

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF.DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
9. Psikiyatri Birimi
Başhekim: Doç.Dr. Erhan KURT
Klinik Şefi: Doç.Dr. Hüsnü ERKMEN**

**KONVERSİYON BOZUKLUĞUNDA MİZAÇ VE
KARAKTER ÖZELLİKLERİNİN DÜRTÜSELLİK
VE ÖFKE İFADE BİÇİMİYLE İLİŞKİSİ**

Dr. Yelda YENİLMEZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Evrim ERTEN

İSTANBUL - 2011

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI: DR. YELDA YENİLMEZ

UZMANLIK DALI: PSİKİYATRİ

TEZİN ADI: KONVERSİYON BOZUKLUĞUNDA MIZAÇ VE KARAKTER
ÖZELLİKLERİNİN ÖFKE İFADE BİÇİMİ VE DÜRTÜSELLİKLE İLİŞKİSİ

1-Sayfa Sayısı:	: 80
2-Tablo Sayısı	: 11
3-Şekil Sayısı:	: 3
4-İstatistik Sayısı:	: 8
5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu	: 142
6-Yazı Tertibi	: BAŞARILI
7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet	: BAŞARILI
8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu	: BAŞARILI
9-Orijinal Olup Olmadığı	: ORJİNAL

SONUÇ: BAŞARILI

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye

Doç. Dr. Hüsnü ERKMEN
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Klinik Şefi
Sicil No: 18482

Üye

Doç. Dr. İ. Ömer SAATÇIOĞLU
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Klinik Şef V.
Sicil No: 34518

Üye

Doç. Dr. Murat ERKİRAN
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Eğitim Koordinatörü
Sicil No: 59221



I.ÖNSÖZ

Sayın Başhekimim Doç.Dr. Erhan Kurt'a;

Psikiyatri asistanlığım süresince bilgi birikimi ve manevi desteğiyle hep yanımda olan değerli Klinik Şefim Doç.Dr. Hüsnü Erkmen başta olmak üzere, Klinik şef yardımcısı ve uzmanlarıma;

Rotasyonlarım sırasında kendilerinden çok şey öğrendiğim başta I. Psikiyatri Klinik Şefi Dr. Nihat Alpay olmak üzere Uzm. Dr. Ali Rıza Çeliker, Uzm.Dr. Ahmet Türkcan, Doç.Dr. Defne Tamar Gürol, Uzm.Dr. Özden Şükran Üneri ile I. Nöroloji Klinik Şefi Doç.Dr. Baki Arpacı, tüm klinik şef, şef yardımcıları ve uzmanlarına;

İlk asistanlık yıllarımda kendisinden çok şey öğrendiğim, bir süre klinik şefim de olan Doç.Dr. Esat Timuçin Oral'a;

Tezimdeki yardımlarının dışında, birlikte çalıştığım sürede mesleki bilgi ve manevi desteği ile hep yanımda olan, tanımaktan büyük mutluluk duyduğum sevgili tez danışmanım Uzm.Dr. Evrim Erten'e;

Tezim süresince desteğini gördüğüm sevgili Uzm. Dr. Müberra Kılıç'a, Uzm. Psk. Tuğçe Aytemiz'e, Dr. O. Okan Demirci'ye, istatistikte yardımlarını esirgemeyen sevgili Psk. Doğan Yılmaz ve Psk. M. Fatih Şiraz'a, Bakırköy'de olmayı daha da anlamlı ve güzel kılan sevgili dostlarım Dr. Özlem Arslan, Dr. Sera Yiğiter, Dr. Nilay Deniz ve Dr. Müge Ülkü'ye;

Birlikte çalıştığım tüm hemşire, personel ve sekreter arkadaşlarıma;

Kendilerinden çok şeyler öğrendiğim hastalarım;

Yıllar önce aramızdan ayrılmış olsa da manevi olarak hep yanımda hissettiğim, varlığını özlediğim canım babama, her zorluğumda yanımda olan ve iyi ki de vardınız dediğim canım anneme, kardeşlerim Yusuf ve Yücel'e;

Sonsuz ve en içten teşekkürlerimle.

II. İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
I. ÖNSÖZ	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET	IV
IV. ABSTRACT	VI
V. KISALTMALAR	VIII
VI. TABLO LİSTESİ	IX
VII. ŞEKİL LİSTESİ	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tarihçe	4
2.2. KONVERSİYON BOZUKLUĞU SIKLIĞI	5
2.3. KONVERSİYON BOZUKLUĞU VE TANI ÖLÇÜTLERİ	6
2.4. KONVERSİYON BOZUKLUĞU ETİYOLOJİSİ	7
2.4.1. Psikoanalitik Kuram:	7
2.4.2. İletişim olarak konversiyon:	8
2.4.3. Kişiler arası manipülasyon:	8
2.4.4. Öğrenilmiş Davranış:	9
2.4.5. Nöropsikolojik Hipotez:	9
2.5. GİDİŞ VE TEDAVİ	10
2.5.1. Konversiyon Bozukluğunun Gidişi:	10
2.5.2. Konversiyon Bozukluğunun Tedavisi:	10
2.6. MİZAÇ, KARAKTER VE KİŞİLİK	11
2.6.1. Konversiyon bozukluğunun mizaç ve karakter özellikleri ile ilişkisi:	13
2.7. ÖFKE VE ÖFKE İFADE BİÇİMİ	14
2.8. DÜRTÜSELLİK	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Örneklem ve Kontrol Grubu	19

3.2. YÖNTEM.....	20
3.3. GEREÇLER	20
3.4. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME.....	22
4. BULGULAR	23
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE İLGİLİ DAĞILIMLAR.....	23
4.2. HASTA GRUBUNUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ.....	24
4.3. Hasta ve kontrol gruplarının ANKSİYETE, DEPRESYON, SÜREKLİ ÖFKE- ÖFKE TARZI VE BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	28
4.3.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Hamilton Depresyon Ölçeği Ve Hamilton Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	28
4.3.2. Hasta ve Kontrol Gruplarının Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeğinden (SÖÖTÖ) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	28
4.3.3. Hasta ve Kontrol Gruplarının Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden (BDÖ-11) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	29
4.3.4. Hasta ve Kontrol Gruplarının Mizaç Karakter Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	30
4.4. Konversiyon bozukluğu, Konversiyon bozukluğu + majör depresyon ve kontrol gruplarının ANKSİYETE, SÜREKLİ ÖFKE- ÖFKE TARZI VE BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	33
4.4.1. Konversiyon, Konversiyon+Depresyon ve Kontrol Gruplarının Hamilton Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	33
4.4.2. Konversiyon, Konversiyon+Depresyon ve Kontrol Gruplarının Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeğinden (SÖÖTÖ) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	34
4.4.3. Konversiyon, Konversiyon+Depresyon ve Kontrol Gruplarının Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden (BDÖ-11) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	35
4.4.4. Konversiyon, Konversiyon+Depresyon ve Kontrol Gruplarının Mizaç Karakter Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	36
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ	51
7. KAYNAKLAR.....	53
8. EKLER	63

III. ÖZET

Konversiyon Bozukluğunda Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Dürtüsellik ve Öfke İfade Biçimiyle İlişkisi

Dr.Yelda YENİLMEZ

Amaç: Çalışmamızın amacı konversiyon bozukluğu tanısı almış hastaların mizaç-karakter özellikleri ile öfke ifade tarzı ve dürtüsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışmaya Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Ayaktan Tedavi Ünitesinde veya Nevroz biriminde takip edilen, DSM-IV tanı ölçütlerine göre konversiyon bozukluğu tanısı konulmuş 58 hasta ile kontrol grubunu oluşturan eğitim, yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 57 sağlıklı kişi olmak üzere toplam 115 kişi dahil edilmiştir. Hasta gruplarına yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), kontrol grubuna ise SCID-I/NP uygulanarak psikiyatrik bozukluk olmadığı doğrulanmıştır.

Çalışmaya alınan kişilerin tümüne sosyodemografik veri formu, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, mizaç-karakter özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory), Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği (The State Trait Anger Scale) ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (Barratt Impulsiveness Scale-11) uygulanmıştır.

Bulgular: Konversiyon bozukluğu grubunun mizaç özellikleri açısından daha çok yenilik arayışı içinde olduğu, daha çok zarardan kaçındığı, daha çok ödül bağımlısı olduğu, buna karşılık daha az sebatkar olduğu bulunmuştur. Karakter özellikleri açısından ise; konversiyon bozukluğu olan hastaların yüksek düzeyde kendini aşmaları olduğu; ancak kendini yönetme ve işbirliği yapmada yetersiz oldukları bulunmuştur.

Kontrol grubuna göre konversiyon bozukluğu olan grubun sürekli öfkelerinin, ie yönelik ve dışa yönelik öfkelerinin fazla olduğu bulunurken; öfke kontrolünde ise anlamlı olarak güçlük yaşadıkları bulunmuştur.

Çalışmamızda konversiyon bozukluğu olan grupta, dürtüsellik açısından değerlendirildiğinde daha fazla dikkatsel dürtüsellik, plansızlık dürtüselliiği gösterdiği, BDÖ-11 toplam puanlarının da belirgin olarak yüksek olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Konversiyon bozukluğu hastaları mizaç ve karakter özellikleri açısından, öfke yaşantısında zorluk gösteren, dürtüsel yapı açısından belirgin zorlukları olan hastalardır. Bu açıdan da daha geniş örneklemlili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: konversiyon bozukluğu, mizaç, öfke, dürtüsellik

IV. ABSTRACT

The Relationships between Temperament and Personality Traits with Impulsivity and Anger Expression style in Conversion Disorder

Dr. Yelda YENİLMEZ

Objective: The aim of the present study is to examine the relationship of temperament-character traits with anger expression styles and impulsiveness in patients with conversion disorder.

Method: Clinical group of the study sample consisted of 58 patients with Conversion Disorder diagnosis according to DSM-IV criteria who were admitted to and followed by the outpatient psychiatry unit or psychotherapy unit of Bakırköy State Training and Research Hospital for Mental Health and Neurological Disorders. Control group who consisted of individuals without any psychiatric diagnosis were matched to the clinical group in terms of education level, age and sex. A total of 115 individuals participated to the present study. Structured Clinical Interview for DSM I (SCID-I) was administered to the patients with a diagnosis and also absence of psychiatric diagnosis was verified by administration of SCID-I/NP to the control group.

All the participants of the study were evaluated with sociodemographic information form, Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale, Temperament and Character Inventory, The State Trait Anger Scale and Barratt Impulsiveness Scale-11.

Results: The present study revealed that conversion disorder group had more novelty seeking behavior, avoided harm more and were more reward dependent however they scored lower in persistence. In terms of character traits, conversion disorder patients had higher scores on self-transcendence yet scored lower on self-directedness and cooperativeness compared to the participants in the control group.

Also the findings of the present study showed that conversion disorder group had higher levels of trait anger, anger in and anger out. Moreover results revealed that conversion disorder group had significant difficulty in anger management.

According to the findings of the present study conversion disorder group demonstrate more attentional and nonplanning impulsiveness compared to the control group and their total scores of BIS-11 are specifically high.

Conclusion: Conversion disorder patients have significant difficulty in anger management in terms of temperament and character traits and also impulsiveness. Further studies with a bigger sample size are needed.

Keywords: conversion disorder, temperament, anger, impulsiveness

V. KISALTMALAR

BDÖ-11	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği
HAÖ	: Hamilton Anksiyete Ölçeği
HDÖ	: Hamilton Depresyon Ölçeği
MKE	: Mizaç Karakter Envanteri
SCID-I	: Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders
SCID-I/NP	: Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders: research version: Non-patient edition
SÖÖTÖ	: Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği
TMS	: The Temperament Measurement Schedule
TPQ	: Tridimensional Personality Questionnaire

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	24
Tablo 2: Hasta Grubunun Klinik Özellikleri:	25
Tablo 3: Hasta Grubu Duygusal Şiddet Algısının İlk Olay Ve Son Olay Duygusal Şiddet Algısının karşılaştırılması	27
Tablo 4: Hasta ve Kontrol Gruplarının Hamilton Depresyon Ölçeği Ve Hamilton Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	28
Tablo 5: Hasta ve Kontrol Gruplarının Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeğinden (SÖÖTÖ) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	29
Tablo 6: Hasta ve Kontrol Gruplarının Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden (BDÖ-11) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	29
Tablo 7: Hasta ve Kontrol Gruplarının Mizaç Karakter Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	31
Tablo 8: Konversiyon ve Konversiyon+Depresyon Gruplarının Hamilton Anksiyete Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	33
Tablo 9: Konversiyon, Konversiyon+Depresyon, Kontrol Gruplarının Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeğinden (SÖÖTÖ) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	34
Tablo 10: Konversiyon, Konversiyon+Depresyon, Kontrol Gruplarının Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden (BDÖ-11) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	35
Tablo 11: Konversiyon, Konversiyon+Depresyon ve Kontrol Grubunun Mizaç Karakter Envanterinden Aldıkları Puan Açısından Karşılaştırılması.....	40

VII. ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1: Son Bir Aydaki Konversif Semptom Sıklığı.....	26
Şekil 2: Baskın Konversif Semptom Tipi.....	26
Şekil 3: Semptomlara Karşı Aile Tutumu	27

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Konversiyon bozukluğu, ruhsal bir çatışma ya da gereksinmenin doğrudan anlatımı yerine, bilinen bir nörolojik ya da genel tıbbi durumla açıklanamayan bedensel işlev kayıpları ya da değişiklikleri için kullanılan adlandırma (1).

Fenichel, konversiyonu egonun denetleme yeteneğini birdenbire kaybetmesi ve istem dışı bedensel deşarj olarak tanımlar (2).

Somatoform bozukluklar kümesinden bir bozukluk olan konversiyon bozukluğu motor, duyu, daha nadir olarak da bilinç alanlarında sinir dizgesinde işlev bozukluklarıyla giden bir bozukluktur. Kişinin çözemediği intrapsişik çatışmalarını bu çatışmanın dinamikleriyle de bağlantılı olarak bir organda işlev bozukluğu veya kaybı şeklinde bilinç üstüne atmasıyla oluşur (3).

Konversiyon bozukluğu her yaşta görülebmesine rağmen 15-35 yaş aralığı en sık görülen yaş grubudur. Konversiyon bozukluğunun karşılaşıma sıklığı doğu toplumlarında batı toplumlarından daha yüksek olduğu bilinmektedir (4).

Konversiyon bozukluğunun dünya genelinde yaşam boyu prevalansı 11/100.000 -300/100.000 arasında değişmektedir. Ruh sağlığı kliniklerine ayaktan tedavi için başvuranların %1 ile %3'ünde konversiyon bozukluğu olduğu bildirilmiştir (5).

Konversiyonla ilgili psikanalitik görüşler buna bir hastalık olmaktan çok bir savunma düzeneği şeklinde yaklaşır. Freud'a göre genellikle cinsel ya da saldırgan içerikli bir dürtü süperego tarafından bilince çıkması engellenince bedenin bir işleviyle sembolize edilir ve o işlevin bozukluğu kaybı şeklinde bilince çıkar. Bu olay konversiyonun savunma düzeneği ile oluşur. Bu savunma düzeneği Freud'a göre konversiyonun psikodinamiğini açıklar.

Kernberg; Freud'un oedipus karmaşası, kastrasyon anksiyetesi ve penis kıskançlığı üzerine odaklandığını, daha sonra Marmor'un konversiyonda oral saplanmaların önemini belirterek hem oral dönem özellikleri hem de kadınsı özelliklerle

olan oral saldırganlık, bağımlılık ve edilgenliğin konversiyonun psikodinamiğindeki önemini vurguladığını belirtmiştir (6).

Mizaç (huy, temperament), karakter (character) ve kişilik (personality) birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç emosyonel uyarılara doğuştan yapısal olarak belli bir şekilde otomatik tepki gösterme eğilimi; karakter ise bireyin göreceli olarak değişmeyen, nesnel olarak gözlenebilen davranışları ve öznel olarak bildirilen iç deneyimleri olarak tanımlanmaktadır. Karakter, bireyin yaşam tarzı veya davranış şekli olarak çevresi ile karşılıklı ilişkileri devam ettirmek için bilinçli veya bilinç dışı geliştirdiği tepki ve yanıt davranışlarını da içerir. Kişilik ise; yapısal kurama göre, genetik olarak gelen mizaç ile sonradan elde edilmiş karakterin zekâ ile birleşmesi sonucu meydana gelmektedir (7).

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, genel bir psikobiyolojik kuram geliştirmiştir. 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 öğrenmesi ile kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu (kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma) içermektedir (8).

Krishnakumar ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada konversiyon bozukluğu olan çocukların, kontrol grubuna göre duyarlılık eşiğinin düşük olduğu ve bu çocukların çevresel değişikliklere karşı daha duyarlı olduğu saptanmış. Duygusallık boyutundaki düşük skorun, konversiyon bozukluğu olan çocukların baskın negatif ruh halini (kızgın, öfkeli, hoşnutsuz ya da huzursuz) gösterdiği ve bu çocukların meşgul olmaları gereken görevlerini tamamlamak için ciddi çaba harcamadıkları (düşük sebat) saptanmış. Bu çalışmada elde edilen bulgular karakteristik mizaca sahip çocukların strese maruz kaldıkları zaman konversiyon bozukluğu geliştirdiğini göstermektedir (9).

Öfke, insanın mutluluk, üzüntü, korku ve nefret gibi temel duygularından birisidir. Bireyin planları, istek ve ihtiyaçları engellendiğinde, haksızlık, adaletsizlik ve kendi benliğine yönelik bir tehdit algılandığında yaşanabilmektedir.

Bir çalışmada güvensiz bağlanması olan kadınlarda kişilik özelliklerinin konversiyonla birleştiğinde öfke ve öfke ifade tarzını etkilediği, ie dönük öfkenin artabileceği saptanmıştır (10).

Literatür taramasında (pubmed, medline) konversiyon bozukluğunda dürtüsellik i araştıran bir çalışmaya rastlanamadı.

Stresli yaşam olayları karşısında bazı insanların konversiyon bozukluğu geliştirirken bazı insanların ise konversiyon bozukluğu geliştirmemesi, kişiler arasındaki mizaç ve karakter özelliklerinin farklı olabileceği düşüncesini uyandırmıştır. Ayrıca, konversiyon bozukluğu geliştiren insanların öfke ifade ediş tarzlarının da farklı olabileceği düşünülmüştür. Bu fikirden yola çıkararak daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan sağlıklı kontroller ile konversiyon bozukluğu olan hastaların mizaç ve karakter özellikleri, öfke ifade biçimleri ve drtselliklerini karşılaştırmak amacıyla bu çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TARİHÇE

Konversiyon bozukluğunun ilk tanımlamaları M.Ö. 1900 yıllarına kadar uzanmaktadır. Somatizasyon bozukluğu, Konversiyon Bozukluğu ve Dissosiyatif bozukluk kavramı geçmişte histeri olarak adlandırılmaktaydı. Histeri sözcüğü Latince uterus anlamına gelen 'hysteria'dan köken almıştır (11). O yıllarda Mısırlı hekimler konversiyon bozukluğundaki çoğul semptomları uterusun vücutta dolaşmasına bağlamışlardır. Hipokrat (MÖ. 480-375) bu hastalığın kadınlara özgü bir hastalık olduğunu düşünüyordu. Birçok hastasında, kutsal hastalığın 'epilepsi' değil 'histeri' olduğunu, fakat konvulsif histeriyi epilepsiden ayırmanın güç olduğunu saptamıştır. Orta çağda ise konversiyon bozukluğundaki semptomlar daha çok doğüstü ve dini yorumlarla açıklanarak, bu tablonun şeytana veya kötü ruhlara bağlı olarak geliştiğine inanılıyordu (12).

17.yy'da histerinin uterusla ilişkili bir bozukluk olmadığı düşünölmeye başlandı. Willis (1621-1675), histerinin beyinden kaynaklanan bir bozukluk olduğunu öne sürmüştür. Sydenham (1624-1689), histerinin emosyonel kökenini tanımış ve psikolojik bir hastalık olarak modern histeri kavramını geliştirmiş, histeriyi kadınlarda görölen fiziksel ve ruhsal belirtilerle giden bir rahatsızlık olarak tanımlamıştır (13).

