

Araştırma / Original article**Bipolar bozuklukta B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı varlığının başa çıkma tutumları üzerine etkisi**Haluk USTA¹, Hüseyin GÜLEÇ,² Aytül GÜRSU HARİRİ,³ Medine GÜLEÇ²**ÖZET**

Amaç: Bipolar bozukluğun gidişinde eş tanı olarak sık görülen B kümesi kişilik bozukluğu varlığının başa çıkma tutumları üzerine olan etkisinin araştırılarak, farklı bir profil gösterip göstermediğinin belirlenmesi amaçlandı. **Yöntem:** Çalışmaya remisyonunda bipolar bozukluğu ile B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan 50 erkek ve 50 kadın, B kümesi kişilik bozukluğu olmayan 50 erkek ve 50 kadın alınmıştır. Katılımcılara, DSM-IV'e göre yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I) ve DSM-III-R'ye göre yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-II) uygulandı. Hastaların başa çıkma tutumlarını değerlendirmek amacı ile de COPE ölçeği verildi. **Bulgular:** Bipolar bozuklukta B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan ve olmayan hastalar arasında başa çıkma tutumları karşılaştırıldığında B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olanların işlevsel olmayan başa çıkma tutumu puanlarının daha yüksek olduğu, sorun odaklı başa çıkma ve duygusal odaklı başa çıkma tutumları puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu. Alt ölçekler değerlendirildiğinde duygulara odaklanma ve duyguları açığa vurma, yadsıma, geri durma ve madde kullanımı puanlarının B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olanlarda daha yüksek olduğu görüldü. **Sonuç:** Bipolar bozukluğu olup B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olup olmamasına göre ayrılan grupların klinik değişkenlerinden olan başa çıkma tutumları karşılaştırıldığında B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olanların daha fazla işlevsel olmayan başa çıkma tutumları kullandığı görüldü. Bu bipolar bozukluk hastalarına yaklaşımda, psikososyal girişimler açısından tedavi ekibi için önemli olabilir. Bulgularımızın daha geniş ve farklı eş tanılı hastalarla yinelenmesi gerekmektedir. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2015; 16(4):247-254)

Anahtar sözcükler: Bipolar bozukluk, B kümesi kişilik bozuklukları, eş tanı, başa çıkma

The effect of cluster B personality disorder comorbidity on the coping styles in patient with bipolar disorder**ABSTRACT**

Objective: The effect of the presence of cluster B personality disorders which are frequent comorbidities with bipolar I disorder on the coping strategies was investigated and also it was studied whether there was a different profile. **Methods:** The patients who were in remission period and had bipolar disorder were included in the study. All things considered, we included 50 male and 50 female patients who had bipolar I disorder in remission period with cluster B personality disorder, and 50 male and 50 female patients without cluster B personality disorder. SCID-I and SCID-II were used respectively. The COPE scale was also given to determine patients' coping styles. **Results:** In terms of coping styles, the patients with cluster B personality disorder had higher dysfunctional coping styles scores. There were no significant differences for problem-focused coping scores, and emotion-focused coping scores among those patients. When the subscales were examined, the scores of focusing on emotions and expressing emotions, denial, retraining, and substance use subscales were higher among the patients with cluster

¹ Uzm.Dr., ² Doç.Dr., İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

³ Doç.Dr., İstanbul Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, İstanbul

Yazışma Adresi / Correspondence address:

Doç.Dr. Hüseyin GÜLEÇ, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 19 Mayıs Mah. Sinan Ercan Cad. 34736 Kazasker, Kadıköy/İstanbul, Türkiye

E-mail: huseyingulec@yahoo.com

Geliş tarihi: 14.07.2014, Kabul tarihi: 11.10.2014, doi: 10.5455/apd.172035

Anadolu Psikiyatri Derg 2015; 16:247-254

B personality disorder. Conclusion: When the coping styles of bipolar patient groups those were divided according to having cluster B personality disorder or not were compared, it was seen that the group with cluster B personality disorder were using more dysfunctional coping styles. These findings can be important with regards to psycho-social interventions. Our findings must be replicated with larger and different comorbidity groups. (Anatolian Journal of Psychiatry 2015; 16(4):247-254)

Key words: bipolar disorder, cluster B personality disorder, comorbidity, coping styles

