

Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Birinci Derece Akrabalarında Psikopatoloji ve Kişilik Örüntüleri*

Dr. Ayşegül SÜTÇÜ YILDIRIM¹, Dr. Mustafa ÇELİK², Dr. Elif KABAKÇI³,
Dr. Aylin ULUŞAHİN⁴

ÖZET

Amaç: Bu kesitsel çalışmada bipolar bozukluk için yüksek risk taşıyan bir grubun psikopatoloji ve kişilik örüntülerinin bir kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Yüksek riskli grup olarak bipolar bozukluğu olan hastaların birinci derece yakınları alınmıştır.

Yöntem: Çalışma grubu olarak bipolar I bozukluğu olan 54 hastanın 95 birinci derece yakını, kontrol grubu olarak ise herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan 54 bireyin 93 birinci derece yakını alınmıştır. Kontroller ile bipolar bozukluk hastaları yaş, cinsiyet ve eğitim durumu bakımından eşleştirilmiştir. Hem hasta ve kontrollerdeki psikiyatrik durumun belirlenmesinde hem de hasta ve kontrol yakınlarındaki psikopatolojinin değerlendirilmesinde SADS-L (Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Ölçeği Yaşam Boyu Versiyonu; Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime Version) kullanılmıştır. Hasta ve kontrol yakını gruplarının MMPI-2 profilleri de karşılaştırılmıştır.

Bulgular: SADS-L ile hipomani, minör depresyon ve şizotipal kişilik tanıları bipolar bozukluğu olan hastaların yakınlarında kontrol grubunun yakınlarına göre anlamlı düzeyde daha sık konmuştur. Hem bipolar bozukluk hastalarının hem de kontrollerin yakınlarında MMPI-2 profilleri normal sınırlar içinde bulunurken hasta yakınlarının psikopatolojiyi açığa vurmada daha savunucu oldukları görülmüştür.

Sonuç: Bipolar I bozukluğu olan hastaların birinci derece yakınlarında minör ruhsal hastalıklar (hipomani, minör depresyon) daha sık görülürken; MMPI-2 değerlendirmesi ile bipolar I bozukluk açısından yüksek riskli gruba özgü bir kişilik profili saptanmamıştır.

Anahtar Sözcükler: Bipolar bozukluk, MMPI-2, kişilik, psikopatoloji, yakınlar

SUMMARY: Psychopathology and Personality Patterns in the First-Degree Relatives of Bipolar Patients

Objective: This is a cross-sectional study designed to assess psychopathology and personality patterns in a group of high-risk subjects for bipolar disorder compared to a control group. As high-risk subjects first-degree relatives of bipolar patients were selected.

Method: Ninety-five first-degree relatives of 54 bipolar patients and 93 first-degree relatives of 54 subjects without any psychiatric disorder were recruited in the study. Control subjects were matched to bipolar patients according to age, gender and educational status. SADS-L (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime Version) was used both to ascertain the psychiatric status of the patient and control subjects, and to evaluate the psychopathology in probands' and controls' relatives. MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) profiles of relatives of patient and control groups were compared as well.

Results: In the relatives of bipolar patients the SADS-L diagnoses of hypomania, minor depression and schizotypal personality were statistically more prevalent than in the relatives of the control group. MMPI-2 profiles of both relatives of bipolar patients and controls were within "normal" range, whereas relatives of patients were more defensive in disclosing psychopathology. Any specific profile characteristic for relatives of bipolar patients could not be described.

Conclusion: Minor mental disorders were more prevalent in the relatives of bipolar patients group. A personality pattern specific to high risk group for bipolar disorder couldn't be detected.

Key Words: Bipolar disorder, MMPI-2, personality, psychopathology, relatives

*Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından desteklenmiştir. 0101101001 Bu çalışmanın desenindeki katkılarından dolayı kaybettığımız hocamız Prof. Dr. Işık Savaşır'ı minnetle anıyoruz.

¹Uzm., ²Araş. Gör., ³Doç., ⁴Prof., Hacettepe Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Ankara.

GİRİŞ

Kraepelin'den beri birçok yazar kişilik özellikleri veya mizaç ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişkinin üzerinde durmuştur. Hastalık dönemleri arasındaki kişilik örüntüleri (Hirschfeld ve ark. 1986, Peselow ve ark. 1995, Solomon ve ark. 1996, Uluşahin ve Uluğ 1997) ve yüksek riskli gruplar olan aile bireyleri ile yapılan çalışmalar bu ilişkiyi desteklemektedir (Maier ve ark. 1995a, b, Potash ve ark. 2000).