İlk defa Briquet histeriyi bir sendrom olarak tanımlamıştır. Hastalığın çoğul semptomlu ve kronik gidişli yönü üzerinde durmuştur. Briquet hastalığın yapısal yatkınlık zemininde beynin aşırı strese maruz kalması nedeniyle oluştuğunu savunmuş ve bugünkü konversiyon kavramının kökenini oluşturmuştur. Jean-Martin Charcot (1825-1893) ve arkadaşları histeriye yatkın kişilerde histeri semptomlarını üreten güçlü emosyonların olduğunu savunmuştur. Bu inancı kolay etkilenen kişilerde, histeriye benzer semptomlar ortaya çıkarılabileceği gözlemine dayanıyordu. Charcot, telkinle semptomların oluşabileceğini göstermiş, ancak histeriyi herediter dejeneratif bir hastalık olarak görmüştür. Charcot 'Histerik nöbet' veya 'histero epilepsi' terimlerini kullanmış,

histeriyi konvulsif olan ve konvulsif olmayan şekilde iki tipe ayırmıştır. Pierre Janet (1859-1947), histerili hastalarda bilinç alanında daralma olduğundan bahsetmiş ve bunun da telkine yatkınlık ve hastalık semptomlarından sorumlu olabileceğini belirtmiştir (14).

Breuer histerili bayan bir hastanın hipnotik trans halindeyken, eski travmatik yaşantılarına ilişkin anılarını canlandırmış ve bu anıların histerik semptomlarla doğrudan veya nedensel olarak bağlantılı olduğunu savunmuştur. Bu anıların ve taşıdıkları duyguların ifade edilmesinin semptomların kaybolmasına neden olduğunu belirtmiştir (15).

Sigmund Freud ilk kez konversiyon terimini bastırılmış düşüncelerin yerini alan bedensel belirtiler için kullanmıştır. Bu görüşe göre bilinçdışı bir güdülenme ile kişi çatışmasının yarattığı kaygıdan kurtulmak için intrapsişik çatışmayı fiziksel bir belirtiye dönüştürür (16,17).

Fenichel ise, konversiyon belirtilerini egonun devinimini denetleme yeteneğini aniden kaybetmesi ve istem dışı bedensel deşarj oluşumu ile açıklamıştır (2).

2.2. KONVERSİYON BOZUKLUĞU SIKLIĞI

Konversiyon bozukluğu her yaşta görülebilmesine karşın 15-35 yaş aralığı en sık görülen yaş grubudur (4). Konversiyon bozukluğunun toplam insidansı genel popülasyonda 2,5-500/100.000 ve hastaneye yatırılan bireyler arasında 20-120/100.000 olarak tahmin edilmektedir (18). Konversiyon bozukluğunun ülkemizde görülme oranı %4.5-32 olarak bulunmuştur (19,20). Konversiyon bozukluğu kültürel farklılıklardan etkilenmektedir. Karşılaşılma sıklığının doğu toplumlarında ve kırsal alanda yaşayanlarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (4).

Batı ülkelerinde çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğuna nadiren rastlanmaktadır. Ülkemizde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen psikiyatrisi polikliniğinde bu oran % 2-3 (21), Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ergen Psikiyatrisinde %3.3 olarak bildirilmiştir (22).

Konversiyon bozukluğunda ergenlik öncesi cinsiyet farklılığı yoktur. Ergenlik sonrasında ise kadınlarda 2-19 kat daha sık görüldüğü belirtilmiştir (19,23,24). Rosenbaum, kadınlardaki psikojenik nöbetlerde öfke, korku ve çaresizliğin dışavurumunun ve bu affectlerdeki iletimin cinsel çatışma ve cinsel sembolizmden daha sık olduğunu belirtmiştir. Bennet ve Simon antik Yunanda zihin ve delilik adlı kitabında, histerideki ve özellikle histeroepilepsideki cinsel faktörlerin doğruluğunu kabul ederken baskıcı Yunan erkek toplumuna karşı kadınların öfkesini, kızgınlığını ve kısıtlamadan özgürleşmek için kadınların arzusunu vurgular (25).

Konversiyon bozukluğuna sıklıkla başka bir ruhsal bozukluk eşlik edebilir. Çalışmalar en sık eşlik eden bozukluğun duygudurum bozuklukları (%45-85) olduğunu ve en sık da majör depresif bozukluğun eşlik ettiğini (%17-29) göstermektedir (23,26).

2.3. KONVERSİYON BOZUKLUĞU VE TANI ÖLÇÜTLERİ

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Versiyonunda (DSM-IV-TR) Konversiyon Bozukluğu; bilinen nörolojik ya da tıbbi bir hastalıkla açıklanmayan bir ya da birden fazla nörolojik semptomla belirli olan bir bozukluk olarak tanımlanır. Ayrıca tanı konulabilmesi için söz konusu semptomların başlamasına ya da alevlenmesine neden olan psikolojik etkenlerin bulunması gerektiği üzerinde durur. DSM-IV-TR, konversiyon bozukluğu tanısını, istemli motor ya da duyuşal işlevleri etkileyen semptomlarla, yani nörolojik semptomlarla sınırlı tutar.

DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

a) İstemli motor ya da duyuşal işlevlerini etkileyen nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumu düşündüren semptom ya da defisitler.

b) Bu semptom ya da defisite psikolojik etkenlerin eşlik ettiği yargısına varılır, söz konusu semptom ya da diğer stres etkenlerinin olduğunun gözlenmesiyle böyle bir yargıya ulaşılır.

c) Yapay bozuklukta ya da simülasyonda olduğu gibi bu semptomlar amaçlı olarak

ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır.

d) Bu semptomlar ya da defisitler nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumla ya da bir maddenin doğrudan etkileriyle ya da kültürel olarak uygun bulunan bir davranış ya da yaşantı olarak tam açıklanabiliyorsa konversiyon bozukluğu tanısı konmaz.

e) Bu sorun, belirgin bir sıkıntı doğurmasıyla; toplumsal, mesleki alanlarında işlevsellikte bozulmaya neden olmasıyla ve tıbbi değerlendirmeyi gerektirmesiyle klinik açıdan önemli olmaktadır.

f) Semptomlar ağrı ya da cinsel işlev bozukluğuyla sınırlı ve yalnızca somatizasyon bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkıyorsa ya da başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanabiliyorsa konversiyon bozukluğu tanısı konmaz.

Semptom ya da defisitini tipini belirtiniz

- 1. Motor semptom ya da defisit gösteren:** *Bu alt tip koordinasyon ya da denge bozukluğu, paralizya da lokalize güçsüzlük, yutma güçlüğü ya da boğazda yumru hissi, afoni ve üriner retansiyon gibi semptomları kapsar.*
- 2. Duyu semptomu ya da defisiti gösteren:** *Bu alt tip dokunma ya da ağrı duyusu kaybı, çift görme, körlük, sağırılık ve halüsinasyon gibi semptomları kapsar.*
- 3. Katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren:** *Bu alt tip istemli motor ya da duyu komponentleri olan katılmalar ya da konvülsiyonları kapsar.*
- 4. Karışık görünüm sergileyen:** *Birden fazla kategorinin semptomları varsa bu alt tip kullanılır.*

2.4. KONVERSİYON BOZUKLUĞU ETİYOLOJİSİ

2.4.1. Psikoanalitik Kuram:

Psikoanalitik kurama göre, konversiyon bozukluğunda bir dürtü ile bunun dışı vurulmasıyla ilgili yasaklar arasında bir çatışma doğunca bilinçdışı çatışmanın doğurduğu anksiyete fizik semptomlara dönüştürülür yani konverte edilir. Bu yolla semptomlar yasak dürtünün kısmen ifade edilmesini sağlarken bir yandan da bunları

yeterince gizlemiş olur. Bu semptomlar hastayı kabul edilebilir olmayan dürtüleriyle bilinç düzeyinde karşı karşıya gelmekten korur (27).

Kernberg, Freud'un oedipus karmaşası kastrasyon anksiyetesi ve penis kıskançlığı üzerine odaklandığını daha sonra Marmor'un konversiyonda oral sapmaların önemini belirterek hem oral dönem özellikleri hem de kadınsı özellikle olan saldırganlık, bağımlılık ve edilgenliğin konversiyonun psikodinamiğindeki önemini vurguladığını belirtmiştir (6).

Konversiyon bozukluğu geleneksel psikodinamik açıklamaya göre bilinçdışı bir çatışmaya çözüm sağlayan bir semptomdur. Çatışma, süperego tarafından yasaklanan öfke ya da cinsellik gibi içgüdüsel dürtüler arasında meydana gelir. Semptomun, çatışmanın sembolü olduğu düşünülür. Konversiyon semptomları, psikodinamik olarak kaybedilen nesne ile özdeşleşme olarak da yorumlanabilir (16).

2.4.2. İletişim olarak konversiyon:

Konversiyon doğrudan sözel iletişimin bloke olduğu zamanlarda, pandomim veya taklit üzerinden bir iletişim türü olarak, yasak duygu ve düşünceleri ifade etmek için bir araç olabilir. Örneğin Hollender'in öne sürdüğü bazı kültüre bağlı sendromlar, kültürün sözel olarak ifade edilmesine izin verilmediği hiddet ve öfke ifadesinin bir temsilidir (16).

Yoğun duyguların doğrudan ifadesinin bir kadına uygun olmayan davranış şekli olduğu inancı, kadınlar arasında konversiyon semptomlarının daha yaygın olmasının sebebi olarak düşünülmektedir (28).

2.4.3. Kişiler arası manipülasyon:

Konversiyon bozukluğu belki de hasta rolü oynamanın kabul edilebilir bir anlamı olarak kullanılabilir. Birey böylece sorumluluklar ya da tehlike durumlardan kaçınır ve sıklıkla diğerlerinin davranışını kontrol ya da manipüle eder (29-31).

2.4.4. Öğrenilmiş Davranış:

Klasik koşullanma paradigmaları da, konversiyon bozukluğu için olası bir açıklama öne sürmektedir. Yetişkinlikte bazı durumlarda baş etme aracı olarak kullanılan hastalığın semptomları çocuklukta öğrenilmiştir (32,33).

2.4.5. Nöropsikolojik Hipotez:

Artan veriler konversiyon bozukluğu semptomlarının gelişiminde biyolojik ve nöropsikolojik faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir. Ön beyin görüntüleme çalışmalarında dominant hemisfer hipometabolizması, non dominant hemisfer hipermetabolizması ve bozulmuş hemisferik iletişim gözlenmiştir. Serebral korteks ve beyin sapı retiküler formasyonu arasındaki negatif feedback döngülerinin başlaması ile oluşan aşırı kortikal uyarılma bu semptomların sebebi olabilir. Yükselmiş kortikofugal çıktılar hastanın bedensel duyularının farkında olmasını inhibe etmektedir. Bu inhibisyon konversiyon bozukluğu olan bazı hastalarda gözlenen duyumusal defisitleri açıklamaktadır (34).

Whitlock ve Ludwig, konversiyon bozukluğunu açıklarlarken bunun gelen uyarının kortikal inhibisyon mekanizması olduğunu öne sürmektedirler (35,36).

Konversiyon bozukluğu olan hastaların nöropsikolojik testlerinde, yüksek edilgenlik, artmış bağımlılık, hastalarda sözlü iletişimde, vijilansa, yakın bellek ve vijlans-dikkat bozukluğu bulunmaktadır (37).

Flor-Henry ve arkadaşları, Halstead-Reitan nöropsikolojik test bataryasından elde edilen ampirik verileri kullanarak, sözel ifadeden yoksun düşüncenin temsili, konversiyon fenomeni ile somutlaşmış olabileceğini öne sürmüşlerdir. Multiple konversiyon bozukluğu olan hastalardan elde edilen datalar, nispeten dominant hemisferde daha fazla olmak üzere her iki serebral hemisferdeki bozukluğu göstermektedir (38).

Beyin görüntüleme alanında bildirilen ilk bulgular sol hemiparezi tarzında konversiyon belirtileri olan bir hastada saptanan beyin etkinlik değişiklikleridir. Bu hastada hemiparezik beden yarısını hareket ettirme çabası ile birlikte sağ primer motor

kortekste bir etkinlik artışı görülmemiş, ancak sağ orbitofrontal ve ön singulat bölgelerde etkinlik artışı saptanmıştır (39). Spence ve arkadaşları işlevsel beyin görüntüleme çalışmalarında hemiparezi belirtileri ile giden konversiyon bozukluğu hastalarında azalmış sol dorsolateral prefrontal korteks etkinliği saptamışlardır (40). Bir başka çalışmada duyuusal-motor kayıpları olan konversiyon bozukluğu hastalarında, belirtilerin olduğu beden yarısının karşı tarafında talamus, putamen ve kaudatta bölgesel beyin kan akımının azaldığı saptanmıştır. Araştırmacılar belirtilerin düzelmesi ile birlikte beyin kan akımı bulgularının da düzeldiğini bildirmektedirler (41). Bir diğer olgu sunumunda konversiyon bozukluğu belirtileri taşıyan bir hastada sağ paryetal lob enfarktının eşlik ettiği bildirilmiştir (42).

2.5. GİDİŞ VE TEDAVİ

2.5.1. Konversiyon Bozukluğunun Gidişi:

Konversiyon bozukluğu olan hastaların hemen hemen %90'ıyla %100'ünün başlangıç semptomları birkaç gün içinde ya da bir aydan daha kısa bir süre içinde yatıştır. Hastaların %75'inin başka bir epizodu görülmezken geriye kalan %25'inin stres dönemlerinde yeni epizodları ortaya çıkar. Rekürrens sıktır. Olguların dörtte biriyle beşte birinde rekürrens 1 yıl içinde ortaya çıkar ve tek bir rekürrens daha sonra da epizodların ortaya çıkacağı öngörülmesini sağlar. İyi prognoza eşlik eden faktörler; akut başlangıç, başlangıçta tanımlanan stresör varlığı, hastalık öncesi uyumun iyi olması, zekanın ortalamanın üzerinde olması, başlangıç ve tedavinin başlanması arasında kısa bir sürenin olması sayılabilir. Paralizi, afoni, körlük iyi prognoz gösterirken, tremor ve nöbetlerin prognozunun kötü olduğu belirtilmektedir (27).

2.5.2. Konversiyon Bozukluğunun Tedavisi:

Konversiyon bozukluğunda semptomlar, genellikle kendiliğinden düzelir. İlgörü yönelimli destekleyici veya davranışçı terapiler bu süreci hızlandırabilir. Hipnoz, anksiyolitikler, davranışçı relaksasyon egzersizleri de bazı vakalarda etkilidir. Konversiyon bozukluğu olan hastalar ne kadar uzun süre hasta rolünde kalır ve daha fazla regresyona uğrarsa tedavileri o kadar zorlaşır (43).

2.6. MİZAÇ, KARAKTER VE KİŞİLİK

Mizaç (huy, temperament), karakter (character) ve kişilik (personality) birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç emosyonel uyarılara doğuştan yapısal olarak belli bir şekilde otomatik tepki gösterme eğilimi; karakter ise bireyin göreceli olarak değişmeyen, nesnel olarak gözlenebilen davranışları ve öznel olarak bildirilen iç deneyimleri olarak tanımlanmaktadır. Karakter, bireyin yaşam tarzı veya davranış şekli olarak çevresi ile karşılıklı ilişkileri devam ettirmek için bilinçli veya bilinç dışı geliştirdiği tepki ve yanıt davranışlarını da içerir. Kişilik ise; yapısal kurama göre, genetik olarak gelen mizaç ile sonradan elde edilmiş karakterin zekâ ile birleşmesi sonucu meydana gelmektedir (7).

Cloninger mizaç ve karakter konusunda en çok çalışma yapan kişilerden biridir. Cloninger ve arkadaşları kişilik modeline boyutsal biyopsikolojik yaklaşımı geliştirerek kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakteri incelemiştir (44-46). Cloninger, mizaç ve karakter üzerine psikobiyolojik bir model geliştirmeye çalışmış ve belirli birincil ulakların ve bunlarla ilgili genlerin özgün mizaç özellikleri ile bağlantısı olduğunu savunmuştur. Cloninger'e göre bir kişinin tehlikelere, yeni gelişmelere ve ödüllendirilmelere otomatik olarak vereceği yanıt mizaç özellikleri ile doğuştan gelmektedir. Bu özellikler kişinin yaşamının ilk yıllarında belirginleşmekte ve yaşam boyu değişmeden kalmaktadır. Mizaç özellikleri sırasıyla korku, öfke, bağlanma ve hükmetme şeklindeki temel emosyonlarla ilişkilidir. Mizaç emosyon ve öğrenme sisteminde ön özellikler oluşturmakta, bu durum da sonuçta emosyonlara dayanan otomatik davranışları, yani alışkanlıkları üretmektedir. Bu modele uygun olacak şekilde geliştirdiği ilk ölçek olan 'Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği'nde (Tridimensional Personality Questionnaire; TPQ) birbirinden genetik olarak bağımsız ve her biri farklı birincil ulak sistemi tarafından düzenlenen üç farklı mizaç özelliği tanımlamaktadır. Buna göre yenilik arayışı (novelty seeking), dopaminerjik; zarardan kaçınma (harm avoidance), serotonerjik; ödül bağımlılığı (reward dependence), noradrenerjik dizge tarafından denetlenmektedir (44).

Cloninger, başlangıçta ödül bağımlılığının bir alt grubu olarak düşündüğü sebat etmeyi (persistence), daha sonra ödül bağımlılığının diğer alt başlıkları ile bağlantılı olmadığını görünce, dördüncü mizaç grubu haline getirmiştir (45). Cloninger'e göre bu

dört mizaç özelliği birbirinden genetik olarak bağımsızdır, yaşamın erken dönemlerinde şekillenir ve kişiliğin biyolojik temelini oluşturur.

Cloninger 'kişilik' tanımlaması yerine bu kavramın psikodinamik formülasyonlarda sıkça kullanılan şeklini, yani 'karakter'i ele almıştır, mizacın aksine 'karakterin' kalıtsal yönü daha azdır. Belirgin biçimde sosyal öğrenme, kültür ve bireye özgü yaşam olaylarından etkilenmekte, yaşla birlikte olgunlaşmaktadır. Olgun kişiliği tanımlayacak olan üç karakter özelliği kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma olarak tanımlanmaktadır. Bu karakter özellikleri yaşla birlikte artış göstermekte, kişisel ve sosyal etkinliği belirlemekte, zorlayıcı yaşam olayı karşısında kişiyi güçlü kılmaktadır.

Cloninger bu dört mizaç boyutundan oluşan özgün modelin kişilik özelliklerini yeterince açıklamadığını gözlemleyerek ölçeğe üç karakter boyutunu: kendini yönetme (self directedness), işbirliği yapma (cooperativeness), kendini aşma (self-transcendence) eklemiştir.

Bu şekli ile ölçeğin ismini 'Mizaç ve Karakter Envanteri' (MKE, Temperament and Character Inventory) olarak değiştirmiştir (45). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (47).

