

# Öfke Kontrolünde Zorluk Yaşayan Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Öfke Tepkileri ve Psikiyatrik Tanıların Cinsiyet Açısından İncelenmesi

Dr. Şakir ÖZEN<sup>1</sup>, Dr. Yasin BEZ<sup>2</sup>, Dr. Mustafa ARI<sup>3</sup>, Dr. Mustafa ÖZKAN<sup>4</sup>

## Özet / Abstract

**Amaç:** Öfke kontrolünde zorluk yaşayan gençlerde birinci ve ikinci eksen tanılarının saptanması ve cinsiyete göre öfke tepkilerindeki farklılığın belirlenmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Çeşitli fakültelerden öfke kontrolünde zorluk yaşayan öğrenciler psikiyatri bölümüne davet edildi. Bölüme ilk gelen 50 erkek ve 50 kız öğrenciye SCID-I, SCID-II, Çok Boyutlu Öfke Ölçeği, Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği, Sosyal Karşılaştırma Ölçeği (SKÖ), Boratav Depresyon Tarama Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği uygulandı.

**Bulgular:** Eksen-I tanısı erkeklerde %60, kızlarda %74; eksen-II tanısı erkeklerde %28, kızlarda %36 oranında saptandı. Erkeklerde somatoform bozukluklar ve dürtü kontrol bozukluğu; kızlarda anksiyete bozukluğu ve duygudurum bozukluğu daha fazlaydı. Erkeklerin %10'una, kızların %36'sına depresyon tanısı kondu. "Ciddiye alınmama" kızların en belirgin öfkelenme sebebiydi. Her iki cinsiyette de, "intikam tepkileri" puanı ile en kuvvetli korelasyon annenin eğitim düzeyi arasında saptandı (kızlarda  $r=0.472$ ,  $p=0.001$ ; erkeklerde  $r=-0.396$ ,  $p=0.006$ ). Kızlarda eksen-I tanısı varlığını en iyi yordayan değişken "öfke belirtileri" toplam puanı, erkeklerde "öfkesine yönelik düşünceler" altölçeği puanıdır. Öte yandan kızlarda eksen-II tanısı varlığını en iyi yordayan değişken "kaygılı davranışlar" altölçeği puanı, erkeklerde "sigara kullanma" alışkanlığıdır.

**Sonuç:** Öfke psikiyatrik bozuklukların önemli bir bileşenidir. Tepki tarzları ve temeldeki psikiyatrik bozukluklar cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Öfke, cinsiyet, üniversite öğrencileri, psikiyatrik bozukluklar

**SUMMARY: Examination of Anger Reactions and Psychiatric Diagnoses in Terms of Gender in a Group of University Students Having Difficulty with Anger Control**

**Objective:** We aimed to determine axis-I and axis-II diagnoses and identify gender difference in anger reactions among young adults who have difficulty controlling their anger.

**Method:** Students from various faculties who had difficulty controlling their anger were invited to the psychiatry department. The SCID-I, SCID-II, Multidimensional Anger Scale, Childhood Trauma Questionnaire, Social Comparison Scale, Boratav Depression Screening Scale, and Beck Hopelessness Scale were administered to consecutive admissions of 50 males and 50 females.

**Results:** Axis-I diagnoses were present in 60% of males and 74% of females. Axis-II diagnoses were present in 28% of males and 36% of females. Somatoform disorders and impulse control disorder were higher in males, whereas anxiety disorders and mood disorders were higher in females. Depression was diagnosed in 10% of males and 36% of females. "Not being taken seriously" was the most prominent reason for anger among females. The "Revenge reactions" score was strongly correlated with the education level of the mother in both genders (in females  $r=0.472$ ,  $p=0.001$ ; in males  $r=-0.396$ ,  $p=0.006$ ). The best predictor of an axis-I diagnosis in women was the "anger symptoms" total score, whereas it was the "thoughts related to anger" subscale score in males. On the other hand, the best predictors of an axis-II diagnosis were "anxious behavior" in females and "smoking" in males.

**Conclusion:** Anger is an important component of psychiatric disorders. Reaction styles and underlying psychiatric disorders vary according to gender.

**Key Words:** anger, gender, university students, psychiatric disorders

Geliş Tarihi : 06.01.2010 - Kabul Tarihi : 20.05.2010

<sup>1</sup>Doç., <sup>2</sup>Yrd. Doç., <sup>3</sup>Prof., Dicle Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri AD., Diyarbakır. <sup>3</sup>Yrd. Doç., Mustafa Kemal Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri AD., Hatay. Dr. Şakir Özen, e-posta: ozensakir@gmail.com

doi: 10.5080/u6241

## GİRİŞ

Duygu, düşünce ve davranışlarını kontrol edebilme ve gerektiğinde başka alanlara kaydırabilme yetisi insanı diğer varlıklardan ayıran önemli bir özelliktir. Her insanda farklı şiddette ve görünümde; üzülme, sevinme, suçluluk ve öfkelenme gibi birçok duygu vardır. Yer ve zamana göre duygu ve düşüncelerini denetleyebilme yetisi bireyin kendi iç huzuru açısından önemli olduğu gibi; yakın akrabaları, mesleki ve sosyal çevresiyle uyumlu ilişkiler kurabilmesi açısından da önemlidir. Yaşamının çoğunu büyük ya da küçük topluluklar içinde geçirmek zorunda olan her bir insanda öfke hissini sürekli baskılanması bazı sıkıntılara yol açabilir, fakat küçük olaylar karşısında bile çıldırma çabasına tepki verme davranışları daha büyük sorunlara kaynaklık yapmaktadır.

Bostancı ve ark.'nın (2006) yayınladığı bir çalışmada üniversite öğrencileri arasında "çabuk öfkelenme" sorunu yaşayanlar %21.6 oranında, "öfke kontrolünde güçlük çekme" sorunu yaşayanlar %9.5 oranında saptanmıştır. Eksen-I bozuklukları uygunsuz öfke tepkilerinin oluşmasında önemli rol oynar. Özellikle alkol-madde bağımlılığı, şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve TSSB yakınması olanlarda kişilerarası ilişkilerde öfke kontrol zorluğu yaşanabilir (Henry ve ark. 2001, Erdem ve ark. 2008, McMurrin ve ark. 2009). Terasaki ve ark. (2009) erkek üniversite öğrencileri arasında öfke dışavurumuyla ilgili yaptıkları bir çalışmada çeşitli ağırlık derecelerinde olmak üzere %23.6 oranında depresyon belirtileri saptanmıştır. Bu çalışmada orta ve yüksek derecede öfke tepkisi gösteren, hatta şiddet davranışı sergileyen öğrencilerde depresif belirti oranları da yüksek bulunmuştur.

Çabuk öfkelenme hali DSM-IV'te (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) bir semptom olarak çeşitli tanılar içinde yer almıştır. Bununla birlikte, ani ve ölçsüz öfkelenmeyle ilgili özgül bir tanı kategorisi olarak aralıklı patlayıcı bozukluk (APB) tanısına yer verilmiştir. DSM-IV'te APB'nin tanı kriterleri hakkında kısaca şu belirtiler üzerinde durulmuştur: Birçok kez, stres etkiyle orantısız şekilde büyük (yoğun) saldırganlık dürtüsü oluşmalı ve bunun sonucunda mala/cana yönelik ciddi saldırı davranışları ortaya çıkmalıdır. Ayrıca, bu tarz öfke nöbetlerinin eksen-I, eksen-II veya eksen-III'te ele alınan başka hastalıklarla daha iyi açıklanamıyor olması gerekir. APB yaygınlığını araştıran yayınlar fazla değildir. Bazı yayınlarda APB'nin yaşamboyu yaygınlığı %5.8 - %11.5 arasında; 12 aylık yaygınlığı %3.9 - %4.1 arasında verilmiş ve sıklıkla duygudurum, anksiyete, alkol-madde kullanım bozuklukları, antisosyal ve sınır KB ile birlikte

bulunduğu belirtilmiştir (Galovski ve ark. 2002, Kessler ve ark. 2006).

