 2006;32:1019-1022.
94. Dunn DW, Austin JK, Huster GA. Symptoms of depression in adolescents with epilepsy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38:1132-1138.
95. Ettinger AB, Weisbrot DM, Nolan EE, Gadow KD, Vitale SA, Andriola MR, et al. Symptoms of depression and anxiety in pediatric epilepsy patients. *Epilepsia.* 1998;39:595-599.
96. Celikel FC, Kose S, Cumurcu BE, Erkorkmaz U, Sayar K, Borckardt JJ, et al. Cloninger's temperament and character dimensions of personality in patients with major depressive disorder. *Compr Psychiatry.* 2009;50:556-561.

97. Nery FG, Hatch JP, Nicoletti MA, Monkul ES, Najt P, Matsuo K, et al. Temperament and character traits in major depressive disorder: influence of mood state and recurrence of episodes. *Depress Anxiety*. 2009;26:382-388.
98. Hruby R, Nosalova G, Ondrejka I, Preiss M. Personality changes during antidepressant treatment. *Psychiatr Danub*. 2009;21:25-32.
99. Schoenfeld J, Seidenberg M, Woodard A, Hecox K, Inglese C, Mack K, et al. Neuropsychological and behavioral status of children with complex partial seizures. *Dev Med Child Neurol*. 1999;41:724-731.
100. Naghavi HR, Lind J, Nilsson LG, Adolfsson R, Nyberg L. Personality traits predict response to novel and familiar stimuli in the hippocampal region. *Psychiatry Res*. 2009;173:94-99.
101. Yamasue H, Abe O, Suga M, Yamada H, Inoue H, Tochigi M, et al. Gender-common and -specific neuroanatomical basis of human anxiety-related personality traits. *Cereb Cortex*. 2008;18:46-52.
102. Cascino GD. Clinical correlations with hippocampal atrophy. *Magn Reson Imaging*. 1995;13:1133-1136.
103. Osher Y, Cloninger CR, Belmaker RH. TPQ in euthymic manic-depressive patients. *J Psychiatr Res*. 1996;30:353-357.
104. Osher Y, Lefkifker E, Kotler M. Low persistence in euthymic manic-depressive patients: a replication. *J Affect Disord*. 1999;53:87-90.
105. Austin JK, Dunn DW. Progressive behavioral changes in children with epilepsy. *Prog Brain Res*. 2002;135:419-427.
106. Post RM. Neurobiology of seizures and behavioral abnormalities. *Epilepsia*. 2004;45 Suppl 2:5-14.

107. Meador KJ. Cognitive outcomes and predictive factors in epilepsy. *Neurology*. 2002;58(8 Suppl 5):S21-26.
108. Jacoby A, Snape D, Baker GA. Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder. *Lancet Neurol*. 2005;4:171-178.
109. Hoare P, Mann H. Self-esteem and behavioural adjustment in children with epilepsy and children with diabetes. *J Psychosom Res*. 1994;38:859-869.
110. Noeker M, Haverkamp-Krois A, Haverkamp F. Development of mental health dysfunction in childhood epilepsy. *Brain Dev*. 2005;27:5-16.
111. 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*. 1993;50:991-999.
112. Feichtinger M, Pauli E, Schafer I, Eberhardt KW, Tomandl B, Huk J, et al. Ictal fear in temporal lobe epilepsy: surgical outcome and focal hippocampal changes revealed by proton magnetic resonance spectroscopy imaging. *Arch Neurol*. 2001;58:771-777.
113. Rihmer Z, Akiskal KK, Rihmer A, Akiskal HS. Current research on affective temperaments. *Curr Opin Psychiatry*. 2009 (In press).
114. Chiaroni P, Hantouche EG, Gouvernet J, Azorin JM, Akiskal HS. [Hyperthymic and depressive temperaments study in controls, as a function of their familial loading for mood disorders.]. *Encephale*. 2004;30:509-515.
115. Lazary J, Gonda X, Benko A, Gacser M, Bagdy G. Association of depressive phenotype with affective family history is mediated by affective temperaments. *Psychiatry Res*. 2009;168:145-152.

