

**T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İKİ UÇLU DUYGUDURUM BOZUKLUĞU OLAN KİŞİLERİN
PSİKODİNAMİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sıla ÇETİN

OCAK 2023

ANTALYA

T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İKİ UÇLU DUYGUDURUM BOZUKLUĞU OLAN KİŞİLERİN
PSİKODİNAMİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sıla ÇETİN

OCAK 2023

ANTALYA

T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

İKİ UÇLU DUYGUDURUM BOZUKLUĞU OLAN KİŞİLERİN
PSİKODİNAMİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sıla ÇETİN

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI tezi olarak 18/01/2023 tarihinde jüri tarafından (oybirliği/oyçokluğu ile) kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet YUMRU (Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan HERDİ

Dr. Öğr. Üyesi Aslı Zeynep BAŞABAK BHAİS

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. İbrahim Sani MERT

Tez Teslim Tarihi:

BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Olan Kişilerin Psikodinamik Açıdan Değerlendirilmesi” adlı bu çalışmanın hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, bu çalışmanın herhangi bir kısmının başka bir akademik çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

30 / 12 / 2022

Sıla ÇETİN

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	iii
TABLO LİSTESİ.....	iv
ÖNSÖZ	v
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı	1
1.2. Araştırmanın Önemi	1
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	1
1.4. Araştırmanın Varsayımları	2
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	3
2.1. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Tanı ve Sınıflandırma	4
2.1.3. Epidemiyoloji	7
2.1.4. Etiyoloji	7
2.1.4.1. Genetik Faktörler.....	7
2.1.4.2. Biyolojik Faktörler	8
2.1.4.3. Çevresel ve Psikolojik Faktörler	9
2.1.5. Klinik Görünüm ve Semptomatoloji	9
2.1.6. Eş ve Ayırıcı Tanı.....	10
2.1.7. Tedavi	10
2.2. Psikodinamik Yaklaşım.....	12
2.3. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Psikodinamik Yaklaşım.....	13
2.4. Kişilik Organizasyonları.....	13
2.5. Kişilik Organizasyonlarını Belirleyen Faktörler	14
2.5.1. Kimlik Bütünlüğü.....	14
2.5.2. Savunma Mekanizmaları	14
2.5.3. Gerçeği Değerlendirme	15
3.YÖNTEM	15
3.1. Evren ve Örneklem.....	16
3.2. Veri Toplama Araçları.....	16

3.3. Verilerin Toplanması.....	17
3.4. Verilerin Analizi.....	18
4.BULGULAR	19
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	19
4.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	19
4.3. Kişilik Organizasyonları Envanteri Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	20
4.4. Sosyodemografik Özelliklerin Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırmalı İncelenmesi	21
4.5. Kişilik Organizasyonları Envanteri Puanlarının Normal Dağılımının İncelenmesi.....	21
4.6. Kişilik Organizasyonları Envanteri Puanları İçin Summary T Test.....	22
5.TARTIŞMA.....	24
5.1. Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	24
5.2. Kişilik Organizasyonlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi.....	24
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER	28
7. KAYNAKÇA	29
8. EKLER	35

ÖZET

İKİ UÇLU DUYGUDURUM BOZUKLUĞU OLAN KİŞİLERİN PSİKODİNAMİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sıla ÇETİN

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Mehmet YUMRU

Ocak 2023; 45 sayfa

İki uçlu (bipolar) bozukluk, bir veya birden fazla mani ve/veya hipomani ve bazen de bunlara ek olarak depresif dönemin görülmesiyle karakterizedir. Bir duygu durum bozukluğu olan iki uçlu bozukluğun yaygınlık oranının %3 civarı olduğu saptanmıştır. Başlangıç yaşıyla çoğu zaman 25'in altında seyretmektedir (Merikangas ve ark., 2011). Bu rahatsızlığa sahip olanların ancak yarısının tanı aldığı, tanılananların ise büyük bir kısmının tam iyileşme göstermediği gözlenmektedir (Geddes ve Miklowitz, 2013). Tedavi için genelde farmakoterapi ve bilişsel davranışçı psikoterapilerden yararlanan iki uçlu bozukluğun kalıcı iyileşme gösterme oranının düşüklüğü ve yapılmış bunca çalışmaya rağmen kökenlerinin hala tam olarak anlaşılmamış olması ilgi uyandırıcıdır.

Bu çalışma alandaki bu açıktan yola çıkarak, hastalığın doğasının daha iyi anlaşılmasını ve tanı alan bireylerin kişilik yapılanmalarını psikodinamik açıdan ele alarak açıklayıp iyileşme oranını artırmak için öneriler sunmayı amaçlamıştır. Bu çalışmada Kernberg'in geliştirip son halini vererek tanımladığı kişilik organizasyonlarını ölçmeyi hedefleyen, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış Kişilik Organizasyonları Envanteri, katılımcıların ötimik dönemde olup olmadığını tespit amacıyla Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği kullanılmıştır. 45 katılımcıyla yürütülen çalışmada iki uçlu bozukluk tanısı almış hastaların ilkel savunmalara yüksek düzeyde başvurduğu, kimlik difüzyonuna sahip olduğu ve gerçeği değerlendirme yetilerinin korunduğu sonucuna ulaşılmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: İlkel savunmalar, kimlik difüzyonu, gerçeği değerlendirme, kişilik organizasyonları, iki uçlu bozukluk

JÜRİ: Prof. Dr. Mehmet YUMRU

Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan HERDİ

Dr. Öğr. Üyesi Aslı Zeynep BAŞABAK BHAİS

ABSTRACT

PSYCHODYNAMIC EVALUATION OF BIPOLAR DIAGNOSED INDIVIDUALS

Sıla ÇETİN

MSc Thesis in Psychology

Supervisor: Prof. Dr. Mehmet YUMRU

January 2023; 45 pages

Bipolar disorder is a mood disorder which is characterized by one or several manic and/or hypomanic episodes, also sometimes it is accompanied by depressive episodes. The prevalence is around 3% and the age of onset is mostly below the age of 25 (Merikangas et al., 2011). Researches show that only half of the patients had diagnosed correctly and most of the time the ones who had diagnosed, couldn't have recovered fully (Geddes & Miklowitz, 2013). It is also worth to be interested that even though the most proved beneficial common treatment combination is pharmacotherapy with cognitive behavioural psychotherapy, bipolar disorder's nature is a true mystery.

Based on the gaps in the literature, this study aims to premise a larger point of the view about the disease and possible treatment strategies. In this study, The Inventory of Personality Organization, which is developed by Kernberg in 1995, is used to get a better understanding of the individuals' psychodynamic features. And also, to determine the sample is euthymic, Young Mania Rating Scale and Hamilton Depression Rating Scale are used. The study's results which ran by 45 participants are that bipolar patients mostly tend to use primitive defense mechanisms, have identity diffusion and have a functional reality perception.

KEYWORDS: Primitive defenses, identity diffusion, reality, personality organizations, bipolar disorder

COMMITTEE: Prof. Dr. Mehmet YUMRU

Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan HERDİ

Dr. Öğr. Üyesi Aslı Zeynep BAŞABAK BHAIS

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

Simgeler

N	: Toplam sayı
p	: Anlamlılık düzeyi
sd	: Serbestlik derecesi
ss	: Standart sapma

Kısaltmalar

KOREN	: Kişilik Organizasyonları Envanteri
YMÖ	: Young Mani Derecelendirme Ölçeği
HDDÖ	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
APA	: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Derneği)
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	19
Tablo 4.2. YMÖ ve HDDÖ tanımlayıcı istatistikleri.....	20
Tablo 4.3. KOREN tanımlayıcı istatistikler.....	20
Tablo 4.4. Örneklemin KOREN puanlarının tanımlayıcı istatistikleri.....	20
Tablo 4.5. Sosyodemografik özellikler ve KOREN için Ki-Kare analizi.....	21
Tablo 4.6. KOREN puanlarının Saphiro-Wilk Testi puanları.....	21
Tablo 4.7. KOREN ortalama puanlar için Summary T Test.....	22
Tablo 4.8. Ortalama ve kesme puan karşılaştırılması için Summary T Test.....	23

ÖNSÖZ

Antalya Bilim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı kapsamında hazırlanan bu yüksek lisans tezinde iki uçlu duygudurum bozukluğu psikodinamik çerçevede detaylıca ele alınmıştır.

Öncelikle, bana gösterdiği destek ve güveniyle beni onurlandıran tez danışmanıma, Prof. Dr. Mehmet YUMRU'ya teşekkürlerimi borç bilirim. Kitaplardan, kuramlardan almamın mümkün olmadığına inandığım vizyon ve içgörüyü bana kattıkları, bu alanı bana bir kez daha sevdirdikleri için Uzm. Dr. Anıl KIRMIZI'ya ve hem meslektaşım hem sevgili arkadaşım Kl. Psk. Yücel İLHAN'a teşekkür ederim.

Annem Şengül ve babam Metin ÇETİN'e, koşulsuz sevgi ve destekleri için, aile olmanın güzelliğini tatma şansını bana sundukları için sonsuz minnettarım.

Ve son olarak, başından beri ilgiyle tez sürecimi takip eden, elinden gelen katkıyı sunmaya gönüllü, çeşitli sebeplerle doğru tanı ve tedaviye ulaşamadığı için yaşamında halen daha pek çok zorlukla mücadele eden iki uçlu bozukluk tanısı almış yakınlarıma teşekkür ederim. Dilerim ben de bir noktada size sizin bana teşekkür edebileceğiniz bir alan sunabilirim.

1.GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Amacı

Psikoloji bilimi farklı ekollerden beslenir ve gelişimi süresince geçmişte dönemsel olarak popüler ekollerde değişiklikler yaşanmıştır. Fakat günümüz dinamik ve modern dünyasında pek çok alanda olduğu gibi bu alanda da her yaklaşım kendi büyüme alanını bulabildiği gibi artık tek bir hâkim yaklaşımın hüküm sürmesi söz konusu değildir. Söz edilen çeşitli yaklaşımlardan biri olan psikodinamik yaklaşımın kuramsal temelleri 100 yılı aşkın zaman önce Sigmund Freud tarafından atılmıştır ve bu ekol günümüzde hala geçerliğini korumaktadır.

Bu araştırma, iki uçlu duygudurum bozukluğunun psikodinamik bakışla gözden geçirilmesini amaçlamaktadır. Tanı almış bireylerin kişilik organizasyonlarını, başvurdukları savunmaları, gerçeklikle ilişkilerini, kendilik algılarını araştırmak ve hastalığın doğasını anlamaya katkıda bulunmak temel hedefdir.

1.2. Araştırmanın Önemi

İki uçlu duygudurum bozukluğu, yaygınlık oranı %3 civarı seyreden ve ölümle sonuçlanan intihar girişimlerinin en fazla gözlendiği psikiyatrik bozukluktur. Çoğu iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı almış hasta ömür boyu farmakolojik tedavi almaktadır (Miller, 2020).

Klinik psikoloji, bireylerin bilişsel, davranışsal ve duygusal bağlamda yaşadığı psikiyatrik bozuklukların nedenlerini, sonuçlarını, doğasını ve tedavi yöntemlerini çeşitli kuramlar aracılığıyla detaylı biçimde inceleyen bilim dalıdır. Fakat literatüre ve hâkim alan kabullerine bakıldığında bazı bozuklukların belirli kuramsal yaklaşımlar dışındaki kuramlar çerçevesinde yeterince incelenmediği görülmüştür. Bu çalışma, bir bakıma söz edilen kapsamda ihmal edildiği düşünülen bozukluklardan olan iki uçlu duygudurum bozukluğunun psikodinamik yaklaşımla yeniden gözden geçirilmesini amaçlamaktadır. Psikodinamik yaklaşım kişilik organizasyonları, savunma mekanizmaları, ilk nesne ilişkileri gibi konularda geliştirilmiş kuramlardan temel alır ve bireyleri hikayeleri ile bir bütün olarak değerlendirerek derinlemesine bilgi sağlar.

Çalışma kapsamında iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı almış hastalardan toplanan verilerin ve bu verilerin yorumlanmasının, hastalığın doğasını anlamadaki eksiklikleri tamamlamada katkıda bulunması hedeflenmiştir.

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın veri toplama aşamasında kullanılan ve katılımcıların kişilik organizasyonlarının saptanmasını sağlayan ölçek bir öz bildirim ölçeğidir. Öz bildirim ölçeği kişinin kendi durumuna dair öznel yanıtlarını gösterir. Bu yanıtlar gözlemci etkisi, sosyal istenirlik, katılımcıların algısal düzeyi ve mentalizasyonu gibi faktörlerden etkilenmeye açıktır. Araştırmanın ilk sınırlılığı kullanılan ölçeğin türüdür.

Bilindiği gibi psikodinamik tanı psikodinamik görüşmelere dayalı formülasyon süreçleri sonrası klinik olarak uzun görüşmeler sonrası konulmaktadır. Bu çalışmaya dahil edilen hastaların, psikodinamik açıdan formülasyon süreçlerinden geçmeden sadece ölçek değerlendirilmesi ile psikodinamik açıdan bir bakış ile ele alınması diğer önemli bir kısıtlılıktır.

Bir diğer sınırlılık ise dünyada ve Türkiye’de iki uçlu duygudurum bozukluğunu bu biçimde inceleyen çalışma sayısındaki kısıtlılıktır. Bu kısıtlılık destekleyici bulgulara erişimde zorluğa sebep olmaktadır. Yine benzer sebeplerle Türkçe literatürde kişilik organizasyonlarını ölçen, geçerlilik, güvenilirlik ve uyarlama çalışmaları tamamlanmış yalnızca bir ölçek bulunmaktadır (Akdemir ve ark., 1996) ve semptom şiddetini psikodinamik bağlamda ölçen hiçbir araca erişilememiştir.