Kişilik bozuklukları uyumsuz davranışların ortaya çıkmasında önemli bir etkidir (Howard ve ark. 2008, Chabrol ve ark. 2009). Haksızlığa ya da hakarete maruz kalma durumlarında olduğu gibi, zorlayıcı olaylar bazen kişilik bozukluğu olmayanlarda da uygunsuz öfke tepkilerine yol açabilir (Nagata-Kobayashi ve ark. 2006). Terminal dönem hastalıklar, ağrılı hastalıklar, epilepsiler ve hormonal düzensizlikler gibi bazı fiziksel hastalıklar da uygunsuz öfke tepkilerine yol açabilir (Estlander ve ark. 2008, Altman ve ark. 2006).

Öfke tepkilerinde cinsiyetler arasında bazı farklılıklar bulunduğundan söz edilmiştir (Winkler ve ark. 2005, Chabrol ve ark. 2009). Çeşitli ülkelerde yapılmış olan çalışmalarda, şiddet davranışları nedeniyle gözaltına alınmış ya da hapse atılmış olan kişilerin büyük çoğunluğunun erkek olduğu bildirilmiştir (Özen ve ark. 2005, McMurrin ve ark. 2009). Kadın ve erkeklerin duygu dışavurumundaki sözel ifade tarzlarının araştırıldığı bir çalışmada (Mete ve ark. 1993); depresyon, mani, şizofreni ve sağlıklı kontrol grupları incelenmiş ve tüm gruplarda kadınların abartılı bir dil kullandıkları, kendilerinden daha sık söz ettikleri ve duygularını daha dolaysız bir şekilde ifade ettikleri belirtilmiştir. Ayrıca, kadınların depresyonda sıkıntılarını, manide öfkelerini açık bir dille ortaya koydukları, erkeklerin genelde abartılı anlatımdan kaçındıkları ve duygularını dolaylı biçimde dile getirme eğiliminde oldukları saptanmıştır. Balkaya ve Şahin'in (2003) yürüttüğü bir çalışmada kadınların "ciddiye alınmama, haksızlığa uğrama, eleştirilme" durumlarına daha fazla duyarlı olduğu; erkeklerin öfke tepkisi olarak fiziksel saldırı seçeneğini daha fazla kullandığı belirtilmiştir.

PubMed, behavioral sciences, psychinfo, proquest, google scholar ve "medline.pleksus.com.tr" tarama indekslerinde "öğrenci, öfke, SCID I, SCID II veya student, anger, SCID I, SCID II" kelimeleriyle tarama yaptığımızda çalışmamızın desenine uyan bir yayına rastlamadık. Bu nedenle biz bu çalışmada, öfke kontrol zorluğu yaşayan fakat bu yakınmaları nedeniyle psikiyatrik yardım aramamış olan ve çeşitli fakültelerin son sınıfında okuyan, psikotik yelpazede bir yakınması olmayan 50 kız ve 50 erkek öğrencide sosyodemografik değişkenlerin belirlenmesini, öfkelenme sırasında ortaya çıkan duygu, düşünce ve davranış örüntülerinin cinsiyet farklılığı bakımından incelenmesini; Eksen-I, Eksen-II ve Eşikaltı Kişilik Bozukluğu (EKB) tanılarının saptanmasını; Eksen-I, Eksen-II tanılarının varlığını en iyi yordayan değişkenlerin belirlenmesini, öfke tepkisi boyut-

larından “saldırgan davranışlar” ve “intikam tepkileri” başta olmak üzere bazı altölçeklerin puanlarıyla korelasyon gösteren değişkenlerin belirlenmesini amaçladık.

## YÖNTEM

Çalışma Dicle Üniversitesi’nde gerçekleştirildi ve etik kurul onayı alındı. 2008-2009 eğitim-öğretim yılında il merkezindeki fakülte ve yüksek okullarda okuyan öğrenci sayısı 13700, son sınıfta okuyan öğrenci sayısı 3500’dür. Son sınıflardaki kız öğrenci oranı %40, erkek öğrenci oranı %60’dır.

Çalışmaya sadece son sınıfta okuyan öğrenciler alındı ve bunun birkaç nedeni vardı. Bunlardan biri, çocukluk çağı örselenme yaşantıları ölçeğinin kişilerde 18 yaşından önceki örselenmeleri geriye dönük sorguluyor olmasıdır. Bu nedenle biz öğrencilerin yaşlarının 18’den küçük ya da 18’e çok yakın olmasını istemedik. Bir diğer nedeni ise; son sınıfta okuyan öğrencilerin aktif iş yaşamına, farklı sosyal ortamlara ve evlilik sürecine girmeye daha yakın olmaları ve öfke kontrol zorlukları konusunda “bizimle iletişim içinde buldukları süreç onlara daha fazla yararlı olabilir” diye düşünmemizdir.

İlk olarak il merkezindeki fakülte ve yüksek okulların öğrenci işleri bürosuyla iletişim kurulup son sınıfta okuyan öğrencilerin derse en yoğun katıldıkları gün ve saatler belirlendi. O sırada dersi olan öğretim üyesi ile iletişime geçildi ve çalışma için izin istendi. Çeşitli günlerde çeşitli sınıflara gidilerek 1005 öğrenci ile yüz yüze sözlü iletişim kuruldu (Eğitim fakültesi: 301, fen edebiyat fakültesi: 284, sosyal bilimlerle ilgili fakülteler: 167, fen bilimleriyle ilgili fakülteler: 130, sağlık bilimleriyle ilgili fakülteler: 123). Öğrencilere öfke duygusu ve öfke kontrol zorlukları konusunda kısa bilgiler verildi ve çalışma ekibinin bu konuyu detaylı olarak araştırmak istediği belirtildi. Öfke kontrol zorluğu yaşadığını düşünen öğrenciler ayrıntılı görüşme için tıp fakültesi hastanesi psikiyatri bölümüne davet edildi. Psikiyatrik görüşme ve muayene sonucunda ücret talep edilmeyeceği, ölçek ve görüşme formlarına isim veya numara yazılmayacağı ve kişisel bilgilerin gizli tutulacağı özellikle vurgulandı.

Çalışmanın ikinci aşaması, tıp fakültesi hastanesi psikiyatri bölümünde çalışmayı yürüten hekimlerin odasında gerçekleştirildi. Fakültelerde görüşülen öğrenci sayılarıyla orantılı bir şekilde her fakülteden muayeneye toplam 158 kişi geldi. Kısa ön değerlendirme sonrasında, 21 kişinin yakınması öfke tepkileriyle ilişkili bulunmadığı ve değerlendirme dışı bırakıldı. Öfke kontrol zorluğu yaşadığı kanısına varılan 137 (75 erkek, 62 kız) öğrenciden muayeneye ilk olarak gelen 50 erkek ve 50 kız öğrencinin

ayrıntılı öyküsü alındı. Daha sonra öğrencilere aşağıdaki formlar ve ölçekler uygulandı:

1- Kişisel Bilgi Formu: Tarafımızdan hazırlanan bu formda; sosyodemografik özellikler, alışkanlıklar ve kullanım sıklıkları, fiziksel ve psikiyatrik bir hastalıktan kaynaklanan tedavi öyküleri kısaca sorgulandı.