116. Gassab L, Mechri A, Bacha M, Gaddour N, Gaha L. [Affective temperaments in the bipolar and unipolar disorders: distinctive profiles and relationship with clinical features]. *Encephale*. 2008;34:477-482.
117. Kanner AM. Epilepsy and mood disorders. *Epilepsia*. 2007;48 Suppl 9:20-22.
118. Shamim S, Hasler G, Liew C, Sato S, Theodore WH. Temporal lobe epilepsy, depression, and hippocampal volume. *Epilepsia*. 2009;50:1067-1071.
119. Whittle S, Allen NB, Lubman DI, Yucel M. The neurobiological basis of temperament: towards a better understanding of psychopathology. *Neurosci Biobehav Rev*. 2006;30:511-525.
120. Albanesi de Nasetta S, Vazquez GH. [Socio-demographic aspects of the temperaments evaluation according the Argentine TEMPS-A]. *Vertex*. 2007;18:272-279.
121. Kose S, Sayar K, Kalelioglu U, Aydin N, Celikel FC, Gulec H, et al. Normative data and factorial structure of the Turkish version of the Temperament and Character Inventory. *Compr Psychiatry*. 2009;50:361-368.
122. Pelissolo A, Corruble E. [Personality factors in depressive disorders: contribution of the psychobiologic model developed by Cloninger]. *Encephale*. 2002;28:363-373.
123. Lafreniere P. A functionalist perspective on social anxiety and avoidant personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2009;21:1065-1082.
124. Reich J. Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia. *Curr Psychiatry Rep*. 2009;11:89-93.
125. Maggini C, Ampollini P, Marchesi C, Gariboldi S, Cloninger CR. Relationships between Tridimensional Personality Questionnaire Dimensions and DSM-III-R personality traits in Italian adolescents. *Compr Psychiatry*. 2000;41:426-431.

126. Goldman RG, Skodol AE, McGrath PJ, Oldham JM. Relationship between the Tridimensional Personality Questionnaire and DSM-III-R personality traits. *Am J Psychiatry*. 1994;151:274-276.
127. Shehata GA, Bateh Ael A. Cognitive function, mood, behavioral aspects, and personality traits of adult males with idiopathic epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2009;14:121-124.
128. Bonilha L, Rorden C, Appenzeller S, Coan AC, Cendes F, Li LM. Gray matter atrophy associated with duration of temporal lobe epilepsy. *Neuroimage*. 2006;32:1070-1079.
129. Martin SB, Covell DJ, Joseph JE, Chebrolu H, Smith CD, Kelly TH, et al. Human experience seeking correlates with hippocampus volume: convergent evidence from manual tracing and voxel-based morphometry. *Neuropsychologia*. 2007;45:2874-2881.
130. Nuffield EJ. Neuro-physiology and behaviour disorders in epileptic children. *J Ment Sci*. 1961;107:438-458.
131. Engel JJ, Pedley TA. *Epilepsy: A Comprehensive Textbook*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
132. Caplan R, Arbelle S, Magharious W, Guthrie D, Komo S, Shields WD, et al. Psychopathology in pediatric complex partial and primary generalized epilepsy. *Dev Med Child Neurol*. 1998;40:805-811.
133. Pritchard PB, 3rd, Lombroso CT, McIntyre M. Psychological complications of temporal lobe epilepsy. *Neurology*. 1980;30:227-232.
134. Stores G. School-children with epilepsy at risk for learning and behaviour problems. *Dev Med Child Neurol*. 1978;20:502-508.

135. Coan AC, Appenzeller S, Bonilha L, Li LM, Cendes F. Seizure frequency and lateralization affect progression of atrophy in temporal lobe epilepsy. *Neurology*. 2009;73):834-842.