Hastalık dönemleri arasındaki kişilik değerlendirmeleri, kişilik özellikleri ile hastalık arasındaki ilişkiyi göstermek için kusursuz bir yöntem değildir, çünkü bu dönemler hastalık öncesindeki dönem tam olarak yansıtmayabilir. Hasta iyileşmiş bile olsa daha önce geçirdiği duygulanım bozukluğunun kalıntı etkilerini hastalık öncesi kişilikten ayırt etmek kolay değildir. Kişilik ve hastalık arasındaki ilişkiyi tam olarak anlayabilmek için yüksek riskli gruplarla yapılacak çalışmalar gerekmektedir. Bipolar bozukluğu olan hastaların birinci derece yakınlarında hastalık riskinin normal toplumdan 4-8 kat yüksek (Kelsoe 1999) olmasına dayanarak çeşitli çalışmalarda yüksek riskli grup olarak hasta yakınları seçilmiştir.

Kişilik özellikleri ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki hakkındaki yorumlar iki ana yaklaşım altında sınıflandırılabilir (Maier 1995a). Birinci yaklaşım; mizacı hastalığın bir tipi olarak kabul ederken, ikinci yaklaşım; mizacın veya kişilik özelliklerinin duygudurum bozukluklarının gelişmesinde risk etkeni olduğunu öne sürmektedir. Her iki yaklaşım için de riskli gruplarda kişilik özelliklerinin saptanması önem taşır. Hastaların birinci derece yakınlarının çeşitli araçlarla değerlendirilmesi sonucunda bazı klinik özellikler ve kişilik özellikleri tanımlanmıştır.

Akiskal ve arkadaşları (1985) farklı bir yaklaşımla duygulanım mizaç özelliklerinin bipolar bozukluk için endofenotip olarak kabul edilebileceğini öne sürmüşlerdir. Hastalığı olmayan insanlarda da görülebilen belirli mizaç özellikleriyle, belirli duygudurum bozukluklarında daha sık karşılaşıldığını, bu özelliklerin genetik olarak aktarıldığını ve hastaların akrabalarında, hastalardaki kadar sık olmasa da genel toplumdan daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir. Bipolar I için hipertimik mizaç özelliklerinin endofenotipik özellikler olduğu da gösterilmiştir (Kesebir ve ark. basımda).

Ailevi bipolar bozukluklarda ailedeki ortak klinik özelliklerin belirlenmesine yönelik çalışmalar da yapılmaktadır. Bazı ailelerde psikotik özellikler kümelenirken (Potash ve ark. 2001), hızlı döngülülük ailesel kümelenme göstermez (Nurnberger ve ark. 1988). Gebelik sonrası tetiklenmenin ailesel olduğu bildirilmiştir (Jones ve Craddock 2001). Ailesel yüklülüğü olmayan bipolar bozukluk hastalarının, ailesel yüklülüğü olanlara göre Eysenck Kişilik Envanteri nörotisizm puanlarının daha yüksek olduğu ve daha fazla depresyon dönemi geçirdikleri bildirilmiştir (Moorhead ve Scott 2000). Maier ve arkadaşları (1995a) duygudurum bozukluğu olan ailelerde obsesif kompulsif ve anankastik özelliklerin kümelendiğini bildirmiştir. Unipolar ve bipolar bozukluk hastalarının kişilik özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarının daha az yargılayıcı, daha dışa dönük oldukları, bu kişilerde yenilik aramanın daha fazla ve zarardan kaçınmanın daha az olduğu belirtilmiştir (Janowsky ve ark. 1999). Bir başka çalışmada ise bipolar hastaların yakınlarında mesleki ve akademik başarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Coryell ve ark. 1989).

Kişilik ile afektif bozuklukların ilişkisine odaklanan çalışmaların çoğu Batılı ülkelerde yapılmıştır. Oysa, kişilik özellikleri, kuşkusuz kültürel etkenlerden etkilenmektedir. Kişilik araştırmalarında kullanılan birçok aracın farklı kültürlerde geçerlikleri gösterilmiştir ancak kültürler arasındaki farklılıkları göstermek için daha özgül araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmada bipolar bozukluk için yüksek riskli bir grupla sağlıklı bireylerin yakınlarından oluşan bir kontrol grubunda psikopatoloji tipi ve sıklığı ile kişilik özelliklerinin karşılaştırılması hedeflenmiştir. Çalışmanın hipotezi, MMPI-2 ile bipolar bozukluk hastalarının yakınlarında kontrol yakınlarından farklı bir kişilik profili bulunacağıdır.