Katılımcıların tanıları birden fazla hekim tarafından konulmuştur, bu durum bir diğer sınırlılıktır. Saptanan son sınırlılık ise katılımcıların tek bir kuruma tedavi için başvuran kişilerden oluşmasıdır. Bu durum katılımcıların çeşitliliği ve evreni temsil edebilirliği konusunda bir eksiklik olarak görülebilir.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Araştırma verileri katılımcı tarafından puanlanan öz bildirim ölçekleri ve araştırmacı tarafından puanlanan, klinik görüşmelere dayalı ölçeklerle elde edilmiştir. Bu verilerin sağlayacağı sonuçlara ilişkin varsayımlar şu şekilde sıralanmıştır:

1. Katılımcılar sınır düzey kişilik organizasyonuna sahiplerdir.
2. Katılımcılar yoğunluklu olarak ilkel savunmalara başvurmaktadır.
3. Katılımcıların bütünleşmiş kimlik algıları yoktur, kimlik difüzyonu mevcuttur.
4. Katılımcıların gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma yoktur.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu

İki uçlu duygudurum bozukluğu, zamanı ve şiddeti öncesinden tahmin edilemeyen zıt duygulanımlarla karakterize ataklar barındırması ve halen doğasına ilişkin yanıtlanamayan birtakım sorularıyla geçmişten bugüne ilgi uyandıran bir hasatlaktır. Bu bölümde hastalık tarihçesinden sağaltımına detaylı biçimde ele alınacaktır.

2.1.1. Tarihçe

İki uçlu bozukluğa dair araştırmalar, Antik Yunan'a kadar dayanmaktadır. O dönemde henüz bu bozukluğa özel bir isim tanımlanmış olmasa da bozukluğun karakterize uçları yani depresyon -o dönem kullanılan adıyla melankoli- ve mani ilgi uyandırmıştır. Bu bağlamda ilk sistematik araştırmaları yapan Hipokrat'tır. Hipokrat kendi sisteminde ruhsal bozuklukların sebebini vücutta dengede kalması gereken dört farklı sıvının yani balgam, sarı safra, kan ve kara safranın dengesinin bozulmasına bağlamıştır. Melankoli de tanımadığı bu dört sıvıdan biri olan kara safranın baskınlığı sebebiyle yaşanmaktadır (Angst ve Sellaro, 2000). Bu nedensellik, araştırmalar geliştikçe geçerliğini kaybettiyse de psikiyatrik bozuklukların doğasını anlamada biyolojik unsurları işaret etmesi açısından önemli bir katkıdır.

Aretaeus ise Hipokrat'tan yaklaşık 500 yıl sonra benzer ruhsal durumlarla ilgilenerek bu alanda çalışmalar yapmıştır. Hipokrat'tan farklı olarak mani üzerine daha fazla çalışmıştır. Maniyi tanımlamış, öforiden söz etmiş, maninin bazen olumlu duygulanımı aşırılaştırdığı gibi bazen saldırganlığı da tetikleyebildiğini söylemiştir. Aretaeus'un bahsettiği mani günümüzdeki modern mani tablosu ve kriterlerine yakın olmasıyla ilgi uyandırıcıdır. Ayrıca Aretaeus, kişinin manik ataklarda bazen başka bir alemde gibi davrandığı ve bu yaşamdan uzaklaştığından söz etmiş, yani psikoza anlatmıştır. Bir diğer katkısı ise psikoza, mani ve depresyonu aynı hastalığın farklı dönemleri olarak ele alarak incelemiş olmasıdır (Angst ve Marneros, 2001).

Hipokrat ve Aretaeus'un tarihsel arka plandaki ilham verici fikir ve çalışmalarlarıyla öncü oldukları gelişim, sonraları Avrupa'da hâkim olan kilise baskısı ile sekteye uğramıştır. Ruhsal bozukluklar bu dönemde şeytani ruhlarla ilişkilendirilmiş, hastalara 'arınmaları' için ayinler yapılmış, hastalar toplumdan izole edilmiş ve kapalı kapılar ardında tutulmuştur.

Esquirol, 19. yy. başlarında çalışmalar yapan Fransız psikiyatrist, mani ve depresyonla karakterize olan psikiyatrik hastalığın, yani henüz isimlendirilmemiş olsa da iki uçlu bozukluğun, düşünme sistemindeki aksamalarla değil duygudurumun düzenlenmesindeki aksamalarla ilgili olduğunu öne sürmüştür. Esquirol'ın öncülüğünden itibaren artık bu bozukluk duygudurum bozukluğu kategorisinde ele alınmıştır. Kraepelin ise manik ve depresif ataklar arasındaki durağan yani ötimik dönemin varlığından söz etmiştir. Yine Kraepelin, tüm duygudurum bozukluklarını aynı kategoride toplamış ve hepsini aynı temelde değerlendirmiştir (Zivanovic ve Nedic, 2012). Kraepelin'in kategorizasyonda yaptığı bu hatalı atamayı 20. yy başında Wernicke, bazı duygudurum bozukluklarında tek bir duygulanım görülürken bazılarında ise iki duygulanım arasında

gelgitler olduğunu söyleyerek bunların aslında farklı hastalıklar olduğunu öne sürerek düzeltmiştir (Angst ve Sellaro, 2000).

1952 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından DSM-I'in yayınlanması ile ise artık diğer psikiyatrik bozukluklar gibi iki uçlu bozukluk da belirli sınırlar içinde ele alınmıştır ve hastalığın doğasına ilişkin genel kabulün çerçevesi çizilmiştir.

2.1.2. Tanı ve Sınıflandırma

Daha önceleri duygudurum bozuklukları başlığı altında ele alınan iki uçlu bozukluk, DSM-5 ile ayrı bir kategoride değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu hastalık bir spektrum olarak düşünülmelidir, iki uçlu ve ilişkili bozukluklar kategorisinde 7 farklı tanı bulunur:

- 1) İki uçlu I
- 2) İki uçlu II
- 3) Siklotimik bozukluk
- 4) Maddenin/ilacın yol açtığı iki uçlu ve ilişkili bozukluk
- 5) Başka bir sağlık durumuna bağlı iki uçlu ve ilişkili bozukluk
- 6) Tanımlanmış diğer bir iki uçlu ve ilişkili bozukluk
- 7) Tanımlanmamış iki uçlu ve ilişkili bozukluk

Tip I tanısı için tek bir mani epizodu yeterliyken tip II tanısı için bir majör depresif epizod ve bir de hipomani epizodu gereklidir ve mani hiç görülmemiş olmalıdır. Siklotimik bozukluk ise kroniktir ve tanısı için en az 2 yıldır süren, hipomanik belirtilerin eşlik ettiği (fakat tam bir hipomani epizodu olmayan) hipomanik dönemler ve depresif belirtilerin görüldüğü (fakat tam bir depresif epizod olmayan) depresif dönemler gereklidir (APA, 2013).

Mani; taşkın, coşkulu, yoğun ve çoğu zaman grandiyöz özelliklere sahiptir ve manik epizod tanısı için bu semptomların en az bir hafta gözlenmesi veya kişinin hastaneye yatışının gerekli görülmesi seviyesine gelmiş olması koşuldur. Akut bir manik epizoda %70'in üzerinde bir oranda psikotik semptomların da eşlik ettiği görülmüştür (Grande ve ark., 2016). DSM-5'te manik epizodun kriterleri şu şekilde belirlenmiştir:

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmiş ise herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kısıtlatma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Hipomanide ise manide görülen taşkınlık daha kısa sürebilir ve daha az yoğunluktadır, maniye benzer özelliklere sahiptir fakat mani kadar işlevselliği bozamaz. Latince'de 'altında' anlamını taşıyan -hipo ön ekiyle tariflenmesi bundandır. DSM-5 için hipomani kriterleri:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikomotor ajitasyon.

7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün okunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak, mani dönemidir.

F. Bu dönem, bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Depresif epizod ise neredeyse majör depresyonla aynı semptomlara sahiptir, depresif dönemde psikiyatriye başvuru yapan hastaların kimi zaman iki uçlu yerine majör depresyon tanısı alıyor olması da çoğunlukla bu sebeptendir. Depresif atak için DSM-5 kriterleri ise şu şekildedir:

A. Aynı iki haftalık bir dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha fazlası bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az birinin ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

1. Hastanın kendisinin bildirdiği ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, neredeyse her gün, yaklaşık gün boyu süren çökkün duygudurum.

2. Neredeyse her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma.

3. Kilo vermeye çalışırken çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden fazlası olmak üzere) ya da neredeyse her gün iştahın azalmış ya da artmış olması.

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyku olması.

5. Neredeyse her gün, ajitasyon ya da retardasyonun olması.

6. Neredeyse her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7. Neredeyse her gün, değersizlik, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

Goldberg ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir çalışmada, tedavinin ilk yıllarında depresif epizodda olan iki uçlu bozukluk hastalarının yalnızca %20'sinin iki uçlu bozukluk tanısı aldığından söz edilmektedir. İki uçlu bozukluk hastalarının %40'ı doğru tanıdan önce farklı tanı ve tedaviler almıştır (Lewis, 2000).

Hastalığın başlangıç yaşının ise çeşitli araştırmalarda 20-25 aralığında saptandığı görülmektedir. Hastalığın belirtileri hastaların yarısından fazlasında 25 yaş öncesinde başlamaktadır (Merikangas ve ark., 2011). Gültekin ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmaya göre ise Türkiye'de geç başlangıçlı olguların oranı %13,4'tür.

2.1.3. Epidemiyoloji

Geçmiş çalışmalar hastalığın yaygınlığını %1 civarı olarak sunmuşsa da sağlığa erişim, sınıflandırmanın daha sistemli hale gelmesi ve hastalığın anlaşılmasının artışıyla artık bu oranın %3 civarı seyrettiği bilinmektedir (Angst, 2013). Bu yaygınlık oranının kültürel veya coğrafi farklılıklardan anlamlı düzeyde etkilenmemektedir.

Merikangas ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan kültürlerarası çalışmanın bulguları iki uçlu duygudurum bozukluğu spektrumunun farklı alt tiplerinin yaygınlık oranlarını detaylıca literatüre sunmuştur. Bu oranlar tip I için %0,6, tip II için %0,4 ve diğer alt türleri kapsayan spektrumunun tümü içinse %2,4 olarak bulunmuştur.

Hem Merikangas hem Angst tarafından yapılan bu büyük ölçekli çalışmalar ve kabul gören literatürün büyük kısmının da sunduğu üzere, cinsiyetler arası yaygınlık oranı anlamlı düzeyde değişiklik göstermemektedir. Bu durum manik epizodlarda görülebilen psikozlar için de geçerlidir. Cinsiyetler arası yaygınlık farkı gözlenmemesine karşın epizodların süresi, sıklığı, biçimi ve komorbidite bağlamında cinsiyet farklı saptanmıştır (Kessing, 2004). Bulgular kadınların depresif epizodları erkeklerden daha sık yaşadığını göstermektedir (Altshuler ve ark., 2010).

2.1.4. Etiyoloji

Hastalığın nedenselliğine dair tek bir belirleyici yanıt yoktur. Etiyolojisi genetik, biyolojik, çevresel ve psikolojik faktörlerle birlikte ele alınarak incelenmektedir, bu bölümde etiyolojiye dair unsurlar detaylandırılacak, geçmiş çalışmalardan söz edilecektir.

2.1.4.1. Genetik Faktörler

İki uçlu bozukluğun en önemli prediktörlerinden birinin aile öyküsü olduğu çalışmalarla ortaya konmuştur. Tanı almış hastaların %3 ila %8'inin birinci derece akrabalarında da hastalığın gözleniyor olduğu saptanmıştır (Güleç ve Köroğlu, 2007). Rice ve arkadaşları (1987), iki uçlu bozukluk tanılı kişilerin akrabalarında da iki uçlu bozukluk tanısı olma oranını %5,7 olarak saptarken majör depresyon oranını %1,1 olarak saptamıştır. Her iki biyolojik ebeveynin de hastalığa sahip olduğu durumda ise bu oranlar %50-75'e çıkmaktadır (Stringaris ve ark., 2014). Evlat edinen ebeveynler ve evlat edindikleri iki uçlu bozukluk tanılı çocuklarıyla yapılan çalışmalarda aynı saptama yapılmadığından durumun genetik geçişle ilişkisi kolaylıkla gözlenebilmektedir.

Hastalığın etiolojisinde genetik geçişin rolü ebeveyn çalışmaları kadar kardeşlerle yapılmış olan çalışmalarda da öne çıkmaktadır. Araştırmalara göre eş hastalanma oranı tek yumurta ikizleri için %40 ve çift yumurta ikizleri için ise %5'tir (Kieseppa ve ark., 2013).

Hastalığın genetik geçişinden sorumlu olan genlerin veya gen bölgelerinin neler olduğu halen tam olarak bilinmemektedir (Kerner, 2013). Her ne kadar genetik geçişin payı büyük olsa da tek yumurta ikizleri ile yapılmış çalışmalarda ikizlerin tıpatıp aynı genoma sahip olmalarına karşın eş hastalanma oranlarının %40'ta kalıyor olması hastalığın etiolojisindeki diğer faktörlerin önemini göstermektedir.

2.1.4.2. Biyolojik Faktörler

Duygudurum bozukluklarında en çok üzerinde durulmuş olan nörotransmitterler serotonin, norepinefrin ve dopamindir. İki uçlu bozuklukta diğer tek uçlu bozuklukların aksine stabil bir duygulanım olmadığından bazen farklı epizodlarda farklı nörotransmitterler rol oynayabilmekte veya seviyeleri farklı olabilmektedir. Buna karşın örneğin hem depresyon hem manide serotonin düzeyinin düşük olduğu bilinmektedir (Syvälahti, 1994).

Nörobiyoloji araştırmalarının büyük kısmını oluşturan, ilaçlarla yapılan çalışmalar hastalıkların doğasını anlamaya yardımcı olmaktadır. Örneğin, hastalara beyin ödül merkezini uyaran, zevk ve motivasyon gibi durumlara kaynak sağlayan dopamin verildiğinde maninin tetiklenebildiği bulunmuştur. Bu durum dopamin reseptörlerinin iki uçlu bozukluk hastalarında bozulmalar yaşadığını ve aşırı duyarlı olabileceğini düşündürmüştür (Anand ve ark., 2000). Depresyonda ise dopaminerjik sistemdeki bozulma sebebiyle çökkünlük yaşıyor olma olasılığı önceki bulgulara uyumlu görünmektedir (Treadway ve Zald, 2011). Sobczak ve arkadaşları (2002), majör depresyon ve iki uçlu bozukluğa sahip hastalarla yaptıkları çalışmalarda ise her iki hasta grubunda da azalmış serotonin reseptörü duyarlılığına rastlamışlardır.