8. EKLER

EK-1

EPİLEPSİ BİLGİ FORMU

HASTANIN ADI SOYADI:

YAŞI:

MEDENİ HALİ:

İKAMETİ:

ÖĞRENİM DURUMU:

İLK NOBET YAŞI:

TEKRARLAYAN NÖBETLERİN BAŞLAMA YAŞI:

İLK NÖBET ŞEKLİ:

SONRAKİ NOBET ŞEKLİ:

TRAVMA ÖYKÜSÜ:

ANNE-BABA ARASI AKRABALIK:

İNTRAUTERİN PERİNATAL RİSK:

FEBRİL KONVULSİYON:

STATUS:

NÖBET TİPİ:

NÖBET SÜRESİ:

AURA:

UYKUDA NÖBET:

KULLANMAKTA OLDUGU İLAÇLAR:

NÖBET SIKLIĞI:

EEG'DE PATOLOJİ:

TEMPS-A MİZAÇ ÖLÇEĞİ

**(Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego –
Autoquestionnaire)**

Hagop AKISKAL

International Mood Clinic

San Diego, CA

Çeviri, uyarlama ve geçerlik-güvenirlik çalışma ekibi

Simavi Vahip

Sermin Kesebir

Müge Kocadere

Olca Yazıcı

Türkçe Yayın Hakları © Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilimdalı Affektif Hastalıklar Birimi
Her türlü yayın hakkı saklıdır.
Bilimsel amaçlarla kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

Ad-Soyad:

Soruları Nasıl Yanıtlayacaksınız?

Lütfen her cümleyi dikkatle okuduktan sonra yaşamınızın büyük bir bölümü için size uyup uymadığına karar verin.

“Nasıl birisi olduğunuzu, çevrenizdeki insanların sizi nasıl anlattığını, çocukluğunuzda ve gençliğinizde nasıl birisi olduğunuzu, bu özelliklerin sizin huyunuzu suyunuzu anlatıp anlatmadığını” düşünerek:

- Eğer cümle size “kesinlikle uyuyorsa” → (D) Doğru’yu daire içine alınız.
- Eğer cümle size “tam olarak uymuyorsa”
ya da “yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa” → (Y) Yanlış’ı daire içine alınız.
- Her cümleyi Doğru ya da Yanlış olarak cevaplayınız. Lütfen boş bırakmayınız.
- Bu cümlelerin herkes için geçerli doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Size uyan cevabı işaretleyiniz.

Teşekkür ederiz

Yaşamınızın büyük bir bölümü için size “kesinlikle uyuyorsa” → (D) Doğru

“tam olarak uymuyor” ya da

“yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa” → (Y) Yanlış

- | | | | |
|-----|---|---|---|
| 1. | D | Y | Üzgün, mutsuz bir insanım. |
| 2. | D | Y | İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler. |
| 3. | D | Y | Hayatım boyunca çok çektim. |
| 4. | D | Y | İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm. |
| 5. | D | Y | Kolay pes ederim. |
| 6. | D | Y | Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir. |
| 7. | D | Y | Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım. |
| 8. | D | Y | Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum. |
| 9. | D | Y | Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim. |
| 10. | D | Y | Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim. |
| 11. | D | Y | Sıklıkla önceliği başkalarına veririm. |
| 12. | D | Y | Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim. |
| 13. | D | Y | Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir. |
| 14. | D | Y | Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım. |
| 15. | D | Y | Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım. |
| 16. | D | Y | İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim. |
| 17. | D | Y | Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim. |
| 18. | D | Y | Cinsel arzularım her zaman az olmuştur. |
| 19. | D | Y | Normal olarak günde 9 saatten fazla uykuya ihtiyacım vardır. |
| 20. | D | Y | Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim. |
| 21. | D | Y | Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur. |
| 22. | D | Y | Ruh halim ve enerjim ya yukarıda ya da aşağıdadır, ender olarak ikisinin arasındadır. |
| 23. | D | Y | Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur. |
| 24. | D | Y | Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim. |
| 25. | D | Y | Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım. |

26. D Y Sıklıkla birşeylere başlar ve onları bitirmeden ırgını kaybederim.
27. D Y Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
28. D Y Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gider gelirim.
29. D Y Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
30. D Y Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşanmaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
31. D Y Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
32. D Y Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
33. D Y Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.
34. D Y Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
35. D Y Bazen herşeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algıları.
36. D Y Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.
37. D Y Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
38. D Y Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
39. D Y Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
40. D Y Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
41. D Y Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
42. D Y Herşeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
43. D Y Kendime müthiş güvenirim.
44. D Y Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
45. D Y Her zaman birşeylerle meşgulümdür.
46. D Y Birçok işi hem de yorulmadan yapabilirim.
47. D Y Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
48. D Y Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
49. D Y Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
50. D Y Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
51. D Y İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
52. D Y İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
53. D Y Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.