2- SCID-I: DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon SCID-I Uygulama Kitapçığı (First ve ark. 1999). SCID-I Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir ve birçok çalışmada kullanılmıştır. Kitapçık 6 bölümden oluşur: A- Duygudurum epizodları, B-Psikotik ve eşlik eden semptomlar, C- Psikotik bozuklukların ayırıcı tanısı, D- Duygudurum bozuklukları, E- Alkol ve diğer maddeleri kullanım bozuklukları, F- Anksiyete ve diğer bozukluklar. Görüşmeciler ‘duygudurum epizodları’ndan başlayarak sırayla psikiyatride sık karşılaşılan klinik tabloların belirtilerini yapılandırılmış cümlelerle sorgular. Görüşmeciler sorgulamakta olduğu bir bozukluğun tanı kriterlerinin karşılanmadığını gördüğünde bir sonraki bozukluğa ya da bölüme geçer. Bu çalışmada SCID-I’ye ek olarak, benzer sorgulama yöntemiyle DSM-IV’te yer alan “başka bir yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları” tanıları da sorgulandı.

3- SCID-II: The Structured Interview for DSM III-R Personality Disorders (Spitzer ve ark. 1990, Soria ve ark. 1990). Bu form ile 12 farklı kişilik bozukluğu (KB) araştırılır. DSM III-R tanı kriterlerine göre uyarlanmış, görüşmeciler ve hasta tarafından kolayca anlaşılabilir cümlelerden oluşan yapılandırılmış bir görüşme çizelgesidir. Görüşme yapılan kişide, kişilik bozukluğuna ilişkin kuvvetli belirtiler bulunduğu fakat tanı kriterlerinden bir maddesinin eksik kaldığı durumlar için “Eşikaltı Kişilik Bozukluğu (EKB)” tanımlaması kullanıldı. Ayrıca, SCID-II’de bulunmayan fakat DSM-IV’te araştırma kriterleri verilen “depresif kişilik bozukluğu” tanısının araştırılması da benzer sorgulama yöntemiyle yapıldı. SCID-II’nin DSM-IV’e göre uyarlanmış ve Türkçe’ye çevrilmiş herhangi bir formu yoktur.

4- Çok Boyutlu Öfke Ölçeği (ÇBÖÖ): Bu ölçek Balkaya ve Şahin (2003) tarafından geliştirilmiş beşli likert tipi bir ölçektir. Kişilerin öfkelenme sürecindeki duygu, düşünce ve davranışlarını belirlemeyi amaçlar. Sıklık basamaklarına 1 ile 5 arasında puan verilmiştir. Birbirleriyle ilişkili 5 farklı boyutu inceleyen ölçekte; 1 belirti ölçeği ve 14 alt ölçek vardır. Alt ölçeklerin puanlarındaki yükseklik öfke boyutlarındaki yüksekliğe işaret eder.

#### I - Öfke belirtileri (14 madde)

II- Öfkeye yol açan durumlar (41 madde, 3 alt ölçek): a) ciddiye alınmama, b) haksızlığa uğrama, c) eleştirilme.

III- Öfkeyle ilişkili düşünceler (30 madde, 4 alt ölçek): a) öfkesine yönelik düşünceler, b) diğerlerine yönelik düşünceler, c) kendisine yönelik düşünceler, d) dünyaya yönelik düşünceler.

IV- Öfkeyle ilişkili davranışlar (26 madde, 3 alt ölçek): a) saldırgan davranışlar, b) sakin davranışlar,

c) kaygılı davranışlar.

V- Kişilerarası öfke (47 madde, 4 alt ölçek): a) intikam tepkileri, b) pasif agresif tepkiler, c) içe dönük tepkiler, d) umursamaz tepkiler.

5- Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (ÇÖYÖ): Bu ölçek 18 yaş öncesi çocukluk ve gençlik yaşantılarını geriye dönük olarak sorgulayan 40 maddelik beşli likert tipi bir ölçektir. Alınan toplam puan 40-200 arasında değişir. Duygusal (19 madde), fiziksel (16 madde) ve cinsel (5 madde) örselenmeleri sorgulayan üç alt ölçeği vardır. Yüksek puanlar örselenme yaşantılarının sıklığına işaret eder. Ölçek Aslan ve Alparslan (1999) tarafından geliştirilmiştir.

6- Sosyal Karşılaştırma Ölçeği (SKÖ): Olumlu ve olumsuz iki kutup halinde sunulan 18 farklı özelliğe ilişkin kişinin kendini diğer kişilerle kıyasladığında nasıl algıladığını sorgulayan altılı likert tipi bir ölçektir. Alınan puan 18-108 arasında değişir, yüksek puanlar olumlu/girişken kendilik algısına işaret eder. Ölçeğin orijinali iki kutuplu 5 özellikten oluşur. Daha sonra Şahin ve Savaşır 13 özellik daha eklemiştirler (Allan ve Gilbert 1995, Şahin ve Savaşır 1997).

7- Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ): Beck ve ark. (1974) tarafından geliştirilmiştir. Evet-Hayır şeklinde cevaplanan, dokuzu ters önermeli, toplam 20 maddelik bir ölçektir. Alınan puan 0-20 arasında değişir, yüksek puanlar umutsuzluğun şiddetini belirtir. Durak (1994) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

8- Boratav Depresyon Tarama Ölçeği (BORDEPTA): Evet-Hayır şeklinde cevaplanan 16 maddelik bir ölçektir, 7.5 kesme noktasında %85.7 duyarlılık, %95.1 özgüllük saptanmıştır. Birey ya da gruplara kolayca uygulanabilen ve klinik olarak depresyonu olan kişileri kısa sürede belirlemeye yarayan bir ölçektir. Yüksek puanlar klinik depresyonun var ve şiddetli olduğunu gösterir. Ölçek Boratav (2003) tarafından geliştirilmiştir.

İstatistiksel işlemler: İstatistiksel işlemlerde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 11.5 programı kullanıldı. Parametrik dağılıma sahip iki grubun (yaş, kardeş sayısı, öfke belirtileri toplam puanı, öfke ölçeği altölçeklerinin puanları, BORDEPTA, BUÖ, BUÖ, ÇÖYÖ-toplam puanı ve altölçeklerinin puanları) karşılaştırılması student t testi ile, parametrik dağılıma sahip olmayan iki grubun (tek tek öfke belirtileri, ekonomik durum, sigara kullanımı, alkol kullanımı, anne eğitimi, baba eğitimi, yakın akraba ilişkileri, arkadaş ilişkileri) karşılaştırılması Mann Whitney U testi ile yapıldı. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-kare testi kullanıldı. Parametrik dağılıma sahip veriler arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile, parametrik dağılıma sahip olmayan veriler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile araştırıldı. Öğrencilerde Eksen-I, Eksen-II veya eşikaltı eksen-II tanılarının bulunup bulunmadığını en iyi yordayan değişkenlerin belirlenmesinde lojistik regresyon analizi kullanıldı. Bazı bulguların yüzdeleri, ortalama ve standart sapmaları verildi.  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili bilgiler Tablo 1'de gösterilmiştir. İki grubun yaş ortalamaları arasında fark saptanmadı ( $p=0.299$ ). İki grubun sigara kullanımı örüntüsü farklıdır. Hergün sigara kullanma erkeklerde, arasıra kullanma kızlarda daha yüksekti ( $\chi^2=7.877$ ,  $p=0.019$ ). Alkol kullanımı oranları birbirine yakındı ( $p>0.05$ ), psikoaktif madde kullanımı bildirilmedi. Yüz öğrenci içinde, süregelen bedensel bir hastalığı ya da sakatlığı olduğunu bildiren kişi oranı %24'tür ve bunların 15'i erkek, 9'u kızdır ( $\chi^2=1.974$ ,  $p=0.160$ ). Son bir yıl içinde psikiyatriye herhangi bir yakınma nedeniyle 4 erkek, 5 kız öğrenci başvurmuştur ( $\chi^2=0.122$ ,  $p=0.727$ ).