Cloninger'in Mizaç ve Karakter Envanteri; Yenilik Arayışı (YA), Zarardan kaçınma (ZK), Ödül Bağımlılığı (ÖB) ve Sebat Etme (SE)'den oluşan dört boyutlu bir mizaç bileşenini; kendini yönetme (KY), işbirliği yapma (İY) ve kendini aşmadan (KA) oluşan üç boyutlu bir karakter bileşenini içermektedir. YA 4 alt-boyuttan (YA1; keşfetmekten heyecan duyma ya da heyecan arama-kayıtsız katılık hali, YA2; dürtüsellik-iyice düşünme, YA3; savurganlık-tutumluluk ve YA4; düzensizlik-düzenlilik) oluşur. ZK da 4 alt-boyuttan oluşur (ZK1; beklenti endişesi ve karamsarlık-sınırsız iyimserlik, ZK2; belirsizlik korkuları, ZK3; utangaçlık-neşeli dışa dönüklük, ZK4; kolay yorulma-dinçlik). ÖB ise 3 alt-boyuttan oluşur. (ÖB1; duygusallık, ÖB2; bağlanma- kopma, ÖB3; bağımlılık-bağımsızlık). SE ise yalnız 1 alt-boyuttan oluşmaktadır. KY, 5 alt-boyuttan oluşur (KY1; sorumluluk alma-suçlama, KY2; amaçlılık-amaçsızlık, KY3; beceriklilik, KY4; kendini kabul-kendisiyle çekişme, KY5; uyumlu mizaç-olumsuz alışkanlıklar). İY de 5 alt-boyuttan oluşmaktadır (İY1; sosyal kabullenme-sosyal hoşgörüsüzlük, İY2; empati-sosyal kayıtsızlık, İY3; yardımseverlik-

yardım sevmeme, İY4; merhametlilik-intikamcılık, İY5; ilkeli olma ya da vicdanlılık-kendine çıkar sağlama). KA ise 3 (KA1; kendinden geçme-kendilik bilincinde yaşama, KA2; kişiler ötesi özdeşim-kendi kendine ayırma, KA3; manevi kabul-akılcı maddecilik) alt-boyuta ait alt ölçekten oluşmaktadır. Alt boyut puanlarının toplanmasıyla, ilgili boyutun toplam puanı ele edilmektedir.

2.6.1. Konversiyon bozukluğunun mizaç ve karakter özellikleri ile ilişkisi:

Krishnakumar ve arkadaşlarının ‘ The Temperament Measurement Schedule (TMS)’ ölçeğini kullanarak yaptıkları bir çalışmada konversiyon bozukluğu olan çocukların kontrol grubuna nazaran duyarlılık eşiklerinin daha düşük, çevresel değişikliklere karşı duyarlılıklarının ise daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca, konversiyon bozukluğu olan çocuklar duygusallık boyutundan düşük puan almakla birlikte bu çocukların olumsuz ruh hali (kızgın, öfkeli, hoşnutsuz ya da huzursuz) ve görevlerini tamamlarken düşük sebatkarlık gösterdikleri bulunmuştur (9).

Stresli yaşam deneyimleri olan her çocukta konversiyon bozukluğu gelişmez. Yapılan çalışmalara göre, çocuklardaki kolay mizaç özellikleri, ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasını engelleyen koruyucu bir faktörken, zor mizaç özellikleri çocuklardaki davranış problemlerinin ortaya çıkmasında yatkınlık etkeni olabilmektedir (48).

Malhotra ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, duygusal rahatsızlıkları olan çocukların, olumsuz ruh hali gösteren normal çocuklara göre duygusallık boyutundan anlamlı düzeyde düşük puan aldığı saptanmıştır. Ayrıca, düşük zeka düzeyinin eşlik ettiği davranış problemleri, davranış bozukluğu ve somatizasyonun mizaç özelliklerinden duygusallık, enerji ve distraktibilite ile ilişkili olduğu bulunmuştur (49). Hindistan’ın güney kesiminde yapılmış olan bir başka çalışmada ise konversiyon bozukluğu olan çocukların mizaç özellikleri arasında düşük düzeyde aktivite, düşük duygusallık, düşük ritmiklik ve düşük distraktibilite olduğu bulunmuştur (50).

Yapılan bir başka çalışmaya göre ise, genetik olmayan ve çevreyle belirlenen karakter özelliklerinin dissosiyasyonla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada, her iki cinsiyette görülen düşük düzeyde kendini yönetme ve yüksek düzeyde kendini aşma

boyutlarının dissosiyasyonun belirleyicileri olduğu saptanmıştır (51).

Kişilik boyutunun, depresyon için bir risk faktörü olduğu göz önüne alınmalıdır. Hur ve Kim yaptıkları bir çalışmada, majör depresif bozukluğu olan hastalar ve normal grup arasında agresyon, dürtüsellik, umutsuzluk, mizaç ve karakter özelliklerinin karşılaştırmışlardır. Çalışmanın sonuçlarına göre, majör depresif bozukluğu olan hastalar normal gruptaki kişilere göre saldırganlık ölçeğinin öfke ve düşmanlık, Beck umutsuzluk ölçeği, Barratt dürtüsellik ölçeğinin motor dürtüsellik ve mizaç karakter envanterinin zarardan kaçınma alt boyutlarından yüksek puan almışlardır. Bununla birlikte majör depresif bozukluğu olan hastalar normal gruptaki kişilere göre ödöl bağımlılığı bölümü bağlanma ve bağımlılık alt boyutlarından, yenilik arayışı bölümünde keşfetmekten heyecan duyma alt boyutundan, kendini yönetme bölümünün hemen hemen tüm alt boyutlarından, işbirliği yapma bölümünden, kendini aşma bölümünde yer alan manevi kabullenme alt boyutundan daha düşük puan almıştır. Bununla birlikte majör depresif bozukluğu olan hastalarda Beck umutsuzluk ölçeği ile zarardan kaçınma, Barratt Dürtüsellik Ölçeği ile yenilik arayışı arasında pozitif yönde, Beck umutsuzluk ölçeği ile kendini yönetme, zarardan kaçınma ile kendini yönetme arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur (52).

Yapılan birçok çalışmada sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında unipolar depresyon grubunda zarardan kaçınma ortalama puanlarının daha yüksek, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (53-56).

Birçok çalışmada MKE'de yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetme skorlarının depresyona eğilimin güçlü öngörücülerini olduğu bildirilmiştir (57-59).

2.7. ÖFKE VE ÖFKE İFADE BİÇİMİ

Öfke, insanın mutluluk üzüntü korku ve nefret gibi temel duygularından birisidir. Bireyin planları, istek ve ihtiyaçları engellendiğinde; haksızlık adaletsizlik ve kendi benliğine yönelik bir tehdit algıladığında yaşanabilmektedir.

Öfke kısa süreli ve orta yoğunlukta ortaya çıktığında yararlı iken sürekli ya da şiddetli olduğunda yıkıcı olabilen bir duygudur (60). Öfke açık bir şekilde gösterildiğinde ve bu durum başkalarının olumsuz olarak değerlendirildiğinde

kişide düşük benlik saygısına, kişilerarası ve aile içi çatışmalara, sözel ve fiziksel saldırılara ve iş yaşamında uyumsuzluklara neden olabilir (61).

Biaggio, öfkeyi gerçek veya hayali bir engellenme, tehdit ya da haksızlığa uğrama karşısında oluşan bilişlerle ilgili ve kişiyi rahatsız edici uyarıcıları ortadan kaldırmaya yönelten güçlü bir duygu olarak yorumlamıştır (62).

Kennedy'e göre öfke; kişinin kendisine yönelen bir tehlike nedeniyle karşısındakini uarması sonucu ortaya çıkan bir yaşantıdır (63). Öfke, Spielberg ve arkadaşları tarafından basit bir sinirlilik veya kızgınlık halinden yoğun hiddet durumuna göre değişen dereceli bir duygusal durum olarak tanımlanmıştır (64).

Öfkenin, ifade edilmesi hedefe ve duruma göre değişir. Bazen kısa süreli orta şiddette kişiye faydalı; bazen ise çok şiddetli yoğun sürekli ve zarar verici olabilmektedir (65).

Öfke; fiziksel ve sözel saldırganlık olarak iki şekilde ifade edilebilir. Sözel saldırganlık dışa vurulmuş öfke olarak tanımlanırken, fiziksel saldırganlık karşıdaki kişiye veya objeye zarar vermeyi amaçlayan motor bir davranıştır (66).

Öfkenin bastırılması var olan enerjinin içe döndürülmesidir (61). İçe yönelmiş öfkenin fiziksel sağlıkla doğrudan ilişkili ve sağlığı olumsuz yönde etkileyen bir faktör olduğu belirtilmiştir (67,68). İfade edilmeyen ve içte tutulan öfkenin şiddetli bir içsel stres yarattığı ve bunu yaşayan kişilerin başağrısı gibi somatik yakınmaları olduğu bildirilmiştir (69).

Bir çalışmada güvensiz bağlanması olan kadınlarda kişilik özelliklerinin konversiyonla birleştiğinde öfke ve öfke ifade tarzını etkilediği, içe dönük öfkenin artabileceği saptanmış (10).

Öfke somatizasyonda önemli bir rol oynamaktadır (70,71). Öfkenin bastırılması ve somatik semptomlar arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalar yapılmıştır. Somatizasyonla bağlantılandırılan yükselmiş sempatik sinir sistemi aktivitesi, öfke bastırılması aracılığı ile harekete geçmektedir (72). Yapılan bir klinik çalışmada öfkesini tutma davranışı gösteren depresif kadınlarda öfke ya da kızgınlığını gösteren diğerlerine göre somatik semptomlar gösterme eğiliminde olmaktadır (73).

Hwa-byung, Kore kültürüne özgü bir öfke sendromudur. Bu sendrom, epigastrik şişkinlik hissi, sıcak basması, palpasyon, dispne, yorgunluk, disfori ve ölüm korkusu gibi duygusal semptomlarla karakterizedir. Tüm bu semptomlar öfkenin bastırılmasına dikkat çekmektedir (70,74-77).

Depresif bozukluğu olan hastaların anksiyete ve somatoform bozukluğu olan hastalara göre daha fazla öfke deneyimi yaşadıkları bulunmuştur (78). Depresif bozukluğu olan hastaların, anksiyete bozukluğu (79) olan hastalar ve sağlıklı gönüllülerle (80) karşılaştırıldığında daha fazla öfke atakları olduğu saptanmıştır.

Depresif bozukluğu olan hastaların öfkelerini gösterme düzeyi nörovasküler, kardiorespiratuar ve gastrointestinal sistem ile ilişkili olan somatik semptomlarla anlamlı düzeyde ilişkilidir. Ancak bu hastaların öfkeyi bastırma düzeyi herhangi bir özel organ ile ilişkili olan somatik semptomlarla anlamlı düzeyde ilişkili çıkmamıştır (81).

Öfkenin dışa yansıtılması kişilerarası çatışmalara, negatif benlik algısına, benlik saygısında düşmeye neden olabilir. Öfkenin dışa vurumunun kabul edilmediği durumlarda bastırıldığı ve depresyon veya anksiyete duygularıyla yer değiştirildiği belirtilmiştir (82).

Agresyonun, depresyonu açıklayan olası psikolojik değişkenlerden biri olduğu öne sürülmektedir (83). Fava, ayaktan tedavi edilen majör depresif bozukluk hastalarının %44' ünün öfke atakları belirttiğini bildirmiştir (84). Pasquini ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada sinirlilik ve saldırganlık gibi öfke ve düşmanlığın depresif hastalarda sıklıkla görüldüğünü belirtmişlerdir (85). Yapılan başka bir çalışmada deprese çocukların öfke ifade biçimi kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve deprese çocukların öfkelerini ifade etmekte ve kontrol etmekte zorlandıkları saptanmış (86).

2.8. DÜRTÜSELLİK

Dürtüsellik istemli olarak verilen cevabı erteleme, ketleme güçlüğü, derinlemesine düşünme eksikliği, dikkat sorunları ve kısa yanıt eşiği gibi bilişsel ve davranışsal süreçleri kapsar (87). Başka bir ifadeyle dürtüsellik, ortama uygun olmayan veya aşırı riskli, olgunlaşmamış, iyi planlanmamış ve çoğunlukla istenmeyen sonuçlara yol açan çeşitli davranışları içerir (88).

Dürtüsellik tek bir hareket değil, davranış örüntüsünün bir parçası bir yatkınlıktır. Dürtüsellik çok sayıda psikiyatrik bozukluğun çekirdek belirtilerinden biridir (89). Dürtüsellüğün sonuçları arasında madde kötüye kullanımı (90,91), suisid davranışı (92-94), ve diğer davranış problemleri vardır.

Tepki ketleme/ yanıt engelleme, inhibisyon denetimi, risk alma karar verme dürtüsellikle ilgili olduğu düşünülen süreçlerdir (95,96). Dürtüsellik teriminin kapsadığı davranışların çeşitliliği dikkate alındığında, dürtüsellüğün tek birimli bir yapı olmayıp, birbirinden bağımsız biyolojik mekanizmalara sahip çeşitli görünümleri sınıflamak için kullanılan bir terim olduğu kabul edilebilir (97).

Dürtüsellikle ilgili yapılan beyin görüntüleme çalışmaları genellikle bozulmuş frontal lop aktivitesine odaklanırken, birlikte dorsolateralprefrontal korteks, orbitofrontal korteks, anterior singulat girus fonksiyon bozukluğu ve serotonerjik sistemdeki eksikliğinde dürtüsel davranışlarda etkin olduğu saptanmıştır (98,99). Bu alanın lezyonları dizihibe, saldırgan ve özkıyımaya yönelik davranışları ortaya çıkarır (100). Şiddet ve özkıyım davranışları arasında da nörobiyolojik açıdan benzer noktalar saptandığı belirtilmektedir (101). Genetik etkenlerin dürtüsellik, agresyon gibi kişilik özelliklerinin oluşumunda rol oynayarak özkıyım davranışına sebep olabilecekleri düşünülmektedir (102). Yapılan bir çalışma bize intihar riskinin en yüksek olduğu psikiyatrik bozukluklar grubunun depresyon olduğunu göstermektedir (103). Corruble ve arkadaşları yaptıkları çalışmada depresif dönemde dürtüsellüğün varlığından özellikle bu dönemdeki intihar riski ile dürtüsellüğün ilişkili olduğundan bahsetmektedirler (104). Yapılan bir çalışmada intiharı planladığı halde gerçekleştiremeyen grupta, planlamadan gerçekleştiren gruba göre daha az dürtüsel oldukları saptanmış (105).

Hur ve Kim'in yaptığı bir çalışmaya göre, öfke, düşmanlık, umutsuzluk ve motor dürtüsellik de içeren dürtüsellik majör depresif bozukluğu olan hastalarda anlamlı klinik özelliklerdir (52).

Dürtüsellik affektif bozuklukların klinik biyolojisinde merkezi bir role sahiptir. Dürtüsellik ve depresyon arasındaki ilişki, dürtüsellik maniyer ile olan ilişkisine nazaran daha az çalışılmıştır. Dürtüsellik kompleks yapısı, maniyer ve depresyon ile farklı şekilde ilişkili olmasına neden olmaktadır. Swann ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada BDÖ ölçeği kullanılarak ölçülen dürtüsellik, depresyon ve maniyerin ölçümleriyle farklı şekilde ilişkilidir. Toplam dürtüsellik ve dikkatsel dürtüsellik birbirini etkilemeden depresyon ve maniyer ile ilişkilidir. Motor dürtüsellik maniyer ile ilişkili iken plansızlık dürtüsellikinin depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Depresif semptomlar arasındaki umutsuzluk, anhedoni ve intihar eğilimi kuvvetli şekilde BDÖ skorları ile ilişkili bulunmuştur (106).

Dürtüsellik affektif semptomların mekanizması ve sonuçları ile ilişkilidir. BDÖ ile ölçülen dürtüsellik bir yönü plansızlık dürtüsellik ya da gelecek ile ilgili hislerin olmamasıdır (107). Dürtüsellik bu yönü depresyon ve umutsuzlukla ilişkili olabilir. Dürtüsellik aynı zamanda depresif durumun kendisinin bir parçasıdır (106).

Corruble ve arkadaşlarının BDÖ kullanılarak yaptıkları çalışmada depresif epizodu olan kişilerde yükselmiş dikkatsel, davranışsal ve plansızlık dürtüsellik tanımlanmıştır (108).

Metamfetamin kötüye kullanımı olan non bipolar kişiler arasında Beck depresyon ölçeğinde yüksek dürtüsellikte artma görülmüştür (109). Plansızlık dürtüsellik maniyerden daha çok depresyonla kuvvetli ilişki içindedir (106).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM VE KONTROL GRUBU

Çalışmaya Ekim 2010-Nisan 2011 tarihleri arasında hasta grubundan 52'si kadın 6'sı erkek olmak üzere 58 kişi, normal popülasyondan 53'ü kadın 4'ü erkek olmak üzere 57 kişi dahil edilmiştir.

Hasta Grubu: Tez çalışmasına Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Ayaktan Tedavi Ünitesinde veya Nevroz biriminde takip edilen, nörolojik ve diğer hastalıklar yönünden değerlendirilerek, organik etyolojiler dışlanan, DSM-IV tanı ölçütlerine göre konversiyon bozukluğu tanısı konulmuş hastalardan bilgilendirme metni okutulmuş, bilgilendirilmiş onayı alınmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden, ardışık 70 hasta alınmıştır, çalışma esnasında 12 hasta kendi isteği ile çalışmadan ayrılmıştır.

Kontrol Grubu: Yaş, cinsiyet ve eğitim durumları eşleştirilmiş, SCID-I/NP uygulanarak major psikiyatrik bozukluk saptanmamış olan 57 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Olma ve Olmama Kriterleri

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:

- 1-18-65 yaş arasında olma
- 2-DSM-IV-TR kriterlerine göre Konversiyon Bozukluğu tanısı almış olma
- 3-Çalışma tanımını ve prosedürlerin tam olarak açıklanmasının ardından yazılı onam alınmış olması

Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri:

- 1- Okuma yazma bilmeme
- 2- Mental retardasyonu olma
- 3- Demans ve diğer organik mental bozukluğun olması
- 4- 18 yaş altı ve 65 yaş üstünde olma

3.2. YÖNTEM

Hasta grubu halen Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Ayaktan Tedavi Ünitesinde veya Nevroz biriminde konversiyon bozukluğu tanısı ile takip edilen ve tedavinin farklı evrelerinde olan hastalardan oluşmuştur. Hastalara ve kontrol grubuna sosyodemografik veri formu, SCID-I, SCID-I/NP Mizaç ve Karakter Envanteri, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11) uygulanmıştır. Self rating ölçekler çalışmacının gözetiminde yanıtlanmıştır.

3.3. GEREÇLER

1) Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formunda cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, medeni hali, mesleği, çalışma durumu, kiminle yaşadığı, sosyoekonomik durumu, madde kullanımı, konversif semptomların öyküsü ve sıklığı, baskın konversif semptomların tipi, semptomlara karşı ailenin tutumu, fiziksel hastalık öyküsü ile ilgili seçenekler yer almıştır. Ayrıca ilk konversif atak öncesi ve son konversif atak öncesi stres faktörünün yarattığı duygusal şiddet hastalara sorulmuş ve 100 puan üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir.

2) SCID-I: Majör DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. SCID-I 'in Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (110).

3) SCID-I/NP: DSM III-R'de belirtilen psikiyatrik bozuklukları dışlamak amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir (111). Türkçe uyarlaması Soria ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (112).

4) Hamilton Depresyon Değerlendirme ölçeği: Hamilton tarafından 1960'ta yayımlanmıştır ve depresyonun şiddetini ölçmek için en yaygın olarak kullanılan yöntemlerdendir. Değerlendiriciler arasında güvenilirliğin daha yüksek olması amacıyla 1978'de Williams tarafından yapılandırılmış formu geliştirilmiştir (Hamilton Depresyon Ölçeği için Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği) (113). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (114).

5)MKE (Mizaç ve Karakter Envanteri): Cloninger'in kişilik kuramını temel olarak geliştirdiği MKE, dört mizaç: yenilik arayışı (novelty seeking), zarardan kaçınma (harm avoidance), ödül bağımlılığı (reward dependence), sebat etme (persistence) ve üç karakter: kendini yönetme (self-directedness), iş birliği yapma (cooperativeness), kendini aşma (selftranscendence) boyutu olan 7 faktörlü, 240 maddeden oluşan "doğru" ya da "yanlış" şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir (46). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (47).

Mizaç bölümü, yenilik arayışı (YA, toplam 40 madde): YA1- keşfetmekten heyecan duyma (11 madde), YA2- dürtüsellik (10 madde), YA3- savurganlık (9 madde), YA4- düzensizlik (10 madde); zarardan kaçınma (ZK, toplam 35 madde): ZK1- beklenti endişesi ve karamsarlık (11 madde), ZK2- belirsizlik korkusu (7 madde), ZK3- yabancılardan çekinme (8 madde), ZK4- çabuk yorulma ve dermansızlık (9 madde); ödül bağımlılığı (ÖB, toplam 24 madde): ÖB1- duygusallık (10 madde), ÖB2- bağlanma (8 madde), ÖB3- bağımlılık (6 madde) ve sebat etme (S, 8 madde) olarak ayrılmaktadır.