- | | | | |
|-----|---|---|--|
| 54. | D | Y | Birçok alanda yetenekli ve uzmanım. |
| 55. | D | Y | Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissedirim. |
| 56. | D | Y | İşin patronu, “tepedeki adam” olmayı seven tipte bir kişiyim. |
| 57. | D | Y | Birisiyle bir konu üzerinde anlaşılamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim. |
| 58. | D | Y | Cinsel isteklerim daima fazladır. |
| 59. | D | Y | Huysuz (sinirli) bir kişiyim. |
| 60. | D | Y | Bir türlü hoşnut olmayan tabiatla bir kişiyim. |
| 61. | D | Y | Çok yakınırım. |
| 62. | D | Y | Başkalarını çok eleştiririm. |
| 63. | D | Y | Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissedirim. |
| 64. | D | Y | Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissedirim. |
| 65. | D | Y | Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor. |
| 66. | D | Y | Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiç bir şey görmüyor. |
| 67. | D | Y | Terslendiğimde kavga edebilirim. |
| 68. | D | Y | İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler. |
| 69. | D | Y | Sinirlendiğimde insanlara bağırırım. |
| 70. | D | Y | İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır. |
| 71. | D | Y | O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim. |
| 72. | D | Y | Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum. |
| 73. | D | Y | Küfürbaz olarak bilinirim. |
| 74. | D | Y | Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir. |
| 75. | D | Y | Çok kuşkucu bir kişiyim. |
| 76. | D | Y | Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır. |
| 77. | D | Y | Kendimi bildim bileli endişeli biriyim. |
| 78. | D | Y | Her zaman endişelenecek bir şey bulurum. |
| 79. | D | Y | Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum. |
| 80. | D | Y | Endişelenmenin önüne geçemiyorum. |
| 81. | D | Y | Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir. |
| 82. | D | Y | Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum. |
| 83. | D | Y | Gevşemeyi beceremiyorum. |
| 84. | D | Y | Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissedirim. |
| 85. | D | Y | Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer. |
| 86. | D | Y | Sık sık midem bozulur. |

- | | | | |
|------|---|---|---|
| 87. | D | Y | Heyecanlandığımda ishal olabilirim. |
| 88. | D | Y | Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissederim. |
| 89. | D | Y | Heyecanlandığımda tuvalete dah sık gitmek zorunda kalırım. |
| 90. | D | Y | Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım. |
| 91. | D | Y | Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım. |
| 92. | D | Y | Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor. |
| 93. | D | Y | Uykum dinlendirici değil. |
| 94. | D | Y | Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim. |
| 95. | D | Y | Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır. |
| 96. | D | Y | Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır. |
| 97. | D | Y | Kendimi güvende hissetmiyorum. |
| 98. | D | Y | Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar. |
| 99. | D | Y | Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım. |
| 100. | D | Y | Ani sesler beni kolayca irkiltir. |

Yaşamınızın büyük bölümü için sizi genel olarak en iyi tanımlayan yalnızca bir şıkkı daire içine alınız.

1. Hemen hemen her zaman üzgünüm.
2. Tamamen enerji dolu, neşe dolu bir kişiyim.
3. Pek çok duygusal çıkış ve inişlerim vardır.
4. Kolay sinirlenirim, küçük şeyler bile beni çileden çıkarır.
5. Hemen her zaman endişeliyimdir.
6. Sakin tabiatta bir kişiyim.

EK- 3**Mizaç ve Karakter Envanteri****(Türkçe TCI)**

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

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece 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.