Beyin görüntüleme çalışmaları da etiolojiye dair pek çok katkı sunmaktadır. Hem beyin bölgelerinin hacmi hem de aktivasyonu ayrı ayrı incelenmektedir. İki uçlu bozukluk tanılı hastalarda yüksek amigdala aktivasyonu, duygu düzenlemede anterior singulat aktivitesinde artış hem hipokampus hem dorsolateral kortekste ise düşük aktivasyon saptanmıştır (Houenou ve ark., 2011). Beyin aktivasyonları manide ve depresyonda birbirine benzer olmasına karşın, Marchand ve Yurgelun-Todd (2010) striyatunun depresif epizodda aktive değilken manide oldukça aktif olduğunu bulmuştur.

Hücresel boyuttaki çalışmalardan birini Looney ve El-Mallakh (1997) gerçekleştirmiştir. Çalışma, iki uçlu bozukluk hastalarının nöronlarının zarlarında eksiklikler olduğunu göstermektedir. Araştırmacılar bu eksikliklerin işlevselliği düşürdüğünden söz etmektedir. Nöron zarlarındaki anomaliye dair bir diğer bulgu ise, manik epizodlar sırasında protein kinaz C'nin aktivasyonundaki aşırı artıştır. (Yıldız ve ark., 2008).

Hastalarda amigdala ve hipokampus hacminde azalma gözlenmektedir. Bunun olası sebeplerinden biri olarak iki uçlu bozuklukta gözlenen yüksek kortizol seviyesi düşünülmektedir. Kortizol uzun dönemde hipokampüse hasar vererek hacmini küçültme

potansiyeline sahiptir. İki uçlu bozukluğa sahip hastalarda beynin organik olarak baskılayamadığı kortizol, ötimik kalmayı engelleyen faktörlerden biri olarak da değerlendirilmektedir (Vieta ve ark., 1999).

2.1.4.3. Çevresel ve Psikolojik Faktörler

İki uçlu bozukluk etiyojisini anlayabilmek için yalnızca genetik ve biyolojik yaklaşımlar yeterli olmamaktadır. Yıllardır süren çalışmalar psikososyal faktörlere de odaklanmaktadır. Çevresel koşulların, bilişsel süreçlerin ve gelişimsel öykünün tıpkı depresyon ile olduğu gibi iki uçlu bozukluk ile de ilişkili olduğu, hatta hastalığın başlangıcının stresli/negatif yaşam olaylarıyla tetiklendiği bilinmektedir (Alloy ve ark., 2005). Negatif yaşam olaylarının hastalıkla ve kötü prognozla ilişkisini destekler nitelikte verileri Johnson ve arkadaşları da yaptığı çalışmalarla göstermektedir.

Meyer ve arkadaşlarının 2001 yılında yayınladığı çalışma, iki uçlu bozuklukta ödül ve tehdit duyarlılığının yüksek olduğundan söz etmektedir. Bu hassasiyet manik epizodlar için de risk faktörü olarak görülmektedir. Etiyolojinin biyolojik rolünün özetlendiği bir önceki kısımda bununla paralel literatür çıktılarında söz edilmiştir.

Hem manide hem depresyonda uykuyu göz ardı etmek mümkün değildir. Manik dönemde kişilerin bazen neredeyse günlerce uyumadığı görülmektedir. Depresif epizodda ise uyku artabilir veya azalabilir, fakat çok yüksek olasılıkla uyku düzeninde değişiklik gözlenir. Bir deneysel çalışmada, iki uçlu bozukluk tanılı hastalar depresif epizodda iken gözlem altına alınmış ve tüm geceyi uyanık geçirmeleri istenmiştir. Uykusuz kalan katılımcıların %10'a yakınında ertesi gün hipomani belirtilerine rastlanmıştır (Colombo ve ark., 1999).

Beş faktör kişilik kuramından yola çıkarak kişilik özelliklerinin semptomlarla ilişkisini ölçen bir çalışmada, nevrotikliğin depresif semptom şiddetiyle pozitif ilişkisi olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmanın verileri arasında, yüksek sorumluluğun ve bunun bir alt kategorisi olarak başarı odaklılığın ise mani ile pozitif ilişkisinin varlığı görülmektedir (Lozano ve Johnson, 2001).

Hastalığın prognozunda, klinik görünümde ve epizodlar arası süreçteki işlevsellikte gelişimsel öyküdeki aksamaların ve çocukluk travmalarının payı görülmektedir (Etain ve ark., 2008). Fakat çocukluk çağı travmaları kötü prognozdan daha fazlasını yapıyor gibi görünmektedir. Watson ve arkadaşlarının 2014 yılında yayınladığı çalışmaya göre, kontrol grubuna kıyasla iki uçlu bozukluk spektrumunda tanısı olan hastalar anlamlı düzeyde daha fazla çocukluk çağı travması bildirmişlerdir. Bu durumun daha sonra tartışılacağı gibi, travma kaynaklı bir duygu regülasyonu bozulması veya bir tür savunma mekanizması olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği araştırmaya açık bir konudur.

2.1.5. Klinik Görünüm ve Semptomatoloji

İki uçlu bozuklukta hastalar çoğunlukla tedaviye ötimik dönemdeyken başvuramazlar. Başvuru genelde mani veya depresyon döneminde, kendileri veya yakınlarının yönlendirmesiyle olur. Bazense bu hastanın rızası dışında gerçekleşir. Depresyonda görülebilen özkıyım girişimi, manide aşırı uyarılmışlık veya artan dürtüsellikle birlikte suça karışma ihtimalinin de yükselmesi gibi sebepler adli durumlara

yol açabilmekte ve kişilerin gözlem altında tutulmalarını veya zorunlu yatış yapmalarını gerektirebilmektedir (Yeloğlu, 2017).

Manik epizodu fark etmek depresyondan daha kolay olabilmektedir. Kişi hareketli, bazen huzursuz, uçuşan düşünceleri olan ve gerçeklikle bağlarını gevşetmiş haldedir. Çok konuşma, çabuk öfkelenme ve risk alma davranışı da sık görülen diğer semptomlardandır. Neredeyse her zaman azalmış uyku süresi kaydedilmektedir. Depresif epizod tıpkı majör depresyona benzer, bu nedenle yanlış tanı riski yüksektir. Epizodlar arası dönemde, yani ötimik dönemde ise hasta tamamen sağlıklı görünmektedir. Fakat geçirdiği atakların yaşamına, ilişkilerine veya kendisine verdiği hasarların varlığı veya şiddeti işlevsellik üzerinde oldukça etkilidir (Gültekin ve ark., 2014).

İki uçlu duygudurum bozukluğu spektrumundaki hastalar, özkıyımın en çok rastlandığı psikiyatrik hastalığa sahip gruptur ve özkıyım ihtimali açısından genel popülasyona göre 20-30 kat daha fazla risk taşırlar. Tahmin edilenin aksine tamamlanmış özkıyım depresif dönemde değil, dönemden sonra hasta enerji bulmaya başladığında daha sık görülür. Manik dönemde özkıyım riski depresif döneme göre çok daha düşüktür. İşsizlik, yalnız yaşamak, erkek olmak, hastalığın erken başlangıçlı olması, ailede özkıyım öyküsü diğer risk faktörlerindedir (Miller ve Black, 2020).

2.1.6. Eş ve Ayırıcı Tanı

Eş tanı spektrumun farklı bölgelerinde küçük değişiklikler gösteriyor olsa da en sık rastlanan eş tanılar kaygı bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı ve dikkat eksikliği ve hiperaktivitedir. (APA, 2013; Merikangas ve ark., 2011).

İki uçlu bozukluğun ayırıcı tanısında ise özellikle psikotik görünümeler mevcutsa şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu ayırt etmek oldukça önemlidir. Burada dikkat edilmesi gereken kritik noktalardan biri iki uçlu bozuklukta psikozların duygudurum epizodları içinde sınırlı kalıyor olması ve ötimik süreçte psikoza rastlanmamasıdır (APA, 2013).

Hastalığa dair, özellikle ilk başvuru depresif epizoda olduğunda, en muhtemel karışıklıklardan biri de tanıyı majör depresyon olarak varsaymaktır. Bu noktada aile öyküsünü almak, daha önce yaşanmış manik/hipomanik semptomları sorgulamak ve bu semptomlar görülmemişse dahi prognozu takip etmek kritiktir (Goldberg ve ark., 2001).

Son olarak, sınır kişilik bozukluğu ve iki uçlu bozukluk kimi noktalardan klinik gözlemlerde benzeyebilir. Fakat bu benzerlik yalnızca kesitsel bir durum içinde olacaktır. Sınır durum hastalarda kişilik yapısıyla ilişkili bir değişim ve tezatlık vardır fakat iki uçlu bozukluk duygudurumun değişimi ile ilgilidir (APA, 2013).

2.1.7. Tedavi

İki uçlu bozukluk hastalarının %40'ının tedaviye hiç başlamadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Güleç ve Köroğlu, 2007). Tanılamadaki aksamalar ve doğru tanı konya bile tedaviye katılımın düşüklüğü göz önüne alındığında hastalığın organik olarak sahip olduğu riskler bu faktörler sebebiyle daha da artmakta tehlike oluşturmaktadır.

Tüm iki uçlu bozukluk spektrumu ele alındığında hastalığın farmakoterapisinde en sık başvuru alan ilaçlar lityum, sodyum valproat ve ketiyapindir (Yatham ve ark., 2018). Lityum, bir duyu düzenleyicidir ve hem manik epizodda hem de ötimik dönemde en çok reçete edilen ilaçtır (Gültekin ve ark., 2014). Fakat doğru dozajın kullanımı kritiktir çünkü fazla alımı komplikasyonlar yaratabilmektedir, bu nedenle hastalar düzenli olarak kanlarındaki lityum miktarının takibi için kan vermektedir.

Akut manide lityum yerine kullanılabilen bir başka ilaç grubu ise antipsikotiklerdir. Bir meta analiz çalışmasında, akut maninin sağaltımı için risperidon, olanzapin ve haloperidol gibi antipsikotik ilaçların duygudurum düzenleyicilerden daha etkili olduğu bulunmuştur (Cipriani ve ark., 2011). Yine de kısa süreli farmakoterapide, örneğin akut manide, antipsikotikler öne çıkıyor olsa da uzun vadeli tedavi planında lityum halen daha sürdürülebilir görünmektedir (Geddes ve Miklowitz, 2013).

Duygudurum düzenleyiciler depresif epizodda da yer almaktadır fakat hastayı depresif epizoddan çıkarmaya yetmediği noktalarda antidepresanlara başvurulmaktadır. Antidepresan kullanımında özenle takip edilmesi gereken durum manik kaymanın yaşanmamasıdır. Bu noktada, serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin noradrenalin geri alım inhibitörlerinden (SNRI) daha güvenli görünmektedir ve iki uçlu bozuklukta depresif epizodda bu nedenle SSRI tercih edilmektedir (Gültekin ve ark., 2014). Farmakoterapiye dirençli hastalarda veya dirençli epizodlar yaşayan hastalarda elektrokonvülsif tedavi (EKT) faydalı görünmektedir (APA, 2013; Yatham ve ark., 2018).

Pek çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi iki uçlu bozuklukta da psikoterapi sağaltım için önemlidir. Hastalığın tedavisinde psikoeğitim ve farkındalık temelli bilişsel psikoterapi etkili görünmektedir (Aydoğdu ve Dirik, 2020). Bilişsel davranışçı psikoterapinin de prognozu iyi yönde etkilediği çalışmalarla kanıtlanmıştır (Özdel ve ark., 2021).

Psikodinamik psikoterapinin hastalara bilişsel esneklik, içgörü ve farkındalık katarak prognozunu iyileştirebileceği düşünülmektedir (Kahn, 1993). Yapılan büyük ölçekli bir çalışmada, iki uçlu bozukluk sağaltımında farmakoterapiye ek olarak uygulanan psikodinamik psikoterapinin, bilişsel davranışçı psikoterapi, kişilerarası ve sosyal ritim psikoterapileri ile aynı oranda etkili olduğu bulunmuştur (Sotsky ve ark., 1991, akt. Yumru, 2022).

Manik epizodda olan hastalarla psikodinamik psikoterapi süreci işletilirken destekleyici müdahalelere ağırlık vermek kritiktir, hasta bu süreçte içgörüyü sahip olmadığından içgörü ve uyumu güçlendirmek ana hedefdir. Depresyon döneminde ise maniye göre içgörü daha yüksek olduğundan ve hastalar çoğu zaman iş birliğine daha yatkın olduğundan semptom şiddeti ve prognoza göre destekleyici müdahalelerden açıklayıcılara doğru geçiş yapılabilmektedir. Ötimik dönemde ise hastaların mentalizasyonu ve işlevsellik düzeyine bağlı olarak açıklayıcı uçta kişilik organizasyonları ile hastalığın seyri arasında ilişkiler kurularak sağaltıma katkı sağlanmaktadır (Yumru, 2022).

2.2. Psikodinamik Yaklaşım

Psikodinamik yaklaşımın kuramsal kökenlerini aldığı psikanaliz, Sigmund Freud'un çalışmalarıyla oluşmuş bir psikoterapi yöntemidir. Psikodinamik yönelimli psikoterapi yelpazesi, destekleyici uçtan başlayıp açıklayıcı uçtan psikanalize kadar uzanan bir spektruma sahiptir (Yumru, 2022). Freud bu teknikler bütününde zihinsel süreçleri anlamlandırmak için bilinçdışı odaklanılması gerektiğini işaret eder ve ona göre psikopatolojinin temelinde kişilerin bastırıldığı bilinçdışı öğeler yatmaktadır. Yapısal kuram adını verdiği kuramında süperego, ego ve id kavramlarını ortaya atmıştır. En kısa anlatımıyla süperego (üst benlik) kişinin ahlaki/vicdani kısmını, id (alt benlik) ilkel dürtülerini, ego (benlik) ise ikisi arasındaki dengeyi sağlayan yapıyı temsil eder. Bilinçdışı malzemeye ulaşmak için Freud serbest çağrışım, rüyaların analizi ve hipnozdan yardım almıştır (Freud, 2011/1920).