GİRİŞ

Bireysel bütünlüğü zorlayıcı ve bozucu tüm durumlara yaşam olayları, bireyin bu stres oluşturan yaşam olaylarına karşı direnmesi ve bunlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümüne de başa çıkma denmektedir.¹ İlk kez Lazarus tarafından kullanılan başa çıkma tutumları tüm psikiyatrik tanılarda boyutsal bir öneme sahiptir. Yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi çok çeşitli değişkenlere bağlı olarak farklılık gösterebilir ve bireye özgü bir nitelik taşımaktadır.²

Kişinin stres yaratan bir durum karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarını bilmek tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve etkinliğinin izlenmesinin yanı sıra, psikiyatrik sendromların sağaltımında da kılavuz olarak önerilmiştir.³⁻⁵ Psikoterapi ile başa çıkma tutumlarının geliştirilmesinin klinik olarak işe yaradığı gösterilmiştir.^{4,6}

Bipolar bozukluk hastalarının yaşam olaylarının üstesinden gelememesinin klinik olarak önemli olduğu gösterilmiştir. Bununla beraber, klinik olarak hastalık varlığının da daha fazla yaşam olayına maruz kalmasına neden olduğu gösterilmiş olup bunlara karşı başa çıkma sorunları sadece atak sırasında görülmemektedir.^{7,8} Hastalar hem hastalıkları başlamadan önceki süreçte, hem de hastalık başladıktan sonra sağlıklı insanlara göre daha fazla stres oluşturan olaya (yaşam olayları) maruz kalmaktadırlar. Hastalar en çok eğitim, iş, sağlık, partner ve kişilerarası ilişki alanlarında güçlük yaşamaktadır.^{7,8}

Bipolar bozukluk hastalarında kişilik bozukluğu birlikteliğinin yaygın olduğu ve bu durumun hastalığın gidişini de etkilediği ileri sürülmüştür.⁹⁻¹¹ Psikotik özelliklerinin intihar sıklığını ve alkol madde kullanım sıklığını artırdığına, çoklu ilaç kullanımına neden olup lityuma yetersiz yanıt verdirdiğine ilişkin çalışmalar da vardır.¹² Hangi klinik durumun birincil, hangisinin ikincil olduğu konusu tartışmalıdır. Bu konu hakkında dört ayrı varsayım öne sürülmüştür: 1. Kişilik affektif bozukluklar için yatkınlık sağlar, 2. Kişilik affektif bozukluğun bir dışa vurumudur, 3. Kişilik affektif bozukluğun tamamlayıcısıdır, 4. Kişilik affektif bozuklukların değişik bir şeklidir.¹³

Bipolar bozukluk hastaları psikiyatrik bozukluklar arasında eş tanı ile gitmesi ön planda olan bir bozukluktur. Yakın zamanda dünya çapında bir örneklemle yapılan Perugi ve arkadaşlarının¹⁴ çalışmasında B kümesi kişilik özelliklerinin bipolar bozukluk varlığını öngördüğünü göstermektedir. Bir başa çıkma tutum sorunu olarak tanımlanabilecek kişilik bozukluğunun ortak spektrum/yelpaze adı da verilen birliktelik durumlarında sorun çözme yöntemlerinin bozukluğa mı, yoksa birlikteliğe mi bağlı olduğunun bugüne kadar bilgilerimiz ışığında net olmadığını düşünmekteyiz. Bu çalışmada özellikle bu ilişkide daha sık adı geçen B kümesi kişilik yapılanmasının/bozukluğunun varlığında başa çıkma tutumlarının farklı bir profil gösterip göstermeyeceği araştırılmıştır. Çalışmamızın varsayımları, kişilik bozukluğunun varlığında sorun odaklı başa çıkmanın daha az, işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının daha fazla kullanılacağıdır. Ayrıca çalışmada, cinsiyet değişkeninin karıştırıcı etkisinden dolayı cinsiyet sayıları eşitlenmesi sağlanarak gruplar oluşturulması planlanmıştır.^{15,16} Bu da bize bipolar bozukluk hastalarında başa çıkma tutumunun, cinsiyete ve kişilik bozukluğu eş tanısı varlığına göre ayrı oluşturulmuş gruplarda nasıl davrandığını da görmemizi sağlayacaktır. Böylece, B kümesine özgü bir sorun çözme yönteminin belirlenmesi halinde, klinik olarak tanınması ve değerlendirmesi emek ve zaman alan kişilik bozukluğu tanı ve değerlendirme süreçlerinde başa çıkma tutum yaklaşımıyla psikiyatri klinik uygulanmasına katkıda bulunulabilir.