Karakter bölümü ise, kendini yönetme (KY, toplam 44 madde): KY1- sorumluluk alma (8 madde), KY2- amaçlılık (8 madde), KY3- beceriklilik (5 madde), KY4- kendini kabullenme (11 madde), KY5- uyumlu ikincil huylar (12 madde); işbirliği yapma (İY, toplam 42 madde): İY1- sosyal onaylama (8 madde), İY2- empati duyma (7 madde), İY3- yardımseverlik (8 madde), İY4- acıma (10 madde), İY5- erdemlilik, vicdanlılık (9 madde); kendini aşma (KA, toplam 33 madde): KA1- kendilik kaybı (11 madde), KA2- kişiler arası özdeşim (9 madde), KA3- manevi kabullenme (13 madde) olarak ayrılmaktadır.

6)Sürekli Öfke-Öfke ifade Tarzı Ölçeği (The State Trait Anger Scale): Spielberger tarafından geliştirilen durumluk-sürekli öfke ifade ölçeğinin ülkemizde sürekli öfke ve öfke ifade tarzı kısımlarının geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu ölçek 10 madde ile sürekli öfkeyi, 8'er madde ile de öfke içte, öfke-dışta ve öfke-kontrol olarak isimlendirilen içe döndürülen, dışa yansıtılan ve kontrol edilen öfkeyi ölçmektedir. Maddeler 1-4 arası puanlanmaktadır (115,116).

7) Barratt dürtüsellik ölçeği-11 (BDÖ-11): Barratt ve arkadaşları tarafından 1995'te geliştirilmiştir. Dürtüsellliği ölçmek için geliştirilmiş, 30 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyin kendisinden yanıt olarak 'nadiren/ hiçbir zaman', 'bazen', 'sıklıkla' ve 'hemen her zaman/her zaman' seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi

istenir. Faktör analiziyle 3 alt faktör elde edilmiştir: 1) Dikkatle ilişkili dürtüsellik, 2) Motor dürtüsellik, 3) Plansızlık dürtüsellik. Yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyini gösterir (107). Bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (117).

8)Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ): Hamilton tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır (118). Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (119).

3.4. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 16 for Windows kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Fisher Exact testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen bağımlı iki numerik veri karşılaştırılırken Wilcoxon işaretli sıra testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Post Hoc yöntemlerinden Bonferroni testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ ve $p < 0.01$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya Ekim 2010-Nisan 2011 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Ayaktan Tedavi Ünitesinde veya Nevroz biriminde konversiyon bozukluğu tanısı ile takip edilen 58 hasta ile daha önce psikiyatrik tanı almayan, yaş, cinsiyet ve sosyodemografik özellikler açısından hasta grubu ile uyumlu 57 sağlıklı gönüllü dahil edilerek her iki grupta mizaç ve karakter özellikleri, öfke ifade biçimi ve dürtüsellik araştırılmıştır.

4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE İLGİLİ DAĞILIMLAR

Yaş ortalamalarına göre hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Hasta grubunun yaş ortalaması 31.07 ± 9.54 iken kontrol grubunun yaş ortalaması 32.05 ± 9.63 'dir. Sosyodemografik değişkenlerden cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişiler ve alışkanlıklar açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

İş durumu açısından değerlendirildiğinde; iki grup açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.01$). Kontrol grubunda çalışanların oranı hasta grubuna göre yüksektir. Ekonomik durum açısından iki grup açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.01$). Bu farkı hasta grubunun gelir düzeyinin kontrol grubunun gelir düzeyinden yüksek olması ortaya koymaktadır. Çalışmaya katılanlara ait sosyodemografik veriler ve bu verilerin karşılaştırmaları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Hasta Grubu (N=58)		Kontrol Grubu (N=57)		
		Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	P
⁺ Yaş		19-55	31.07±9.54	19-56	32.05±9.63	0.536
		N	%	N	%	
⁺⁺ Cinsiyet	Kadın	52	89.7	53	93	0.743
	Erkek	6	10.3	4	7	
⁺⁺ Medeni Durum	Bekar	12	20.7	14	24.6	0.483
	Evli	43	74.1	37	64.9	
	Boşanmış/dul	3	5.2	6	10.5	
⁺⁺⁺ Çocuğu	Yok	18	31	17	29.8	0.888
	Var	40	69	40	70.2	
⁺⁺⁺ Eğitim Durumu	İlköğretim	32	55.2	30	52.6	0.890
	Ortaokul	14	24.1	16	28.1	
	Lise	12	20.7	11	19.3	
⁺⁺⁺ İş durumu	Çalışmıyor	42	72.4	27	47.4	0.006**
	Çalışıyor	16	27.6	30	52.6	
⁺⁺ Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	1	1.7	4	7	0.257
	Çekirdek aile	35	60.3	37	64.9	
	Geniş aile	22	37.9	16	28.1	
⁺⁺⁺ Ekonomik Düzey	0-1000	19	32.8	33	57.9	0.008**
	1000-2000	34	58.6	17	29.8	
	2000+	5	8.6	7	12.3	
⁺⁺ Alışkanlıklar	Yok	26	44.8	32	56.1	0.441
	Sigara	30	51.7	23	40.4	
	Sigara/Alkol	2	3.4	2	3.5	

⁺ Mann-Whitney U ⁺⁺ Fisher's Exact Ki-Kare ⁺⁺⁺ Ki-Kare ^{**} p<0.01

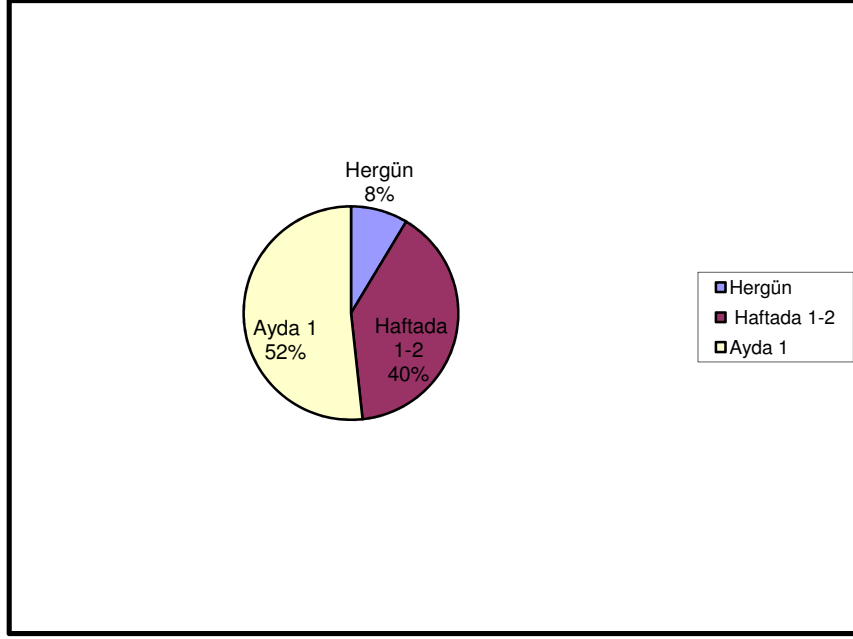
4.2. HASTA GRUBUNUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Hasta grubunun konversif semptom süreleri 1-180 ay arasında değişmekte olup ortalama 40.62±41.31'dir. İlk olayın duygusal şiddetini hastalar kendileri verdikleri puan üzerinden ortalama 86.90±15.32 olarak ve 50-100 puan arasında değerlendirmekteydi. Son olayın duygusal şiddetini ise ortalama 65.86±30.61 olarak ve 0-100 puan arasında değerlendirdiler. Hasta grubunun klinik verilerinin ortalama±standart sapma değerleri ve dağılımları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Hasta Grubunun Klinik Özellikleri:

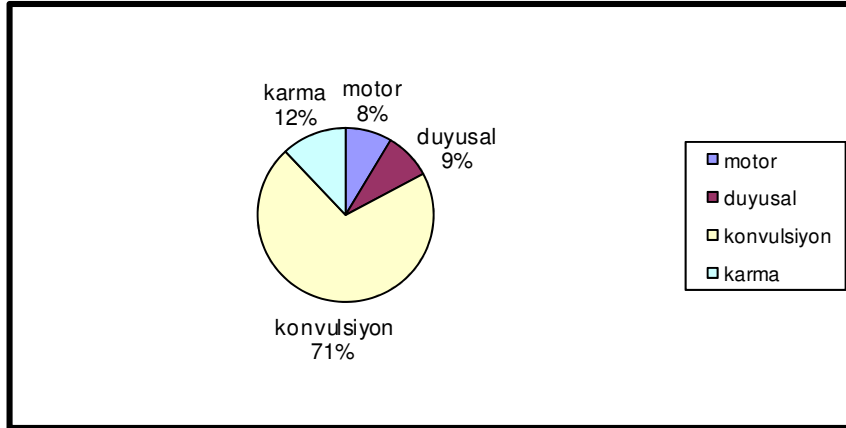
N=58		Min-Max	Ort±SS
Konversif Semptom Süresi (Ay)		1-180	40.62±41.31
İlk Olay Duygusal Şiddet		50-100	86.90±15.32
Son Olay Duygusal Şiddet		0-100	65.86±30.61
		N	%
Son Bir Aydaki Konversif Semptom Sıklığı	Hergün	5	8.6
	Haftada 1-2	23	39.7
	Ayda 1	30	51.7
Baskın Konversif Semptom Tipi	Motor	5	8.6
	Duyusal	5	8.6
	Konvulsiyon	41	70.7
	Karma	7	12.1
Hastalık Başlamadan Yaşam Olayı	Yok	-	-
	Var	58	100
Son Atak Öncesi Yaşam Olayı	Yok	8	13.8
	Var	50	86.2
Semptomlara Karşı Aile Tutumu	İlgili	31	53.4
	İlgisiz	14	24.1
	Kaygılı	8	13.8
	Sakin	3	5.2
Fiziksel Hastalık Öyküsü	Kızgın	2	3.4
	Yok	46	79.3
	Var	12	20.7
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Yok	38	65.5
	Var	20	34.5

Hastaların son 1 ay içindeki konversif semptom sıklığı değerlendirmesinde; %51'inin ayda 1 kez, %40'ının haftada 1-2 kez, %9'unun hergün konversif atak geçirdiği bulunmuştur. Hasta grubunun 1 aydaki konversif semptom sıklığı Şekil 1'de verilmiştir.



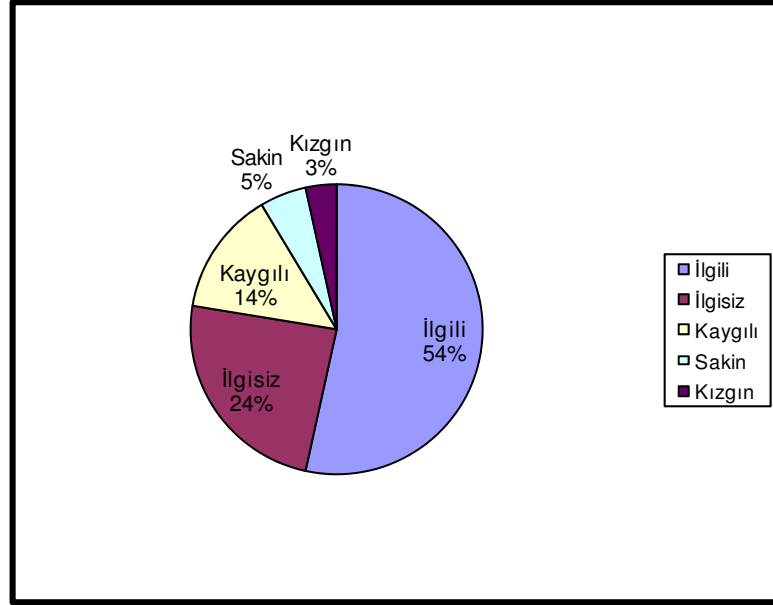
Şekil 1: Son Bir Aydaki Konversif Semptom Sıklığı

Hastaların baskın konversif semptom tipi değerlendirilmesinde; %70 oranında konvulsiyon, %12 oranında karma, %9'ar oranda ise duyusal tip olduğu bulunmuştur. Baskın konversif semptom tiplerinin dağılımı Şekil 2'de verilmiştir.



Şekil 2: Baskın Konversif Semptom Tipi

Hastaların semptomlarına karşı aile bireylerinin tutumunun değerlendirilmesinde; %54'ünün ilgili, %24'ünün ilgisiz, %14'ünün kaygılı, %5'inin sakin, %3'ünün kızgın olduğu bulunmuştur. Semptomlara karşı ailelerin tutumu Şekil 3'te verilmiştir.



Şekil 3: Semptomlara Karşı Aile Tutumu

Hasta grubu duygusal şiddet algısının ilk olaydaki ve son olaydaki duygusal şiddet algısı karşılaştırılmıştır. Bireylerin ilk olaydaki yaşadıkları duygusal şiddet algısının son olaydaki yaşadıkları duygusal şiddet algısından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p < 0.01$). Bu karşılaştırmaya dair veriler Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3: Hasta Grubu Duygusal Şiddet Algısının İlk Olay Ve Son Olay Duygusal Şiddet Algısının karşılaştırılması

N=58	İlk Olay duygusal Şiddet	Son Olay Duygusal Şiddet	z	P
	Ort±SS	Ort±SS		
Hasta Grubu Şiddet Algısı	86.90±15.32	65.86±30.61	-4.772	0.001**

Wilcoxon Test ** $p < 0.01$

4.3. HASTA VE KONTROL GRUPLARININ ANKSİYETE, DEPRESYON, SÜREKLİ ÖFKE- ÖFKE TARZI VE BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

4.3.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Hamilton Depresyon Ölçeği Ve Hamilton Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Hasta grubu ve kontrol grubu Hamilton Depresyon Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Ölçeği puanları istatistiksel anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($p<0.01$). Hasta grubunun ölçeklerden aldıkları puanlar kontrol grubundan yüksektir. Bu karşılaştırmaya ait değerler Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4: Hasta ve Kontrol Gruplarının Hamilton Depresyon Ölçeği Ve Hamilton Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=115	Hasta Grubu (N=58)	Kontrol Grubu (N=57)	z	p
	Ort±SS	Ort±SS		
Hamilton Depresyon Ölçeği	7.75±5.63	0.24±0.43	-8.838	0.001**
Hamilton Anksiyete Ölçeği	10.89±8.21	0.33±0.54	-9.104	0.001**

Mann-Whitney U ** $p<0.01$

4.3.2. Hasta ve Kontrol Gruplarının Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeğinden (SÖÖTÖ) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Hasta grubu ve kontrol grubu Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği alt ölçeklerinden Sürekli Öfke ($p<0.01$), Öfke İçte ($p<0.01$), Öfke Dışta ($p<0.05$), Öfke Kontrol ($p<0.05$) aldıkları puanlar istatistiksel anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Hasta grubunun Sürekli Öfke, Öfke İçte ve Öfke Dışta alt ölçeklerinden aldıkları puanlar kontrol grubundan yüksektir. Hasta grubunun Öfke Kontrol alt ölçeğinden aldıkları puanlar kontrol grubunun aldıkları puanlardan düşüktür. Bu karşılaştırmaya ait değerler Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5: Hasta ve Kontrol Gruplarının Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeğinden (SÖÖTÖ) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=115	Hasta Grubu (N=58)	Kontrol Grubu (N=57)	t	P
	Ort±SS	Ort±SS		
Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeğinden (SÖÖTÖ)				
Sürekli Öfke	26.86±7.12	22.15±6.43	3.715	0.001**
Öfke İçte	19.93±4.59	15.05±3.60	6.328	0.001**
Öfke Dışta	18.65±5.52	16.08±4.99	2.614	0.010*
Öfke Kontrol	18.29±4.65	20.29±4.39	-2.375	0.019*

Student t test * $p<0.05$, ** $p<0.01$

4.3.3. Hasta ve Kontrol Gruplarının Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden (BDÖ-11) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Hasta grubu ve kontrol grubu Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt ölçeklerinden Dikkatsel Dürtüsellik, Plansızlık Dürtüselligi bölümleri ve BDÖ-11 Toplam puanları istatistiksel anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($p<0.01$). Hasta grubunun Dikkatsel Dürtüsellik, Plansızlık Dürtüselligi alt ölçekleri ve BDÖ-11 Toplamından aldıkları puanlar kontrol grubundan yüksektir. Hasta grubu ve kontrol grubu Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt ölçeklerinden Devinimsel Dürtüsellik alt ölçeğinden aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya ait değerler Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6: Hasta ve Kontrol Gruplarının Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden (BDÖ-11) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=115	Hasta Grubu (N=58)	Kontrol Grubu (N=57)	t/z	P
	Ort±SS	Ort±SS		
Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11)				
⁺ Dikkatsel (konsantrasyon) Dürtüsellik	18.34±4.22	15.91±3.55	3.341 ^a	0.001**
⁺ Devinimsel (motor) Dürtüsellik	21.13±4.92	19.73±6.10	1.355 ^a	0.178
⁺⁺ Plansızlık (yönelim eksikliği) Dürtüselligi	28.24±4.88	24.35±4.57	-4.135 ^b	0.001**
⁺ BDÖ-11 Toplam	67.72±11.19	60.00±10.71	-3.779 ^a	0.001**

⁺Student t test ⁺⁺Mann-Whitney U, ^at değeri ^bz değeri, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

4.3.4. Hasta ve Kontrol Gruplarının Mizaç Karakter Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Hasta ve kontrol grubu Mizaç Karakter Envanteri ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından karşılaştırılmıştır. Hasta grubunun Yenilik Arayışı Bölümü Dürtüsellik-iyice düşünme alt ölçeğinden aldıkları puanların kontrol grubundan istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Diğer bileşenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Zarardan Kaçınma Bölümü ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında hasta grubunun alt ölçeklerden aldıkları puanlar kontrol grubunun aldıkları puanlardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.01$).