Anna Freud, Sigmund Freud'un kızı, babasının yolunu takip ederek bu alanda çalışmalarını sürdürmüş ve ego psikolojisinin kurucusu olmuştur. Anna Freud'un diğer analistlere en büyük eleştirisi ego üzerinde yeterince durulmamış olmasıdır. Literatüre en büyük katkısı ise savunma mekanizmaları üzerine yaptığı çalışmalarıdır. Savunma mekanizmalarının temel işlevi, kişiyi bilinçdışı malzemenin zarar verici etkisinden korumaktır ve bunu çeşitli biçimlerde yerine getirir. Fakat bazen asıl zarar veren ve çalışılması gereken olgu savunmanın ta kendisidir. Bu çalışmanın önemli bir kısmını alan savunma mekanizmaları, ilerleyen kısımlarda detaylıca ele alınacaktır.

Anna Freud'un karşısındaki isim, Melanie Klein, psikodinamik literatürün bir başka kilometre taşı olan nesne ilişkileri kuramının kurucusu olarak kabul edilmiştir. Temel eleştirisi diğer kuramcıların insan psikolojisini anlama yolunda ilişkileri ihmal ediyor olmasıdır. Ona göre insan temelde arzularını doyumak değil ilişki kurmak ister ve kişilerin nesnelere -ötekilerle- kurduğu ilişkilere odaklanır. Dış dünya ve ötekilerle kurulan ilişkiler ve bunların temsilleri içselleştirilir ve bilinçdışında korunur (Sönmez, 2011).

Psikanalizin gelişim serüveninde Sigmund Freud'dan uzaklaşılan süreç, Lacan'la birlikte yeniden arzu ve dürtü kavramlarına odaklanılması ile Freud'a yaklaşmıştır. Lacanyen yaklaşım arzulara dönüş yapar ve bunu yaparken dilbilim ve sembolizmden destek alır. Lacan'ın sözünü ettiği arzu, bir nesneye sahip olmayı amaçlamaz, arzunun nesnesi yoktur, arzulanan şey ötekinin arzusu olmaktır. Fakat bu arzunun yerine gelmesi olanaksızdır, ki bu arzu eğer yerine gelebiliyor olsaydı da artık orada arzudan söz edilemezdi. Çünkü arzu edilen, aslında arzunun kendisidir ve oraya ulaşıncaya kadar yok olacaktır (Şimşek, 2017).

Lacan'a göre insanın iki temel kökensel travması vardır ve kim olduğu bu travmalar çevresinde gelişir. İlk travma annenin temsillerinin kaybı, ikincisi ise anneye bir olmanın bitişi, yani ayrışmadır. Burada söz edilen kayıp ve ayrışmanın simgesel olduğu unutulmamalıdır. Kişi bu kökensel travmalarla birlikte kendi eksikliğiyle karşı karşıya gelir ve arzu tam da bu eksiklik nedeniyle deneyimlenir. Lacanyen bakışta insanı işlevsel ve sağlıklı kılacak olan bu eksikliğin kabulüdür (Tuzgöl, 2018).

2.3. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Psikodinamik Yaklaşım

Sigmund Freud'un iki uçlu bozukluğa sahip yetişkin hastalarla çalışmalarındaki klinik gözlemlerinden yola çıkarak ileri sürdüğü teoriye göre melankoli, yani depresyon, yaşanan bir kaybın yası sebebiyle ortaya çıkar. Burada sözü edilen kayıp ölüm olmak zorunda değildir, Freud bu kaybı ve yası tanımlarken nesneden değil onların temsillerindeki arzulardan ve dürtülerden söz eder. Bu travmatik kayıp id tarafından beslenen öfke, nefret ve agresyon gibi istenmeyen ve yıkıcı duygulanımlara sebep olur. Süperego müdahalesiyle bu kabul edilemez dürtüler bastırılır ve bastırılan bu duygulanımlar egoda suçluğa yol açar. Deneyimlenen suçluluğun egoya yaptığı dayanılmaz baskıdan ise ego, mani sayesinde bir süre de olsa özgür kalır (Freud, 2011/1920). Bu noktada Freud'un maniye egoyu korumaya yarayan bir savunma olarak gördüğü söylenebilir. Bir süre sonra maniden çıkan benlik ötimik dönem ile önce stabil hale gelir fakat travmatizasyonun izleri de bastırılan öfke ve onun egodaki yansıması olan suçluluk da hala oradadır ve bir noktada yine aynı döngüye girilir.

Daha sonraları ise Melanie Klein'in çocuklarla yaptığı çalışmaları sonucu geliştirdiği nesne ilişkileri kuramında söz ettiği üzere bebeğin memeden ayrılması, yani meme kaybı ve bakım verenden ayrı bir varlık olduğunu fark etmesi, yani içselleştirdiği ve bir bütün olduğunu sandığı annenin kaybı yas sebebidir. Freud'dan farklı olarak Klein, kaybı arzu veya dürtüler üzerinden değil, nesne üzerinden tanımlar. Bu kayıp ve yas kişide Klein'in depresif pozisyon ismini verdiği bir duruma sebebiyet verir ve olumsuz duygulara yol açar. Bu olumsuz duygularla, yani benliğe acı veren tehditlerle başa çıkmak için bir savunmaya ihtiyaç duyulur ve mani burada devreye girer (Sönmez, 2011).

Yukarıda bahsedilen psikanaliz temelli açıklamalar halen geçerliğini korusa da günümüzde psikodinamik yaklaşımın iki uçlu bozukluğa ilişkin durduğu nokta, yalnızca bebeklik ve ödipal döneme değil, takip eden gelişim aşamalarına da odaklanır ve biyopsikososyal bir bakışla hastalığı ele alır. Yine de en çok ele alınan bileşenler kişilik örgütlenmeleri ve bilinçdışı süreçlerdir (Vahip, 2022).

2.4. Kişilik Organizasyonları

Lacanyen yaklaşımda kişiliği belirleyen tüm dışsal etmenler 'öteki' olarak isimlendirilmektedir ve en büyük kökensel ötekiler de birinci ve ikinci öteki (yani bakım verenler) olarak ele alınmaktadır. Lacan kişilik yapılarını nevroz, psikoz ve perversiyon olarak isimlendirir. Kökensel travma ve travmanın sebep olduğu eksiklikle karşılaşma biçimleri bu yapılanmalarla ilişkilidir (Tuzgöl, 2018).

Kernberg'in kuramına göre 3 farklı kişilik organizasyon düzeyi vardır ve bu organizasyon düzeyleri de kendi içinde farklı kişilik örgütlenmesi tipleri barındırır. Bu çalışmanın kapsamı gereği yalnızca organizasyonel düzeylerden söz edilecektir. Bahsedilen düzeyler nevrotik, sınır ve psikotik olarak isimlendirilir. Bu düzeyleri belirlerken kimlik bütünlüğü, kullanılan savunma mekanizmaları ve gerçeği değerlendirme yetisi göz önünde bulundurulur.

Nevrotik düzeyde kimlik bütünlüğü korunmaktadır, ikincil/olgun savunma mekanizmaları ağırlıktadır (örneğin bastırma) ve gerçekle ilişki sağlamdır. Sınır düzeyde tam bir kimlik bütünlüğüne rastlanmaz, savunmalar daha ilkeldir (örneğin bölme) ve

gerçeklikle ilişki nispeten korunmaktadır. Psikotik düzeyde ise kimlik bütünlüğü yoktur, savunmalar neredeyse hep ilkeldir ve gerçeklikle ilişki kopmuştur (McWilliams ve Lingardi, 2017).

2.5. Kişilik Organizasyonlarını Belirleyen Faktörler

Kernberg'in sınıflamasında kişilik organizasyonlarını belirleyen 3 ana faktör aşağıda detaylandırılmıştır.

2.5.1. Kimlik Bütünlüğü

Kimlik bütünlüğü, kişilerin kendiliklerine ve ötekilere dair tanımlamaları, duygu ve düşünceleri ile ilişkilidir. Bebeklikte dış dünyayla kurulan ilk temastan itibaren kişi sürekli dış uyaranlara, yani ötekilere maruz kalır. Daha önce söz edilen kökensel travmalardan biri olan, ben ve birinci ötekinin (yani bakım verenin) birbirinden farklı oluşlar olduğunun anlaşılmasından itibaren yeni bir zihinsel bilişin inşası gerekmektedir. Ben ve ötekinin sınırlarını, başlangıcını ve bitişini kavrayabilmek, ayırtmayı sağlayabilmek kimlik bütünlüğünün oluşmasını sağlar.

Üst düzey örgütlenmelerde, yani nevrotik organizasyon düzeyinde kendiliğe dair görüş tutarlı ve sabittir, kendi ve öteki ayrımı başarılı biçimde yapılabilmektedir. Yani nevrotik yapıda kimlik bütünlüğü sağlanmıştır (McWilliams ve Lingardi, 2017).

Sınır düzey organizasyonda kişiler kendilerini ve ötekileri tariflerken zorlanabilir, kendi/öteki ayrımı yapabilmek ve tanımlayabilmek nevrotiklere göre daha güçtür. Duygu, düşünce ve davranışta zıtlıklar gözlenebilir. Bu noktada sınır organizasyona sahip kişiler, nevrotikler ve psikotikler arasında kalır çünkü sınırda halen gerçeklikle ilişki var olduğundan kimlik bütünlüğü tamamıyla dağılmış değildir (Kernberg, 2020/1975). Psikotik organizasyonda ise kimlik bütünlüğü korunmaz. Kendi/öteki tariflerinde ve anlatılarında detaylar yoktur, varsa da anlaşılmaz ve bütünlükten uzaktır, kimlik dağımlığı mevcuttur yani kimlik difüzyonu gözlenir (McWilliams ve Lingardi, 2017).

2.5.2. Savunma Mekanizmaları

Anna Freud'un 1936'da yayınladığı 'Ben ve Savunma Mekanizmaları' isimli eser, savunma mekanizmalarını anlamada halen geçerliğini koruyan önemli bir kaynaktır. Eserde savunma mekanizmalarından bazıları detaylıca açıklanmıştır ve bu mekanizmaların işlevlerinden söz edilmiştir. Savunma mekanizmaları bilinç dışından köken alır yani kişi bu yapılara bilinçli olarak başvurmaz, tam da bu nedenle üzerinde hakimiyet de kuramaz. Travmalar, kabul edilemez istek ve arzular bilinç dışına itilir. Fakat her ne kadar bilinç dışına itilmişse de halen varlığını sürdüren bu olgular egoya zarar vermektedir. Tam da bu noktada savunmalar devreye girer ve egoyu korumaya yönelik işlevsellik sunarak kişiyi olumsuz duygulanımlardan korur ve çevreye uyuma katkı sağlar. Bu katkılara rağmen, egoyu korumaya yarayan bu mekanizmalar her zaman koruyucu olmamaktadır, özellikle de aşırı ve sık başvuruluyorsa (McWilliams ve Lingardi, 2017).

Nevrotikler bastırma, özdeşim, yer değiştirme gibi olgun savunmaları daha yoğun kullanır ve bunlar ilkel mekanizmalara göre daha sağlıklıdır. Nevrotik düzeyde en sık rastlanan savunma olan bastırma, bilinçdışı malzemenin baskılanarak göz önünden kaldırılmasıdır (Cramer, 2015).

Sınır düzey organizasyonda ilkel savunmalara, özellikle de bölme ve idealizasyon/değersizleştirmeye sıkça rastlanır fakat bölme çok daha baskındır. Bebeklikten itibaren kurulan nesne ilişkilerinde ben ve öteki ayrımında travmatizasyonlar, nesne temsillerini mutlak iyi veya kötü olarak tariflemeye yol açar. Kişi kendisiyle ve dış dünyayla ilgili tanımlamalar yaparken gri bölgelerden kaçınır çünkü ego gücünü korumak için belirsizlikleri ortadan kaldırmalıdır, belirsizlik güvenli değildir. Bu keskin sıfatlar ve tanımlamalar ise gerçek yaşamla uyumlayabileceğinden zorlanmalara yol açar. Bu savunma mekanizmasının sıkça kullanılıyor oluşundan yola çıkarak sınır hastaların kimlik bütünlüğünü korumadaki zorlanmasını daha iyi anlamlandırmak mümkündür. Benzer biçimde, sınır organizasyona sahip kişilerin hayatlarında idealize ettikleri insanlar (mutlak iyiler) bir süre sonra tahtından olacaktır çünkü bu bir illüzyondur ve bu kez de değersizleşecekler, mutlak kötü olacaklardır (Kernberg, 2019/1975).

Psikozda ise yine ilkel savunmalar aktiftir fakat sınırdan çok daha baskın ve işlevsizdir. En çok gözlenen savunma ise inkar/hesaptan düşmedir. Kişi bilinçdışı malzemeyi reddeder ve bunu gerçeklikten kopmuş bir biçimde yapar (Kernberg, 2019/1975; McWilliams ve Lingardi, 2017).

2.5.3. Gerçeği Değerlendirme

Kişilerin kendilerine ve dış dünyaya ilişkin algı ve tutumlarının gerçeklikle ne kadar ilişkili ve sağlam temellere dayalı olduğu organizasyon düzeyini belirleyen son faktördür. Nevrozda gerçeklikle ilişki korunmaktadır, sınırda psikotik düzeye yaklaştıkça hafif bozulmalar görülmesine karşın işlevsellik sürer fakat psikotik düzeyde gerçeklikle ilişki kopmuştur. Sanrılar ve varsanılar bunun örnekleridir (McWilliams ve Lingardi, 2017).