### Eksen-I ve Eksen-II tanıları

Eksen-I, Eksen-II veya eşikaltı kişilik bozukluğu (EKB) tanılarında bazı hastalarda sadece bir tanesi, bazı hastalarda ise birkaç tanesi saptandı. Eksen-I tanısı konan kişi oranı erkeklerde %60, kızlarda %74'dür ( $\chi^2=2.216$ ,  $p=0.137$ ). Eksen-II tanısı konan kişi oranı erkeklerde %28, kızlarda %36'dır ( $\chi^2=.735$ ,  $p=0.391$ ). EKB tanısı konan kişi oranı erkeklerde %34, kızlarda %32'dir. Eksen-I ve Eksen-II (EKB dahil) tanılarının birlikte konma oranı erkeklerde %40, kızlarda %58'dir.

Eksen-I tanı gruplarına genel olarak bakıldığında, erkeklerde; somatoform ve dürtü kontrol bozuklukları daha fazlaydı, kızlarda ise; anksiyete, duygudurum, yeme

**TABLO 1.** Öfke Kontrol Zorluğu Yaşayan Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri.

Değişkenler	Erkek, s: 50 Sayı (%)	Kız s: 50 Sayı (%)	İstatistik	p
Yaş (ortalama $\pm$ ss*)	23.1 $\pm$ 1.9	22.6 $\pm$ 2.3	t=1.044	0.299
Kardeş (ortalama $\pm$ ss)	5.6 $\pm$ 2.9	4.7 $\pm$ 2.1	t=1.768	0.080
Medeni durum				
Bekar	44 (88)	44 (88)	$\chi^2=1.500$	0.472
Evli	1 (2)	3 (6)		
Dul	5 (10)	3 (6)		
Sigara kullanımı				
Yok	16 (32)	15 (30)	$\chi^2=7.877$	0.019
Ara sıra	5 (10)	16 (32)		
Her gün	29 (58)	19 (38)		
Alkol kullanımı				
Yok	32 (64)	29 (58)	$\chi^2=0.378$	0.539
Ara sıra	18 (36)	21 (42)		
Ekonomik durumu				
İyi	12 (24)	16 (32)	$\chi^2=5.134$	0.077
Orta	31 (62)	33 (66)		
Kötü	7 (14)	1 (2)		
Anne eğitimi				
Yok	29 (58)	20 (40)	$\chi^2=7.662$	0.022
İlköğretim	18 (36)	17 (34)		
Lise ve üstü	3 (6)	13 (26)		
Baba eğitimi				
Yok	10 (20)	4 (8)	$\chi^2=2.813$	0.245
İlköğretim	22 (44)	22 (44)		
Lise ve üstü	18 (36)	24 (48)		

\*ss: standart sapma

ve uyku bozuklukları daha fazlaydı. Erkeklerin %10'una, kızların %36'sına depresyon tanısı kondu ve çoğu tanının klinik olarak şiddet düzeyi orta derecedeydi. Eksen-I tanı dağılımları ayrıntılı olarak Tablo 2'de gösterilmiştir.

Eksen-II tanı gruplarına genel olarak bakıldığında; A grubu kişilik bozukluğu erkeklerde, B ve C grubu kişilik bozukluğu ve B grubu EKB kızlarda daha çok saptandı. Eksen-II tanı dağılımları ayrıntılı olarak Tablo 3'te gösterilmiştir.

#### Kız ve erkeklerde öfke belirtilerindeki farklılıklar

Öfke belirtilerinden alınan puanlara bakıldığında; "hareketlerin hızlanması" puanı her iki cinsiyette eşit düzeydeydi. "Yumruklarını sıkma" ve "burnundan soluma" puanı erkeklerde daha yüksek bulundu, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi. "Kendi kendine söylenmek,

kontrol kaybı, kanın beyne fırladığını hissetmek, dişlerini sıkmak ( $z=2.377$ ,  $p=0.017$ ), beynin zonklanması ( $z=2.984$ ,  $p=0.003$ ), elin-ayağın titremesi ( $z=2.196$ ,  $p=0.028$ ), nefesin daralması ( $z=2.614$ ,  $p=0.009$ ), baş ağrısı ( $z=3.096$ ,  $p=0.002$ ), zihninin allak bullak olması, mantıklı düşünememe, dudaklarını ısırma başlamak ( $z=2.249$ ,  $p=0.024$ )" puanları kızlarda daha yüksekti, fakat bunlardan sadece istatistik değerleri yazılanlar anlamlı farklılık göstermekteydi.

#### Öğrencilerin ÇBÖÖ ve diğer ölçeklerden aldıkları puanlarla ilgili bulgular

ÇBÖÖ alt ölçeklerinden "umursamaz tepkiler" ve "sakin davranışlar" dışında kalan tüm altölçeklerin puanları kızlarda daha yüksekti, fakat iki grup arasında sadece "öfke belirtileri", "ciddiye alınmama", "öfkesine

**TABLO 2.** Öfke Kontrol Zorluğu Yaşayan Öğrencilerin Eksen-I Tanıları.

Eksen-I tanıları*	Erkek, s: 50 Sayı (%)	Kız, s: 50 Sayı (%)	x <sup>2</sup>	p
Duygudurum Bozukluğu	9 (18)	21 (42)	6.857	0.009
Depresyon	5 (10)	18 (36)		
Distimi	3 (6)	1 (2)		
Bipolar bozukluk	1 (2)	2 (4)		
Somatoform bozukluk	6 (12)	1 (2)	3.840	0.050
Beden dismorfik bozukluğu	3 (6)	1 (2)		
Psikojenik ağrı bozukluğu	2 (4)	-		
Farklılaşmamış somatoform bozukluk	1 (2)	-		
Anksiyete bozukluğu	6 (12)	19 (38)	9.013	0.003
Özgül fobi	3 (6)	11 (22)		
Obsesif kompulsif bozukluk	-	3 (6)		
Yaygın anksiyete bozukluğu	2 (4)	2 (4)		
Sosyal fobi	1 (2)	1 (2)		
BTA <sup>1</sup> kaygı bozukluğu	-	2 (4)		
BYS <sup>2</sup> Dürtü kontrol bozukluğu	24 (48)	13 (26)	5.191	0.019
Aralıklı patlayıcı bozukluk	17 (34)	10 (20)		
Diğer dürtü kontrol bozuklukları	7 (14)	3 (6)		
Uyku ve yeme bozukluğu	0 (0)	6 (12)	6.383	0.012
Uyku bozukluğu	-	3 (6)		
Bulimiya nevroza	-	3 (6)		
Eksen-I tanısı konmayan	21 (42)	13 (26)	2.852	0.091

\*Not: bazı kişilere birden fazla Eksen-I tanısı kondu.

<sup>1</sup>BTA: Başka türlü adlandırılmayan, <sup>2</sup>BYS: Başka bir yerde sınıflandırılmamış

yönelik düşünceler” ve “diğerlerine yönelik öfke düşünceleri” puanlarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıydı. ÇÖYÖ puanları erkeklerde daha yüksekti, özellikle “duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmal” altölçeği puanlarındaki yükseklik anlamlıydı ( $t=3.677, p<0.001$ ). Tüm ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve istatistiksel anlamlılık düzeyleri ayrıntılı olarak Tablo 4’te gösterilmiştir.