YÖNTEM

Çalışmamız Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Poliklinikleri'ne ayaktan başvuran, DSM-IV'e göre yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I) uygulanarak bipolar bozukluk tanısı konan hastalarla yürütüldü.

Çalışma için, verilerin istatistiksel olarak analiz gücünü artırmak amacı ile bipolar bozukluğu tanısı konan hastaların kişilik bozukluğu eş tanısı olup olmamasına göre alınması düşüncesiyle hareket edildi. Benzer hareket cinsiyet olarak

dengeli dağılım amacıyla da yapıldı. Tüm katılımcıların belirtilen koşulları sağlaması göz önüne alınarak ardı sıra olmasıyla sonuç olarak 100 kadın ve 100 erkek bipolar bozukluk hastası çalışmaya alındı. Bu şekilde hem kadın, hem de erkek olguların yarısı B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan hastalardan oluşturuldu. Bu koşulların araştırılması için katılımcılara DSM-III-R'ye göre yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-II), başa çıkma tutumlarını değerlendirmek amacı ile Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) uygulandı. Bipolar grubu için çalışmaya alınma ölçütleri: DSM-IV ölçütlerine göre bipolar bozukluk (remisyon) tanısı konmuş olmak, en az iki aydır remisyonda olmak, Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeğinden (HDDÖ) yedi veya daha az, Young Mani Değerlendirme Ölçeğinden (YMDÖ) beş veya daha az puan almış olmaktır. Çalışmanın dışlama ölçütleri ise zeka geriliği, psikotik bozukluklar, madde bağımlılığının olması, son altı ay içinde elektrokonvülf tedavi uygulanmış olmak, nörolojik ve organik mental bozukluğun bulunması olarak belirlendi. Tüm katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirildi ve aydınlatılmış onam formu yazılı ve imzalı olarak alındı. Kurum etik kurulu tarafından değerlendirildi ve gerekli izin alındı.

Kullanılan gereçler

Veri Toplama Formu: Yaş, cinsiyet, medeni ve mesleki durum, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik verilerin yanı sıra hastanın hastalığı ile ilgili bilgisi ve deneyimlerini, hastalığının öyküsünü sorgulayan 23 sorudan oluşmuş veri toplama formu uygulandı.

SCID-I: First ve arkadaşları tarafından DSM-IV'e yönelik olarak hazırlanan, şu anda veya yaşam boyu birinci eksen tanısı koymaya yönelik yarı yapılandırılmış görüşme formudur.^{17,18}

YMDÖ: Manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış olan ölçek 11 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin yedisi beşli Likert tipinde, dördü dokuzlu Likert tipindedir.^{19,20}

HDDÖ: Depresyon ölçekleri içinde en yaygın kullanılan olup, bir kez klinisyen tarafından tanı konulduktan sonra depresyonun şiddetini ölçmek veya belirti örüntüsünü saptamak için kullanılan, görüşmecisi tarafından doldurulan bir ölçek-tir. Hamilton tarafından 17 maddeli olarak geliştirilen ölçeğe sonraki yıllarda bazı eklemeler yapılarak 21 ve 24 maddeli ölçekler geliştirilmiştir.^{21,22}

SCID-II: Kişilik bozuklukları tanısı için Spitzer

tarafından geliştirilmiştir. Bunda yer alan 12 kişilik bozukluğu tanısının onu DSM-IV'te yer alırken, edilgen saldırgan ve depresif kişilik bozuklukları yer almamaktadır.^{23,24}

BÇTDÖ: Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Aktif başa çıkma, 6. Yadsıma, 7. Dinsel olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal destek kullanımı, 12. Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapma. Bu başa çıkma tutumlarından beşi (aktif başa çıkma, plan yapma, diğer meşguliyetleri bastırma, geri durma, yararlı sosyal destek kullanımı) sorun odaklı olarak sınıflandırılmaktadır. Diğer beş baş etme tutumu (duygusal sosyal destek kullanımı, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, kabullenme, şaka ve dini olarak başa çıkma) duygu odaklı olarak sınıflandırılır. Beş baş etme tutumu ise (soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımı, yadsıma ve zihinsel boş verme) en az yararlı olanı işlevsel olmayan baş etme tutumu olarak sınıflandırılmaktadır.²⁵⁻²⁷