Ödül Bağımlılığı Bölümü ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında hasta grubunun Duygusallık alt ölçeğinden aldıkları puanlar kontrol grubunun aldıkları puanlardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Hasta grubunun diğer alt ölçeklerden aldıkları puanlar ile kontrol grubunun aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sebat Etme Alt Bölümünden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında hasta grubunun Sebat Etme alt bölümünden aldıkları puanlar kontrol grubunun aldıkları puanlardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Kendini Yönetme Alt Bölümü ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında hasta grubunun Kendini Yönetme alt bölümünden ve Sorumluluk alma-Kınama, Amaçlılık-Amaçsızlık, Beceriklilik, Aydınlanmış ikinci mizaç alt ölçeklerinden aldıkları puanlar kontrol grubunun aldıkları puanlardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Hasta grubu ve kontrol grubunun Kendini Kabullenme-Kendisiyle Çekişme alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

İşbirliği Yapma Alt Bölümü ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında hasta grubunun Sosyal Kabullenme-Sosyal Hoşgörüsüzlük alt ölçeğinden aldıkları puanlar kontrol grubunun aldıkları puanlardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hasta grubu ve kontrol grubunun Empati Duyma-Sosyal İlgisizlik, Yardımseverlik-Yardım sevmezlik, Acıma-İntikamcılık, Vicdanlılık-Yarar Sağlama alt ölçekleri ve İşbirliği Yapma Bölümünden

aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kendini Aşma Alt Bölümü ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında çalışma grubunun Kendini Kaybetme-Kendilik Bilincinde Yaşantı alt ölçeği ve Kendini Aşma Bölümünden aldıkları puanlar kontrol grubunun aldıkları puanlardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Hasta grubu ve kontrol grubunun Kişilerarası özdeşim-Kendi kendine ayrışma ve Manevi kabullenme-Akılcı maddecilik alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Tüm bu karşılaştırmalara dair veriler Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Hasta ve Kontrol Gruplarının Mizaç Karakter Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=115	Hasta	Kontrol		
	Grubu	Grubu		
	(N=58)	(N=57)		
Mizaç Karakter Envanteri	Ort±SS	Ort±SS	t/z	P
⁺ (YA)Yenilik arayışı	18.01±4.02	17.54±3.43	0.678 ^a	0.499
⁺ (YA1)Heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık	5.41±1.98	5.71±1.66	-0.894 ^a	0.373
⁺⁺ (YA2)Dürtüsellik-İyice düşünme	5.20±1.76	4.43±1.25	-2.644 ^b	0.008 ^{**}
⁺⁺ (YA3)Savurganlık-Tutumluluk	3.65±2.21	3.42±1.81	-0.382 ^b	0.702
⁺⁺ (YA4)Düzensizlik-Düzenlilik	3.74±1.56	3.96±1.68	-0.676 ^b	0.499
⁺ (ZK)Zarardan kaçınma	22.51±5.67	16.52±3.44	5.773 ^a	0.001 ^{**}
⁺ (ZK1)Endişe ve karamsarlık-İyimserlik	7.36±2.43	5.33±2.05	4.826 ^a	0.001 ^{**}
⁺⁺ (ZK2)Belirsizlik korkusu	5.37±1.36	4.40±1.54	-3.716 ^b	0.001 ^{**}
⁺⁺ (ZK3)Yabancılardan çekinme	4.41±1.96	3.03±1.88	-3.657 ^b	0.001 ^{**}
⁺ (ZK4)Yorulma ve dermansızlık	5.36±2.15	3.75±2.31	3.865 ^a	0.001 ^{**}
⁺ (ÖB)Ödül bağımlılığı	14.74±3.04	14.28±2.71	0.855 ^a	0.394
⁺⁺ (ÖB1)Duygusallık	8.18±1.51	7.43±1.74	-2.728 ^b	0.006 ^{**}
⁺⁺ (ÖB3)Bağlanma	4.17±1.61	4.56±1.51	-0.925 ^b	0.355
⁺ (ÖB4)Bağımlılık	2.37±1.49	2.28±1.33	0.373 ^a	0.710
⁺ (SE)Sebat etme	4.94±1.75	5.59±1.69	-2.014 ^a	0.046 [*]

Tablo 7: Hasta ve Kontrol Gruplarının Mizaç Karakter Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (Devam)

N=115	Hasta	Kontrol	t/z	P
	Grubu (N=58)	Grubu (N=57)		
Mizaç Karakter Envanteri	Ort±SS	Ort±SS		
+(KY)Kendini yönetme	21.12±6.25	29.03±5.88	-6.984 ^a	0.001 **
+(KY1)Sorumluluk alma-Kınama	2.91±1.98	5.12±2.13	-5.754 ^a	0.001 **
+(KY2)Amaçlılık-Amaçsızlık	4.10±1.79	6.19±1.52	-6.754 ^a	0.001 **
++(KY3)Beceriklilik	2.46±1.39	3.59±1.16	-4.388 ^b	0.001 **
+(KY4)Kendini kabullenme-Kendisiyle çekişme	4.89±2.48	5.71±1.99	-1.956 ^a	0.053
+(KY5)Aydınlanmış ikinci mizaç	6.74±1.88	8.40±1.85	-4.768 ^a	0.001 **
+(İY)İşbirliği yapma	27.24±6.49	28.52±4.95	-1.192 ^a	0.236
+(İY1)Sosyal kabullenme-Sosyal hoşgörüsüzlük	5.12±1.85	5.87±1.70	-2.278 ^a	0.025 *
++(İY2)Empati duyma-Sosyal ilgisizlik	4.17±1.29	4.08±1.35	-0.360 ^b	0.719
++(İY3)Yardımseverlik-Yardım sevmemezlük	4.67±1.39	4.75±1.21	-0.112 ^b	0.911
++(İY4)Acıma-İntikamcılık	6.98±3.13	7.54±2.48	-0.487 ^b	0.627
++(İY5)Vicdanlılık-Yarar sağlama	6.29±1.09	6.26±1.06	-0.206 ^b	0.837
+(KA)Kendini aşma	19.70±5.16	17.14±4.75	2.772 ^a	0.007 **
+(KA1)Kendini kaybetme-Kendilik bilincinde yaşantı	7.37±2.30	5.87±2.33	3.467 ^a	0.001 **
++(KA2)Kişilerarası özdeşim-Kendi kendine ayrışma	5.12±2.42	4.80±1.97	-0.836 ^b	0.403
+(KA3)Manevi kabullenme-Akılcı maddecilik	7.20±2.03	6.45±2.07	1.958 ^a	0.053

⁺Student t test ⁺⁺Mann-Whitney U, ^at değeri ^bz değeri, ^{**}p<0.01

Çalışmaya alınan konversiyon bozukluğu tanımlı hastaların değerlendirilmesinde, bu hastaların bir kısmında konversiyon bozukluğuna majör depresif bozukluğun da eşlik ettiği belirlendi. Bu nedenle hasta grubu konversiyon bozukluğu ve konversiyon bozukluğu+major depresyon olarak ikiye ayrıldı.

4.4. KONVERSİYON BOZUKLUĞU, KONVERSİYON BOZUKLUĞU + MAJÖR DEPRESYON VE KONTROL GRUPLARININ ANKSİYETE, SÜREKLİ ÖFKE- ÖFKE TARZI VE BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

4.4.1. Konversiyon, Konversiyon+Depresyon ve Kontrol Gruplarının Hamilton Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Konversiyon, konversiyon+depresyon ve kontrol grupları Hamilton anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırılmışlardır. Kruskal-Wallis'e göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti için ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu karşılaştırmalara göre konversiyon+depresyon grubu hem konversiyon hem de kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır ($p<0.01$). Bununla birlikte konversiyon grubunun aldığı puan da kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Bu karşılaştırmaya dair veriler Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Konversiyon ve Konversiyon+Depresyon Gruplarının Hamilton Anksiyete Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=115	Konversiyon (n=32)	Konversiyon +Depresyon (n=26)	Kontrol (n=57)	χ^2	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
+Hamilton Anksiyete Ölçeği	6.43±5.13	16.38±8.03	0.33±0.54	91.324	0.001**

*Student t test *p<0.05, **p<0.01*

4.4.2. Konversiyon, Konversiyon+Depresyon ve Kontrol Gruplarının Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeğinden (SÖÖTÖ) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Konversiyon, konversiyon+depresyon, kontrol gruplarının Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre sürekli öfke, öfke içte ($p<0.01$), öfke dışta ve öfke kontrol ($p<0.05$) alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Bonferroni çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Bu testin sonuçlarına göre kontrol grubunun sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışta ölçeklerinden aldığı puanlar konversiyon ve konversiyon+depresyon gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Konversiyon ve konversiyon+depresyon gruplarının sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışta ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Öfke kontrol ölçeğinde ise konversiyon grubu kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. Öfke kontrol ölçeğinden alınan puanlar açısından konversiyon+depresyon ile konversiyon grubu ve konversiyon+depresyon ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya dair veriler tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9: Konversiyon, Konversiyon+Depresyon, Kontrol Gruplarının Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeğinden (SÖÖTÖ) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:115	Konversiyon	Konversiyon	Kontrol	F	P
	(n=32)	+Depresyon (n=26)	(n=57)		
Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Sürekli Öfke	26.31±6.98	27.53±7.37	22.15±6.43	7.101	0.001**
Öfke İçte	19.81±4.03	20.07±5.27	15.05±3.60	19.985	0.001**
Öfke Dışta	19.03±5.64	18.19±5.44	16.08±4.99	3.578	0.031*
Öfke Kontrol	17.81±4.11	18.88±5.27	20.29±4.39	3.216	0.044*

Oneway ANOVA * $p<0.05$ ** $p<0.01$

4.4.3. Konversiyon, Konversiyon+Depresyon ve Kontrol Gruplarının Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden (BDÖ-11) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Konversiyon, konversiyon+depresyon, kontrol gruplarının Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre Dikkatsel (konsantrasyon) Dürtüsellik, Plansızlık (yönelim eksikliği) Dürtüselligi ve BDÖ-11 Toplam puan açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.01$).

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Bonferroni çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Bu testin sonuçlarına göre kontrol grubunun Dikkatsel (konsantrasyon) Dürtüsellik, Plansızlık (yönelim eksikliği) Dürtüselligi ve BDÖ-11 Toplam'dan aldığı puan konversiyon ve konversiyon+depresyon gruplarının aldığı puandan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Konversiyon ve konversiyon+depresyon gruplarının aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecece bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya dair veriler Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: Konversiyon, Konversiyon+Depresyon, Kontrol Gruplarının Barratt Dürtüsellik Ölçeğinden (BDÖ-11) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=115	Konversiyon	Konversiyon	Kontrol	F	p
	n (n=32)	+Depresyon (n=26)	(n=57)		
Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11)	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Dikkatsel (konsantrasyon) Dürtüsellik	18.12±4.17	18.61±4.34	15.91±2.55	5.657	0.005**
Devinimsel (motor) Dürtüsellik	20.68±5.06	21.69±4.79	19.76±6.10	1.148	0.321
Plansızlık (yönelim eksikliği) Dürtüselligi	27.87±4.52	28.69±5.25	24.35±4.57	9.961	0.001**
BDÖ-11 Toplam	66.68±11.00	69.00±11.49	60.00±10.71	7.437	0.001**

Oneway ANOVA ** $p<0.01$

4.4.4. Konversiyon, Konversiyon+Depresyon ve Kontrol Gruplarının Mizaç Karakter Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Konversiyon, konversiyon+depresyon ve kontrol grubu Mizaç Karakter Envanteri ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerinde Tek Yönlü Anova, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Kruskal Wallis analizleri uygulanmıştır.

Tek Yönlü Anova'ya göre Yenilik Arayışı Bölümünün Heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık, Savurganlık-Tutululuk savurganlık, Düzensizlik-Düzenlilik yenilik bileşenlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Normal dağılım göstermeyen dürtüsellik-iyice düşünme bileşeninde yapılan Kruskal Wallis analizine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark vardır ($p<0.05$).

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Mann-Whitney U analizi kullanılarak yapılan ikili karşılaştırmalarda konversiyon+depresyon grubunun dürtüsellik-iyice düşünme bileşeninde kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldığı bulunmuştur ($p<0.01$). Konversiyon+depresyon ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Zarardan Kaçınma Bölümü ve alt bileşenlerinden aldıkları puanlar açısından Konversiyon, konversiyon+depresyon, kontrol gruplarının karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerinde Tek Yönlü Anova, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Kruskal Wallis'e göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.01$).

Zarardan Kaçınma Bölümünde normal dağılan alt ölçeklerde farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Bonferroni çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Endişe ve karamsarlık-İyimserlik, Yabancılardan çekinme, Yorulma ve dermansızlık, Zarardan kaçınma değişkenlerinde hem konversiyon hem de konversiyon+depresyon grupları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır. Konversiyon ve konversiyon+depresyon grupları arasında alınan puanlar

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Zarardan Kaçınma Bölümünde normal dağılım göstermeyen belirsizlik korkusu alt ölçeğinde farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Mann-Whitney U analizi kullanılarak yapılan ikili karşılaştırmalarda hem konversiyon hem de konversiyon+depresyon gruplarının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldığı bulunmuştur ($p<0.01$). Konversiyon ve konversiyon+depresyon grupları arasında alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ödül Bağımlılığı Bölümü ve alt ölçeklerinde alınan puanlar açısından Konversiyon, konversiyon+depresyon, kontrol grupları karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre ödül bağımlılığı alt ölçeği duygusallık bileşeninden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark vardır ($p<0.05$).

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Bonferroni çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Buna göre konversiyon grubu duygusallık bileşeninde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır ($p<0.05$). Konversiyon ve konversiyon+depresyon grupları arasında alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). konversiyon+depresyon grubu ile kontrol grubu arasında da istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamaktadır.

Sebat Etme bölümünden alınan puanlar açısından Konversiyon, konversiyon+depresyon, kontrol grupları karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren bölümde yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre gruplar arasında alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

Sebat Etme bölümünde farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Bonferroni çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Bu testin sonuçlarına göre konversiyon+depresyon grubunun aldığı puan kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$). Konversiyon ve konversiyon+depresyon grupları arasında alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). konversiyon grubu ile kontrol grubu arasında da istatistiksel olarak anlamlı

derecede bir fark bulunmamaktadır.

Kendini Yönetme bölümü ve alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından konversiyon, konversiyon+depresyon, kontrol grupları karşılaştırılmıştır. Kendini kabullenme-kendisi ile çekişme alt ölçeği dışında kalan ölçeklerden normal dağılım gösterenlerde Tek Yönlü Anova, normal dağılım göstermeyenlerde Kruskal Wallis'e göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.01$).

Kendini Yönetme bölümü ve alt ölçeklerinden normal dağılımlarda farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Bonferroni çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Sorumluluk alma-kınama, aydınlanmış ikinci mizaç alt ölçeklerinde ve Kendi kendini yönetme toplam puanda kontrol grubu hem konversiyon hem de konversiyon+depresyon gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır ($p<0.01$). Konversiyon ve konversiyon+depresyon grupları arasında kendini yönetme toplamdan alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Amaçlılık-amaçsızlık alt ölçeğinde konversiyon+depresyon grubu hem konversiyon hem de kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır ($p<0.01$). Bu alt ölçekte konversiyon grubunun aldığı puan da kontrol grubundan aldığı puandan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.01$).

Kendini Yönetme bölümü ve alt ölçeklerinden normal dağılım göstermeyen beceriklilik altölçeğinde farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Mann-Whitney U analizi kullanılarak yapılan ikili karşılaştırmalarda kontrol grubunun hem konversiyon hem de konversiyon+depresyon gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldığı bulunmuştur ($p<0.01$). Konversiyon ve konversiyon+depresyon grupları arasında alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

İşbirliği Yapma bölümü ve alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından konversiyon, konversiyon+depresyon, kontrol grupları karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren alt ölçeklerde Tek Yönlü Anova, normal dağılım göstermeyen alt ölçeklerde Kruskal Wallis'e göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kendini Aşma bölümü ve alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından konversiyon, konversiyon+depresyon, kontrol grupları karşılaştırılmıştır. Tek Yönlü Anova'ya göre kendi kendine aşma toplam ($p<0.05$) ve kendini kaybetme-kendilik bilincinde yaşantı ($p<0.01$) alt ölçeklerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normal dağılan kendini aşma toplam ve kendini kaybetme-kendilik bilincinde yaşantı ölçeklerinde farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Bonferroni çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Kendini kaybetme-kendilik bilincinde yaşantı alt ölçeğinde kontrol grubu hem konversiyon ($p<0.01$) hem de konversiyon+depresyon ($p<0.05$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. Konversiyon ve konversiyon+depresyon grupları arasında alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kendini aşma toplam puanda konversiyon grubu kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır ($p<0.05$). Konversiyon ve konversiyon+depresyon grupları arasında alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). konversiyon+depresyon grubu ile kontrol grubu arasında da istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tüm bu karşılaştırmalara dair veriler Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11: Konversiyon, Konversiyon+Depresyon ve Kontrol Grubunun Mizaç Karakter Envanterinden Aldıkları Puan Açısından Karşılaştırılması

N=115	Konversiyon	Konversiyon	Kontrol (n=57)	F/ χ^2	P
	(n=32)	+Depresyon (n=26)			
Mizaç Karakter Envanteri	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
+ (YA)Yenilik arayışı	17.81±4.33	18.26±3.67	17.54±3.43	0.334 ^a	0.717
+ (YA1)Heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık	5.28±1.83	5.57±2.17	5.71±1.66	0.583 ^a	0.560
++(YA2)Dürtüsellik-İyice düşünme	5.15±1.88	5.26±1.63	4.43±1.25	7.390 ^b	0.025*
+ (YA3)Savurganlık-Tutulmuluk	3.65±2.25	3.65±2.20	3.42±1.80	0.191 ^a	0.826
+ (YA4)Düzensizlik-Düzenlilik	3.71±1.44	3.76±1.72	3.96±1.68	0.276 ^a	0.759
+ (ZK)Zarardan kaçınma	22.62±5.89	22.38±5.51	16.52±5.44	16.532 ^a	0.001**
+ (ZK1)Endişe ve karamsarlık-İyimserlik	7.12±2.61	7.65±2.20	5.33±2.05	12.017 ^a	0.001**
++(ZK2)Belirsizlik korkusu	5.40±1.58	5.34±1.05	4.40±1.54	14.142 ^b	0.002**
+ (ZK3)Yabancılardan çekinme	4.65±1.96	4.11±1.96	3.03±1.88	7.963 ^a	0.001**
+ (ZK4)Yorulma ve dermansızlık	5.43±2.13	5.26±2.21	3.75±2.30	7.450 ^a	0.001**
+ (ÖB1)Duygusalılık	8.37±1.47	7.96±1.56	7.43±1.74	3.502 ^a	0.033*
+ (ÖB3)Bağlanma	4.37±1.51	3.92±1.69	4.56±1.51	1.502 ^a	0.227
+ (ÖB4)Bağımlılık	2.31±1.49	2.46±1.52	2.28±1.33	0.148 ^a	0.863
+ (ÖB)Ödül bağımlılığı	15.06±2.79	14.34±3.34	14.28±2.71	0.806 ^a	0.449
+ (S)Sebat etme	5.28±1.87	4.53±1.52	5.59±1.69	3.407 ^a	0.037*

Tablo 11: Konversiyon, Konversiyon+Depresyon ve Kontrol Grubunun Mizaç Karakter Envanterinden Aldıkları Puan Açısından Karşılaştırılması (Devam)

+(KY)Kendini yönetme	22.56±6.38	19.34±5.71	29.03±5.88	27.127 ^a	0.001**
+ (KY1)Sorumluluk alma-Kanama	3.43±2.07	2.26±1.68	5.12±2.13	19.498 ^a	0.001**
+(KY2)Amaçlılık-Amaçsızlık	4.68±1.61	3.38±1.76	6.19±1.52	28.949 ^a	0.001**
++(KY3)Beceriklilik	2.68±1.30	2.19±1.47	3.59±1.16	20.557 ^b	0.001**
+(KY4)Kendini kabullenme-Kendisiyle çekişme	5.12±2.79	4.61±2.06	5.73±1.99	2.273 ^a	0.108
+ (KY5)Aydınlanmış ikinci mizaç	6.62±1.71	6.88±2.10	8.40±1.85	11.429 ^a	0.001**
+(İY)İşbirliği yapma	27.12±7.06	27.38±5.83	28.52±4.95	0.718 ^a	0.490
+(İY1)Sosyal kabullenme-Sosyal hoşgörüsüzlük	5.25±1.91	4.96±1.79	5.87±1.70	2.767 ^a	0.067
+(İY2)Empati duyma-Sosyal ilgisizlik	4.21±1.43	4.11±1.14	4.08±1.35	0.101 ^a	0.625
++(İY3)Yardımseverlik-Yardım sevmemezlik	4.53±1.520	4.84±1.22	4.75±1.21	0.734 ^b	0.693
++(İY4)Acıma-İntikamcılık	6.65±3.22	7.38±2.94	7.54±2.48	0.772 ^b	0.680
++(İY5)Vicdanlılık-Yarar sağlama	6.46±1.01	6.07±1.16	6.26±1.06	2.687 ^b	0.261
+(KA)Kendini aşma	19.90±5.25	19.46±5.13	17.14±4.75	3.869 ^a	0.024*
+(KA1)Kendini kaybetme-Kendilik bilincinde yaşantı	7.43±2.42	7.30±2.20	5.87±2.33	5.981 ^a	0.003**
++(KA2)Kişilerarası özdeşim-Kendi kendine ayrışma	5.28±2.20	4.92±2.69	4.80±1.97	0.964 ^b	0.618
+(KA3)Manevi kabullenme-Akılcı maddecilik	7.18±2.17	7.23±1.88	6.46±2.07	1.903 ^a	0.154

⁺Oneway ANOVA ⁺⁺Kruskall Wallis ^aF değeri ^bKi-Kare ^{**}p<0.01 ^{*}p<0.05

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada; Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Ayaktan Tedavi Ünitesinde veya Nevroz biriminde konversiyon bozukluğu tanısı ile takip edilen 58 hasta ile daha önce psikiyatrik tanı almayan, yaş ve sosyodemografik özellikler açısından hasta grubu ile uyumlu 57 sağlıklı gönüllü dahil edilerek her iki grupta mizaç ve karakter özellikleri, öfke ifade biçimi ve dürtüsellik araştırılmıştır.