YÖNTEM

Bu kesitsel çalışmaya 54 bipolar I hastanın (B) 95 birinci derece yakını (BY) ve herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan 54 bireyin (K) 93 birinci derece yakını (KY) alınmıştır. Bipolar hastalar Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümünde tedavi gören bipolar hastaların kayıtları arasından seçilmiştir. Çalışma yapıldığı sırada kayıtlı olan 250 bipolar hastadan 18-65 yaş sınırları içinde, Ankara'da oturan, çalışmaya alınma kriter-

TABLO 1. Çalışma Gruplarındaki Yaş ve Cinsiyet Oranları.

	B (s=54)	K (s=54)	BY (s=95)	KY (s=93)
Ortalama yaş (SD)	38.87 (11.5)	40.77 (11.6)	33.44 (13.7)	31.66 (11.2)
Kadın /Erkek	26/28	26/28	49/46	41/52

B: Bipolar hastalar; K: Ruhsal hastalığı olmayan grup, BY: Bipolar hastaların yakınları, KY: Ruhsal hastalığı olmayan kontrollerin yakınları.

lerine uyan (hasta ve kontrol grubu yakınlarından MMPI uygulayabilmek için en az 17 yaşında ve ortaokul düzeyinde eğitimi bulunanlar çalışmaya alınmıştır) birinci derece yakınları bulunan ve çalışma için onay veren 54 hasta çalışmaya alınmıştır. Hasta grubunda bipolar bozukluk tanısı, Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Ölçeği Yaşam Boyu Versiyonu (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime Version; SADS-L) görüşmesi ile doğrulanmıştır. Benzer şekilde kontrol grubu ile de SADS-L görüşmesi yapılarak daha önce herhangi bir ruhsal hastalık geçirmediikleri belirlenmiştir. Yakınlar (BY ve KY) için çalışmaya alınma kriterleri 17 yaşından büyük olma ve en az 8 yıllık eğitim almış olma olarak belirlenmiştir. K grubu ile B grubu; yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından eşleştirilmiştir. KY grubu ile BY grubu arasında yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gruplardaki kadın/erkek oranı yaklaşık 1 olmuştur. Grupların yaş ortalaması ve standart sapması Tablo 1’de gösterilmiştir.

BY grubu 43 kardeş, 37 çocuk 9 baba ve 6 anneden oluşurken KY grubu 39 kardeş, 42 çocuk, 8 baba ve 4 anneden oluşmuştur.

Araçlar

Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Ölçeği Yaşam Boyu Versiyonu (SADS-L): Endicott ve Spitzer (1978) tarafından Araştırma Tanı Ölçütleri (Research Diagnostic Criteria / RDC)’ne uygun tanı koymak amacıyla geliştirilen yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesidir. Ölçeğin Türkçe çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Saka ve ark. 1998, Uluşahin ve ark. 2000).

Minnesota Çok yönlü Kişilik Envanteri-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 /MMPI-2): Kişilik ve psikopatolojinin değerlendirilmesinde kullanılan nesnel, kişinin kendi kendine doldurduğu bir araçtır. Butcher ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiş ve farklı kültürlerde kişilik değerlendirmesinde geçerliliği kanıtlanmış-

tır (Butcher 1996). Türkçe çevirisinin standardizasyon çalışmaları yapılmıştır (Savaşır ve Çulha 1996). Türkçe standardizasyon çalışmaları en az orta okul mezunu bireylerle gerçekleştirilmiştir.

Sosyodemografik Bilgi Formu (SBF): Sosyodemografik bilgiler ve aile bilgilerini almak için araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir formdur.

İşlem

Tüm katılımcılar (B, BY, K ve KY) ile SADS-L kullanılarak görüşme yapılmış ve SBF doldurmaları istenmiştir. Yakın gruplarına (BY ve KY) MMPI-2 uygulanmıştır. Tüm SADS-L görüşmeleri aynı araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Hasta ve yakınlarından bilgilendirilmiş olur alınmıştır.

İstatistiksel Analizler: Bipolar hasta yakınları ve kontrol yakınlarındaki psikopatoloji sıklığı ki-kare testi kullanılarak, bu grupların MMPI-2 alt ölçek puanları ise Student’s t testi kullanılarak karşılaştırıldı. MMPI-2’nin kadın ve erkek normları farklı olduğundan istatistiksel değerlendirmeler kadın ve erkekler için ayrı ayrı yapıldı. Yani bipolar hastaların kadın yakınları kontrol yakınlarından kadınlarla, hastaların erkek yakınları da kontrollerin erkek yakınları ile karşılaştırıldı.