3.YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini DSM-5 ölçütlerince iki uçlu duygudurum bozukluğu tiplerinden herhangi birine sahip, başka bir psikiyatrik tanısı bulunmayan 18-65 yaş aralığındaki kişiler oluşturmaktadır. Çalışmanın yapıldığı kuruma (Antalya Terapi Tıp Merkezi) başvuran, kurumdaki yetişkin psikiyatrisi hekimlerince DSM-5 tanı ölçütlerine göre iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı konulan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 18-65 yaş aralığındaki kişiler ise çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır.

Araştırma toplam 45 kişiyle yürütülmüştür. Örneklem toplam 25 kadın (%55,5) ve 20 erkekten (%45,5) oluşmaktadır. Literatür incelendiğinde hastalığın görülme sıklığının %1-5 arasında değiştiği saptanmıştır (Angst, 2013). Evren büyüklüğü ve hastalığın görülme sıklığı göz önüne alınarak yapılan örneklem gücü hesaplamalarına göre araştırmanın 30-50 katılımcı ile yapılması planlanmıştır ve hedeflenen katılımcı sayısına ulaşılmıştır. Çalışmaya dahil olan katılımcıların yaş ortalaması 38,48 ve standart sapması ise 14,74 olarak hesaplanmıştır.

İki uçlu duygudurum bozukluğu dışında bir psikiyatrik tanıya sahip olmak, ötimik dönemde olmamak, 18-65 yaş aralığı dışında olmak ve psikodinamik yönelimli psikoterapi almış/almakta olmak dışlama kriterleridir. Bu kriterlerden bazıları (başka bir psikiyatrik tanı, yaş ve ötimik dönem kriterleri) katılımcı daha araştırmaya davet edilmeden hastanın kuruma geliş amacı olan psikiyatrik muayene sırasında hekim tarafından saptandığından katılımcı araştırmaya katılmaya davet edilmemiştir fakat diğer kriterlere dair bilgiler demografik bilgi formunda (EK-2) elde edilmiştir. Çalışmaya başlandıktan sonra katılımcının kriterlere uymadığı fark edilen durumlarda katılımcının olumsuz etkilenme riski nedeniyle çalışma yine de devam ettirilmiş fakat toplanan veriler analize dahil edilmemiştir. Bu bağlamda veriler 52 kişiden toplanmış fakat 7 kişi analize dahil edilmemiş, çalışma 45 kişiden elde edilen verilerle yürütülmüştür.

3.2. Veri Toplama Araçları

Bilgilendirilmiş Onam Formu: Form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır, araştırmanın amacını ve kapsamını kısaca açıklayan bilgiler barındırır. Daha sonra ulaşmak istenmesi durumuna karşın araştırmacının iletişim bilgileri eklenmiştir ve katılımcıya istediği zaman araştırmayı bırakma hakkı hatırlatılmıştır. Katılımcı bu formdaki koşulları okuyup kabul ettiği takdirde diğer aşamaya geçilir (EK-1).

Demografik Bilgi Formu: Form aracılığıyla katılımcılardan öz bildirim yoluyla yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, gelir durumu, psikiyatrik tanı, kronik rahatsızlık, psikodinamik psikoterapi geçmişi konularında bilgi toplanmıştır (EK-2).

Kişilik Organizasyonları Envanteri (KOREN): Kişilik Organizasyonları Envanteri, Kernberg ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilmiş, kişilik organizasyonlarını saptamaya yarayan bir öz bildirim ölçeğidir. Maddeler kişilik organizasyonlarını belirleyen 3 ana unsur ölçer, bunlar; başvuru savunma mekanizmaları, gerçeği değerlendirme yetisi ve kimlik bütünlüğüdür. Türkiye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları tamamlanmış (Yıldırım ve ark., 2021) olan bu envanter

31 sorudan oluşmaktadır ve 5'li likert tipi (1: Doğru değil, 5: Her zaman doğru) puanlamaya sahiptir. Toplam Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .92'dir (EK-3).

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMÖ): Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Young ve arkadaşları tarafından 1987'de geliştirilmiş, mani semptomlarını ve semptomların şiddetini ölçmeye yarayan bir ölçektir. Ölçek toplamda 11 semptom ve semptom şiddeti ölçen maddeden oluşur ve hastanın durumunu klinik gözlem ve görüşme yardımıyla değerlendiren klinisyen tarafından puanlanır. Ölçekten en az 0 ve en fazla 60 puan alınabilir. 12 puan ve üzeri mani göstergesidir. Bazı maddeler yalnızca hastanın sözel bildirim yoluyla puanlanırken (örn. uyku) bazı maddeler klinisyenin gözlemi aracılığıyla puanlanır (örn. dış görünüm). YMÖ'nün Türkiye geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları (2001) tarafından tamamlanmıştır ve Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .79'dur (EK-4).

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ): Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton (1960) tarafından geliştirilmiş, depresyon semptomlarını ve bu semptomların şiddetini ölçmeye yarayan bir ölçektir, tek başına depresyon tanısı için yeterli olmadığı unutulmamalıdır. Toplamda 17 maddeden oluşur. Ölçekten en az 0 ve en fazla 53 puan alınabilmektedir. 0-7 puan depresyonun yokluğunu ifade ederken 8-15 puan hafif depresyon, 16-28 puan orta derece depresyon, 29 puan ve üzeri ise ağır depresyon anlamına gelmektedir. HDDÖ, klinisyen tarafından hastayla yapılan klinik görüşme sırasında hastadan alınan yanıtlar (örn. suçluluk duyguları) ve klinik gözlem (örn. retardasyon) yardımıyla puanlanır. HDDÖ'nün Türkiye geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .75 olarak bulunmuştur (EK-5).

3.3. Verilerin Toplanması

Veri toplama süreci Antalya Bilim Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Yayın Etik Kurulu'ndan alınan izin sonrası başlamıştır (EK-6). Kullanılan ölçeklerin kullanım izni ve orijinal halleri ilgili yazarlarla irtibata geçilerek alınmıştır.

Veriler, araştırmanın yapıldığı kurumun izniyle Mart 2022 ile Ekim 2022 tarihleri arasında Antalya Özel Terapi Tıp Merkezi'nde toplanmıştır. Çalışma, kurumda çalışan erişkin psikiyatrisi hekimlerince yarı yapılandırılmış klinik görüşmeler sonucu DSM-5 kriterleri çerçevesinde iki uçlu bozukluk tanısı almış, veri toplama tarihleri arasında kuruma başvuran ve ötimik dönemde oldukları saptanmış hastalardan katılıma gönüllü olanlarla randomize olarak dahil edilerek yürütülmüştür. Veri toplama için katılımcılarla yapılan görüşmeler ve katılımcıların ölçek puanlama süreci kurumda bunun için ayrılmış bir odada gerçekleştirilmiştir.

Veri toplamaya başlarken öncelikle katılımcıya Bilgilendirilmiş Onam Formu verilmiş ve sözel olarak da form araştırmacı tarafından katılımcıya okunmuştur. Katılımcıya istediği zaman araştırmadan ayrılma hakkı hatırlatılmış, dilediği zaman soru sorabileceği bilgisi verilmiş ve sonrasında aklına takılanlar olması durumunda iletişime geçebilmesi için araştırmacının iletişim bilgisi paylaşılmıştır.

Katılımı kabul eden katılımcıya onam formunun ardından Demografik Bilgi Formu ve Kişilik Organizasyonları Envanteri (KOREN) verilmiştir. Sonraki aşamada ise araştırmacı katılımcıyla yaklaşık 20 dakika süren bir görüşme yapmış, bu görüşmede mani ve depresyon semptomları ve semptom şiddetleri sorgulanmıştır. Görüşme sırasında sorulan soruların yanıtları ve katılımcıya ilişkin gözlemlerin yardımıyla araştırmacı Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği'ni (YMÖ) puanlamıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Veriler tek bir örneklem grubundan tek seferde toplanmıştır. Tanımlayıcı istatistik için ortalama, minimum ve maksimum değerler, standart sapma ve standart hatalar hesaplanmıştır. Verilerin normallik testi için Saphiro-Wilk Testi yapılmıştır. Uygulanan ölçeğin alt boyutlarının ve testin toplam puanının analizi için Tek Örneklemli T Testi yapılmış, araştırmanın sayıltılarını test etmek amacıyla alınan puanların ortalamaları ve standart sapmaları evrenin ortalama ve standart sapma değerleri ile karşılaştırılmıştır. Sosyodemografik özellikler ve ölçek puanları ilişkisini incelemek için ise Bağımsız Gruplar T Testi'nden faydalanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için p değeri .05 alınmıştır ve analizler IBM SPSS Statistics 28.0.1 programı kullanılarak yapılmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Tanımlayıcı İstatistikleri

Çalışma özel bir psikiyatri kliniğinde yapılmıştır. Katılımcılar kurumda görev yapan psikiyatri hekimlerince DSM-5 tanı kriterleri baz alınarak iki uçlu bozukluk tanısı konulmuş, başka bir psikiyatrik bozukluğu olmayan, ötimik dönemde olan, 18-65 yaş aralığında ve çalışmaya katılıma gönüllü kişilerden oluşmaktadır.

Araştırmayanın örneklemini 45 kişiden oluşmaktadır. Bu 45 kişinin %55,5'i kadın (N=25) ve %45,5'i erkektir (N=20). 18-65 yaş aralığında olan katılımcıların yaş ortalaması 38,49'dur (SS=14,46). Katılımcıların 24'ü evli (%53,3) ve 21'i bekar (%46,7). Hesaplamalarda eğitim durumu kategorisi ikiye ayrılmış ve lise mezunu veya daha alt düzeylerdeki eğitim seviyesinde kalanlar (yani en fazla 12 yıl eğitim görmüş olanlar) ve daha yukarısı olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda en fazla 12 yıl eğitim görmüş katılımcıların sayısı 26 (%57,7), tamamlanması için 12 yıldan daha uzun süre gerektiren eğitim düzeyine sahip katılımcıların sayısı ise 19 (%42,3) olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların gelir durumlarının incelenmesinde ise iki kategori altında hesaplamalar yapılmıştır. Bu kapsamda, 5500 TL ve üzerinde geliri olan katılımcıların oranı %71,1 (N=32), 5500 TL'nin altında gelir sahibi olan katılımcıların oranı ise %28,9'dur (N=13). Kategorilendirmedeki bu sınır 2022 yılında uygulanan asgari ücret tarifesi gözetilerek belirlenmiştir. Katılımcılara dair tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin tanımlayıcı istatistikleri

Değişken	N (%)	Ortalama ± SS
Cinsiyet		-
Erkek	20 (45,5)	
Kadın	25 (55,5)	
Yaş	-	38,49 ± 14,46
Eğitim Durumu		-
≤12 yıl ve altı	26 (57,7)	
>12 yıl üstü	19 (42,3)	
Medeni Durum		-
Evli	24 (53,3)	
Bekar	21 (46,7)	
Gelir Durumu		-
<5500TL	13 (28,9)	
≥5500TL	32 (71,1)	

4.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

Katılımcıların ötimik olma durumlarına ilişkin veriye ulaşmak adına araştırmacı katılımcılarla yaklaşık 20 dakika süren bir klinik görüşme yaparak Young Mani Derecelendirme Ölçeği ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'ni puanlamıştır. Her iki ölçek de kategorik (depresyonda/değil gibi) veri sağladığından puanlar analize

dahil edilmemiştir. Tablo 4.2’de YMÖ ve HDDÖ tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir.

Tablo 4.2. YMÖ ve HDDÖ için tanımlayıcı istatistikler

Değişkenler	N	Min	Max	Ort.	SS
HDDÖ	45	0	11	4,02	2,911
YMÖ	45	0	4	1,64	1,171

4.3. Kişilik Organizasyonları Envanteri Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

Toplam 31 sorudan ve 3 alt boyuttan oluşan ölçeğin ilkel savunmaları ölçen alt boyutu 9, kimlik difüzyonu ölçen alt boyutu 10 ve gerçeği değerlendirmeyi ölçen alt boyutu 12 maddeden oluşmaktadır. KOREN geçerlik, güvenilirlik ve uyarılama çalışmasına ait hesaplamalar Tablo 4.3’te verilmiştir (Yıldırım ve ark., 2021).

Tablo 4.3. KOREN tanımlayıcı istatistikleri

Değişken	Madde Sayısı	Ort.	SS	SH	α
İlkel Savumalar	9	17,72	6,38	0,36	24,10
Kimlik Difüzyonu	10	23,63	7,02	0,40	30,65
Gerçeği Değerlendirme	12	19,08	6,09	0,35	25,17
Toplam	31	60,44	17,17	0,99	77,61

İlk alt boyut olan ilkel savunmalar için hesaplanan ortalama 24,04 ve standart sapma 7,54, kimlik difüzyonu için ortalama 28,2 ve standart sapma 7,65, gerçeği değerlendirme için ise ortalama 20,88 ve standart sapma 5,59’dur. Ölçeğin tamamından elde edilen toplam puanların ise ortalaması 73,13 ve standart sapması 17,43 olarak hesaplanmıştır. Verilere dair tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.4’te verilmiştir.