#### **ÇBÖÖ’deki bazı öfke tepkisi boyutları ile sosyodemografik değişkenler, ÇÖYÖ toplam puanı (ÇÖYÖ-T), BORDEPTA, BUÖ, ve SKÖ puanları arasındaki korelasyonlar**

Kızlarda: “Öfke belirtileri” toplam puanı; uzun zamandır süregelen bedensel bir hastalığın varlığı, anne eğitimi ve baba eğitimi ile ilişkili bulundu (sırasıyla;  $r=0.405, p=0.004; r=0.333, p=0.021; r=0.340, p=0.018$ ).

“Saldırğan davranışlar” puanı; ÇÖYÖ-T, SKÖ, alkol kullanımı, anne eğitimi yüksekliği, baba eğitimi yüksekliği ile ilişkili bulundu (sırasıyla;  $r=-0.327, p=0.023; r=-0.299, p=0.039; r=0.327, p=0.023; r=0.428, p=0.003; r=0.322, p=0.029$ ). “İntikam tepkileri” puanı; sigara kullanımı, alkol kullanımı, bedensel hastalık, anne eğitimi ve baba eğitimi ile ilişkili bulundu (sırasıyla;  $r=0.339, p=0.020; r=0.397, p=0.006; r=0.349, p=0.016; r=0.472, p=0.001; r=0.395, p=0.007$ ).

“Kendisine yönelik öfke düşünceleri” puanı; BORDEPTA, BUÖ, SKÖ, sigara kullanımı, bedensel hastalık, anne eğitimi ve baba eğitimi ile ilişkili bulundu (sırasıyla;  $r=0.296, p=0.037; r=0.403, p=0.004; r=-0.391, p=0.008; r=0.387, p=0.006; r=0.362, p=0.01; r=0.497, p=0.000; r=0.631, p=0.000$ ).

Erkeklerde: “Öfke belirtileri” toplam puanı; ÇÖYÖ-T, BORDEPTA, BUÖ, alkol kullanımı ve yaş ile ilişkili

**TABLO 3.** Öfke Kontrol Zorluğu Yaşayan Öğrencilerin Kişilik Yapıları.

Eksen-II tanıları	Erkek, s: 50 Sayı (%)	Kız, s: 50 Sayı (%)	x <sup>2</sup>	p
A grubu KB <sup>1</sup>	6 (12)	1 (2)	3.840	0.05
Paranoid	6 (12)	-		
Şizotipal	-	1 (2)		
B grubu KB	2 (4)	7 (14)	3.053	0.081
Histrionik	-	4 (8)		
Borderline	2 (4)	3 (6)		
C grubu KB	4 (8)	13 (26)	5.741	0.017
Çekingen	3 (6)	6 (12)		
Bağımlı	-	2 (4)		
Obsesif kompulsif	1 (2)	5 (10)		
Diğer: Depresif	4 (8)	3 (6)	0.154	0.695
Eşikaltı KB tanıları (EKB) <sup>2</sup>				
A grubu	9 (18)	9 (18)	0.000	1.000
Paranoid	9 (18)	8 (16)		
Şizoid	-	1 (2)		
B grubu	8 (16)	16 (32)	3.509	0.05
Histrionik	-	7 (14)		
Narsistik	2 (4)	4 (8)		
Borderline	5 (10)	5 (10)		
Antisosyal	1 (2)	-		
C grubu	10 (20)	8 (16)	0.271	0.603
Çekingen	1 (2)	-		
Bağımlı	2 (4)	3 (6)		
Obsesif kompulsif	7 (14)	5 (10)		
Diğer: Kendine zulmeden	2 (4)	5 (10)	1.382	0.240

<sup>1</sup>KB: Kişilik Bozukluğu, <sup>2</sup>EKB: Eşikaltı Kişilik Bozukluğu

bulundu (sırasıyla r ve p değerleri; r=0.315, p=0.026; r=0.426, p=0.002; r=0.435, p=0.002; r=0.328, p=0.02; r=-0.318, p=0.024). “Eleştirilme” puanı; bedensel hastalık, kardeş sayısı ve anne eğitimi düşüklüğü ile ilişkili bulundu (sırasıyla; r=0.357, p=0.011; r=0.339, p=0.018; r=-0.309, p=0.035).

“Saldırgan davranışlar” puanı; SKÖ, yaş ve anne eğitimi düşüklüğü ile ilişkili bulundu (sırasıyla; r=0.286, p=0.044; r=-0.277, p=0.05; r=-0.411, p=0.004). “İntikam tepkileri” puanı; alkol kullanımı, bedensel hastalık ve anne eğitimi ile ilişkili bulundu (sırasıyla; r=0.277, p=0.05; r=0.307, p=0.03; r=-0.396, p=0.006).

“Kendisine yönelik öfke düşünceleri” puanı; ÇÖYÖ-T, BORDEPTA, BUÖ ve SKÖ ile ilişkili bulundu (sırasıyla; r=0.404, p=0.004; r=0.413, p=0.003; r=0.401, p=0.004; r=-0.496, p=0.000).

### Regresyon analizleri

Kız ve erkeklerde eksen-I veya eksen-II tanısı koyulmasını en iyi yordayan değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 5’de verilmiştir. Kızlarda eksen-I tanısı varlığını en iyi yordayan değişken “öfke belirtileri” altölçeği toplam puanı (p<0.001), eksen-II tanısı varlığını en iyi yordayan değişken “kaygılı davranışlar” altölçeği puanıdır (p<0.05). Erkeklerde eksen-I tanısı varlığını en iyi yordayan değişken “öfkesine yönelik düşünceler” altölçeği puanı (p<0.001), eksen-II tanısı varlığını en iyi yordayan değişken “sigara kullanma” alışkanlığıdır (p<0.01).

### TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan erkek ve kız öğrencilerin yaş ortalaması, kardeş sayısı ortalaması, ekonomik durum-

**TABLO 4.** Erkekler ve Kızların ÇBÖÖ ve Diğer Ölçeklerden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.

Çok Boyutlu Öfke Ölçeği	Erkek Ort. ± ss	Kız Ort. ± ss	t	p
1- Öfke belirtileri–Toplam	36.6 ± 8.2	41.0 ± 9.8	-2.463	0.016
2- Öfkeye yol açan durumlar				
Ciddiye alınmama	63.6 ± 14.4	70.5 ± 13.9	-2.432	0.017
Haksızlığa uğrama	66.5 ± 7.5	69.7 ± 10.3	-1.793	0.076
Eleştirilme	15.6 ± 3.4	16.4 ± 3.9	-1.190	0.237
3- Öfkeyle ilişkili düşünceler				
Öfkesine yönelik düşünceler	21.4 ± 6.4	25.9 ± 8.6	-2.916	0.004
Diğerlerine yönelik öfke düşünceleri	19.9 ± 4.7	24.5 ± 7.3	-3.691	0.000
Kendisine yönelik öfke düşünceleri	17.0 ± 4.5	17.4 ± 5.6	-0.335	0.739
Dünyaya yönelik öfke düşünceleri	12.1 ± 3.9	12.9 ± 4.2	-0.985	0.327
4- Öfkeyle ilişkili davranışlar				
Saldırgan davranışlar	30.0 ± 6.2	32.1 ± 7.3	-1.509	0.135
Sakin davranışlar	30.8 ± 5.2	30.0 ± 7.4	0.605	0.547
Kaygılı davranışlar	12.9 ± 2.6	13.5 ± 3.4	-0.957	0.341
5- Kişiler arası öfke				
İntikama yönelik tepkiler	63.0 ± 14.9	64.2 ± 20.5	-0.319	0.751
Pasif-agresif tepkiler	33.8 ± 5.9	35.8 ± 6.8	-1.502	0.136
İçe dönük tepkiler	31.5 ± 5.4	32.3 ± 7.2	-0.616	0.539
Umursamaz tepkiler	6.8 ± 2.3	6.0 ± 2.5	1.610	0.111
Beck Umutsuzluk Ölçeği	7.2 ± 5.0	5.4 ± 4.5	1.857	0.066
Boratav Depresyon Tarama Ölçeği	8.6 ± 4.5	10.2 ± 3.9	-1.980	0.050
Sosyal Karşılaştırma Ölçeği	75.8 ± 14.9	75.3 ± 16.1	0.154	0.878
Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği-Toplam	77.5 ± 16.0	67.3 ± 17.7	3.038	0.003
Duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmal	41.5 ± 10.2	34.0 ± 10.2	3.677	0.000
Fiziksel kötüye kullanım	29.3 ± 7.6	26.8 ± 8.2	1.577	0.118
Cinsel kötüye kullanım	6.7 ± 2.8	6.5 ± 2.2	0.481	0.632