BULGULAR

I. SADS-L bulguları

BY ve KY grupları SADS-L ile değerlendirilerek RDC tanıları konmuştur. BY grubunda labil kişilik (% 1.1), şizotipal kişilik (% 8.4), hipomani (% 4.2), siklotimi (% 7.4), minör depresyon (% 11.6) , obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (% 5.3) ve fobi (% 1.1) tanıları tespit edilmiştir. KY grubunda ise yalnızca 1 hastada şizotipal kişilik (% 1.1) saptanmıştır (Tablo 2). BY grubundaki bireylerde psikiyatrik tanı daha sıktır. Minör depresyon, şizotipal kişilik, hipomani ve OKB; BY grubunda istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla görülmektedir.

TABLO 2. Bipolar Hasta Yakınları ve Kontrol Yakınlarında RDC Tanılarının Dağılımı.

RDC Tanıları	BY N (%)	KY N (%)	χ^2	P
Labil kişilik	1 (1,1)	0	0,98	.321
Şizotipal kişilik	8 (8,4)	1 (1,1)	5,56	.018*
Hipomani	4(4,2)	0	4,00	.045*
Siklotimi	7 (7,4)	0	4,57	.033*
Minör depresyon	11(11,6)	0	14,81	.002**
Obsesif kompulsif bozukluk	5 (5,3)	0	5,03	.025*
Fobi	1 (1,1)	0	0,98	.321

* p < .05, ** p < .01

BY: Bipolar hastaların yakınları , KY: Ruhsal hastalığı olmayan kontrollerin yakınları, RDC: Research Diagnostic Criteria (Araştırma tanı ölçütleri).

II. MMPI-2 Bulguları

MMPI-2'nin tüm alt ölçek ortalamaları her iki grupta da normal sınırlar içinde yer almıştır. Tablo 3 ve 4'te sırasıyla erkekler ve kadınlarda MMPI-2 içeriği ve standart alt ölçeklerinin ortalamaları özetlenmiştir. Kolaylık açısından sadece istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan alt ölçek puanları tablolara alınmıştır. Kadınlarda KY grubu MMPI-2 psikasteni, hipomani, alaycılık, depresyon ve tuhaf düşünceler alt ölçeklerinde BY grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlar almışlardır. Erkeklerde de KY grubu; MMPI-2 depresyon, psikasteni, öfke, işyerinde sorunlar, obsesiflik, anksiyete, yalan, hipokondriyazis, korkular, tip A kişilik, sağlıkla ilgili endişeler, şizofreni, bizar düşünceler, alaycılık, sosyal rahatsızlık, olumsuz tedavi göstergeleri ve antisosyal uğraşlar alt ölçeklerinde BY grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlar almışlardır. BY grubundaki hem erkek hem de kadınların geçerlilik alt ölçek skorları, özellikle de K skoru KY grubundakilerden daha yüksek çıkmıştır (p<0.001).

TARTIŞMA

Duygudurum bozukluklarında kişilik ve psikopatoloji ilişkisinin ortaya çıkarılması için yüksek riskli gruplarla yapılacak iyi desenli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada yüksek riskli grup olarak bipolar hastaların birinci derece yakınları alınmış ve bu bireylerdeki psikopatoloji ve kişilik özellikleri benzer sosyodemografik özellikler gösteren sağlıklı bireylerin yakınları ile karşılaştırılmıştır.

MMPI-2 incelemesinde ne BY ne de KY grubunda açık bir psikopatoloji ortaya çıkmıştır ancak kontrollerin kadın yakınlarında psikasteni, hipomani, depresyon, garip düşünce ve alaycılık; erkek yakınlarında ise psikasteni, depresyon, garip düşünce, alaycılık, şizofreni, hipokondri, korkular, kızgınlık, antisosyal davranışlar, A tipi davranış, işle karıştırma, olumsuz tedavi göstergeleri, sosyal huzursuzluk, sağlığa ilgi, obsesiflik ve anksiyete alt ölçekleri hasta yakınlarına kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kontrol yakınlarının daha yüksek puan alması hasta yakınlarının savunucu tutumu ile ilişkilendirilmiştir ve ileride tartışılacaktır. Kadınların 5, erkeklerin ise 16 alt ölçekte farklı puanlar alması BY grubundaki kadınların erkeklerden daha az savunucu olduğunun bir göstergesi olabilir. SADS-L değerlendirmesinde BY grubuna daha fazla tanı konmuştur. MMPI-2 sonuçları puanların ortalamasına dayandığından, tüm grubun profilini vermektedir. Diğer yandan SADS-L ile bireylerdeki psikopatoloji tek tek tespit edilmektedir. Bu nedenle kullandığımız araçların farklı özellikleri sayesinde iki farklı boyutta sonuçlara ulaşılmıştır.