Tablo 4.4. Örneklemin KOREN puanlarının tanımlayıcı istatistikleri

Değişken	N	Ortalama	SS
İlkel Savumalar	45	24,04	7,54
Kimlik Difüzyonu	45	28,2	7,63
Gerçeği Değerlendirme	45	20,88	5,59
Toplam	45	73,13	17,43

4.4. Sosyodemografik Özelliklerin Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırmalı İncelenmesi

Katılımcılara ait cinsiyet, gelir durumu, öğrenim durumu ve medeni duruma dair özelliklerin KOREN'den alınan puanlarla karşılaştırılması için Ki-Kare Testi yapılmıştır. Her demografik özellik iki kategoride birleştirilmiştir (bkz. Başlık 4.1.) ve KOREN alt boyutlarıyla hesaplanan Ki-Kare değerleri Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Sosyodemografik özellikler ve KOREN için Ki-Kare analizi

Değişkenler	Cinsiyet	Medeni Durum	Gelir Durumu	Eğitim Durumu
İlkel Savumalar	.495	.174	.470	.248
Kimlik Difüzyonu	.343	.178	.706	.618
Gerçeği Değerlendirme	.501	.182	.066	.086

Yapılan hesaplamalarla erişilen bulgular $p=.05$ için sosyodemografik özelliklerle KOREN puanları arasında bir ilişki olmadığı yönündedir

4.5. Kişilik Organizasyonları Envanteri Puanlarının Normal Dağılımının İncelenmesi

Envanterden elde edilen puanların normal dağılım gösterip göstermediğini saptayabilmek için Saphiro-Wilk Testi uygulanmıştır. Hesaplama sonunda elde edilen puanlar ilkel savunmalar için 0,72, kimlik difüzyonu için 0,38 ve gerçeği değerlendirme için ise 0,20'dir. Envanterin tamamından elde edilen toplam puan için hesaplanan değer 0,28'ir. Saphiro-Wilk Testi yardımıyla KOREN için hesaplanan normallik testi puanlarına Tablo 4.6'da yer verilmiştir.

Tablo 4.6. KOREN puanlarının Saphiro-Wilk Testi puanları

Değişken	Test İstatistiği	sd	p
İlkel Savumalar	.983	45	,727
Kimlik Difüzyonu	.973	45	,383
Gerçeği Değerlendirme	.911	45	,20
Toplam	.970	45	,282

Hesaplamalar sonucu envanterden ve alt boyutlardan alınan puanların karşılık geldiği değerlerin $p\geq.05$ koşulunu sağladığı ve normal dağılım gösterdiği saptanmıştır.

4.6. Kişilik Organizasyonları Envanteri Puanları İçin Summary T Test

Katılımcıların öz bildirim yoluyla yanıtladığı KOREN puanları hem alt boyutları çerçevesinde hem de alınan toplam puan bazında değerlendirilmiştir. Alt boyutlardan ilki olan ilkel savunmalar için katılımcıların ortalama puanı 24,04'tür. Ölçeğin Türkiye uyarlama çalışması için hesaplanan ortalaması ise 17,72'dir. Buna ek olarak, Yıldırım ve arkadaşları (2021) ilkel savunmalar puanı ortalaması için 11,34 ve altını düşük düzeyde ilkel savunma düzeneğine sahip olma, 24,1 ve üzeri için ise yüksek düzeyde ilkel savunma düzeneğine sahip olma olarak tanımlamıştır.

İkinci alt faktör olan kimlik difüzyonu puan ortalaması bu örneklem için 28,2'dir. Yıldırım ve arkadaşları (2021) uyarlama çalışmasında evren için ortalama puanı 23,63 olarak hesaplamıştır ve 16,61 ve altındaki puanları bütünleşmiş kimlik, 30,65 ve üzeri için ise yüksek kimlik difüzyonu olarak tanımlamıştır.

Gerçeği değerlendirme ölçütü için uyarlama çalışmasında ortalama değer 19,08 olarak verilmiştir. 12,99 ve altındaki değerler gerçeği değerlendirmenin tamamen sağlıklı olması; 25,17 ve üzeri puan ise bozuk gerçeklik algısı olarak belirlenmiştir (Yıldırım ve ark., 2021). Bu çalışma örneklemini için hesaplanan puan 20,88'dir.

Öncelikle, 45 kişiden oluşan örneklemin KOREN'den ve alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamaları ölçeğin uyarlama çalışmasında hesaplanmış ve sunulmuş olan ortalamalar ile anlamlı bir fark olup olmadığını belirleyebilmek için karşılaştırılmıştır. Çalışmanın kontrol grubu olmadığından karşılaştırma için ölçekte verilen ortalamalar ve standart sapma değerleri kullanılmış, özet verilerle T Testi (Summary T Test) yapılmıştır. Test sonuçları Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7. KOREN ortalama puanlar için Summary T Test

Değişken	t	df	SH	p
İlkel Savunmalar	6,198	44	1,020	<.001
Kimlik Difüzyonu	3,846	44	1,188	<.001
Gerçeği Değerlendirme	2,034	44	.885	.058
Toplam	4,883	44	1,040	<.001

İlkel savunmalar için $p < .001$, kimlik difüzyonu için $p < .001$, gerçeği değerlendirme için $p = .058$ ve toplam puan $p < .001$ olarak hesaplanmıştır. İlkel savunmalar, kimlik difüzyonu ve toplamdan alınan ortalama puanlar evren ortalamasından anlamlı ölçüde farklılaşmaktadır, yani katılımcılar bu düzeyler için evren ortalamasından fazla puan almışlardır. Elde edilen ortalama puanların, KOREN alt boyutlarının kesme puanlarıyla ne derece farklılaştığını saptayabilmek için yeniden Summary T Test yapılmış, bu kez örneklem ortalamaları üst kesme puanlar ile karşılaştırılmıştır. Hesaplamalar yalnızca anlamlı farklılık bulunmuş alt düzeyler için yani kimlik difüzyonu ve ilkel savunmalar için yapılmıştır. Elde edilen veriler Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Ortalama ve kesme puanlarının karşılaştırılması için Summary T Test

Değişken	t	df	SH	p
İlkel Savunmalar	0,59	44	1,167	.953
Kimlik Difüzyonu	2,062	44	1,188	.028

İlkel savunmalar puanı için $p=.953$ ve kimlik difüzyonu puanı için $p=.028$ hesaplanmıştır. İlkel savunmalar puanı $p<.05$ koşulunu sağlamadığı için anlamlı değildir yani üst sınır puanıyla farklılaşmamıştır. Kimlik difüzyonu puanı için ise $p<.028$ sağlandığı için sonuç anlamlıdır yani puan üst sınırın altında ve ortalamanın üzerindedir.

Bu bulgular ışığında katılımcıların yüksek düzey ilkel savunmalara başvurduğu, kimlik difüzyonunun gözlendiği fakat difüzyonun üst düzeyde olmadığı ve gerçeği değerlendirmede bozulmanın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada, iki uçlu bozukluk tanısı almış kişiler psikodinamik çerçevede incelenmiştir. Çalışma tek bir gruba yürütülmüş ve bu gruba uygulanan Kişilik Organizasyonları Envanteri'nden elde edilen puanlar aracılığıyla kişilik organizasyonlarını belirleyen 3 temel faktöre dair veriler elde edilmiş, bulgular tartışılmıştır.

5.1. Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın örnekleminde cinsiyet dağılımı bağlamında anlamlı fark yoktur, hastalığın görülme oranlarında cinsiyet farkı olmaması ve yapılmış çalışmalarda da kadın erkek dağılımının birbirine yakın olması göz önüne alındığında örneklemin cinsiyetlere göre dağılımı literatürle uyumludur (Merikangas ve ark., 2011; Angst, 2013). Cinsiyetler arasında semptom şiddeti ve epizodlara özgü özellikler bağlamında farklılıklar olduğu bilinmektedir fakat bu çalışmanın verileri literatürdeki bu bulguları test etmeye elverişli değildir.

Örneklemin yaş ortalaması (38,5) literatürdeki çalışmalardaki yaş ortalaması ile anlamlı ölçüde farklılaşmamaktadır; buna ek olarak, hastalığın yarıdan fazla oranda başlangıç yaşının 20-25 aralığında olduğu ve hastaların %40'ının ilk başvuruda yanlış tanı ve tedavi aldığı (Lewis, 2000) göz önünde bulundurulduğunda örneklemin yaş ortalaması şaşırtıcı görünmemekte ve araştırmanın bulgularına bozucu etki yapmış olduğu düşünülmemektedir.

Katılımcıların eğitim ve medeni durumlarına bakıldığında belli bir seviyede kümelenme görülmemektedir ve %70'ten fazlası asgari ücretin üzerinde kazanmaktadır. İncelenen geçmiş çalışmalarda iki uçlu bozukluk hastalarında evlenme oranının, eğitim durumunun ve gelir düzeyinin düşük olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Akarsu ve ark., 2012; Michalak, 2005). Bu üç özellik bağlamında mevcut çalışma örnekleminin literatürle uyumlu olmadığı görülmektedir. Literatürle olan bu uyumsuzluğun sebebinin örneklemin özel bir kuruma başvuranlardan oluşması, bu nedenle de sosyoekonomik bağlamda farklılaşmış olabileceği düşünülmektedir.

5.2. Kişilik Organizasyonlarına Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Bu araştırmanın bulguları doğrultusunda iki uçlu bozukluk hastalarında yüksek ilkel savunma mekanizmaları kullanımı ve kimlik difüzyonu olduğu saptanmıştır. Gerçeği değerlendirme ise korunmaktadır. Çalışmada kullanılmış olan ölçeğin kişilik organizasyon düzeyini ölçmek gibi bir iddiası yoktur. Nitekim, kişilik organizasyon düzeyini ve kişilik örgütlenmelerini saptamak için ölçekten fazlası gereklidir.

Kişilik organizasyon düzeylerini belirleyebilmek ve bir sonuca varmak için yetkinliği olan bir klinisyenin danışan/hasta ile yapılandırılmış çok sayıda klinik görüşme yapması gerekir. Bu süreçte alınan detaylı anamnez ve kişinin tutumu, savunmaları, algısı, kendisiyle ve kişilerarası ilişkisi göz önünde bulundurulur. Çalışmada kullanılmış olan ölçek, Kişilik Organizasyonları Envanteri de bu alt faktörleri ölçmeyi hedefleyen bir ölçektir. Ölçek yardımıyla yapılan saptamalarla öne sürülen kişilik organizasyon düzeyi kısıtlı verilerle yapılmış bir çıkarsamadır. Bu noktada ölçek bir öncül kılavuz ve fikir

verici rolü üstlenmektedir.

Kernberg'in (2019/1975) sınır durumları detaylı biçimde ele aldığı eserinde, sınır düzey organizasyonun karakteristikleri ilkel savunmaların yoğun kullanımı, bütünlüşmemiş kimlik algısı ve korunmuş gerçeklik şeklinde tarif edilir. Çalışmanın bulguları arasında değerlendirilen ilk kısım ilkel savunmaların kullanımını ve katılımcıların ilkel savunmaları yüksek düzeyde kullandıkları görülmüştür. Sınır düzey organizasyonda yoğun başvuru olan inkâr, travma deneyimlendiğinde travmatik yaşantının işlenmesine ve duyguları regüle etmeye izin vermez; onun yerine acı veren yaşantı ve duygulanım yok sayılır. Duygu düzenleme becerisini kazanamayan ego, stresli yaşam olaylarında gücü hafiflediğinde inkârı artık yerine getiremeyecektir ve yok sayılanlar kişiye sert biçimde çarpacaktır (Kernberg ve Yeomans, 2013).

Yine ilkel savunma düzeneklerinden olan bölme ile idealizasyon/değersizleştirme ile iki uçlu bozukluk özelliklerindeki benzerlik göze çarpmaktadır. Bu savunmalarda ve nesnelere algılayış biçimindeki olgular göz önüne alındığında ve değerlendirildiğinde Klein'in iyi ve kötü nesnesi, önce idealize edilen sonra tümüyle değersizleştirilen olgular, epizodlardaki duygu değişimleriyle ve aradaki zıtlıklarla benzer görülebilir (Sönmez, 2011). Sınır düzey organizasyonlarda kişinin gri bölgelerle baş etmesi güçtür, güvende hissetmek için bölme ve idealizasyon/değersizleştirme yardımıyla bu gri bölgeler yerine keskin sınırları olan kategoriler elde edilir; iç ve dış nesnelere bu sınırları belirgin kategorilere atar ve böylece belirsizlik ortadan kalkar. Bu bağlamda iki uçlu bozukluğun idame döneminin gri bölge gibi deneyimlendiği düşünülebilir.

Freud (2014/1917), idame dönemin sürmesindeki güçlüğü sebebi olarak, Yas ve Melankoli'de tanımladığı erken dönem yasını ve bunun sebep olduğu süreci işaret etmektedir. Yas, istenmeyen duygulanımlara sebep olur, bu duygular melankoli, yani depresyona sebebiyet verir, ego savunmalar yardımıyla bunları bastırır, inkâr eder ve depresyon hafifler fakat sonrasında bastırılan ve inkâr edilen malzeme kendini tekrar gösterir ve bu kez suçluluk da devreye girer. Tüm bu süreçlerde zayıflayan ego gücü manıyla, manideki grandiyöz konum ve öfori ile geri kazanılmaya çalışılır, bir süre de olsa bu işe yarayacaktır fakat sonrasında bu kez de farklı zorlanmalar baş gösterecektir, döngü böylece başa sarar.

Bölme mekanizması, organizasyon düzeyini belirlemede etkin olan kimlik difüzyonu alt faktörüyle de ilişkilidir ve aralarında yüksek ilişki bulunmaktadır. Sınır düzeyde görülen kimlik difüzyonu idame dönemin istikrarını bozmakta ve semptomların prognozunu da kötüleştirir. Psikoterapi ile desteklenen sağaltımda güçlendirilen ego, istikrarlı bir benlik algısına katkıda bulunacağından semptomları da hafifletmektedir (Akiskal ve ark., 1983). Nevrotik düzeye doğru gidildikçe kimlik bütünlüğü de artmaktadır. Bu bağlamda, sağaltımda aslında nevrotik düzeye dair özelliklere yaklaşıma uğraşıldığı söylenebilir (McWilliams ve Lingardi, 2017).

Bulgulardan elde edilen çıkarımla gerçeği değerlendirme, tahmin edildiği gibi korunmuş görünmektedir. Hastalığın dinamik faktörlerine dair araştırmalara gelen eleştirilerden biri de gerçeklikteki bozulmadan dolayı manik epizod sırasında hastalarla çalışmada güçlük sebebiyle bu döneme dair çıkarımların spekülatif olma ihtimalidir (Kahn, 1993). Fakat her manik epizod aynı şiddette olmadığı gibi, her zaman gerçeklikten kopma da yaşanmamaktadır ve psikotik özellikler gözlenmemektedir. Yine de bu çalışma

ötistik hastalarla yürütüldüğünden gerçeklik algısına dair bir sorun beklenmemiş ve yaşanmamıştır.