Bu çalışmada; hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikler açısından benzer özellikler göstermesi, bize sağlıklı bir değerlendirme olanağı sunmuştur. Çalışmamızda konversiyon bozukluğu olan grupta hastaların yaklaşık %90'ı kadındı. Literatürde konversiyon bozukluğu olanlarda kadınların oranı % 87 - 97 arasında değişmektedir. Bu da bizim bulgularımızla uyumlu bulunmuştur (120-126).

Yine konversiyon bozukluğu her yaşta görülebilmekle birlikte en sık 15-35 yaş aralığında görülmektedir (4), bizim çalışmamızda yaş ortalaması 31.07 ± 9.54 olarak literatürle benzer bulunmuştur.

Eğitim durumuna bakıldığında konversiyon bozukluğu olan grubun %55.2'sinin ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Bu bulgu yine literatürdeki eğitim düzeyine benzerdir (19,20,127,128).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda konversiyon bozukluğu olan olgularda evlilik oranı %69.5-80 olarak (19,120), Amerika'da ve Hindistan'da yapılan çalışmalarda evlilik oranı %40.6- 60 olarak bildirilmiştir (4,129,130). Çalışmamızda konversiyon bozukluğu olan hastaların %74.1'i evliydi. Bu bulgu da ülkemizdeki yapılan çalışmalarla uyumluluk göstermektedir.

İş durumu açısından değerlendirildiğinde hasta grubunun %72.4'ünün çalışmadığı belirlenmiştir. Deveci ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %61.2'sinin (121), Gülseren ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastaların %76.4'ünün (19) ev

hanımı olduğu saptanmıştır. Lempert ve Schmidt'in çalışmasında ise hastaların %42'sinin işsiz olduğu saptanmıştır (131). Bu bulgumuz da literatür bulguları ile uyumluluk göstermektedir. Çalışmamızda kontrol grubunda çalışanların sayısı hasta grubuna kıyasla anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Kontrol grubunun, hasta grubu ile eğitim ve yaş açısından eşitlenmiş hastane çalışanlarından alınması bu sonucu ortaya çıkarmış olabilir.

Yapılan bu çalışmada, hasta grubunun gelir düzeyinin kontrol grubunun gelir düzeyinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Daha önce yapılmış olan çalışmalarda, bu çalışmadaki bulgunun aksine düşük sosyoekonomik koşulların, konversiyon bozukluğu sıklığını artıran risk etmenlerinden biri olduğu belirtilmiştir (23,132,133). Literatürden farklı olarak bu çalışmada hasta grubunun gelir düzeyinin kontrol grubunun gelir düzeyinden yüksek olarak bulunması dikkat çekicidir. Bununla birlikte bu çalışmada, kontrol grubunda çalışan kişi sayısı hasta grubunda çalışan kişi sayısından daha fazladır. Bizim çalışmamızda ise; düzenli çalışma hayatının varlığının ve ekonomik güce sahip olmanın stres faktörü ile baş etmede olumlu bir belirteç olduğu düşünülebilir.

Uğuz ve Toros'un yaptığı bir çalışmada hastaların yaklaşık %74'ünün konversiyon öykülerinin 4 yıl veya daha az olduğu bildirilmiştir (120). Bizim çalışmamızda da benzer olarak hastalık öyküsünün ortalama 40.62 ± 41.31 aydır var olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda, ilk konversif atak öncesi stres faktörü hasta grubunun %100'ünde, son konversif atak öncesi stres faktörü hasta grubunun %86.2'sinde tespit edilmiştir. İlk konversif atak öncesi ve son konversif atak öncesi stres faktörünün yarattığı duygusal şiddet hastalara sorulmuş ve 100 puan üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. İlk konversif atak öncesi stres faktörünün yarattığı duygusal şiddet ortalama 86.90 ± 15.32 , son konversif atak öncesi stres faktörünün yarattığı duygusal şiddet ise ortalama 65.86 ± 30.61 olarak bulunmuştur. Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda genel olarak konversiyon öncesi stres etmenlerinin %50-60 oranlarında görülebileceği bildirilmiştir, ancak bu çalışmalarda ilk konversiyon atağı ve sonrakiler arasında duygusal şiddet açısından bir değerlendirme yapılmamıştır (4,120,130).

Baskın konversif semptom sıklığı değerlendirmesinde %70.7 oranıyla en sık konvülsiyonların görüldüğü gözlemlendi. Bunu %12.1 ile karma tip takip etti. Motor ve

duyusal tip aynı oranda (%8.6) gözlemlendi. Ülkemizde konversiyon bozukluğu tanısı koyulan hastalarla yapılan bir çalışmada %66.3 oranında konvülsiyon, %36.9 oranında duyu belirtisi ya da kaybı, %41.1 oranında motor belirti ya da kaybı olduğu bildirilmiştir (19). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada %40.3 oranında konvülsiyon, %40.3 oranında duyu belirtisi ya da kaybı saptanmıştır (120). Tomasson ve arkadaşları, konversiyon bozukluğu olan olgularla yaptıkları çalışmada olguların %71'inin psödonörolojik kayıplar şeklinde konversiyon belirtisi gösterdiğini bildirmişlerdir (130).

Konversiyon bozukluğuna başka bir ruhsal bozukluğun eşlik etmesi sık görülen bir durumdur. Daha önce yapılmış olan araştırmalar, konversiyon bozukluğuna en sık duyu durum bozukluklarının eşlik ettiğini (%45-85), ayrıca konversiyon bozukluğunun duygudurum bozuklukları içerisinde en sık olarak majör depresif bozukluk ile birlikte görüldüğünü (%17-29) ortaya koymaktadır (23,26). Kurumholz ve Niedermeyer katılmalar ya da konvülsiyonları olan konversiyon bozukluğu olgularının %44'ünde majör depresif bozukluk görüldüğünü bildirmişlerdir (134). Bizim yaptığımız çalışmada, konversiyon bozukluğuna yaklaşık %45 oranında majör depresif bozukluğun eşlik ettiği gözlemlenmiştir. Bu bulgu daha önce yapılmış olan çalışmaların bulguları ile tutarlılık göstermektedir.

Literatürde konversiyon bozukluğu olan çocuklarda mizaç ve karakter özellikleri üzerine çalışmalar var iken, konversiyon bozukluğu olan yetişkinlerde mizaç ve karakter özellikleri üzerine herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda; hasta grubunun mizaç envanterinde; Yenilik Arayışı Bölümü Dürtüsellik-iyice düşünme alt ölçeğinde (YA2) ($p<0.01$), Zarardan Kaçınma Bölümünün bütün alt ölçeklerinden (endişe ve karamsarlık-iyimserlik (ZK1), belirsizlik korkusu (ZK2), yabancılardan çekinme (ZK3), yorulma ve dermansızlık (ZK4)) ($p<0.01$), Ödül Bağımlılığı Bölümü duygusallık alt ölçeğinden (ÖB1) ($p<0.01$), Karakter bölümünde ise Kendini Aşma Bölümünde ($p<0.01$) ve Kendini Kaybetme-Kendilik Bilincinde Yaşantı alt ölçeğinde (KA1) ($p<0.01$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar bulundu. Bundan farklı olarak mizaç envanterinin, Sebati Etme bölümünde ($p<0.05$), karakter bölümünde Kendini Yönetme alt bölümünde Kendini kabullenme – kendisiyle çekişme alt ölçeği hariç diğer bölümlerde (Sorumluluk alma-Kınama (KY1), Amaçlılık-Amaçsızlık (KY2), Beceriklilik (KY3), Aydınlanmış ikinci mizaç (KY5)) ($p<0.01$), İşbirliği Yapma Bölümünün alt ölçeği olan Sosyal Kabullenme-

Sosyal Hoşgörüsüzlük (İY1) alt ölçeğinden ($p<0.05$) aldıkları puanlar; istatistiksel anlamda düşük bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, yapılan bir çalışmada, MKE kullanılarak kadın ve erkekte, mizaç ve karakter özelliklerinin disosiasyonla ilişkisi araştırılmış, genetik olmayan ve çevreyle belirlenen karakter özelliklerinin disosiasyonla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada, her iki cinsiyette görülen düşük düzeyde kendini yönetme ve yüksek düzeyde kendini aşma boyutlarının disosiasyonun belirleyicileri olduğu saptanmıştır (51). Bu çalışmada disosiasyonun belirleyicileri olarak bildirilen bu özelliklerin bizim çalışmamızdaki bulgular göz önüne alındığında konversiyon bozukluğu için de belirtilebileceği söylenebilir. Bizim çalışmamızda; yalnızca konversiyon bozukluğu olan ve depresif özellikler göstermeyen grupta, bundan farklı olarak, Zarardan kaçınmada tüm alt ölçeklerde; Ödül bağımlılığı duygusallık alt ölçeğinde puanlar anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yine bu gruptaki hastalar İşbirliği yapma alt ölçeği olan sosyal kabullenme-sosyal hoşgörüsüzlük alt ölçeğinden anlamlı olarak düşük puan aldılar.

Krishnakumar ve arkadaşları, çocuklarda 'The Temperament Measurement Schedule (TMS)' ölçeğini kullanarak yaptıkları bir çalışmada konversiyon bozukluğu olan çocukların kontrol grubuna nazaran duyarlılık eşiklerinin daha düşük, çevresel değişikliklere karşı duyarlılıklarının ise daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca, konversiyon bozukluğu olan çocuklar duygusallık boyutundan düşük puan almakla birlikte bu çocukların olumsuz ruh hali (kızgın, öfkeli, hoşnutsuz ya da huzursuz) ve görevlerini tamamlarken düşük sebatkarlık gösterdikleri bulunmuştur (9). Hindistan'ın güney kesiminde yapılmış olan bir başka çalışmada ise konversiyon bozukluğu olan çocukların mizaç özellikleri arasında düşük düzeyde aktivite, düşük duygusallık, düşük ritmiklik ve düşük distraktibilite olduğu bulunmuştur (50). Bizim çalışmamızda hasta grubunun kontrol grubuna kıyasla Yenilik Arayışı Bölümü Dürtüsellik-iyice düşünme alt ölçeğinden ($p<0.01$), Zarardan Kaçınma Bölümü ve Alt Ölçeklerinden ($p<0.01$), Ödül Bağımlılığı Bölümü Duygusallık alt ölçeğinden ($p<0.01$), Kendini Aşma Bölümü ve Kendini Kaybetme-Kendilik Bilincinde Yaşantı alt ölçeğinden ($p<0.01$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı saptanırken, Sebat Etme Alt Bölümünden ($p<0.05$), Kendini Yönetme alt bölümünden ve Sorumluluk alma-Kınama, Amaçlılık-Amaçsızlık, Beceriklilik, Aydınlanmış ikinci mizaç alt ölçeklerinden ($p<0.01$), İşbirliği Yapma Bölümü Sosyal Kabullenme-Sosyal Hoşgörüsüzlük alt ölçeğinden ($p<0.05$)

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puan aldığı saptanmıştır. Çalışmamızda bulunan düşük sebatkarlık bu literatür bulguları ile uyumlu iken, yüksek duygusallık uyumsuz bulunmuştur. Her iki çalışmada da mizaç ve karakteri ölçen farklı bir ölçek (The Temperament Measurement Schedule (TMS)) kullanılırken bizim çalışmamızda Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) kullanılmıştır. Ayrıca literatürde bulunan bu çalışmalar çocuklara yönelik yapılan bir çalışma iken; bizim çalışmamız erişkinlerde mizaç ve karakter özelliklerini araştıran bir çalışmadır. Aradaki farklılığın bunlardan kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamızda konversiyon grubu içinde aynı zamanda depresyon tanısı eşlik eden hastalar da bulunmaktaydı. Sonuçların depresyon tanısı nedeniyle etkilenip etkilenmediğini saptayabilmek için grup konversiyon bozukluğu ve konversiyon bozukluğu+majör depresyon olarak ikiye ayrılarak değerlendirildiğinde; konversiyon bozukluğu olan hastaların ödül bağımlılığı bölümü duygusallık (ÖB1) alt ölçeğinden ($p<0.05$), ve kendini aşma (KA) bölümünden ($p<0.05$), kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek puan aldığı; konversiyon bozukluğu+majör depresyonu olan hastaların kontrol grubuna kıyasla yenilik arayışı bölümü dürtüsellik-iyice düşünme (YA2) alt ölçeğinden ($p<0.01$) istatistiksel olarak daha yüksek puan, sebat etme (SE) bölümünden ($p<0.05$) ise istatistiksel olarak daha düşük puan aldığı bulunmuştur. Kendini yönetme amaçlılık-amaçsızlık (KY2) alt ölçeğinde konversiyon bozukluğu+majör depresyon grubu hem konversiyon bozukluğu hem de kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır ($p<0.01$). Bu alt ölçekte yalnızca konversiyon bozukluğu tanısı alan grubun aldığı puan da kontrol grubunun aldığı puandan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.01$).

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, majör depresif bozukluğu olan hastaların kontrol grubuna kıyasla, mizaç karakter envanterinin zarardan kaçınma alt boyutlarından yüksek puan aldıkları ve yüksek zarardan kaçınmanın majör depresif bozukluk için predispozan bir faktör olduğu belirtilmiştir (53-55,52). Çalışmamızda hasta grubunun kontrol grubuna kıyasla zarardan kaçınma ve alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldığı, bu anlamda literatürdeki çalışmalarla benzer özellikler gösterdiği bulunmuştur. Hasta grubu konversiyon bozukluğu ve konversiyon bozukluğu+majör depresyon grubu olarak ikiye ayrılarak karşılaştırıldığında her iki grup arasında fark olmadığı dolayısıyla yalnızca konversiyon

bozukluğu tanısı alanlarda da zarardan kaçınma alt boyutlarında yüksek puan aldıkları görülmektedir. Bu bulgumuzla yüksek zarardan kaçınmanın konversiyon bozukluğu için de predispozan bir faktör olduğunu söyleyebiliriz.

Hur ve Kim'in çalışmasında, major depresyon hastalarının, kontrol grubuna kıyasla ödül bağımlılığı bölümü bağlanma ve bağımlılık alt boyutlarından, kendini yönetme bölümünün hemen hemen tüm alt boyutlarından, işbirliği yapma bölümünden daha düşük skor aldıkları bulunmuştur (52). Literatürdeki diğer çalışmalarda major depresyon hastalarının, kontrol grubuna göre karakter kısmının kendini yönetme ve işbirliği yapma bölümlerinden düşük puan aldığı saptanmıştır (53-55).

Çalışmamızda hasta grubu ödül bağımlılığı bölümü duygusallık alt boyutundan yüksek puan alırken, kendini yönetme bölümünün kendini kabullenme-kendisiyle çekişme dışında tüm alt boyutlarından ve işbirliği yapma bölümü sosyal kabullenme-sosyal hoşgörüsüzlük alt boyutundan düşük puan almışlardır. Hasta grubu konversiyon bozukluğu ve konversiyon bozukluğu+majör depresyon grubu olarak ikiye ayrılarak kontrol grubu ile karşılaştırıldığında kendini yönetme bölümü amaçlılık-amaçsızlık alt boyutunda her iki grubun da kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puan aldığı ancak konversiyon bozukluğu+majör depresyon grubundaki düşüklüğün daha belirgin olduğu saptanmıştır. İşbirliği yapma kısmında ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ödül bağımlılığı duygusallık alt boyutundaki yüksekliğin konversiyon bozukluğu grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. Ayrıca konversiyon bozukluğu grubu konversiyon bozukluğu+majör depresyon grubundan farklı olarak kendini aşma toplamından da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı saptanmıştır. Literatür taramasında (Pubmed, Medline) konversiyon bozukluğunda saptadığımız bu mizaç ve karakter özellikleriyle ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır.

Çalışmamızda hasta grubu kendini yönetme, kendini kabullenme-kendisiyle çekişme alt ölçeği dışındaki alt ölçeklerinden düşük puan almışlardır. Konversiyon bozukluğu ve konversiyon bozukluğu+majör depresyon grubu kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; kendini yönetme amaçlılık-amaçsızlık alt ölçeğinden daha düşük puan aldıkları, aynı zamanda konversiyon bozukluğu+majör depresyon grubunun konversiyon bozukluğu grubuna kıyasla daha da düşük puan aldığı bulunmuştur.

Literatüre bakıldığında majör depresyon tanısı alan hastalarda düşük düzeyde kendini yönetme saptanmıştır (53-55,52). Dissosiyatif bozukluk tanısı alan hastalarda da düşük düzeyde kendini yönetme saptanmıştır (51). Bu bulgumuz da literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda hasta grubu kontrol grubuna kıyasla Kendini Aşma Bölümü ve Kendini Kaybetme-Kendilik Bilincinde Yaşantı alt ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunurken; konversiyon bozukluğu ve konversiyon bozukluğu+majör depresyon grubu kontrol grubuyla tekrar karşılaştırıldığında Kendini Aşma Bölümündeki bu farklılığın konversiyon grubundan kaynaklandığı gözlenmiştir. Yapılan bir çalışmada dissosiyatif bozukluk tanısı alan hasta grubunun kontrol grubuna kıyasla kendi kendini aşma puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (58). Bizim çalışma bulgumuz da bu çalışmayla uyumlu bulunmuştur.

Sonuç olarak depresyonun eşlik etmediği konversiyon bozukluğu olguları, depresyonun eşlik ettiği konversiyon bozukluğu olgularından farklı olarak mizaç kısmının Ödül Bağımlılığı bölümü duygusallık alt ölçeğinden ve karakter kısmının kendini aşma bölümünden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Depresyonun eşlik ettiği konversiyon bozukluğu olguları ise depresyonun eşlik etmediği konversiyon bozukluğu olgularından farklı olarak mizaç kısmının Yenilik Arayışı bölümü dürtüsellik- iyice düşünme alt ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan, Sebat Etme bölümünden anlamlı derecede düşük puan almıştır. Her iki grup karakter kısmının Kendini Yönetme bölümü amaçlılık-amaçsızlık alt ölçeğinden kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede düşük puan alırken depresyonun eşlik ettiği konversiyon bozukluğu olguları depresyonun eşlik etmediği konversiyon bozukluğu olgularına göre belirgin olarak daha düşük puan almıştır. Literatürde depresif bozukluğu olan hastalarla yapılan çalışmalarda sürekli öfke, içe dönük öfke ve dışa dönük öfkenin yüksek olduğu (135-140), öfke kontrolünün düşük olduğu (135) belirtilmiştir.

Kashani majör depresyonu olan çocukların, öfke ifade etmekte ve kontrol etmekte zorluk yaşadıklarını belirtmiştir (86). Calamari ve Pini'nin, geç adolesan kızlarla yapmış olduğu bir çalışmada, Disosiyatif yaşantılar ölçeğinin toplam puanları ile içe yönlendirilmiş öfke ve öfke ifadesi puanları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca, güvensiz bağlanması olan kadınların kişilik özelliklerinin konversiyonla birleşmesi bu kişilerin öfke ve öfke ifade tarzını etkilemekle birlikte içe

yönlendirilmiş öfkelerinin de artabileceği saptanmıştır (10).

Yaptığımız çalışmada hasta grubunun Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği Sürekli Öfke, Öfke İçte, Öfke Dışta alt ölçeklerinden aldıkları puanlar kontrol grubundan yüksektir. Öfke Kontrol alt ölçeğinden aldıkları puanlar ise kontrol grubunun aldıkları puanlardan düşüktür. Hasta grubu, konversiyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu+majör depresif bozukluk olarak ikiye ayrılarak tekrar kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; konversiyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu+majör depresif bozukluk grubunun kontrol grubuna kıyasla sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışta ölçeklerinden daha yüksek puan aldığı, ancak birbirleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığı gözlenmiştir. Bu bulgumuz literatür ile uyumludur (10,86,135-140).