Bekleneceği gibi minör duygudurum bozuklukları BY grubunda daha sık görülürken KY grubunda görülmemiştir. Bu sonuç bipolar bozukluklu hastaların ailelerinde duygudurum bozukluklarının normal toplumdan daha sık görüldüğünü bildiren diğer çalışma sonuçları ile örtüşmektedir (Gershon ve ark. 1982; Goodwin ve Ghaemi 1998; Joyce ve ark. 2004, Kısa ve ark. 2004). Benzer şekilde Andreasen ve arkadaşları (1987) ve Weissman ve arkadaşları (1984) bipolar bozukluklu hastaların

TABLO 3. BY ve KY Gruplarındaki Erkeklerin MMPI-2 Alt Ölçek Puan Ortalamaları.

	BY Ortalama (SD)	KY Ortalama (SD)	t
L	6.20 (2.93)	4.53(2.00)	3.43***
K	15.5 (4.15)	10.11 (3.77)	6.90***
Hipokondriyazis	6.15 (3.76)	8.96 (4.43)	3.43***
Depresyon	6.04 (5.36)	10.51 (5.97)	3.95***
Psikasteni	10.87 (7.12)	17.81 (8.56)	4.40***
Şizofreni	13.67 (10.30)	19.14 (10.10)	2.71**
Anksiyete	5.41 (4.17)	10.05 (4.91)	5.06***
Obsesiflik	3.98 (3.11)	7.74 (3.48)	5.71***
Sağlıkla ilgili endişeler	6.02 (4.25)	8.77 (4.77)	2.87**
Bizar düşünceler	3.63 (3.36)	5.39 (3.44)	2.60*
Öfke	5.98 (3.01)	8.26 (2.93)	3.89***
Alaycılık	12.04 (4.46)	14.30 (4.27)	2.61**
Antisosyal uğraşlar	8.46 (3.67)	10.19 (3.49)	2.45*
Sosyal rahatsızlık	6.80 (3.95)	9.04 (4.91)	2.49*
Olumsuz tedavi göstergeleri	6.74 (4.36)	8.88 (4.42)	2.45*
Korkular	6.07 (3.46)	8.49 (3.72)	3.39***
Tip A kişilik	8.94 (3.39)	11.23 (3.10)	3.58***
İşyerinde sorunlar	7.98 (4.98)	12.93 (4.54)	5.27***

* p<.05, ** p<.01, ***p<.001

BY: Bipolar hastaların yakınları

KY: Ruhsal hastalığı olmayan kontrollerin yakınları.

Not: K ve L MMPI alt ölçekleridir.

yakınlarında minör duygudurum bozukluğu sıklığında artma olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmanın en ilginç bulgularından biri de bipolar hastaların yakınları arasında şizotipal kişiliğin yüksek oranda bulunmasıdır. Bipolar hasta yakınlarından 8 kişi şizotipal kişilik tanısı alırken kontrol yakınlarından sadece biri bu tanıyı almıştır. Bir dizi çalışmada şizotipal kişilik ile şizofreni arasında ailesel ilişki olduğu belirtilmiştir (Kendler ve ark. 1981). Ancak bipolar hastaların ailelerinde de şizotipal kişilik özelliklerinin normal toplumdan daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Squires-Wheeler ve ark. 1989, Gilvary ve ark. 2001). Heron ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında bipolar hastaların yakınlarında şizotipal özellikler normal toplumdan fazla, şizofreni hastalarının yakınlarından ise az bulunmuştur.

Hasta yakınlarında OKB'nin kontrol yakınlarından sık görülmesi de çalışmanın dikkat çekici bir bulgusudur. OKB ile bipolar I ve II bozukluğun birlikteliği çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (Kruger ve ark. 1995, Perugi ve ark. 1997, Angst ve ark. 2005). Bipolar hasta yakınlarında OKB'nin sık görülmesi bu iki hastalığın birlikteliğine bir başka kanıt olabilir.