İstatistiksel analiz

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 istatistik programı kullanıldı. Çalışmayı oluşturan grupların tanımlayıcı analizleri yapıldı. Grupların normal dağılım gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı. Kategorik verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi, ölçümsel verilerin karşılaştırmalarında ise varyans analizi (ANOVA) testi uygulandı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Olgularımızın yaş ortalaması 37.78 ± 10.65 olarak hesaplandı. Olguların %35'i bekar, %44.5'i evli, %20.5'i ise boşanmış veya duldu. Ortalama eğitim süresi 10.44 ± 3.50 yıldır. Olgular sosyoekonomik olarak %5.5 alt, %56.0 orta ve %38.5 üst düzeydeydi. Olgularımızın %47.5'i aktif olarak çalışmaktaydı. B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 1a ve 1b'de gösterildi.

B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının başa çıkma tutumlarının karşılaştırılması Tablo 2'de gösterildi. B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı

Tablo 1a. B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan ve olmayan bipolar I bozukluk hastalarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması (s=200)

Özellikler	Eş tanısı olmayan	Eş tanısı olan	t	p
Yaş (Ort.±SS)	39.51±10.54	36.06±10.53	2.32	0.022
Eğitim yılı (Ort.±SS)	10.07±3.43	10.81±3.47	-1.52	0.131
Hastalığın başlama yaşı (Ort.±SS)	25.14±7.62	24.00±8.05	1.02	0.305
Hastalık süresi (Ort.±SS)	14.35±9.20	12.26±8.61	1.66	0.099
Yatarak tedavi sayısı (Ort.±SS)	3.09±3.51	2.94±4.49	0.263	0.793

Tablo 1b. B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan ve olmayan bipolar I bozukluk hastalarının klinik özelliklerinin karşılaştırılması (s=200)

Klinik özellikler	Eş tanısı olmayan	Eş tanısı olan	χ^2	p
Medeni durum (%)			7.79	0.051
Bekar	29.0	41.0		
Evli	54.0	35.0		
Diğer	17.0	24.0		
Sosyoekonomik durum (%)			5.85	0.119
Düşük	7.0	4.0		
Orta	57.0	55.0		
Yüksek	36.0	41.0		
Çalışabilirlik durumu (%)	43.0	52.0	1.62	0.203
İntihar girişimi olanlar (%)	20.0	30.0	2.67	0.102
Atak dönemlerinde psikotik bulgu (%)	64.0	72.0	1.47	0.225
Alkol kullanımı (%)	4.0	21.0	13.56	0.001
Madde kullanımı (%)	0	13.0	42.12	0.001
Kullandığı ilaçlar (%)			4.67	0.097
Yok	0	0		
Duygudurum düzenleyici	26.0	14.0		
Antidepresan	0	0		
Antipsikotik	4.0	6.0		
Kombine	70.0	80.0		
Ailede psikiyatrik bozukluk olanlar (%)	64.0	60.0	0.34	0.560
Başka tıbbi hastalık öyküsü olanlar (%)	25.0	23.0	0.11	0.741

olan bipolar bozukluk hastalarının duygulara odaklanma ve duyguları açığa çıkarma ($p=0.006$), yadsıma ($p=0.026$), geri durma ($p=0.042$) ve madde kullanımı ($p<0.001$) alt ölçeklerini ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını ($p<0.001$) anlamlı olarak daha fazla kullandıkları belirlendi.

B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan ve olmayan kadın, B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan ve olmayan erkek bipolar bozukluk hastalarının başa çıkma tutumlarının karşılaştı-

tırılması Tablo 3'te gösterildi. Hastalar B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan ve olmayan kadın, B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan bipolar bozukluk hastası kadınların olmayan kadınlardan, işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını ($p=0.003$) anlamlı olarak daha fazla kullandıkları bulundu. B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan bipolar bozukluk hastası erkeklerin de olmayan erkeklerden, işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını ($p=0.027$) anlamlı olarak daha fazla kullandıkları bulundu.