Akiskal (1996), iki uçlu bozukluğun farklı tipleri için çalışmalar yapmış ve yeni kategoriler önermiş olsa da hastalığa dair bakışı daha bütüncül bir spektrum kabulü biçimindedir. Tanılı hastaların klinik gözlemlerinin yanı sıra, tanı almamış eşikaltı durumları da önemsemiş ve çalışmalar yapmıştır. Alana büyük katkılarından ve bu çalışmayı da yakından ilgilendiren yaklaşımı ise bozukluğu hâkim anlayışın sınırlarından çıkarmaya yardımcı oluşu ve hastalığın konumunu yeniden yapılandırmıştır. Kişilerin mizaç özelliklerinin önemine vurgu yapmıştır ve “duygulanımsal mizaç” kavramıyla söz ettiği kişilik özellikleri, bu çalışmada söz edilen psikodinamik özelliklerle benzer nitelikler ve kriterler taşımaktadır. Hastaların duygu regülasyonundaki yetersizlik, travma kaynaklı duygu ifadelerinde ve kabulündeki zorlanmalar sebebiyle yapılan inkâr ve bastırma gibi faktörler hastalığın oluşumu ve prognozunda rol oynar (Akiskal ve Pinto, 1999).

Akiskal, çoğu iki uçlu bozukluk tanılı hastanın aslında sınır düzey organizasyonda olduğunu öne sürmektedir. Kullanılan savunmalar ve kendi ile ötekine dair algılar göz önüne alındığında sınır organizasyonla ve iki uçlu bozukluk bağımsız durumlar olarak değerlendirilmemelidir. Buradan hareketle, kişilik organizasyon düzeyine dair sağaltımın iki uçlu bozukluk sağaltımındaki yöntemlerden daha işlevsel olacağı söylenebilir (Akiskal ve ark., 1983). Bu çalışmanın bulguları ve literatür göz önüne alındığında da iki uçlu bozukluk ve sınır organizasyonun iç içe geçmiş pek çok alan barındırdığını söylemek mümkün görünmektedir.

Bu çalışmanın bulgularından yapılan çıkarım, yani iki uçlu bozukluk hastalarının sınır düzey özellikler göstermesi literatürdeki güncel nicel çalışmalarda da karşılık bulmaktadır. Bir çalışmada, sınır kişilik bozukluğu ile iki uçlu bozukluk komorbiditesinin %19 civarında seyrettiği bulunmuştur. Başka çalışmalarda ise sınır düzey kişilik organizasyonu ve bu organizasyona ait örgütlenmelerle iki uçlu bozukluk arasında yüksek düzey korelasyonun varlığı saptanmıştır (Gunderson ve ark., 2006, akt. Kernberg ve Yeomans, 2013). İki uçlu bozukluk hastalarında öfke patlamaları, risk alma davranışı, duygudurumdaki kontrolsüz değişim ve duyguları regüle etmede zorlanma gibi sınır durum özelliklere de oldukça sık rastlanmaktadır (Smith ve ark., 2005).

16 sınır kişilik bozukluğu tanılı hastayla yapılan ve uzun klinik gözlem ve görüşmeler içeren bir çalışmada, iki uçlu bozukluğun karakteristikleri baz alınarak değerlendirmeler yapılmış ve 16 hastadan 13'ünün iki uçlu bozukluk kriterlerini karşıladığı bulunmuştur (Deltito ve ark., 2001). Hastaların duygudurum değişimleri, algı ve tutumları, farmakoterapiye verilen yanıtları gibi kriterler göz önünde bulundurulmuştur. Araştırmacılar bulgularını açıklarken bu çalışmaya benzer biçimde, iki uçlu spektrum ve sınır durumların ortaklığından söz etmişler; tanılamadaki kategorik ve stigmatlı yaklaşım yerine organizasyonel ve dinamik yaklaşımın hastalığı anlama ve sağaltımdaki önemine dikkat çekmişlerdir.

Bir anket çalışmasında, uzmanların en yüksek sağaltım oranını destekleyici psikoterapi ile elde ettikleri bulunmuştur (Tanielian ve ark., 2001). Depresif dönemdeki hastayla yürütülen psikodinamik psikoterapide destekleyici teknikler, manik dönemde uyum hedefli teknikler öne çıkmaktadır. İdame dönemde ise ideal uygulama kişinin

geçmiş öyküsüyle bir bütün olarak değerlendirilmesidir. Ötimik dönemde bir sonraki depresyon/mani dönemi için ipuçları toplanır ve semptomların farkına varmak için hazırlık yapılır. Fakat asıl müdahale, kişilik örgütlenmeleri/organizasyonu hakkında terapötik ilişkiden destek alarak yapılan çalışmalardır, “bu hasta gruplarında idame dönem boyunca kişilik örgütlenmesi ile hastalık dönemleri arası ilişkiler ele alınarak yinelemelerin önlenmesi sağlanabilir” (Yumru, 2022; 102).

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma iki uçlu bozukluğun psikodinamik bakışla tekrar gözden geçirilmesini ve hastaların kişilik organizasyonları çerçevesinde incelenmesini amaç edinmiştir. Buradan hareketle yapılan bu araştırmada katılımcılara uygulanan ölçek katılımcıların savunma düzeneklerini, kimlik algılarını ve gerçeklikle ilişkilerini saptamak için uygulanmıştır.

Araştırmanın varsayımlarından ilki katılımcıların sınır düzey organizasyonda kümelendiğidir. Kişilik organizasyonunu tam olarak belirleyebilmek için yapılandırılmış çok sayıda klinik görüşme gerekmektedir; buna karşın bu araştırmada kullanılan KOREN, kişilik organizasyon düzeylerini belirlemede başvurulan alt faktörleri ölçmektedir. İstatistiksel analizlerle elde edilen veriler katılımcıların ilkel savunmaları yoğun biçimde kullandığı, kimlik difüzyonuna sahip olduğu ve gerçeklik algısının korunmuş olduğunu göstermektedir. Bu bulgular Kernberg'in (1995) kategorizasyonunda sınır düzey organizasyona denk gelmektedir.

Çalışma tek bir kurumda, randomize 45 katılımcı ile yapılmıştır, tanılar farklı hekimlerce konulmuştur ve psikodinamik faktörleri saptamak adına tek bir ölçek kullanılmıştır. Bu sınırlılıklara rağmen örneklemden toplanan veriler anlamlı görünmektedir, araştırmanın başında belirlenen varsayımların tamamı analiz edilen verilerle doğrulanmıştır.

Mevcut çalışma daha fazla katılımcıyla, hastalığın prognozuna ilişkin veriler de dahil edilerek genişletilip yeniden gözden geçirilebilir ve daha kapsamlı sonuçlar elde edilebilir; sağaltıma katkının testi için hasta grubuyla psikodinamik psikoterapi süreci yürütülüp prognozun gidişatı izlenebilir. Fakat bu önerilen çalışmanın zaman ve maliyet bağlamında zorlayıcı olacağı şüphesizdir.

İki uçlu bozukluk, literatür gözden geçirildiğinde ağırlıklı biyolojik etmenlerin ön planda tutulduğu bir hastalık olarak öne çıkmaktadır ve hastalığa dair derinlemesine çalışmalar halen ön planda değildir. Faydalanılan çalışmalar ve bu çalışmada tartışılanlar bağlamında iki uçlu duygudurum bozukluğunu yalnızca DSM ve benzer yapıdaki sınıflandırmalar çerçevesinde değerlendirmek yerine eşik altı durumların önemini, geç/yanlış tanılamının yaygınlığını hatırlamak ve hastalığın psikodinamik yapılarını da göz önünde bulundurmak hem alanın gelişimi hem de birey ve toplum sağaltımı için önemli olduğu öne sürülmektedir.

7. KAYNAKÇA

Kitaplar

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)* (5. Baskı). American Psychiatric Association.
- Freud, A. (2022). *Ben ve Savunma Mekanizmaları*. (Y. Erim, Çev.). Metis Yayınları. (1936).
- Freud, S. (2011). *Haz İlkesinin Ötesinde*. (E. Aktan, Çev.). Alter Yayıncılık. (1920).
- Freud, S. (2014). *Yas ve Melankoli*. (A. Emirsoy, Çev.) Telos Yayıncılık. (1917).
- Güleç, C. ve Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı* (2. Baskı). Hekimler Yayın Birliği.
- Kernberg, O.F. (2019). *Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm*. (M. Akay, Çev.). Metis Yayınları. (1975).
- McWilliams, N. ve Lingjardi, V. (Ed). (2017). *Psychodynamic Diagnosis Manual (PDM-2)* (2. Baskı). The Guilford Press.
- Sönmez, B.A. (2011). Melanie Klein. Köşkdere, A.A. (Ed), *Psikanalitik Psikoterapiler Temel Kavramlar, Kuramlar ve Yöntemler*. (s. 120-127) içinde. Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Vahip, I. (2022). İki Uçlu Bozuklukta Psikodinamik Psikoterapi. K. Kora, V. Şentürk Cankorur, M. Yumru ve D. Ceylan (Ed), *İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu* (s. 83-94) içinde. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Yumru, M. (2022). İki Uçlu Bozuklukta Psikodinamik Yönelimli Psikoterapi Uygulamaları Destekleyici-Açıklayıcı Psikoterapi. K. Kora, V. Şentürk Cankorur, M. Yumru ve D. Ceylan (Ed), *İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu* (s. 95-103) içinde. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Makaleler

- Akarsu, S., Erdem, M., Bolu, A., Günay, H., Garip, B., Ak, M. ve Zincir, S. (2012). Bipolar bozuklukta cinsiyete göre klinik ve sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54(4), 279-83.
<https://doi.org/10.5455/gulhane.14940>
- Akdemir, A., Örsel, D. S., Dağ, İ., Türkçapar, M. H., İşçan, N. ve Özbay, H. (1996). Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(4), 251-259.
- Akiskal, H. S. (1996). The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *Journal of clinical psychopharmacology*, 16(2), 4-14.
- Akiskal, H. S., Hirschfeld, R. M. ve Yerevanian, B. I. (1983). The relationship of personality to affective disorders: A critical review. *Archives of general psychiatry*, 40(7), 801-810.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790060099013>

- Akiskal, H. S. ve Pinto, O. (1999). The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(3), 517-534.
[https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70093-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70093-9)
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Urosevic, S., Walshaw, P. D., Nusslock, R. ve Neeren, A. M. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical psychology review*, 25(8), 1043-1075. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.06.006>
- Altshuler, L. L., Kupka, R. W., Helleman, G., Frye, M. A., Sugar, C. A., McElroy, S. L., Nolen, W.A., Grunze, H., Leverich, G.S., Keck, P.E., Zermeno, M., Post, R.M. ve Suppes, T. (2010). Gender and depressive symptoms in 711 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation bipolar treatment outcome network. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 708-715.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010105>
- Anand, A., Verhoeff, P., Seneca, N., Zoghbi, S. S., Seibyl, J. P., Charney, D. S. ve Innis, R. B. (2000). Brain SPECT imaging of amphetamine-induced dopamine release in euthymic bipolar disorder patients. *American Journal of Psychiatry*, 157(7), 1108-1114. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.7.1108>
- Angst, J. (2013). Bipolar disorders in DSM-5: strengths, problems and perspectives. *International journal of bipolar disorders*, 1(1), 1-3.
<https://doi.org/10.1186/2194-7511-1-12>
- Angst, J. ve Marneros, A. (2001). Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *Journal of affective disorders*, 67(1-3), 3-19.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00429-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00429-3)
- Angst, J. ve Sellaro, R. (2000). Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological psychiatry*, 48(6), 445-457. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00909-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00909-4)
- Angst, J., Gamma, A., Clarke, D., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W. ve Regier, D. (2010). Subjective distress predicts treatment seeking for depression, bipolar, anxiety, panic, neurasthenia and insomnia severity spectra. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(6), 488-498.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01580.x>
- Aydoğdu, B. E. ve Dirik, G. (2020). Bipolar Bozuklukta Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 16-31.
<https://doi.org/10.18863/pgy.544224>
- Cipriani, A., Barbui, C., Salanti, G., Rendell, J., Brown, R., Stockton, S., Purgato, M., Spineli, L.M., Goodwin, G.M. ve Geddes, J. R. (2011). Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, 378(9799), 1306-1315.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60873-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60873-8)
- Colombo, C., Benedetti, F., Barbini, B., Campori, E. ve Smeraldi, E. (1999). Rate of switch from depression into mania after therapeutic sleep deprivation in bipolar depression. *Psychiatry research*, 86(3), 267-270.
[https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(99\)00036-0](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(99)00036-0)

- Cramer, P. (2015). Defense mechanisms: 40 years of empirical research. *Journal of Personality Assessment*, 97(2), 114-122.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2014.947997>
- Deltito, J., Martin, L., Riefkohl, J., Austria, B., Kissilenko, A. ve Morse, P. C. C. (2001). Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum?. *Journal of affective disorders*, 67(1-3), 221-228.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00436-0](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00436-0)
- Etain, B., Henry, C., Bellivier, F., Mathieu, F. ve Leboyer, M. (2008). Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 10(8), 867-876. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00635.x>
- Geddes, J. R. ve Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The lancet*, 381(9878), 1672-1682. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60857-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60857-0)
- Goldberg, J. F., Harrow, M. ve Whiteside, J. E. (2001). Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1265-1270. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.12657>
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B. ve Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561-1572.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Gültekin, B. K., Kesebir, S. ve Tamam, L. (2014). Türkiye'de bipolar bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 199-209.
<https://doi.org/10.5455/cap.20130920014550>
- Houenou, J., Frommberger, J., Carde, S., Glasbrenner, M., Diener, C., Leboyer, M. ve Wessa, M. (2011). Neuroimaging-based markers of bipolar disorder: evidence from two meta-analyses. *Journal of affective disorders*, 132(3), 344-355.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.016>
- Johnson, S. L., Cueller, A. K., Ruggero, C., Winett-Perlman, C., Goodnick, P., White, R. ve Miller, I. (2008). Life events as predictors of mania and depression in bipolar I disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 268-277.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.2.268>
- Kahn, D. A. (1993). The use of psychodynamic psychotherapy in manic-depressive illness. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 21(3), 441-455.
<https://doi.org/10.1521/jaap.1.1993.21.3.441>
- Karadağ, F., Oral, E. T., Aran Yalçın, F. ve Erten, E. (2001). Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 107-114.
- Kelsoe, J. R. (2003). Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. *Journal of affective disorders*, 73(1-2), 183-197.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00323-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00323-3)
- Kernberg, O. F. ve Yeomans, F. E. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: practical differential diagnosis. *Bull Menninger Clin*, 77(1), 1-22.