Kontrol grubumuz hasta olmayan kişilerden seçildiğinden MMPI-2 alt ölçek sonuçları beklendiği üzere normal sınırlarda çıkmıştır. MMPI-2 puanları değerlendirilirken görülen önemli bir nokta BY ile KY grupları arasında geçerlilik ölçeklerinde görülen farklılıktır. BY grubundaki erkeklerin K ve L skorları KY grubundakilerden daha yüksek olurken, BY grubundaki kadınlarda sadece K skorları daha yüksek bulunmuştur. Geçerlilik alt ölçek-

TABLO 4. BY ve KY Gruplarındaki Kadınların MMPI-2 Alt Ölçek Puan Ortalamaları.

	BY Ortalama (SD)	KY Ortalama (SD)	t
K	13.86 (4.10)	10.67 (4.11)	3.544***
Depresyon	9.51 (6.41)	12.55 (6.86)	2.10*
Psikasteni	16.22 (8.34)	20.28 (8.65)	2.17*
Hipomani	16.14 (4.60)	18.64 (3.68)	2.69**
Bizar düşünceler	3.31 (2.73)	5.72 (3.78)	3.43***
Alaycılık	12.16 (4.10)	14.67 (3.70)	2.90**

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

lerinde daha yüksek puan alınması BY grubunda kişisel bilgileri açığa vurmamak istememe veya 'iyi izlenim bırakma' eğilimine bağlı olabilir. Ailelerinde ruhsal hastalık bulunan aile üyeleri kendilerinde riskin artmış olduğunu biliyor olabilirler. Bu farkındalık kendini kontrol etmeye ve MMPI-2 sorularını yanıtlarken savunmacı bir tutuma sebep olabilir. Benzer eğilimler Hecht ve arkadaşları (1998) tarafından duygudurum bozuklukları için yüksek riskli bireylerin akrabalarında da bildirilmiştir. Bu bulgular, MMPI-2 ile belirlenen kişilik örüntüsü ve test almayla ilgili tutumlarının, Batı kültürlerinde benzer çalışma gruplarında yapılan araştırmalardan önemli bir fark taşımadığını göstermektedir.

Aile çalışmaları psikiyatrik hastalıkların anlaşılması için değerli bilgiler sağlamaktadır. Ancak aile çalışmalarının bu çalışma için de geçerli olan yöneme ilişkin bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlk kısıtlılık, kontrol grubu ile ilgilidir. Kontrol bireyleri ruhsal hastalıklar açısından tarandığından toplumu tam olarak temsil etmiyor olabilirler. Kontroller taranmadığında ise hastalığı olan birini yanlışlıkla kontrol grubuna dahil etme ihtimali bulunmaktadır. Bu nedenle aile çalışmalarında kontrol grubunu ya tüm psikiyatrik bozukluklar ya da sadece çalışılmakta olan bozukluk açısından taramak önerilmektedir (Faraone ve Tsuang 1995). Faraone ve Tsuang (1995) sadece çalışılmakta olan hastalığı taramayı desteklemişlerse de bu çalışmada tüm psikiyatrik bozukluklar taranmıştır. Çünkü bipolar bozukluğun toplumda sık görülen birçok psikiyatrik bozukluk ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Depresif bozukluklar (Stancer ve ark. 1987) ve alkol bağımlılığı (Raimo ve Schukitt 1998) bipolar hastalarda ve ailelerinde sıktır. Bu bireyleri çalışmaya dahil etmenin kontrol grubunun homojenliğini bozacağı düşünülmüştür.

Aile çalışmalarındaki ikinci sorun yakınların önemli bir bölümüne ulaşmaktır. Bipolar bozukluk hakkında yapılan en kapsamlı aile çalışmalarında her bipolar I hastası için ortalama 5'in üzerinde yakına ulaşılmıştır (Weissman ve ark. 1984; Andreasen ve ark. 1987). Coryell ve arkadaşlarının (1984) bipolar II hastalarında yaptığı çalışmada ise bu rakam 3.7 olmuştur. Diğer yandan ortalama bir yakınlık yapılan çalışmalar da bulunmaktadır (Akiskal ve ark. 1985; Hecht ve ark. 1998). Biz her hasta için ortalama 1.7 yakına ulaşabildik. Bu düşük oran bir ölçüde MMPI-2 standardizasyon çalışmalarının gerektirdiği en az 8 yıllık eğitimi olan bireylerin çalışmaya alınabilmesi zorunluluğuna bağlı olabilir. Bu nedenle birçok hasta yakını dışlanmak zorunda kalmıştır. Yakın/hasta oranını artırabilmek için, kişilik özelliklerinin 25 yaşından sonra daha stabil olduğu bilinmesine karşın, bu çalışmada 17 yaşından büyük yakınlar da çalışmaya dahil edilmiştir.