Bu çalışmada konversiyon bozukluğu olan grubun, konversiyon bozukluğu+majör depresyon grubuna kıyasla içe yönelik öfke, dışa yönelik öfke ve sürekli öfke puanları arasında anlamlı bir farklılık yok iken, öfke kontrolünün kontrol grubundan anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde majör depresyonu olan erişkinlerde ve çocuklarda öfke kontrolünde güçlük olduğu belirtilmiştir (86,141). Bizim bulgumuza göre de konversiyon bozukluğu olan kişilerin majör depresif bozukluk hastaları gibi öfke alt ölçeklerinin hepsinde yüksek puan aldığı ve farklı olarak majör depresif bozukluk hastalarına göre öfkelerini kontrol etmekte daha fazla zorluk yaşadıkları söylenebilir

Literatür taramasında (Pubmed, Medline) konversiyon bozukluğunda dürtüselliği araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak majör depresyon ve bipolar duygudurum bozukluğunda dürtüselliği araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Hur ve Kim, yaptıkları bir çalışmaya göre, öfke, düşmanlık, umutsuzluk ve motor dürtüselliği de içeren dürtüselliğin majör depresif bozukluğu olan hastalarda anlamlı klinik özelliklerden olduğunu belirtmişlerdir (52). Swann ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada BDÖ ölçeği kullanılarak ölçülen dürtüsellikte, toplam dürtüsellik, dikkatsel dürtüsellik ve plansızlık dürtüselliğinin bipolar depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca plansızlık dürtüselliğinin maniden daha çok depresyonla kuvvetli ilişki içinde olduğu belirtilmiştir (106). Corruble ve arkadaşlarının BDÖ kullanılarak yaptıkları araştırmada depresif epizodu olan kişilerde yükselmiş dikkatsel, davranışsal ve plansızlık dürtüsellik saptanmıştır (108). Peluso ve arkadaşlarının yaptıkları bir

çalışmada, remisyonda unipolar hastaların deprese unipolar hastalarla, Barratt dürtüsellik ölçeğinde plansızlık dürtüselligi haricinde benzer skorlar gösterdiklerini saptamışlardır. Deprese unipolar hastalar plansızlık dürtüselliginde daha yüksek puan almışlardır. Bununla birlikte deprese unipolar hastalar sağlıklı gruba göre sürekli olarak daha fazla dürtüselidirler. Remisyondaki unipolar hastalar kontrol grubuna göre sadece motor dürtüselliklerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, motor dürtüselligin unipolar bireyleri sağlıklı gruptan farklılaştıran bir özellik olabileceği, plansız dürtüselligin ise unipolar bireyler için duruma bağlı bir özellik olabileceği belirtilmiştir (142).

Bizim çalışmamızda; hasta grubunun kontrol grubuna kıyasla Dikkatsel (konsantrasyon) Dürtüsellik, Plansızlık Dürtüselligi bölümleri ve BDÖ-11 Toplamından istatistiksel olarak daha yüksek puan aldığı bulunmuştur. Hasta grubu konversiyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu+majör depresyon olarak ikiye ayrılıp kontrol grubuyla karşılaştırıldığında her iki grubun da kontrol grubundan Dikkatsel (konsantrasyon) Dürtüsellik, Plansızlık Dürtüselligi bölümleri ve BDÖ-11 Toplamından istatistiksel olarak daha yüksek puan aldığı ancak her iki grup arasında anlamlı bir farkın bulunmadığı saptanmıştır, bu bulgumuz literatürde depresyonla yapılmış çalışmalardaki sonuçlarla uyumludur (104,106-108). Sonuç olarak da konversiyon bozukluğu olan hastalarda dikkatsel, plansızlık dürtüsellik ve BDÖ toplam puanı yüksek olarak bulunmuştur. Bu anlamda bu özelliklerin normal popülasyona göre konversif olan hastaları ayırdığı söylenebilir. Ancak remisyonda majör depresyonu olanlarda görülen motor dürtüsellik için ise aynı sonuçtan bahsedilemez. Bu anlamda, konversif bozukluk ile majör depresif bozukluk için motor dürtüsellik açısından farklılık olduğu görülmektedir. Motor dürtüsellik konversif bozukluk için normal popülasyona göre bir belirleyici olarak bulunmamıştır (142).

6. SONUÇ

Literatürde, konversiyon bozukluğu ilgili çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak bilinen, bu çalışma konversiyon bozukluğu olan hastaların mizaç ve karakter özellikleri ile öfke ifade tarzı ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi bir arada değerlendiren ilk çalışmadır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre konversiyon bozukluğu hastalarının mizaç özelliklerine bakıldığında kontrol grubuna göre daha çok yenilik arayışı içinde oldukları, daha çok zarardan kaçındıkları, daha çok ödül bağımlısı oldukları, buna karşılık daha az sebatkar oldukları bulunmuştur. Yine karakter bölümleri incelendiğinde ise; konversiyon bozukluğu olan hastaların yüksek düzeyde kendini aşmaları olduğu; ancak kendini yönetme ve işbirliği yapmada yetersiz oldukları bulunmuştur.

Depresyon nedeniyle sonuçların etkilenip etkilenmediğini saptamak için konversiyon bozukluğu olan hastalar, depresyonu olan ve olmayan olarak ikiye ayrılarak kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; depresyonun eşlik etmediği konversiyon bozukluğu hastalarının mizaç özellikleri içinde, yüksek düzeyde zarardan kaçınma ve yüksek düzeyde ödül bağımlılığı olduğu; karakter özellikleri içinde ise yüksek düzeyde kendini aşma ve düşük düzeyde kendini yönetme olduğu bulunmuştur.

Depresyonun eşlik ettiği konversiyon bozukluğu olan hastaların mizaç özellikleri içinde yüksek düzeyde yenilik arayışı, yüksek düzeyde zarardan kaçınma ve düşük düzeyde sebat etme olduğu; karakter özellikleri içinde ise düşük düzeyde kendini yönetme olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda konversiyon bozukluğu olan hastaların sürekli öfkelerinin, içe yönelik ve dışa yönelik öfkelerinin fazla olduğu bulunurken; öfke kontrolünde ise güçlük yaşadıkları bulunmuştur. Depresyonun eşlik etmediği konversiyon bozukluğu olan grupta öfke kontrol gücünün belirgin olarak daha zor olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda konversiyon bozukluğu olan hastalarda daha fazla dikkatsel dürtüsellik, plansızlık dürtüsellik ve yüksek BDÖ-11 toplam puanı bulunmuştur. Motor dürtüsellik bu grupta yüksek olmaması, bu grubu majör depresif bozukluktan bu anlamda farklı kılmaktadır.

Çalışmada araştırılan mizaç ve karakter özellikleri, öfke ifade biçimi ve dürtüsellik, ikinci eksen psikiyatrik tanılardan etkilenebilmektedir. İkinci eksen tanıları saptamak üzere yapılandırılmış görüşme yapılmamıştır. Dolayısıyla tüm veriler yorumlanırken bu durum dikkate alınmalıdır.

Çalışmamızda, hastaların büyük bir kısmının uzun dönemdir ayaktan tedavi görmekte olan hastalardan oluşması, grubun tedavi süresi açısından farklı dönemlerdeki hastalardan oluşması bu hasta grubu için heterojen bir dağılımı göstermektedir. Bu anlamda acil psikiyatri ünitelerine başvuran ve tedaviye başvurmeyen bir grup hastayı içermemektedir.

Hasta grubu farklı sürelerde tedavi alan hastalardan oluşmaktadır. Bu nedenle sonuçlarımız tedavi altında olan konversiyon bozuklukları için değerlendirilmelidir.

Acil psikiyatri ünitelerine ya da genel hastanelerin acil servislerine başvuran hastalarda araştırmanın yeniden yapılması bu konudaki bilgilerimizi arttıracaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Doğan O. Konversiyon Bozukluğu. Koroğlu E, Guleç C (editörler). Psikiyatri Temel Kitabı. 2. baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007, 377-385.
2. Fenichel O. Nevrozların psikanalitik teorisi. Tuncer S (çeviri ed), EÜTF Basımevi, İzmir 1974.
3. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara. 9. baskı, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 2002, 393-412.
4. Chandrasekaran R, Goswami U, Sivakumar V, Chitralkha. Hysterical neurosis-a follow-up study. Acta Psychiatr Scand 1994;89(1):78-80.
5. Gençer N. Konversiyon bozukluğu ve epilepsi ayırıcı tanısında telkinle nöbet oluşturma ve iktal EEG testinin duyarlılığı ve özgülüğu. Dokuz Eylül Üniversitesi.Tıpta uzmanlık tezi, İzmir 1996.
6. Kernberg OF. Hysterical and hystriotic personality disorders psychiatry (ed) R Mitchels, 1990, Chap 19, Lippincott Company.
7. Akiskal HS, Hirschfeld RMA. The relationship of personality to affective disorders: A critical review. Arch Gen Psychiatry 1983; 40:801-810.
8. Arkar H, Sorias O, Tunca Z ve ark. Mizaç ve karakter envanterinin Türkçe formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16:190-204.
9. Krishnakumar P, Sumesh P, Mathews L. Temperamental Traits Associated with Conversion Disorder. Indian Pediatr 2006; 43(10): 895-899.
10. Calamari E, Pini M, Dissociative experiences and anger proneness in late adolescent females with different attachment styles. Adolescence 2003 Summer; 38(150):287-303.
11. Guggenheim FG, Smith GR. Somatoform Disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Kaplan HI, Sadock BJ (eds), sixth edition, Williams & Wilkins, Baltimore 1995; volume 1, chapter 18:1251-1270.
12. Gelder M, Gath D, Mayou R (eds). Neurosis: part II. Oxford Textbook of Psychiatry, second edition, Oxford University Pres, Oxford 1989;chapter 7:175-216.

13. Katon W. Somatization Disorder, Hypochondriasis and Conversion Disorder. *Current Psychiatric Therapy*. Dunner DL (ed), Philadelphia, PA, WB, Saunders 1993;314-320.
14. Candansayar S. Somatizasyon ve Konversiyon Bozukluğu olan bir grup kadın hastada tanı sınırları ve psikososyal özelliklerin değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Gazi Üniversitesi. Ankara 1994.
15. Mackay S, Pırcell SD. Somatoform & Dissociative Disorders. *Review of General Psychiatry*, Goldman HH (ed), fourth edition, Appleton & Lange, New York 1995; chapter 22: 282-301.
16. Ford CV, Folks DG. Conversion disorder: An overview. *Psychosomatics* 1985;26(5):371-374, 380-383.
17. Hafeiz HB. Hysterical Conversion: a prognostic study. *Br J Psychiatry* 1980; 136:548-551.
18. Krem MM. Motor conversion disorders reviewed from a neuropsychiatric perspective. *J Clin Psychiatry* 2004;65(6):783-790.
19. Gülseren Ş, Özmen E, Önal C ve ark. Konversiyon bozukluklu hastalarda belirti dağılımı ve sosyodemografik özellikler. *İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi* 1993;31:373-377.
20. Sağduyu A, Rezaki M, Kaplan İ ve ark. Sağlık ocağına başvuran hastalarda disosiyatif (konversiyon) belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*1997;8:161-169.
21. Kerimoğlu E, Yalın A. Obsessive-compulsive disorder and hysteria (conversion reaction) in children. *Journal of Ankara Medical School* 1992; 14(1):11-18.
22. Avcı A, Aslan H. Çocuklarda obsesif kompulsif bozukluk ve konversiyon bozukluğu: Karşılaştırmalı bir klinik çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1995; 6(1):49-53.
23. Bhatia MS, Vaid L. Hysterical aphonia--an analysis of 25 cases. *Indian J Med Sci*. 2000;54(8):335-338.
24. Krahn LE, Rummans TA, Sharbrough FW et al. Pseudoseizures after epilepsy surgery. *Psychosomatics* 1995;36(5):487-493.
25. Rosenbaum M. Psychogenic seizures--why women? *Psychosomatics* 2000;41(2):147-149.
26. Kaplan HI, SadockBJ, Grebb JA. Somatoform Disorders. *Williams and Wilkins. Synopsis of Psychiatry*. 7. Baskı, Baltimore, 1994. p.617-632.
27. Köroğlu E. Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara, 2004, 387-395.

28. Hollender MH. Conversion hysteria. A post-Freudian reinterpretation of 19th century psychosocial data. *Arch Gen Psychiatry* 1972;26(4):311-314.
29. Rabkin R. Conversion Hysteria As Social Maladaptation. *Psychiatry* 1964;27:349-363.
30. Celani D. An interpersonal approach to hysteria. *Am J Psychiatry* 1976;133(12):1414-1418.
31. Halleck SL. Hysterical personality traits. Psychological, social, and iatrogenic determinants. *Arch Gen Psychiatry* 1967;16(6):750-757.
32. Barr R, Abernethy V. Conversion reaction. Differential diagnoses in the light of biofeedback research. *J Nerv Ment Dis* 1977;164(4):287-292.
33. Kimball CP, Blindt K. Some thoughts on conversion. *Psychosomatics* 1982;23(6):647-649.
34. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Science/Clinical Psychiatry. Tenth ed. New York: New York University School of Medicine, 2007, 638-642.
35. Whitlock FA. The aetiology of hysteria. *Acta Psychiatr Scand* 1967;43(2):144-162.
36. Ludwig AM. Hysteria. A neurobiological theory. *Arch Gen Psychiatry* 1972;27(6):771-777.
37. Bendefeldt F, Miller LL, Ludwig AM. Cognitive performance in conversion hysteria. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33(10):1250-1254.
38. Flor-Henry P, Fromm-Auch D, Tapper M, Schopflocher D. A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria. *Biol Psychiatry* 1981;16(7):601-626.
39. Mashall JC, Halligan PW, Fink GR et al. The functional anatomy of a hysterical paralysis. *Cognition* 1997; 64: B1-B8.
40. Spence S, Crimlisk H, Cope H et al. Discrete neurophysiological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement. *Lancet* 2000;355 (9211) :1243-1244.
41. Vuilleumier P, Chicherio C, Assal F et al. Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. *Brain* 2001;124(Pt 6):1077-1090.
42. Ramasubbu R. Conversion sensory symptoms associated with parietal lobe infarct: case report, diagnostic issues and brain mechanisms. *J Psychiatry Neurosci* 2002; 27(2):118-122.
43. Kaplan HI, Saddock BJ. Klinik Psikiyatri. Abay E (Çeviri Ed.), İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri 2004, 221-223.

44. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:573-588.
45. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(12):975-990.
46. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM et al. The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality. Department of Psychiatry 1994, Washington University School of Medicine, St Louis.
47. Köse S, Sayar K, Ak I. Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004 14:107-131.
48. Tschann JM, Kaiser P, Chesney MA et al. Resilience and vulnerability among preschool children: Family functioning, temperament, and behavior problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 184-192.
49. Malhotra S, Varma VK, Verma SK. Temperament as determinant of phenomenology of childhood psychiatric disorders. *Indian J Psychiatry* 1986; 28: 263-276.
50. Reghuthaman G, Cherian A. Temperament of children and adolescents presenting with unexplained physical symptoms *Indian J Psychiatry* 2003; 45: 43-47.
51. Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ. Relationship of dissociation to temperament and character in men and women. *Am J Psychiatry* 1999;156:1811-1813.
52. Hur JW, Kim YK. Comparison of Clinical Features and Personality Dimensions between Patients with Major Depressive Disorder and Normal Control. *Psychiatry Investig* 2009;6:150-155.
53. Hansenne M, Reggers J, Pinto E et al. Temperament and character inventory (TCI) and depression. *Journal of Psychiatric Research* 1999; 33:31-36.
54. Smith DJ, Duffy L, Stewart ME et al. High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression. *J Affect Disord* 2005;87: 83-89.
55. de Winter Remco FP, Wolterbeek R, Spinhoven P et al. Character and temperament in major depressive disorder and a highly anxious - retarded subtype derived from melancholia. *Compr Psychiatry* 2007; 48: 426-435.
56. Sayın A, Kuruoglu AÇ, Güleç Yazıcı M, Aslan S. Relation of temperament and character properties with clinical presentation of bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2007; 48:446-451.

57. Nystrom S, Lindegard B. Predisposition to mental syndromes: a study comparing predisposition to depression, neurasthenia and anxiety state. *Acta Psychiatr Scand* 1975; 51: 69–76.
58. Angst J, Clayton PJ. Premorbid personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. *Compr Psychiatry* 1986; 27: 511–532.
59. Farmer A, Mahmood A, Redman K et al. A sib-pair study of the Temperament and Character Inventory in major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 490–496.
60. Balkaya F, Şahin NH. Çok boyutlu öfke ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003;14:192-202.
61. Erdem M, Çelik C, Yetkin S ve ark. Yaygın anksiyete bozukluğunda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:203-207.
62. Biaggio MK. Sex differences in behavioral reactions to provocation of anger. *Psychol Rep* 1989; 64:23-26.
63. Kennedy HG. Anger and Irritability. *British Journal of Psychiatry* 1992; 161:145-153.
64. Spielberger CD, Crane RS, Kearns WD ET AL. Anger and Anxiety in Essential Hypertension. *Stres and Emotion: Anxiety, Anger and Curiosity*. Spielberger CD (Ed), New York, Taylor & Francis, 1991; s. 265-279.
65. Averill JR. Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *Am Psychol* 1983; 38:1145-1160.
66. Akdeniz M. Öfke kontrolü eğitiminin lise öğrencilerinin öfke kontrolü becerisine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Adana 2007; s:17-31.
67. Beutler LE, Engle D, Oro'-Beutler ME et al. Inability to express intense affect: a common link between depression and pain? *J Consult Clin Psychol* 1986;54(6):752-759.
68. Fernandez E, Turk DC. The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain* 1995;61(2):165-175.
69. Eckhardt CI, Deffenbacher JL. Diagnosis of anger disorders. H Kassinove (Ed), *Anger Disorders: Definition, Diagnosis, and Treatment*. Washington, DC 1995: Taylor & Francis.
70. Koh KB. *Stress and psychosomatic medicine*. Seoul, Korea: Ilchokak; 2002. p.231-249.
71. Kellner R. *Psychosomatic syndrome and somatic symptoms*. Washington, DC: Am Psychiatric Press; 1991. p.189-213.

72. Kellner R, Hernandez J, Pathak D. Self-rated inhibited anger, somatization and depression. *Psychother Psychosom* 1992;57:102-107.
73. Harris ID. Mood, anger and somatic dysfunction. *J Nerv Ment Dis* 1951;113:152-158.
74. Mezzich JE, Lin K, Hughes CC. Acute and transient psychotic disorders and culture-bound syndromes, In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p.1264-1276.
75. Lin KM. Hwa-Byung: a Korean culture-bound syndrome? *Am J Psychiatry* 1983;140:105-107.
76. Min SK, Lee MH, Shin JH. A diagnostic study on hwabyung. *J Korean Med Assoc* 1986;29:653-661.
77. Min SK. A study of the concept of hwabyung. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1989;28:604-616.
78. Koh KB, Kim CH, Park JK. Predominance of anger in depressive disorders compared with anxiety disorders and somatoform disorders. *J Clin Psychiatry* 2002;63: 486-492.
79. Gould RA, Ball S, Kaspi SP et al. Prevalence and correlates of anger attacks: a two site study. *J Affect Disord* 1996;39:31-38.
80. Fava M, Rosenbaum JF, McCarthy M et al. Anger attacks in depressed outpatients and their response to fluoxetine. *Psychopharmacol Bull* 1991;27:275-279.
81. Koh KB, Park JK. The Relation between Anger Management Style and Organ System-Related Somatic Symptoms in Patients with Depressive Disorders and Somatoform Disorders. *Yonsei Med J*. 2008; 49(1): 46–52.
82. Painuly N, Sharan P, Mattoo SK. Antecedents, concomitants and consequences of anger attack in depression. *Psychiatry Res* 2007; 153:39-45.
83. Van Praag HM. Depression, aggression, and anxiety: a biological hypothesis about their interrelation. *Eur Neuropsychopharmacol* 1992;2:393-402.
84. Fava M, Rosenbaum JF, Pava JA et al. Anger attacks in unipolar depression, Part 1: clinical correlates and response to fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1158-1163.
85. Pasquini M, Picardi A, Biondi M et al. Relevance of anger and irritability in outpatients with major depressive disorder. *Psychopathology* 2004;37:155-161.

