

Şizofreni ve Bipolar Affektif Bozukluk Manik Epizod Tanısı Almış Hastaların Rorschach Protokolü Açısından Karşılaştırılması

Elif GÜNERİ YÖYEN*

Öz

Şizofreni, günümüzde pozitif özellikli şizofreni olarak tanımlanan halüsinasyon, hezeyan ve dezorganize davranışın hakim olduğu klinik tablosu ile bipolar affektif bozukluğun manik epizodu arasında semptomolojik olarak benzerlik bulunmaktadır. İki hastalık grubunun exitasyon tablosunda düşünce, duygulanım ve davranış özellikleri benzerdir ve bu durum klinisyenin ayırt edici tanı koymasını güçleştirmektedir. Bu çalışmada iki hastalık grubu Rorschach testi ile karşılaştırılarak testin ayırıcı tanı için diagnostik özelliğinin incelenmesi amaçlanmıştır. 200 hasta ile yapılan araştırma sonucunda bulgular; hastaların bilişsel ve affektif süreçleri, ego fonksiyonları, kişilerarası ve sosyal uyum düzeyleri, nesne ilişkileri, immaturite, impulsivite ve anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir. Regresyon düzeylerinde ise bir farklılık saptanmamıştır. Sonuçlar, Rorschach testinin şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod hastalarının protokollerini birbirinden belirgin olarak ayırabildiğini ve Rorschach testinin ayırıcı tanı yapabildiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Bipolar Affektif Bozukluk, Rorschach, Mani, Hastalıklar

Comparison of Patients with Schizophrenia and a Manic Episode of Bipolar Affective Disorder in Terms of the Rorschach Protocol

Abstract

There are symptomological similarities between a manic episode of bipolar affective disorder and a clinical picture of schizophrenia, in which delirium,

Özgün Araştırma Makalesi (Original Research Article)

Geliş Tarihi: 07.06.2016 Kabul Tarihi: 23.01.2017

DOI: <http://dx.doi.org/10.17336/igusb.305570>

* Yrd. Doç. Dr., İstanbul Gelişim Üniversitesi, İİSBF, Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi,

E-posta: eguneri@gelisim.edu.tr

disorganised behaviour and hallucination known as positive symptoms of schizophrenia, dominate in today's world. The two disease groups' characteristic patterns of thought, emotion and behaviour are alike in the excitation picture and this makes it difficult for a clinician to make a distinctive diagnosis. In this survey, it is aimed to evaluate the diagnostic feature of the test for a distinctive diagnosis comparing the two disease groups by use of the Rorschach Test. In consequence of a survey of 200 patients, findings have been statistically significant in patients cognitive and affective process, their ego functions, their level of interpersonal and social adaptation, their object relations, their level of immaturity and impulsivity and their level of anxiety; on the other hand their level of regression has not been different. Results reveal that the Rorschach test is able to distinguish patients with schizophrenia from those with a manic episode of bipolar affective disorder and that a distinctive diagnosis can be made by the Rorschach test.

Keywords: Schizophrenia, Bipolar Affective Disorder, Rorschach, Mania, Diseases.

Giriş

Şizofreni, patofizyolojisi ve etiyolojisi hakkında çok az bilgi olan, karmaşık ve şiddetli seyreden¹, kognitif disfonksiyon ve zaman zaman pozitif ve negatif semptomlarla karakterize kompleks bir hastalıktır². Şizofreni hastalığı; bireyin, düşünce, davranış, algı, konuşma, iletişim, sosyal ilişkiler, dikkat, dürtü denetimi, çevre ile olan etkileşim, duygusal ifadeler, motor davranış alanlarında belirtiler gösteren, gerçeği değerlendirmenin bozulmuş olduğu, heterojen özellik gösteren³, kişinin kendi iç dünyasına yönelerek, dış çevreye kendini kapatmasıyla başlayan, düşüncelerini, algılamalarını, davranışlarını ve duygulanımlarını etkileyerek süregiden, sadece kişide değil, kişinin ailesi ve sosyal çevresinde de güçlükler ve çok yönlü yıkımlara yol açan, başlangıcı, semptomları ve gidiş şekli açısından çok farklı seyirler izleyebilen bir psikiyatrik sendromdur⁴.

Bipolar affektif bozukluk, farklı durumlar arasında dönüşümle karakterize iki uçlu bir hastalıktır. Sıklıkla coşku (mani) ve depresyon ataklarıyla birlikte çeşitli bilişsel ve davranışsal semptomlar içeren kronik bir

¹ Ronald Rapoport...et al., "The Neurodevelopmental Model of Schizophrenia: Update". *Mol Psychiatry*, 10 (5), 2005, ss. 434-49.