ları ve alkol kullanma sıklıkları birbirine yakındır, fakat düzenli sigara içme davranışı erkeklerde daha sıktır. Daha önce yapılan bir çalışmada (Özen ve ark. 2007) üniversitemizde kız öğrencilerin sigara kullanma yaygınlığı %44, ara sıra alkol kullanma yaygınlığı %22; erkek öğrencilerin sigara kullanma yaygınlığı %51, ara sıra alkol kullanma yaygınlığı %32 olarak bulunmuştur. Çalışmamıza katılan öğrencilerin sigara ve alkol kullanma oranları bu oranlardan daha yüksektir ve psikiyatrik sorunların sıklığı ile alkol-sigara kullanımı arasında bağıntı olduğuna değinen çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (Özen ve ark. 2007, Yazıcı ve ark. 2009). Burada ilginç bir durum seyrek de olsa, sigara ve alkol kullanma davranışının kızlardaki oranlarının erkeklere benzer düzeylere çıkmış olmasıdır ki, bu çalışmaya katılan kızların yaşadıkları psikiyatrik sorunlarla veya farklı sosyal streslere ve grup

davranışlarına uyum çabalarıyla ilişkili bir durum gibi gözükmektedir.

#### Eksen-I ve Eksen-II tanıları

Her iki grupta da çalışmaya alınan öğrencilerin yaklaşık %90'ı ilk kez psikiyatrik yardım almaktadır. Muhtemelen bazıları damgalanma korkusu yaşamakta (Soygür ve Özalp 2005), bazıları bunun çözülebilir bir sorun olduğunu düşünmemekte veya nereye başvuracağını bilmemektedir. Bu kişilerde yüksek oranlarda eksen-I ve eksen-II tanılarının olması kişisel mutsuzluk halinden akademik ve sosyal alanlardaki sorunların çoğalmasına kadar bir dizi sonuç doğurabilir. Özellikle kızlarda depresyon oranları dikkat çekicidir ve epidemiyolojik çalışmalarda belirtilen oranlardan (Hasin ve ark. 2005) oldukça yüksektir. Eşikaltı kişilik bozukluğu da



**TABLO 5.** Lojistik Regresyon Analizi İle Kızlarda ve Erkeklerde Eksen-I ve Eksen-II Tanılarının Varlığını En İyi Yordayan Değişkenler.

<b>Kızlar</b>			
Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	R <sup>2</sup>	F
Eksen-I	Öfke belirtileri toplam puanı	0,26	15,40***
	Yaş	0,15	7,69**
	Kendisine yönelik öfke düşünceleri puanı	0,20	10,99**
	ÇÖYÖ <sup>1</sup> -cinsel kötüye kullanım puanı	0,09	4,09*
	Bedensel hastalık	0,08	4,01*
Eksen-II ve/veya eşikaltı eksen-II	Kaygılı davranışlar puanı	0,11	5,48*
	Ciddiye alınmama puanı	0,10	4,94*
	Yaş	0,08	4,14*
<b>Erkekler</b>			
Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	R <sup>2</sup>	F
Eksen-I	Saldırgan davranışlar puanı	0,24	15,19***
	Öfkesine yönelik düşünceler puanı	0,32	21,57***
Eksen-II ve/veya eşikaltı eksen-II	Sigara kullanma	0,14	8,03**
	ÇÖYÖ-cinsel kötüye kullanım puanı	0,08	4,30*
	ÇÖYÖ-toplam puanı	0,08	4,13*

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

<sup>1</sup>ÇÖYÖ: Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği.

dikkate alındığında, öfke sorunu yaşayan kişilerde özellikle de kızlarda eksen-I ve eksen-II tanılarının birlikteliği yüksek oranlardadır.

Polikliniklerde ya da anket çalışmalarında öfke sorunu yaşayan gençlerde eksen-I ve eksen-II tanılarının bulunup bulunmadığını kısa sürede anlayabilmek olasıdır. Bunun bir yolu çalışmamızda da olduğu gibi ölçeklerden yararlanmaktır. Çalışmamızda regresyon analizi ile kızlarda eksen-I tanısı varlığını en iyi yordayan değişkenin “öfke belirtileri” toplam puanı, eksen-II tanısı varlığını en iyi yordayan değişkenin “kaygılı davranışlar” altölçeği puanı olduğu saptanmıştır. Erkeklerde ise, eksen-I tanısı varlığını en iyi yordayan değişkenin “öfkesine yönelik düşünceler” altölçeği puanı, eksen-II tanısı varlığını en iyi yordayan değişkenin “sigara kullanma” alışkanlığı olduğu saptanmıştır. Kızlarda uzun süre tedavi gerektiren bedensel bir hastalığın olması ve yaşının çevresindeki öğrenci kızlardan daha küçük olması eksen-I tanılarının varlığı için tahmin ettirici değişkenlerden bazılarıdır. Çocukluk ve gençlik evresindeki travmalar, özellikle de cinsel travmalar, eksen-I ve eksen-II yakınmalarında artışa neden olmaktadır (Grover ve ark. 2007). Bizim çalışmamızda, cinsel travmaların erkeklerde daha çok eksen-I sorunlarına, kızlarda eksen-II sorunlarına yol açtığı bulunmuştur.

Psikiyatrik çalışmalara genel olarak bakıldığında (Yıldız ve Akyol 1995, Özen ve ark. 1999) somatoform bozukluklar kadınlarda daha sık görülür. Fakat bu çalışmada erkeklerde daha sık saptanmıştır ki, bu da öfke tepkilerinin üniversitede okuyan erkeklerin bir kısmında bedenselleştirme tepkisi doğurduğunu, bir kısmında ise patlama tarzında dışa vurulduğunu göstermektedir. Kızların incelendiği bazı çalışmalarla uyumlu olarak (Terasaki ve ark. 2009, Winkler ve ark. 2005) öfke sorunu olanlarda da depresyon, anksiyete, uyku ve yeme bozuklukları daha fazla saptanmıştır. Çalışmamızda yeme bozukluğu olan kişilerin üçü de kızdır. Öfke ve yeme ilişkisini anlatan bir çalışmada (Tanofsky ve ark. 1997) kadınların kaygı, öfke, hayal kırıklığı ve üzüntü gibi olumsuz duygulara tepki olarak erkeklerden daha fazla yeme davranışına sığındıkları belirtilmiştir. Kızlardaki özgül fobi ve obsesif kompulsif bozukluk oranlarının belirgin farklı oluşu korku-kaçınma davranışları ve öfke tepkileri arasında bir ilişki olabileceğini akla getirmektedir.