Aile çalışmalarında yaşanan bir başka sorun da şehir dışında ya da farklı ülkelerde yaşayan aile bireylerine ulaşılmasıdır. Bazı çalışmalarda bu sorun uzakta yaşayan aile bireyleri ile telefon görüşmeleri yapılarak çözülmeye çalışılmıştır (Coryell ve ark. 1984). Bizim çalışmamızda MMPI-2 değerlendirmesi de yapıldığından hastalarla yüz yüze görüşülmesi gerekmiştir ve bu da katılım oranında düşmeye sebep olmuştur.

Çalışmanın kısıtlılıklarından biri de görüşmenin çalışmaya alınan hasta ve kontrollerin tanılarına kör olmayışıdır. Bu durum, görüşmecinin yansızlığını bozup, bipolar hasta yakınlarında psikopatolojinin kontrol yakınlarından daha sık bulunmasına katkı sağlamış olabilir.

Sonuç olarak psikopatoloji, bipolar hasta yakınlarında herhangi bir ruhsal hastalık geçirmemiş olan kişilerin yakınlarına göre daha sık bulunmuş-

tur. Bipolar hastaların birinci derece yakınlarında en yaygın ruhsal bozukluklar minör duygudurum bozuklukları, şizotipal kişilik ve OKB olmuştur. MMPI-2 skorlarında hem bipolar hem de kontrol grubu yakınları normal sınırlar içinde yer almıştır

KAYNAKLAR

Akiskal HS, Downs J, Jordan P ve ark. (1985) Affective disorders in referred children and younger siblings of manic depressives: mode of onset and prospective course. *Arch Gen Psychiatry*, 42:996-1003.

Andreasen NC, Rice J, Endicott J ve ark. (1987) Familial rates of affective disorders: a report from the National Institute of Mental Health Collaborative Study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44:461-469.

Angst J, Gamma A, Endrass J ve ark. (2005) Obsessive-compulsive syndromes and disorders: significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2005 Feb;255:65-71.

Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR ve ark. (1989) MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2): Manual for Administration and Scoring. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Butcher J N (1996) Understanding abnormal behavior across cultures: the use of objective personality assessment methods. International adaptations of the MMPI-2. Minneapolis: University of Minnesota Press, s: 3-25.

Coryell W, Endicott J, Reich T ve ark. (1984) A family study of bipolar II disorder. *Br J Psychiatry*, 145:49-54.

Coryell W, Endicott J, Keller M ve ark. (1989) Bipolar affective disorder and high achievement: a familial association. *Am J Psychiatry*, 146: 983-988.

Endicott J, Spitzer LR (1978) A Diagnostic Interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 35: 837-844.

Faraone VS, Tsuang MT (1995) Methods in psychiatric genetics. In M. T. Tsuang, M. Tohen, G. E. P. Zahner (Eds) *Textbook of Psychiatric Epidemiology*. New York: Wiley-Liss, Inc, s: 81-134.

Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ ve ark. (1982) A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands. *Arch Gen Psychiatry*, 39:1157-1167.

Gilvarry CM, Russell A, Hemsley D ve ark. (2001) Neuropsychological performance and spectrum personality traits in the relatives of patients with schizophrenia and affective psychosis. *Psychiatry Res*, 101:89-100.

Goodwin FK, Ghaemi SN (1998) Understanding manic depressive illness. *Arch Gen Psychiatry*, 55:2-26.

Hecht H, Van Calker D, Berger M ve ark. (1998) Personality in patients with affective disorders and their relatives. *J Affect Disord*, 51:33-43.

Heron J, Jones I, Williams J, Owen MJ ve ark. (2003) Self-reported schizotypy and bipolar disorder: demonstration of a lack of specificity of the Kings Schizotypy Questionnaire. *Schizophr Res*. Dec, 15;65(2-3):153-8.

Hirschfeld RM, Klerman GL, Keller MB ve ark. (1986) Personality of recovered patients with bipolar affective disorder. *J Affect Disord*, 11:81-89.