ÖRNEK;**DOĞRU YANLIŞ**

Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum. D Y

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

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen bütünüyle yanıtta emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

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

Copyright © 1987, 1992 C.
R. Cloninger Türkçe TCI ©
2001 Samet Köse, Kemal
Sayar

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

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile,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 inciten kimselerden 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 karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim. | D | Y |
| 11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum. | D | Y |
| 12. Başkaları endişelenecek birşey olmadığını düşünse 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 herşeyi 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 serbest hissederim.	D	Y
25. Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım	D	Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş.”yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru”yolları tercih ederim.	D	Y
30. Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31. Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33. Düşmanlarımla acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir	D	Y
34. Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.	D	Y
36. Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı.	D	Y
37. Genellikle o kadar kararlıyımdır ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38. Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeye hayran olurum.	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. Gevşemekteyken, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.	D	Y
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56. Bazen neler olacağımı 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 aldırmaaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y

- | | | |
|---|---|---|
| 66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim. | D | Y |
| 67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım. | D | Y |
| 68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım. | D | Y |
| 69. Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem. | D | Y |
| 70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım. | D | Y |
| 71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum. | D | Y |
| 72. Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz. | D | Y |
| 73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar. | D | Y |
| 74. Çoğu 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 hissedirim. | D | Y |
| 78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım. | D | Y |
| 79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider | D | Y |
| 80. Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm. | D | Y |
| 81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir. | D | Y |
| 82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu 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 hissedirim. | 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. Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımcı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir. | D | Y |
| 91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim. | D | Y |
| 92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme,destek ya da güvenceye gereksinim duyarım. | D | Y |
| 93. Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin 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 aramak 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 eğip bükmeyi 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 kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan 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 gibiyim ve anımda kaybolurum.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amaçla ve önem olduğuna inanıyorum.	D	Y

127. Başkalarıyla olabildiğince işbirliği 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, tanıdık olmayan 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 nadiren sözettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yaptış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın,		

akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarımdan 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 kapıldığımdan, arkadaşlarım herşeyin yolunda gideceğini söylese bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y
150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürtüştçe 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 sıkılgan değilimdir.	D	Y
158. Çoğu kez arkadaşlarımdan arzularına boyun eğirim.	D	Y
159. Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümde daha uzun sürerse, çoğu 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 yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175. Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.	D	Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan 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 ile muamele görmelidir.	D	Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.	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 olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum. D Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım. D Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım. D Y
193. Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir. D Y
194. Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu. D Y
195. İçinde, ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anlarım oldu. D Y
196. İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır. D Y
197. Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür. 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. Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca birşeylerle "meşgul" kalabilirim. 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 öyle kolayca kurtulamam. D Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir. D Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir. D Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm. D Y
208. Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım. D Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla

tanıştığımnda güvenli ve rahat olacağımı düşündürüm.	D	Y
210. İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.	D	Y
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağanüstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.	D	Y
216. Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşündür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle 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 düşündür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaları 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 olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşündürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünürlü 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 arkadaşını 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 gülvenli ve enerjik hissederim. | D | Y |
| 237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, her şeyi okumaktan hoşlanırım. | D | Y |
| 238. Yeni bir şeyler olmadığında, 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 |

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

EPİLEPSİ HASTALARINDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE İLİŞKİLİ ETMENLER

Dr. Esra YAZICI

Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi :02.06.2005

Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi : 15.01.2010

Uzmanlık Sınavı Tarihi : 15.01.2010

Tez Danışmanı : Prof.Dr.Nazan AYDIN

Jüri üyesi : Prof. Dr. İsmet KIRPINAR

Jüri üyesi : Prof.Dr.Nazan AYDIN

Jüri üyesi : Doç. Dr. Hüseyin TAN

Jüri üyesi : Doç.Dr.Hızır ULVİ

Jüri üyesi : Yrd.Doç.Dr.Elif ORAL

Prof. Dr. İsmet KIRPINAR
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkanı

Ocak-2010
ERZURUM