Başka bir yerde sınıflandırılmamış (BYS) dürtü kontrol bozukluğu oranları özellikle erkeklerde yüksek bulundu. Aralıklı patlayıcı bozuklukla ilgili çalışmalar psikiyatrideki diğer tanılarla kıyaslandığında daha azdır ve Aralık 2009 itibarıyla “medline.pleksus.com.tr” adresinde yapılan taramada ülkemizde yapılmış sadece bir

çalışma bulunmuştur. Tamam ve ark.'nın (2008) yaptığı bu çalışmada klinikte yatan hastalar arasında aralıklı patlayıcı bozukluk %14 oranında saptanmıştır. Bizim çalışmamızda APB'nin, öfke sorunu yaşayan üniversiteli erkeklerdeki oranı %34, kızlardaki oranı %20 bulundu. Bir çalışmada (Kessler ve ark. 2006). APB'nin yaşam boyu yaygınlığı %7.3, bir yıllık yaygınlığı %3.9 bulunmuştur. Aynı çalışmada, APB'nin duygudurum, anksiyete ve alkol-madde kullanım bozuklukları ile yüksek oranda komorbidite gösterdiği belirtilmiştir ki, bizim sonuçlarımızla da uyumludur.

Kişilik bozukluklarında uygunsuz öfke tepkilerinin sık görülmesi beklenen bir durumdur. Erkeklerde %12 paranoid KB, %18 paranoid EKB, kızlarda %2 paranoid KB, %16 paranoid EKB saptandı. Üniversite öğrencilerinin incelendiği bir çalışmada da işaret edildiği gibi (Yamauchi ve ark. 2009), bu kişilik yapısı özellikle erkeklerin sosyal ilişkilerinde kuşkuçuluk ve güvensizlik oluşturmakta ve uygunsuz öfke tepkilerine yol açmaktadır.

Eksen-II bozukluklarında saldırgan davranışlar genelde antisosyal ve borderline KB olanlarda ortaya çıkar (Türkçapar ve ark. 2004, Howard ve ark. 2008). Bizim çalışmamızda antisosyal KB saptanmadı. Büyük bir ihtimalle bunun nedenlerinden biri, bu kişilerin eğitim problemleri yaşamaları nedeniyle (Doğan ve ark. 2004) üniversite sınavlarını kazanma ve derse devam etme oranlarının düşük olması, bir diğeri de antisosyal KB olanların kendini sorgulama yetisi kısıtlı olduğu için (Chabrol ve ark. 2009), ortaya çıkan öfkelenme sorunlarını kendisiyle ilişkili bulmaması, çevreyi suçlaması ve psikiyatriye yapılan daveti önemsememesi olabilir. Borderline KB ve EKB kızlarda ve erkeklerde benzer oranlarda bulundu. Erkeklerde histrionik KB ve EKB saptanmadı, kızlarda oldukça yüksek oranlardaydı. Uygunsuz öfke tepkilerine yol açabilecek bir diğer kişilik yapısı da narsistik yapıdır ki, çalışmamızda erkeklerde %4 EKB, kızlarda %8 EKB saptandı.

C grubu kişilik yapılarında anksiyete ön plandadır. Bu öfke çalışmasında KB veya EKB düzeyinde en sık obsesif kompulsif KB ve çekingen KB'na rastlandı ve kızlarda daha sıkı. Tanı koyduğumuz diğer önemli kişilik yapıları ise depresif KB ve kendine zulmeden EKB'dur. Ülkemizde özellikle bu iki kişilik yapısının incelenmesi ni hedef edinmiş bir çalışmaya rastlanmadı.

### **Öfke belirtilerindeki farklılıklar**

Daha önce yapılan kapsamlı bir çalışmanın sonuçlarına bakıldığında; ortalama puan olarak, BORDEPTA

kızlarda 7.8 erkeklerde 6.9; BUÖ kızlarda 5.7, erkeklerde 6.0; SKÖ kızlarda 79.4, erkeklerde 80.4; ÇÖYÖ-toplam puanı kızlarda 69.1, erkeklerde 73.1 bulunmuştur (Özen ve ark. 2007). Sözü edilen çalışmanın verileriyle şimdiki bulgularımız karşılaştırıldığında, öfke kontrol zorluğu yaşayan hem kız hem de erkek öğrencilerin daha fazla depresif ve daha fazla olumsuz kendilik algısı içinde oldukları ve erkeklerin daha umutsuz ve daha fazla çocukluk çağı örselenme öyküsüne sahip oldukları görülmüştür.

Toplam belirti puanı dikkate alındığında, öfke anında kızlarda daha yoğun bir belirti kümesi ortaya çıkmaktadır. Belirtilerin ortalama puanlarına bakıldığında; hareketlerin hızlanması her iki cinsiyette eşit, yumruklarını sıkma ve burnundan soluma erkeklerde daha yüksek, diğer belirtiler (özellikle; dişlerini sıkma, beynin zonklanması, elin-ayağın titremesi, nefesin daralması, baş ağrısı, dudaklarını ısırma başlamak) kızlarda daha yüksek bulunmuştur. ÇBÖÖ'nde öfkeye yol açan durumlar bölümünde yer alan "ciddiye alınmama, haksızlığa uğrama, eleştirilme" altölçeklerinin puanları bazı çalışmalarda (Balkaya ve Şahin 2003, Batıgün ve Şahin 2003, Bostancı ve ark. 2006) kızlarda daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise ortalama puanlar kızlarda yüksek olmakla birlikte istatistiksel açıdan sadece "ciddiye alınmama" farklı çıkmıştır ve bu kızlarda öfkeye yol açan en önemli boyuttur. Bazı sosyodemografik değişkenler açısından bakıldığında ise, eleştiriyi tahammülsüzlük kızlarda herhangi bir değişkenle ilişkili bulunmazken, erkeklerde; bedensel hastalığı olma, kardeş sayısı fazlalığı ve anne eğitimi düşüklüğü ile ilişkili bulundu.

Erkeklerle karşılaştırıldığında, kızlarda "öfkesine yönelik ve diğerlerine yönelik öfke düşünceleri" daha yoğun yaşanmaktadır. Çalışmamızda çocukluk ve ergenlik çağında fiziksel, duygusal ve cinsel örselenme öyküsü erkeklerde daha fazla saptanmıştır. Çocukluk çağı örselenme puanı yüksek olan erkeklerde öfke belirtileri daha yoğundur. Kızlarda ise üzerinde ayrıntılı çalışılması gereken ilginç bir durum vardır ki bu, örselenme puanı düşük olanların daha fazla saldırgan davranış sergilemeleridir. Bunun bir nedeni belki de, örselenme puanı yüksek olan kızlarda; boyun eğme, karşı çıkamama, kendini ifade edememe, kendini savunamama ile karakterize pasif bir kişilik özelliği gelişmiş olmasıdır.

Depresyon ölçeği puanları yüksek olan kızlarda öfkesine, kendisine ve dünyaya yönelik daha yoğun öfke düşünceleri oluşmaktadır. Bu da depresif duygudurumla uyumlu bir sonuçtur (Winkler ve ark. 2005). Kızlarda olduğu gibi erkeklerde de depresyon puanı yüksek olan-

larda birçok alanda öfkeyle ilgili düşünceler yoğun olarak yaşanmaktadır. Kızlarda umutsuzluk puanlarının artışı şiddetli depresyonlarda olduğu gibi kendisine yönelik öfke düşüncelerinde artışa ve öfke tepkisi olarak da içe kapanmaya yol açmaktadır.