Tablo 2. B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan ve olmayan bipolar I bozukluk hastalarının başa çıkma tutumlarının karşılaştırılması (s=200)

	Eş tanısı olmayan	Eş tanısı olan	t	p
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (Ort.±SS)	12.96±2.75	13.15±2.45	-0.52	0.607
Zihinsel boş verme (Ort.±SS)	9.89±2.52	10.48±2.77	-1.57	0.117
Duygulara odaklanma ve duyguları açığa vurma (Ort.±SS)	10.72±2.91	11.86±2.85	-2.80	0.006
Yararlı sosyal destek kullanımı (Ort.±SS)	11.89±3.06	11.96±3.22	-0.16	0.875
Aktif başa çıkma (Ort.±SS)	11.99±2.94	12.61±2.72	-1.55	0.124
Yadsıma (Ort.±SS)	7.17±2.64	8.11±3.26	-2.24	0.026
Dinsel olarak başa çıkma (Ort.±SS)	13.22±3.06	12.85±3.42	0.81	0.421
Şakaya vurma (Ort.±SS)	7.29±2.67	7.88±3.31	-1.39	0.167
Davranışsal olarak boş verme (Ort.±SS)	7.05±2.73	7.71±2.82	-1.68	0.094
Geri durma (Ort.±SS)	9.82±2.49	10.53±2.40	-2.05	0.042
Duygusal sosyal destek kullanımı (Ort.±SS)	11.33±3.13	12.07±2.85	-1.75	0.082
Madde kullanımı (Ort.±SS)	4.98±2.01	6.60±3.65	-3.89	<0.001
Kabullenme (Ort.±SS)	10.53±2.89	10.90±2.73	-0.93	0.353
Diğer meşguliyetleri bastırma (Ort.±SS)	10.31±2.50	10.64±2.39	-0.95	0.341
Plan yapma (Ort.±SS)	11.64±2.84	11.71±2.51	-0.18	0.854
Sorun odaklı başa çıkma (Ort.±SS)	55.65±10.24	57.45±9.80	-1.27	0.206
Duygusal odaklı başa çıkma (Ort.±SS)	55.33±9.13	56.85±9.47	-1.16	0.249
Disfonksiyonel başa çıkma (Ort.±SS)	39.81±7.43	44.76±8.42	-4.41	<0.001

Tablo 3. B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan ve olmayan kadın ve erkek bipolar I bozukluk hastalarının başa çıkma tutumlarının karşılaştırılması (s=200)

	Eş tanılı kadın	Eş tanısız kadın	Eş tanılı erkek	Eş tanısız erkek	F	p
Sorun odaklı başa çıkma (Ort±SS)	57.40±10.84	54.98±10.80	57.50±8.75	56.32±9.70	0.68	0.564
Duygusal odaklı başa çıkma (Ort.±SS)	58.30±10.05	56.40±9.59	55.40±8.70	54.26±8.61	1.17	0.166
İşlevsel olmayan başa çıkma (Ort.±SS)	46.44±8.702	40.96±7.16	43.08±7.87	38.66±75.91	8.86	<0.001

Ort.±SS: ortalama±standart sapma, 2>1: olarak anlamlı farklılığa göre sıralanması

TARTIŞMA

Bu çalışma, bipolar bozukluğu olan hastalarda B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısının yaşam olayları ve stresörlere karşı başa çıkma tutumlarını nasıl etkilediğini araştırmak için planlandı. Çalışmamızın hasta toplama sürecinde kişilik bozukluğu eş tanısı olmayan kadın hastaların grubu önce tamamladığı, daha sonra sırası ile kişilik bozukluğu eş tanısı olmayan erkek, B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan kadın ve B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan erkek hastaların grupları tamamladığı gözlemlendi.

B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan bipolar bozukluk hastalarının yaş ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bir çalışmada kişilik bozukluğu eş tanısı olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarından eş tanısı olanların yaş

ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük çıktığı bulunmuştur.²⁸ Kişilik örgütlenmesinin ergenlik dönemlerinde başlaması ve belirtilerin benzerliği göz önüne alındığında kişilik bozukluğu eş tanısı olanlarda daha erken yaşta bipolar bozukluk başlaması beklenen bir durumdur.²⁹