- Kerner, B. (2014). Genetics of bipolar disorder. *The application of clinical genetics*, 7, 33-42. <https://doi.org/10.2147/TACG.S39297>
- Kesebir, S., Şayakçı, S. ve Süner, Ö. (2012). Geç Başlangıçlı Olan ve Olmayan İki Uçlu Bozukluk Hastalarının Karşılaştırılması. *Düşünen Adam*, 25(3), 244-251. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2012250307>
- Kessing, L. V. (2004). Gender differences in the phenomenology of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 6(5), 421-425. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00135.x>
- Kieseppä, T., Partonen, T., Haukka, J., Kaprio, J. ve Lönqvist, J. (2004). High concordance of bipolar I disorder in a nationwide sample of twins. *American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1814-1821. <https://doi.org/10.1176/ajp.161.10.1814>
- Lewis, L. (2000). A consumer perspective concerning the diagnosis and treatment of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48(6), 442-444. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00921-5](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00921-5)
- Looney, S. W. ve El-Mallakh, R. S. (1997). Meta-analysis of erythrocyte Na, K-ATPase activity in bipolar illness. *Depression and anxiety*, 5(2), 53-65. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1997\)5\(2\)53::AID-DEP533.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1997)5(2)53::AID-DEP533.0.CO;2-3)
- Lozano, B. E. ve Johnson, S. L. (2001). Can personality traits predict increases in manic and depressive symptoms?. *Journal of affective disorders*, 63(1-3), 103-111. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00191-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00191-9)
- Marchand, W. R. ve Yurgelun-Todd, D. (2010). Striatal structure and function in mood disorders: a comprehensive review. *Bipolar Disorders*, 12(8), 764-785. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00874.x>
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M.C., Andrade, L.H., Hu, C., Karam, E.G., Ladea, M., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, E. ve Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, 68(3), 241-251. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>
- Meyer, B., Johnson, S. L. ve Winters, R. (2001). Responsiveness to threat and incentive in bipolar disorder: Relations of the BIS/BAS scales with symptoms. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 23(3), 133-143. <https://doi.org/10.1023/A:1010929402770>
- Michalak, E. E., Yatham, L. N. ve Lam, R. W. (2005). Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. *Health and quality of life outcomes*, 3(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-72>
- Miller, J. N. ve Black, D. W. (2020). Bipolar disorder and suicide: a review. *Current psychiatry reports*, 22(2), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0>
- Özdel, K., Kart, A. ve Türkçapar, M. H. (2021). Bipolar Bozukluk Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 66-76. <https://doi.org/10.29399/npa.27419>

- Rice, J., Reich, T., Andreasen, N. C., Endicott, J., Van Eerdewegh, M., Fishman, R., Hirschfeld, R.M.A. ve Klerman, G. L. (1987). The familial transmission of bipolar illness. *Archives of general psychiatry*, 44(5), 441-447.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800170063009>
- Smith, D.J., Muir, W. ve Blackwood, D.H.R (2005). Borderline personality disorder characteristics in young adults with recurrent mood disorders: A comparison of bipolar and unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 87, 17-23.
- Sobczak, S., Honig, A., Van Duinen, M. A. ve Riedel, W. J. (2002). Serotonergic dysregulation in bipolar disorders: a literature review of serotonergic challenge studies. *Bipolar Disorders*, 4(6), 347-356.
<https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2002.01217.x>
- Stringaris, A., ve Youngstrom, E. (2014). Unpacking the differences in US/UK rates of clinical diagnoses of early-onset bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(6), 609-611.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.02.013>
- Syvälähti, E. K. (1994). Biological aspects of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 11-15. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05795.x>
- Şimşek, D. Ö. (2017). Lacanyen Yaklaşımında Histeriğin Arzusu ve Arzunun Tatminsizliği. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 4(3), 24-41.
<https://doi.org/10.31682/ayna.470716>
- Tanielian, T. L., Marcus, S. C., Suarez, A. P. ve Pincus, H. A. (2001). Datapoints: Trends in psychiatric practice, 1988-1998: II. Caseload and treatment characteristics. *Psychiatric Services*, 52(7), 880-880.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.7.880>
- Treadway, M. T. ve Zald, D. H. (2011). Reconsidering anhedonia in depression: lessons from translational neuroscience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 537-555. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.06.006>
- Tuzgöl, K. (2018). Lacanyen Psikanalitik Kuram ve Öznenin Konumu. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 1(1), 41-53.
Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/bpd/issue/31051/372896>
- Van Meter, A. R., Moreira, A. L. R. ve Youngstrom, E. A. (2011). Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(9), 117-127. <https://doi:10.4088/JCP.10m06290>
- Vieta, E., Martinez-De-Osaba, M. J., Colom, F., Martinez-Aran, A., Benabarre, A. ve Gasto, C. (1999). Enhanced corticotropin response to corticotropin-releasing hormone as a predictor of mania in euthymic bipolar patients. *Psychological Medicine*, 29(4), 971-978. <https://doi.org/10.1017/S0033291799008727>
- Watson, S., Gallagher, P., Dougall, D., Porter, R., Moncrieff, J., Ferrier, I. N. ve Young, A. H. (2014). Childhood trauma in bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(6), 564-570.
<https://doi.org/10.1177/000486741351668>
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B.I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G.,

- Milev, R.V., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R.W., Vazquez, G., Kapczinski, F., . . . Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 20(2), 97-170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>
- Yeloğlu, Ç. H. (2017). Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(30), 41-54. <https://doi.org/10.17944/mkutfd.323344>
- Yıldırım, C., Gökçe, C. ve Yüksel, S. (2021) Kişilik Organizasyonları Envanteri'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Ulakbilge*, 56(1). 1– 19. <https://doi.org/10.7816/ulakbilge-09-56-01>
- Yildiz, A., Guleryuz, S., Ankerst, D. P., Öngür, D. ve Renshaw, P. F. (2008). Protein kinase C inhibition in the treatment of mania: a double-blind, placebo-controlled trial of tamoxifen. *Archives of general psychiatry*, 65(3), 255-263. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2007.43>
- Zivanovic, O. ve Nedic, A. (2012). Kraepelin's concept of manic-depressive insanity: One hundred years later. *Journal of affective disorders*, 137(1-3), 15-24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.032>

8. EKLER

EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu araştırma Antalya Bilim Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü yüksek lisans öğrencisi Psikolog Sıla Çetin tarafından, psikoloji bölümü öğretim görevlisi Prof. Dr. Mehmet Yumru danışmanlığında yüksek lisans tez çalışması kapsamında yürütülmektedir. Araştırma, iki uçlu (bipolar) duygudurum bozukluğu tanısı almış kişilerin psikodinamik açıdan değerlendirilmesini konu edinmektedir. Araştırma sürecinde sizden beklenen, görüşme sırasında sorulan ve verilecek anketlerde sorulacak soruları yanıtlamanızdır. Çalışmada yer alan soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Bu yüzden, sorulara samimi yanıtlar vermeniz çalışmamız açısından çok önemlidir. Çalışma toplamda 30-35 dakika sürecektir. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak, sadece araştırmacılar tarafından toplu olarak değerlendirilecektir.

Çalışmaya katılmama veya istediğiniz zaman çalışmayı bırakma hakkına sahipsiniz. Lütfen aklınıza takılanları sormaktan çekinmeyin. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Katılımcının Beyanı

Yukarıdaki bilgileri okudum ve bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum. Çalışmayı istediğim zaman yarıda kesip bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

1. Yaşınız: _____

2. Cinsiyetiniz: _____

3. Eğitim Düzeyiniz:

Okur-yazar

İlkokul mezunu

Ortaokul mezunu

Lise mezunu

Yüksek okul mezunu

Üniversite mezunu

Yüksek lisans ve Doktora mezunu

4. Medeni haliniz:

Bekar

Evli

5. Aylık Gelir Durumunuz:

0 - 3000 TL

3000 – 5500 TL

5500 – 10000 TL

10000 TL ve üzeri

6. Tanı aldığınız herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı? Var ise yazınız.

Var: _____ Yok

7. Kronik bir rahatsızlığınız var mı? Var ise yazınız.

Var: _____ Yok

8. Daha önce psikodinamik yönelimli psikoterapi aldınız mı?

Evet Hayır

EK-3: KİŞİLİK ORGANİZASYONLARI ENVANTERİ (KOREN)

	1	2	3	4	5
	Doğru Değil	Nadiren Doğru	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru
<i>Kişilik Organizasyonları Envanteri</i>					
1	İnsanları üzen şeyler yaptığımı; ancak bunların insanları neden üzdüğünü anlayamadığımı fark ederim.				
2	Bir şeyi sadece gerçek olarak algılamayı mı istiyorum yoksa o şey sahiden gerçek mi söyleyemem.				
3	Kaygılıyken ya da aklım karışık olduğunda, dış dünyadaki şeyler de bana anlamsız gelir.				
4	Çevremdeki her şey belirsizleştiyse ve karıştıysa iç dünyam da belirsiz ve karışık bir hal alır.				
5	Yakın bir ilişki içindeyken benlik duygumu yitirmekten korkarım				
6	İnsanlar beni başarılı bulduğunda çok mutlu, başarısız bulduğunda ise mahvolmuş hissederim.				
7	Sıcakkanlı ve fedakâr olmak ile soğuk ve ilgisiz biri olmak arasında gidip gelirim.				
8	İşte ya da okuldaki halime kıyasla evde daha farklı bir kişiymişim gibi hissederim.				
9	İnsanlar hayran olduğum kişilerin eksik yönlerini görmekte zorluk çektiğimi söyler.				
10	Duyduğum bir sesin ya da gördüğüm bir şeyin hayal dünyamın ürünü olup olmadığından emin olamam.				
11	Her nasılsa, insanlarla ilişkilerimi nasıl yürüteceğimi asla tam olarak bilemem.				
12	Benim için önemli olan insanların benimle ilgili duygu ve düşünceleri aniden değişecek diye korkarım.				
13	İnsanlar bana o kadar çok ihanet eder ve düşman olur ki, insanlara güvenmekte zorluk çekerim.				
14	Bir hevesle hobiler ve ilgi alanlarına yönelip sonra onlardan kolaylıkla vazgeçerim.				
15	İnsanlar bana, ya sevgiye boğarak ya da terk ederek karşılık verme eğilimindedir.				
16	Kendimi, farklı zamanlarda tamamen farklı huyları olabilen bir insan olarak görüyorum.				
17	Mantıklı bir açıklaması olmayan şeyler duyduğum veya gördüğüm olur.				
18	Bazı fiziksel duyumlar bedenimde gerçekten var mı yoksa hayal ürünü mü söyleyemem.				
19	Yanıldığım sonradan ortaya çıksa bile, insanlara taparcasına hayranlık duymaya devam ederim.				
20	Bir şeyi sadece gerçek olarak algılamayı mı istiyorum yoksa o şey sahiden gerçek mi söyleyemem.				

21	Gerçekte var olmayan şeyleri gördüğüm olur.	1	2	3	4	5
22	Güvende hissedebilmem için birisine hayranlık duymam gerekir.	1	2	3	4	5
23	Beni iyi tanıyan kişiler bile nasıl davranacağımı tahmin edemez.	1	2	3	4	5
24	Beni çok iyi tanıyan insanlar da dahil olmak üzere, insanların benimle ilgili düşüncelerinden emin olmam zordur.	1	2	3	4	5
25	Hiç kimsenin göremeyeceği ya da duyamayacağı şeyleri görebilirim ya da duyabilirim.	1	2	3	4	5
26	Kendimi, neredeyse bir başkasıymışım, tanıdığım (arkadaş, akraba gibi) hatta tanımadığım birisiymişim gibi hissedirim.	1	2	3	4	5
27	Hiç kimsenin anlayamayacağı ya da bilemeyeceği şeyleri anlarım ya da bilirim.	1	2	3	4	5
28	Davranışlarımdaki değişimlere bir anlam veremem.	1	2	3	4	5
29	Başkalarının gerçekte var olmadığını iddia ettiği şeylerin seslerini duyduğum olur.	1	2	3	4	5
30	Duygularımı aşırı uçlarda, ya çok mutlu olarak ya da derin bir kederle yaşama eğilimindeyim.	1	2	3	4	5
31	Gördüğüm şeylerin, onlara yakından baktığımda, başka şeylere dönüştüklerini düşünürüm.	1	2	3	4	5

EK-4: YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (YMÖ)**1) Yükselmiş duygudurum**

0. Yok
1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok
1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılmayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok
1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciyeye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor
1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

0. Yok
2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basıncılı, durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok
1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal
2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, iş birliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
1. Hafif derecede dağınıklık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

0. İgörsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

EK-5: HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HDDÖ)**1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)**

- 0- Yok
- 1- Yalnızca soruları cevaplariken anlaşılıyor.
- 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
- 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
- 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

- 0- Yok
- 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
- 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
- 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
- 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

- 0- Yok
- 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
- 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
- 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
- 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

- 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
- 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
- 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
- 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
- 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, müteredit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
- 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
- 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

- 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
- 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
- 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
- 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
- 4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

- 0- Yok
- 1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
- 2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psikik anksiyete

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
- 2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
- 3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- İlimli
- 3- Şiddetli
- 4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

0- Yok

1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.

2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

0- Yok

1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.

2- Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

0- Yok

1- Hafif

2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

0- Yok

1- Kuruntulu.

2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.

3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.

4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0- Kilo kaybı yok.

1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.

2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.

1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.

1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.

2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

EK-6: ETİK KURUL İZİNİ