Janowsky DS, Morte S, Hong L ve ark. (1999) Myers Briggs Type Indicator and Tridimensional Personality Questionnaire differences between bipolar patients and unipolar depressed patients. *Bipolar Disord*, 1:98-108.

ancak hasta yakınları psikopatolojiyi açığa vurmada daha savunucu olmuşlardır. Bipolar hasta yakınları için herhangi bir özgül MMPI-2 profili belirlenememiştir.

Jones I, Craddock N (2001) Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry*, 158:913-917.

Joyce PR, Doughty CJ, Wells JE ve ark. (2004) Affective disorders in the first-degree relatives of bipolar probands: results from the South Island Bipolar Study. *Compr Psychiatry*, 45(3):168-74.

Kelsoe JR (1999) Mood Disorders: Genetics. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7. Baskı, 1. cilt B. J. Sadock ve V. A. Sadock (Eds) Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, s:1308-1318.

Kendler K, Greunberg AM, Strauss JS (1981) An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish adoption study of schizophrenia, II: the relationship between schizotypal personality disorder and schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38: 982-984.

Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F ve ark. (2004) Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: a controlled study. *J Affect Disord* (baskıda).

Kısa C, Aydemir C, Devrim Basterzi A ve ark. (2004) Mental disorders in the parents of bipolar patients *Türk Psikiyatri Derg*, 15(3):175-81.

Kruger S, Cooke RG, Hasey GM ve ark (1995) Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder. *J Affect Disord*, 34: 117-120.

Maier W, Minges J, Lichterman D ve ark. (1995a) Personality patterns in subjects at risk for affective disorders. *Psychopathology* 28 Suppl, 1:59-72.

Maier W, Minges J, Lichterman D ve ark. (1995b) Personality disorders and personality variations in relatives of patients with bipolar affective disorders. *J Affect Disord*, 35:173-181.

Moorhead S, Scott J (2000) Clinical characteristics of familial and non-familial bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 2:136-139.

Nurnberger J Jr, Guroff JJ, Hamovit J ve ark. (1988) A family study of rapid-cycling bipolar illness. *J Affect Disord*, 15:87-91.

Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C ve ark. (1997) The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*, 46: 15-23.

Peselow ED, Sanfilipo MP, Fieve RR (1995) Relationship between hypomania and personality disorders before and after successful treatment. *Am J Psychiatry*, 152:232-238.

Potash JB, Kane HS, Chiu Y ve ark. (2000) Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder: clinical and familial relationships. *Am J Psychiatry*, 157: 2048-2050.

Potash JB, Willour VL, Chiu Y ve ark. (2001) The familial aggregation of psychotic symptoms in bipolar disorder pedigrees. *Am J Psychiatry*, 158:1258-1264.

Raimo EB, Schukitt MA (1998) Alcohol dependence and mood disorders. *Addict Behav*, 23:933-946.

Saka MC, Uluşahin A, Batur S ve ark. (1998) Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Türkçe Formu Güvenirlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 1998; 9: 265-268.

Savaşır I, Çulha M (1996) Development of the MMPI-2 in Turkey. International Adaptations of the MMPI-2, 1. Baskı, JN Butcher (Ed), Mineapolis, London. University of Minnesota Press, s. 448-460.

Solomon AD, Shea, MT, Leon AC ve ark. (1996) Personality traits in subjects with bipolar I in remission. *Journal of Affective Disorders* 40:41-48.

Squires-Wheeler E, Skodol AE, Bassett A ve ark. (1989) DSM-III-R schizotypal personality traits in offspring of schizophrenic disorder, affective disorder, and normal control parents. *J Psychiatr Res*, 23:229-39.

Stancer HC, Persad E, Wagener DK ve ark. (1987) Evidence for homogeneity of major depression and bipolar affective disorder. *J Psychiatr Res*, 21:37-53.

Uluşahin A, Uluğ B (1997) Clinical and Personality Correlates of Outcome in Depressive Disorders in a Turkish Sample. *J Affect Disord*, 42:1-8.

Uluşahin A, Özer S, Batur S ve ark. (2000) Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Çizelgesi (Türkçe formu geçerlik ve güvenirlik çalışması). *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 8:100-105.

Weissman MM, Gershon ES, Kidd KK ve ark. (1984) Psychiatric disorders in the relatives of probands with affective disorders. Yale University–National Institute of Mental Health Collaborative Study. *Arch Gen Psychiatry*, 41:13-21.

Wildenauer DB, Schwab SG, Maier W ve ark. (1999) Do schizophrenia and affective disorder share susceptibility genes? *Schizophr Res*, 39:107-111.