Eş tanı varlığına göre ayırarak oluşturduğumuz iki grubun klinik verileri incelendiğinde, bozukluğun başlangıç yaşı, bozukluğun süresi, hastaneye yatarak tedavi olma sayıları, intihar girişiminin varlığı, akut atak dönemlerinde psikotik bulgu varlığı, halen kullandıkları ilaçlar, herhangi bir tıbbi hastalık öyküsü ve ailede tanısı konmuş psikiyatrik hastalık öyküsü anlamlı farklılık göstermedi. B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan bipolar bozukluk hastalarının, olmayanlara göre daha fazla alkol ve madde kullanım öykü-

leri vardır, ancak bu sosyal içicilik ve deneme şeklinde kullanımdır. Çalışmamıza deseni itibarı ile alkol ve madde bağımlılığı veya kötüye kullanım öyküsü olan hastalar alınmadı. Bipolar bozukluk ve kişilik bozukluğu eş tanısı ile ilgili çalışmalarda, bu birlikteliğin daha fazla sayıda ilaç kullanımına ve son altı ay içinde daha kısa sürede düzenli olarak bir işte çalışmaya neden olduğunu, daha erken bozukluk başlama yaşı, daha fazla intihar riski taşıdıkları ve daha çok alkol veya madde kullanım oranlarına sahip oldukları belirtilmiştir.^{13,28,30,31} Çalışmamızın bu verilerle uyumlu olmaması, çalışmaya alınan hastaların düzenli poliklinik kontrolüne gelen ve hastalığıyla ilgili içgörü sahibi hastalar olduğu göz önüne alındığında anlaşılabilir bir sonuçtur. Bununla birlikte, çalışmamızın içsel tutarlılığını yükseltmek amacıyla başka bir eksen I tanısı konan olguları dışlaması yapılan bir seçim olup, dışsal geçerliliğini düşürmesi desenin doğası gereği beklenen bir diğer kısıtlılıktır.

Eş tanı varlığına göre ayırarak oluşturduğumuz iki grubun başa çıkma tutumları incelendiğinde, B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan bipolar bozukluk hastalarında geri durma, duygulara odaklanma ve duyguları açığa çıkarma, yadsıma ve madde kullanımı alt ölçek puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı şekilde fazla olduğu belirlendi. B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan ve olmayan bipolar hastalar arasında sorun odaklı başa çıkma ve duygusal başa çıkma anlamlı olarak farklı bulunmadı. B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan bipolar bozukluk hastaları işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını anlamlı olarak daha fazla kullandıkları görüldü. İşlevsel olmayan başa çıkma tutumları duygusal odaklı başa çıkmanın çeşitlemeleri olarak değerlendirilir.^{2,26,32} Bipolar bozukluk hastalarının yaşam olaylarının üstesinden gelememesinin klinik olarak önemli olduğu gösterilmekle beraber, klinik olarak hastalık varlığının da daha fazla yaşam olayına maruz kalmasına neden olduğu gösterilmiştir.^{7,11} Hem bozuklukları başlamadan önceki süreçte, hem de başladıktan sonra sağlıklı insanlara göre daha fazla stres oluşturan olaya maruz kalmaktadırlar ve en çok eğitim, iş, sağlık, partner ve kişilerarası ilişkilerde güçlük yaşamaktadırlar.⁷ Çalışmamızda B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan bipolar bozukluk hastalarının sorun odaklı başa çıkma tutumlarından olan geri durma ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarından olan duygulara odaklanma ve duyguları açığa çıkarma, yadsıma ve madde kullanımı alt ölçeklerini anlamlı düzeyde daha fazla kullandıkları saptandı.

Lazarus stresin üç farklı süreçten oluştuğunu *Anatolian Journal of Psychiatry* 2015; 16:247-254

ileri sürmüştür. Birincil değerlendirme, tehdidin algılanması sürecidir. İkincil değerlendirme, bu tehdide karşı potansiyel bir yanıtın zihne getirilmesi sürecidir. Başa çıkma ise bu yanıtın gerçekleştirilme sürecidir.^{2,33,34} Bu açıdan bakılınca geri durma tehdidin algılanması birincil süreçte, plan yapma ise ikincil süreçte yer alır. Her ne kadar çalışmamıza katılan B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan hastalar geri durmayı daha fazla yeğlese de, plan yapma başta olmak üzere diğer sorun odaklı başa çıkma tutumlarının anlamlı düzeyde farklı olmaması tek başına geri durmayı da yetersiz hale getirebilir. Zira geri durmayı kullanıp plan yapma olmaz ise, Lazarus'un belirttiği son süreç olan başa çıkma yanıtının gerçekleşmesi güç görünmektedir.