Bir çalışmada da belirttiği gibi (Regan 2009), ekonomik durumu kötü olan genç erkeklerde daha yoğun şekilde “dünyaya yönelik öfke düşünceleri” oluşabilmektedir. Çalışmamızda, erkeklerde kendisine ve dünyaya yönelik öfke düşüncelerinin olumsuz kendilik - benlik algısı ile artış gösterdiği, fakat öfke tepkisi olarak “saldırgan davranışlar” sergilemenin olumlu kendilik algısı (kendine güven) ile artış gösterdiği bulundu. Buna karşın “saldırgan davranışlar” kızlarda daha çok olumsuz kendilik algısı ile ilişkiliydi. Erkeklerde saldırgan davranış gösterenlerin

annelerinin eğitim düzeyi düşük olma eğilimi taşırken, kızlarda tam tersi bir durum söz konusudur. Bunun bir nedeni, genç kızların anneleriyle kıyaslanmaya ve değişik ortamlarda çocuklarının okul durumunu ve insan ilişkilerini sık gündeme getiren ve öğüt veren “bilge anne” modeline erkeklerden daha fazla tepkili durmaları olabilir. Bu ilginç durumu daha iyi yorumlamak için farklı soru ve ölçeklerle daha detaylı olarak planlanmış yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak, öfke psikiyatrik bozuklukların önemli bir bileşenidir. Tepki tarzları ve temeldeki psikiyatrik bozukluklar cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Kendileri tedavi arayışında olmasalar bile, uygunsuz öfke tepkisi gösterenlerde, psikotik yelpaze dışında da, eksen-I ve eksen-II tanılarının sık görüleceği unutulmamalıdır.

#### KAYNAKLAR

Allan S, Gilbert P (1995) A Social Comparison Scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Pers Individ Dif*, 19(3): 293-299.

Altman G, Cain KC, Motzer S ve ark. (2006) Increased symptoms in female IBS patients with dysmenorrhea and PMS. *Gastroenterol Nurs*, 29(1):4-11.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Aslan SH, Alparlan ZN (1999) Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği'nin bir üniversite öğrencisi örnekleminde geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Derg*, 10 (4): 275-285.

Balkaya F, Şahin NH (2003) Çok Boyutlu Öfke Ölçeği. *Türk Psikiyatri Derg*, 14 (3): 192-202.

Batgün AD, Şahin NH (2003) Öfke, dürtüsellik ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik gençlik intiharlarının habercisi olabilir mi?. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18(51): 37-59.

Beck AT, Weissman A, Lester D ve ark. (1974) The measurement of pessimism. The hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*, 42(6): 861-865.

Boratav C. Boratav Depresyon Tarama Ölçeği (BORDEPTA): Epidemiyolojik Çalışmalar ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Depresyonu Tanıyaya Duyarlı Bir Ölçek. *Türk Psikiyatri Derg*, 14(3): 172-183.

Bostancı N, Çoban Ş, Tekin Z ve ark. (2006) Üniversite öğrencilerinin cinsiyete göre öfke ifade etme biçimleri. *Kriz Dergisi*, 14(3):9-18.

Chabrol H, Saint-Martin C, Sejourne N ve ark. (2009) Contribution of dissociative symptoms to antisocial behavior in a sample of high-school students. *Encephale*, 35(1):52-56.

Doğan O, Onder Z, Doğan S ve ark. (2004) Distribution of symptoms of conduct disorder and antisocial personality disorder in Turkey. *Psychopathology*, 37(6):285-289.

Durak A (1994) Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31): 1-11.

Erdem M, Çelik C, Yetkin S ve ark. (2008) Yaygın anksiyete bozukluğunda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 9:203-207.

Estlander AM, Knaster P, Karlsson H ve ark. (2008) Pain intensity influences the relationship between anger management style and depression. *Pain*, 30;140(2):387-392.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (2009) DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, SCID-I Uygulama Kitabı (Çev. A Çorapçıoğlu, Ö Aydemir, M Yıldız, A Esen, E Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2009.

Galovski T, Blanchard EB, Veazey C (2002) Intermittent explosive disorder and other psychiatric comorbidity among court-referred and self-referred aggressive drivers. *Behav Res Ther*, 40(6):641-651.

Grover KE, Carpenter LL, Price LH ve ark. (2007) The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *J Pers Disord*, 21(4):442-447.

Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS ve ark. (2005) Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 62(10):1097-1106.

Henry C, Mitropoulou V, New AS ve ark. (2001) Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res*, 35(6):307-312.

Howard RC, Huband N, Duggan C ve ark. (2008) Exploring the link between personality disorder and criminality in a community sample. *J Pers Disord*, 22(6):589-603.

Kessler RC, Coccaro EF, Fava M ve ark. (2006) The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 63(6):669-678.

McMurran M, Jinks M, Howells K ve ark. (2009) Alcohol-related violence defined by ultimate goals: a qualitative analysis of the features of three different types of violence by intoxicated young male offenders. *Aggress Behav*, 36(1):67-79.

Mete L, Doğaner İ, Erol A (1993) Mental bozukluklarda sözel duygudurumunun cinsiyet ile ilişkisi. *3P Dergisi*, 1(3):215-220.

Nagata-Kobayashi S, Sekimoto M, Koyama H ve ark. (2006) Medical student abuse during clinical clerkships in Japan. *J Gen Intern Med*; 21(3):212-218.

Regan ME (2009) Implementation and evaluation of a youth violence prevention program for adolescents. *J Sch Nurs*, 25(1):27-33.

Şahin NH, Savaşır I (1997) Bilişsel-Davranışçı terapilerde

değerlendirme: sık kullanılan ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.

Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. (1990) DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu Kullanım Klavuzu, İzmir, Ege Üniversitesi Yayinevi.

Soygür H, Özalp E (2005) Şizofreni ve damgalanma sorunu. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri, 1(12):74-80.

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1990) Manual for the Structured Clinical Interview for DSM -III-R personality Disorders. Washington DC: American Psychiatric Press.

Tamam L, Zengin M, Karakus ve ark. (2008) Bir üniversite psikiyatri kliniğinde dürtü kontrol bozukluğu sıklığı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 18(3):153-161.

Tanofsky MB, Wilfley DE, Spurrell EB ve ark. (1997) Comparison of men and women with binge eating disorder. Int J Eat Disord, 21(1):49-54.

Terasaki DJ, Gelaye B, Berhane Y ve ark. (2009) Anger expression, violent behavior, and symptoms of depression among male college students in Ethiopia. BMC Public Health. 9:13.

Türkçapar H, Güriz O, Özel A ve ark. (2004) Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Hastalarda Öfke ve Depresyonun İlişkisi. Turk Psikiyatri Derg,15(2):119-124.

Özen Ş, Antar S, Özkan M (2007) Çocukluk çağı travmalarının umutsuzluk, sigara ve alkol kullanımı üzerine etkisi; son sınıf üniversite öğrencilerini inceleyen bir çalışma. Düşünen Adam Dergisi, 20(2):79-87.

Özen Ş, Ece A, Oto R ve ark. (2005) Juvenile Delinquency in a Developing Country: a Province Example in Turkey. Int J Law Psychiatry, 28(4):430-441.

Özen Ş, Özkan M, Sır A ve ark. (1999) Somatizasyonu Olan Hastalarda Anksiyete Bozuklukları ve Depresyon. 3P Dergisi, 7:116-124.

Winkler D, Pjrek E, Kasper S (2005) Anger attacks in depression-evidence for a male depressive syndrome. Psychother Psychosom, 74(5):303-307.

Yamauchi T, Sudo A, Tanno Y (2009) Relationship between anger and paranoid thoughts in a nonclinical sample. Psychol Rep, 105(2):375-380.

Yazıcı H, Reisoğlu S, Kahveci H (2009) Üniversite Öğrencilerinin Kişilik Özellikleri İle Sigara İçme Alışkanlıkları Arasındaki İlişki. Bağımlılık Dergisi, 10(1):25-34.

Yıldız M, Akyol A (1995) Somatizasyon ve konversiyon bozuklukları: karşılaştırmalı bir çalışma. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2(4):343-347.