86. Kashani JH, Dahlmeier JM, Borduin CM et al. Characteristics of anger expression in depressed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34(3); 322-326.
87. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM et al. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001;158:1783- 1793.
88. Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. *Lancet* 2001;358:949-950(Commentary).
89. Aron AR, Robbins TW, Poldrack RA. Inhibition and the right inferior frontal cortex. *Trends Cogn Sci* 2004;8(4):170-177.
90. Moeller FG, Dougherty D, Barratt E et al. Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. *Drug Alcohol Depend* 2002;68(1):105-111.
91. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ et al. Impulsivity: A link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disord* 2004;6:204-212.
92. Maser JD, Akiskal HS, Schettler P et al. Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide Life Threat Behav* 2002;32(1):10-32.
93. Simon TR, Swann AC, Powell KE et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2001;32(suppl 1):30–41.
94. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ et al. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162(9):1680–1687.
95. Winstanley CA, Eagle DM, Robbins TW. Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: translation between clinical and preclinical studies. *Clin Psychol Rev* 2006;26(4):379-395.
96. Ernst M, Paulus MP. Neurobiology of decision making: a selective review from a neurocognitive and clinical perspective. *Biol Psychiatry* 2005;58(8):597-604.
97. Evenden JL. The pharmacology of impulsive behaviour in rats: V. The effects of drugs on responding under discrimination task using unreliable visual stimuli. *Psychopharmacology* 1999; 143:111-122.
98. Evenden JL. Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology (Berl)*. 1999;146(4):348-361.
99. Kertzman S, Grinspan H, Birger M et al. Computerized neuropsychological examination of impulsiveness: A selective review. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2006;43(2):74-80.

100. Bear D. Neurological perspectives on aggressive behaviour. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1991; 3:53-58.
101. Abay E, Tuğlu C. Şiddet ve Agresyonun Nörobiyoloğisi. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3:21-26.
102. Özalp E. İntihar Davranışının Genetiği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(1):85-93.
103. Oto R, Özkan M, Altındağ A. Batman İntiharları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry* 2004;5(2):74-100.
104. Corruble E, Damy C, Guelfi JD. Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *J Affect Disord* 1999;53(3):211-215.
105. Witte TK, Merrill KA, Stellrecht NE et al. "Impulsive" youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. *J Affect Disord* 2008;107(1-3):107-116.
106. Swann AC, Steinberg JL, Lijffijt M, Moeller FG. Impulsivity: differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2008;106(3):241-248.
107. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995;51(6):768-774.
108. Corruble E, Benyamina A, Bayle F et al. Understanding impulsivity in severe depression? A psychometrical contribution *Prog Neuropsychopharmacol. Biol Psychiatry* 2003;27(5): 829-833.
109. Semple SJ, Zians J, Grant I, Patterson TL. Impulsivity and methamphetamine use. *J Subst Abuse Treat* 2005;29(2):85-93.
110. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM-IV eksen 1 ruhsal bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12:233-236.
111. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Non-Patient Edition (SCID-NP, Version 1.0). Washington DC 1990, American Psychiatric Pres.
112. Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi, Türkçe versiyonu. , Bornova 1990, Ege Üniversitesi Basımevi.
113. Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1978;45:742-747.
114. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı, *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996;4:251-259.

115. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for State-Trait Anxiety Inventory. California: Consulting Psychologist Press Inc. 1970.
116. Özer AK. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçekleri Ön Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 1994; 9: 31: 26-35.
117. Güleç H, Tamam L, Güleç MY ve ark. Barratt Dürtüsellik ölçeği -11 (BIS-11)'nin Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008;18:251-258.
118. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959; 32:50-55.
119. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Derg 1998; 9:114-117.
120. Uğuz Ş, Toros F. Konversiyon Bozukluğunda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14:51-58.
121. Deveci A, Özmen E, Demet MM, İçelli İ. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran konversiyon bozukluklu hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri: Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:28-33.
122. Göktaş K, Kaya N, Çilli AS. Psikiyatri polikliniğine başvuran konversiyon bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. Genel Tıp Derg 2003;13(4):167-170.
123. Tütüncü R, Türkçapar MH. Pseudoepileptik Nöbet Tanısı Alan Konversiyon Bozukluğu Hastalarının Bir Yıllık İzlem Sonuçları. Klinik Psikiyatri 2003;6:76-79.
124. Stefanis C, Markidis M, Christodoulou G: Observations on the hysterical symptomatology. Br J Psychiatry 1976; 128:267-275.
125. Hafeiz HB. Clinical Aspects of hysteria. Acta Psychiatr Scand 1986; 73(6):676-680.
126. Schwartz AC, Calhoun AW, Eschbach CL, Seeling BJ. Treatment of conversion disorder in an African American Christian Woman Cultural and Social Considerations. Am J Psychiatry 2001;158(9):1385-1391.
127. Reismann JL, Singh B. Conversion reactions simulating Guillain-Barre paralysis following suspension of the Swine Flu Vaccination Program in the USA. Aust N Z J Psychiatry 1978; 12(2):127-132.
128. Binzer M, Anderson PM, Kullgren G: Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: a Prospective Control Group Study. Neurol Neurosurg Psychiatry 1997; 63(1):83-88.

129. Kent DA, Tomasson K, Coryell W. Course and outcome of conversion and somatization disorders. A four year follow up. *Psychosomatics* 1995; 36: 138-144.
130. Tomasson K, Kent DA, Coryell W. Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics of presentation. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 288-293.
131. Lempert T, Schmidt D. Natural history and outcome of psychogenic seizures: a clinical study in 50 patients. *J Neurology* 1990; 237(1):35-38.
132. Hodgman CH. Conversion and somatization in pediatrics. *Pediatr Rev* 1995;16(1):29-34.
133. Aklın T, Tunca Z. Konversiyon bozukluğu. *Psikiyatri Temel Kitabı*, C Güleç, E Köroğlu (Ed). Ankara. Hekimler Yayın Birliği 1997, s.537-544.
134. Kurumholz A, Niedermeyer E. Psychogenic seizures: a clinical study with follow up data. *Neurology* 1983; 33: 498-492.
135. Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda Bedensel Belirtiler: *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(2):90-96.
136. Tschannen TA, Duckrao PN, Margolis RB ve ark. The relationship of anger, depression, and perceived disability among headache patients. *Headache* 1992; 32:501-503.
137. Goldman L, Haaga DAF. Depression and the experience and expression of anger in marital and other relationships. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 505-509.
138. Terasaki DJ, Gelaye B, Berhane Y, Williams MA. Anger expression, violent behavior, and symptoms of depression among male college students in Ethiopia. *BMC Public Health* 2009; 12:9:13.
139. Goodwin RD. Association between coping with anger and feelings of depression among youths. *Am J Public Health* 2006; 96:664-669.
140. Sperberg ED, Stabb SD. Depression in women as related to anger and mutuality in relationships. *Psychol Women Q* 1998; 22:223-238.
141. Güleç H, Tamam L, Usta H ve ark. Bipolar bozuklukta dürtüsellik. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2009; 10:198-203.
142. Peluso MA, Hatch JP, Glahn DC et al. Trait impulsivity in patients with mood disorders. *J Affect Disord* 2007;100(1-3):227-231.

8. EKLER

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1)Adı Soyadı:

2)Adres:

Telefon:

3)Cinsiyet:

1)Kadın

2)Erkek

4)Doğum Yeri:

5)Yaşı:

6)Eğitimi: 1)ilkokul 2)ortaokul 3)lise 4)üniversite

7)İşi: 1)çalışmıyor 2)çalışıyor 3)öğrenci 4)emekli

8)Yaşadığı yer: 1)köy 2)ilçe 3)şehir

9)Medeni Durumu: 1)bekar 2)evli 3)boşanmış 4)dul 5)diğer

10)Çocuk: 1)var (sayısı:.....) 2)yok

11)Gelir Durumu: 1)0-500 lira 2)500-1000 lira 3)1000-1500 lira
4)1500-2000 lira 5)2000 lira üstü

12)Şu anda birlikte yaşadığı kişiler: 1)Eş ve çocuklarla
2)Sadece eş ile
3)Sadece çocuklarla
4)Ebeveynlerle
5)Ebeveynler, eş ve çocuklarıyla
6)Arkadaşlarla
7)Yalnız

13)Alışkanlıklar(miktar/gün, süre): 1)yok
2)sigara :
3)Alkol:
4)Diğer:

14)Son bir ay içindeki konversif semptomların sıklığı: 1)Hergün
2)Haftada 1-2
3)Ayda 1

15)Konversif semptomlar ne zamandır mevcut?.....
.....

16)Baskın konversif semptomların tipi
1)motor 2)duyusal 3)konvulsiyon,bayılma 4)karma

17)Hastalık başlamadan önce önemli yaşam olayı:
.....
.....
.....
.....

18)Bu olayın yarattığı duygusal şiddet (10 çok az 100 çok fazla olacak şekilde puanlayınız) :.....

19)Son rahatsızlık öncesi önemli yaşam olayı:
.....
.....
.....
.....

20)Son olayı yarattığı duygusal şiddet (10 çok az 100 çok fazla olacak şekilde puanlayınız):.....

21)Semptomlara karşı aile bireylerinin tutumu: 1)ilgili 2)ilgisiz
3)kaygılı 4)sakin
5)kızgın

22)Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: 1)var(açıklayınız).....
.....
.....
.....

2)yok

23)Fiziksel hastalık ve tedavi öyküsü: 1)yok 2)var

HAM-A skoru:

HAM-D skoru:

TCI (Mizaç ve Karakter Envanteri) skoru:

Sürekli Öfke-Öfke ifade Tarzı Ölçeği skoru:

Barratt dürtüsellik ölçeği-11 (BIS-11) skoru:

TCI (Temperament and Character Inventory)

MKE (Mizaç ve Karakter Envanteri)

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

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

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

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” ya da “Y” seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir.

Bir örnek:

ÖRNEK DOĞRU YANLIŞ

Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum. D Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için

“D”yi tıklayınız.)

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

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

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

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

DOĞRU(D) YANLIŞ (Y)

1. Çoğu kimseye zaman kaybı gibi gelse de, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni seyler denerim. D Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.
3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim. D Y
4. Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm. D Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim. D Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım. D Y
7. Beni incitenlerden intikam almak hoşuma gider. D Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam. D Y
9. Çoğu kez yaşamımın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm. D Y
10. Herkesin ilerleyebilmesi için sorunlara çözüm bulmada yardımcı olmak isterim D Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum. D Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını 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 her şeyi yapardım. D Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir. D Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım. D Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım. D Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum. D Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım. D Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren özgür hissederim. D Y
25. Bir başkasının duygularını çoğu kez kendiminkiler kadar önemserim. D Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepelerde ve keskin virajlarda araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
27. Tanımadığım kimselerin yanında güvenli hissetmediğim için çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım. D Y
28. Başkalarını memnun etmekten çok hoşlanırım. D Y
29. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim. D Y
30. Zaman bulamadığım için genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam. D Y
31. Çoğu kez hayvan ve bitkileri yok olmaktan kurtarmaya yarayacak işler yaparım. D Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim. D Y
33. Düşmanlarımla acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir. D Y
34. Fırsat buldukça düzenli olmaktan ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım. D Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı şeylerle ilgilenemem. D Y
36. İşleri tekrar tekrar yapmak, bana çoğu anlık dürtüler ya da telkinden daha güçlü alışkanlıklar edinmemi sağladı. D Y

37. Genellikle başkaları vazgeçse bile çalışmaya devam edecek kadar kararlıyım. D Y
38. Yaşamda bilimsel olarak açıklanamayan çoğu şeye hayran kalırım. D Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var. D Y
40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim. D Y
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım. D Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm. D Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum. D Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez. D Y
45. Gevşerken çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım. D Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam. D Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu yapmaya çalışırım. D Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir. D Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez. D Y
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz. D Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür. D Y
52. Konuşmalarda konuşan kişi olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir. D Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim. D Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.
D Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır. D Y
56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren bir “altıncı his”e sahipmişim gibi gelir.
D Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi genellikle acısını çıkartmaya çalışırım. D Y
58. Tutumlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım. D Y
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y

61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim. D Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım. D Y
63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım. D Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım. D Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın,daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm. D Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcarken zorlanırım. D Y
67. Çoğu kimsenin bedensel tehlike hissettiği 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 düşünmem. D Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile başkalarına haksızca davranırsam zihinsel huzurum kaçır. D Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar D Y
74. Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim. D Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.
D Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım D Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim. D Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım. D Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider. D Y
80. Bir grup yabancıyla buluştuğumda bana arkadaş canlısı olmadıkları söylenmiş olsa bile rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm. D Y

81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir. D Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm. D Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm. D Y
84. Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu 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. İşleri terar tekrar yapmak, başarılı olmamı sağlayacak pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir. D Y
91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim. D Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım. D Y
93. Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin bedelini ödemeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim. D Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem. D Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için kendi yaşamımı severek riske ederdim. DY
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 tanırım. D Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır. D Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım. D Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim. D Y

103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım. D Y
104. Öyle çok kusurluyum ki bu yüzden kendimi pek de sevmem. D Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler bulmak için çok az zamanım var. D Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için çoğu kez sorunların gereğine bakamam. D Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim. D Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim. D Y
109. Biriktirmektense para harcamayı yeğlerim. D Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için doğruları değiştirmeyi genellikle iyi beceririm. D Y
111. Sorunlar olsa bile bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım. D Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım. D Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür. D Y
114. İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim. D Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için beni eğiten kişilerin yardımına çok fazla gereksinim duyarım. D Y
116. Duygu-dışı algılamanın (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. Hüznü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum. D Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar. D Y
122. Benim için benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür. D Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin sadece şans eseri olduğunu düşünürüm. D Y
124. Birisi beni incitirse intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim. D Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum. D Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum. D Y

127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım. D Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.
D Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de bilmediğim ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim D Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim. D Y
131. Başkaları benden istediklerini yapmayacağım için çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler. D Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim. D Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek genellikle benim için kolaydır. D Y
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile olabildiğince az iş yapmaya çalışırım. D Y
135. İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır. D Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden çoğu zaman rahatsızlık duymam. D Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır böylece onları gerçekten anlayabilirim. D Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar. D Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir. D Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım. D Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim. D Y
142. Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim. D Y
143. Özel düşüncelerimden pek söz etmediğimden arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük D Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim. D Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın akıllıca olmadığını düşünürüm. D Y
146. 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 kapıldığımda arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum işi bırakırım. D Y
150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede özgürüm. D Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki bir an nerede olduğumu unuturum. D Y
153. Bir ekibin üyeleri paylarına düşeni nadiren alırlar. D Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir. D Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam. D Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir. D Y
158. Çoğu kez arkadaşlarımla arzularına boyun eğirim. D Y
159. Zamanımın çoğunu gerekli gibi görünen ancak gerçekte benim için önemsiz olan şeylere harcarım. D Y
160. Ticari kararlarda neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem. D Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlayabilmek için kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım. D Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu bana önemli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır. D Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım. D Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem. D Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar hemen hiç heyecanlanmam. D Y
166. Düşündüğümden daha uzun sürdüğünde çoğu kez o işi bırakırım. D Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim. D Y
168. Bana yanlış yapan birisini çoğu zaman çabucak bağışlarım. D Y
169. Davranışlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle çoğu kez kararlarımı değiştirmek

zorunda kalırım. D Y

171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim. D Y

172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım. D Y

173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim deneyimlerim olmuştur. D Y

174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir. D Y

175. Kendimin duygu dışı algılar 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 havalı ve başkalarından ayrı olmaktan hoşlanırım. D Y

181. Hüznülü 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 güvenilemem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir. D Y

185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar. D Y

186. Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile herkes itibar ve saygı görmelidir. D
Y

187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.
D Y

188. Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle şansım yaver gider. D Y

189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim. D Y

190. Başarılı olma şansı yoksa bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmem.
D Y

191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım. D Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa biriktirmekten zevk alırım.
D Y
193. Bireysel haklar herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir. D Y
194. Kendimi ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.
D Y
195. Ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu hissettiğim epeyce coşkulu anlarım oldu. D Y
196. İyi alışkanlıklar edinmek işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır. D Y
197. Çoğu kimse benden daha çok işe yarar. D Y
198. Sorunlarım için çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım. D Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.
D Y
200. Çoğu kez tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım. D Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile çok fazla “açılmamayı” tercih ederim. D Y
202. Genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalmada zorlanmam. D Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermeme isteseler bile karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm D Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda sıkıntıdan kolayca kurtulamam. D Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir D Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu yalnızca bir görüş meselesidir. D Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm. D Y
208. Tüm yaşamın bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım. D Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm. D Y
210. İnsanlar benden kolaylıkla yardım sempati ve sıcak bir anlayış bulurlar. D Y
211. Yeni düşünceler ve 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. Başkalarından daha fazla hayran olunmak istemem.D Y
215. Sıradan bir şeye bakarken çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım. D Y
216. Tanıdığım çoğu kimse başka kimin incineceğine aldırmaksızın yalnızca kendisini düşünür. D Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle kendimi gergin ve endişeli hissederim. D Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım. D Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür. D Y
220. Mistik yaşantı söylentileri muhtemelen yalnızca birer hüsnü kuruntudan ibarettir.
D Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır. D Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim. D Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.D Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için düzenli olarak zaman ayırırım. D Y
225. Çok dikkatli olmazsam benim için işler çoğu kez ters gider. D Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olunca genellikle kendimi daha iyi hissederim. D Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın mümkün olmadığını düşünürüm. D Y
228. Çevremde olup bitenlerden koptuğum için başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir. D Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünümlü olsam. D Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim. D Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum. D Y

232. Baharda çiçeklerin açmasını eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim. D Y
233. Zor durumları genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm. D Y
234. Benimle ilgili kimseler işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar. D Y
235. Sahtekar olmak yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır. D Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim. D Y
237. Herhangi bir belgeyi imzalamam istendiğinde tüm ayrıntıları okumaktan hoşlanırım. D Y
238. Yeni bir şeyler olmadığı zamanlarda genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım. D Y
239. Bazen keyifsiz olurum. D Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum. D Y

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRİ ANA BİLİM DALI

SÖÖTÖ

1.BÖLÜM: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçeneğe üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamadan, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

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

2.BÖLÜM: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamayın.

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA....

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	hiç	biraz	oldukça	tümüyle
11. Öfkemi kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Kızgınlığımı gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Öfkemi içe atarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Somurtur ya da surat asarım.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA....

Sizi ne kadar tanımlıyor?

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

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA....

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	hiç	biraz	oldukça	tümüyle
21. Davranışlarımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Başkalarıyla tartışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. İçimde kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA....

Sizi ne kadar tanımlıyor?

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

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA....

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	hiç	biraz	oldukça	tümüyle
31. İçimden insanlara saldırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Sinirlerime hakim olamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Beni sınırlendirene ne hissettiğimi söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 Türkçe Versiyonu

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

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



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir
Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği

SAYI: B.10.4.İSM.04.34.26.08-53

.10.2010

KONU: Asist.Dr. Yelda YENİLMEZ,

Sayın Asist.Dr. Yelda YENİLMEZ,

İlgi 29.09.2010 tarih ve 30904 sayılı Etik Kurul başvuru dilekçeniz,

İlgi yazınızda belirttiğiniz "Konversiyon Bozukluğunda Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Dürtüsellik ve Öfke İfade Biçimi ile İlişkisi" konulu uzmanlık teziniz;

Etik değerlere uygun bulunmuştur.

Doç.Dr.Baki ARPACI
1.Nöroloji Klinik Şefi
Etik Kurul Başkanı

Uzm.Dr.Halil TOPLAMAOĞLU
3.Nöroşirürji Klinik Şefi
Etik Kurul Üyesi

Uz.Dr.Ramazan KONKAN
Başhekim Yardımcısı
Etik Kurul Üyesi

Uzm.Dr.Nihat ALPAY
1.Psikiyatri Klinik Şefi
Etik Kurul Üyesi

Uz.Dr.Şahap ERKİOÇ
2.Psikiyatri Klinik Şefi
Etik Kurul Üyesi

Doç.Dr.Cem İLNEM
7.Psikiyatri Klinik Şefi
Etik Kurul Üyesi