Duygulara odaklanma ve duyguları açığa vurma, kişinin yaşadığı sorunun onda ortaya çıkardığı duygulara odaklanması ve bu duyguları açığa vurması olarak tanımlanabilir.² Bu durum kişinin yaşadığı stresi daha da şiddetlendirebilir. Aktif başa çıkma stratejilerinin gelişmesine engel olur.² B kümesi kişilik bozukluğunun ortak özellikleri arasında yer alan dramatik, duygusal, heyecanlı ve dürtüsel olma göz önüne alındığında bu başa çıkma tutumunun B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olanlarda daha fazla kullanılması şaşırtıcı değildir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada duygulara odaklanma ve duyguları açığa vurmanın, ruhsal bulguların ortaya çıkmasıyla en çok ilişkili başa çıkma tutumu olduğu öne sürülmüştür.³⁵

Yadsıma, sorun olduğuna inanmayı reddetme veya sorun yokmuş gibi davranma olarak açıklanabilir.² Sorun görmezden gelindikçe, başka sorunların ortaya çıkacağı öne sürülmüştür.³⁶ Erken evrelerde kullanışlı olduğu öne sürülse de, zaman ilerledikçe başa çıkmayı zorlaştırdığı kabul edilir.^{2,36} Yadsıma, kişilik bozukluklarında ve histriyonik kişilik yapısındaki kişilerde sık kullanılan bir savunma düzeneğidir.³⁷

Çalışmamızda B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan kadın ve erkek bipolar bozukluk hastalarının olmayanlara göre daha fazla işlevsel olmayan başa çıkma tutumu kullandıkları bulundu. B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olan bipolar bozukluk hastası kadınlarla erkeklerin işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını kullanmaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı olmayan bipolar bozukluk hastası kadınlarla erkeklerin işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını kullanmaları arasında da anlamlı bir fark bulunmadı. Sonuç olarak çalışmamızda bulunan başa çıkma tutumları arasındaki fark, cinsiyet farklılığından

çok B kümesi kişilik bozukluğu eş tanısından dolayı ortaya çıktığını destekler niteliktedir.

Literatürde bipolar bozukluk hastalarının başa çıkma tutumlarının kontrol grubu ile karşılaştırıldığı tek çalışmada bipolar hastaların genel nüfusa göre daha az sorun odaklı başa çıkma örüntüsü kullandığı klinik olarak gösterilmiştir. Bu çalışmada 'Uthrect Coping List' kullanılmıştır. Bu ölçekte de bizim ölçeğimize benzer şekilde sorun odaklı, duygusal odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma alt ölçekleri vardır.³⁸

Kişilik bozukluğu ve başa çıkma tutumlarının

araştırıldığı çalışmalarda kişilik bozukluğu olan kişilerin sorun odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma tutumlarını daha az, işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını ise daha fazla kullandıkları gösterilmiştir.^{39,40} Bipolar bozukluk ve kişilik bozukluğu eş tanısının başa çıkma tutumlarını nasıl etkilediği ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bulgularımız ışığında, bipolar bozukluk hastalarındaki işlevsel olmayan başa çıkma tutumunun kişilik bozukluğu eş tanısından dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu konu daha geniş ve farklı hasta grupları ile araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol* 2004; 55:745-774.
2. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56:267-283.
3. Çakır S, Özerdem A. İki uçlu bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal sağaltımlar: Sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21:143-154.
4. Premkumar P, Peters EP, Fannon D, Kupers E, Kumari V. Coping styles predict responsiveness therapy in psychosis. *Psychiatry Res* 2011; 187:354-362.
5. Mortan O, Sütçü ST, Köse GG. İşitsel halüsinasyonlarla başa çıkmaya yönelik bilişsel-davranışçı bir grup müdahalesinin etkililiği: bir pilot çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 2011; 22:26-34.
6. Lam D, Hayward P, Watkins E, Wright K, Shan P. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry* 2005; 162:324-329.
7. Hall K, Dunner DL, Zeller G, Fieve RR. Bipolar illness: a prospective study of life events. *Comp Psychiatry* 1977; 18:497-502.
8. Ak M, Lapsekili N, Hacıömeroğlu B, Sütçügil L, Türkçapar H. Early maladaptive schemas in bipolar disorder. *Psychol Psychother* 2012; 85:260-267.
9. Coulston CM, Bargh DM, Tanious M, Cashman EL, Tufrey K, Curran G. Is coping a well matter of personality? A study of euthymic unipolar and bipolar patients. *J Affect Disord* 2013; 145:54-61.
10. Zimmerman M, Morgan TA, Young D, Chelminski I, Dalrymple K, Walsh E. Does borderline personality disorder manifest itself differently in patients with bipolar disorder and major depressive disorder? *J Pers Disord* 2014; 23:1-7.
11. Christensen MV, Kessing LV. Clinical practice of coping in affective disorder, a critical review of the literature. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2005; 1:1-20.
12. Fan AH, Hassell J. Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: a review of the literature. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:1794-1803.
13. O'Connell RA, Mayo JA, Sciutto MS. PDQ-R personality disorders in bipolar patients. *J Affect Disord* 1991; 23:217-221.
14. Perugi G, Angst J, Azorin JM, Bowden C, Vieta E, Young AH. Is comorbid borderline personality disorder in patients with major depressive episode and bipolarity a developmental subtype? Findings from the international BRIDGE study. *J Affect Disord* 2013; 10;144:72-78.
15. Tamres LK. Sex differences in coping behavior: a meta-analytic review and examination of relative coping. *Personal Soc Psychol Rev* 2002; 6:2-30.
16. Renk K, Creasey G. The relationship of gender, gender identity, and coping strategies in late adolescents. *J Adolesc* 2003; 26:159-168.
17. First MB, Spitzer RL, Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) Clinical Version. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1997, p.23.
18. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M. Turkish version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999.
19. Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA, Erten E. Young Mani Değerlendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 2002; 13:107-114.
20. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978; 133:429-435.
21. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50-55.

22. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Dergisi* 1996; 4:251-259.
23. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM-III-R. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1987.
24. Soriaş S, Saygılı R, H Elbi. DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi Türkçe versiyonu (SCID). Bornova: Ege Üniversitesi Basımevi, 1990.
25. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56:267-283.
26. Lyne K, Roger D. A psychometric re-assessment of the COPE questionnaire. *Pers Indiv Differ* 2000; 29:321-335.
27. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Baş a Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2005; 6:221-226.
28. Altındağ A, Yanık M, Nebioğlu M. Comorbid personality disorders in subjects with bipolar I disorder. *Int J Psych Clin Pract* 2006; 10:33-37.
29. Akiskal HS. İki uçlu bozuklukların sınıflandırılması, tanısı ve sınırları: Gözden geçirme. M Maj, HS Akiskal, JJ Lopez-Ibor, N Sartorius (Eds.), *İki Uçlu Bozukluk*, T Oral (Çev. Ed.), İstanbul: CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002, s.1-52.
30. Kay JH, Altshuler LL, Ventura J, Mintz J. Impact of axis II comorbidity on the course of bipolar illness in men: a retrospective chart review. *Bipolar Disord* 2002; 4:237-242.
31. Barquero N, García-López O, Fernández-Argüelles P, Camacho-Larano M. Clinical variables and implications of the personality on the outcome of bipolar illness: a pilot study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2007; 3:269-275.
32. John D, Macarthur C. Coping strategies. Summary prepared by Shelley Taylor in collaboration with the Psychosocial Working Group. Last revised July, 1998.
33. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol* 1986; 50:992-1003.
34. Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med* 1993; 55:234-247.
35. Kayri M, Boysan M. Araştırmalarda chaid analizinin kullanımı ve baş etme stratejileri ile ilgili bir uygulama. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2007; 40:133-149.
36. Lazarus RS. From psychological stresses to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol* 1993; 44:1-21.
37. Odağ C. Nevrozlar-1. İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları No:1, 1999.
38. Goossens PJJ, Knoppert-van der Klein EA, van Achterberg T. Coping styles of outpatients with bipolar disorder. *Arch Psychiatr Nurs* 2008; 25:245-253.
39. Bijttebier P, Vertommen H. Coping strategies in relation to personality disorders. *Pers Indiv Differ* 1997; 26:847-856.
40. Vollrath M, Alnaes R, Torgersen S. Coping and MCMI-II personality disorders. *J Pers Dis* 1994; 8:53-63.