² Jehannine Austin, "Schizophrenia: An Update and Review", *J Genet Couns*, 5, (14), 2005, ss. 329-340.

³ Mehmet Emin Ceylan ve Mesut Çetin, *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri*, İstanbul, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri, 2005, ss.109-110.

⁴ Şahin Mehmet, "Şizofreni: Klinik Özellikler, Tanı, Ayırıcı Tanı", *Psikiyatri Dünyası*, 3, 1999, ss. 72-78.

seyir gösterir⁵. Depresif dönemlerle birlikte manik ya da karma epizodların da bulunduğu bipolar affektif bozukluk⁶, nöbetler arasında kişinin sağlıklı duygu durumuna dönebildiği (ötimi) bir duygudurum bozukluğudur⁷.

Psikiyatride ayırıcı tanının en zor olduğu iki klinik tablo mani ve şizofreni olagelmıştır. Bunun nedeni şiddetli mani tablolarını kesitsel olarak şizofreniden ayırmanın bazen gerçekten olanaksız olmasıdır. Maninin şizofreniden ayırt edilmesindeki zorluk özellikle eğer hastalığın hipomani ile başlayan gelişme evreleri gözlenmemişse, hastada sanrılar, anlaşılma konuşma ve şiddetli taşkınlık varsa ve hasta duygulanım bozukluğunun bu belirtilerle örtüldüğü ileri bir evrede görülmüşse güç olabilmektedir⁸. Şizofreni ve mani arasında ayırım yapmadaki güçlükte bir başka sebep, bu bozukluklarda görülen semptomların ortak olabilmesinden kaynaklanır (grandiöz ve persekütuar hezeyanlar, iritabilite, ajitasyon ve katatonik semptomlar gibi)⁹. Şizofreni mani ayırımını güçleştiren bir diğer faktör ise şizofrenisi olan hastalarda görülen bilişsel kayıplara benzer kayıpların bipolar affektif bozukluğu olan hastalar için de geçerli olmasıdır.

Hastalığın seyri sırasında birçok benzer niteliği ile dikkat çeken bu iki hastalıkta uzun dönem izleme ile ayırıcı tanı yapılabilmektedir. Ancak klinisyenin hastayı exitasyon tablosunda interne ettiği ve hastane koşulları içerisinde izleyebildiği gerçeklerinden ötürü, ayırıcı tanı görüldüğü kadar kolay değildir. Rorschach testinin diagnostik özelliğinden hareketle, şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod hastalarının test bulgularının incelendiği bu çalışmada, psikoz genel başlığı içerisinde yer alan ve bu sebeple birbirinden ayırımın güç olduğu bu iki hastalığı ayırt edecek verilere ulaşmak amaçlanmıştır. Bu konuda yapılmış bir çalışmanın bulunmaması araştırmanın önemini artırmaktadır. Aşağıda araştırma alt amaçlarına ait araştırma soruları yer almaktadır:

1. Rorschach testinin diagnostik özelliği şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod tanısı almış hastaların ayırıcı tanımlarını yapabilmekte midir?

⁵ Charless Bowden, "Update on Bipolar Disorder. Epidemiology, Etiology, Diagnosis and Prognosis", *Medscape Psychiatry Mental Health A Journal*, 2 (3), 1997, ss. 6.

⁶ *Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (DSM-IV-TR)*, çev. Ertuğrul Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001, s. 163.

⁷ Casona Giovanni...et al., "The Bipolar Spectrum: A Clinical Reality in Search of Diagnostic Criteria and Assessment Methodology", *J Affect Disord*, 54 (3), 1999, ss. 319-328.

⁸ *ICD-10*, a.g.e., 101-123.

⁹ Ertuğrul Köroğlu, *Psikonozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2004, ss. 306-307.

2. Rorschach testi şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod hastalarının bilişsel süreçlerinin yordanmasında farklılık göstermekte midir?
3. Rorschach testi şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod hastalarının affektif süreçlerinin yordanmasında farklılık göstermekte midir?
4. Rorschach testi şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod hastalarının ego fonksiyon düzeylerinin yordanmasında farklılık göstermekte midir?
5. Rorschach testi şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod hastalarının kişiler arası ve sosyal uyum düzeylerini yordanmasında farklılık göstermekte midir?
6. Rorschach testi şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod hastalarının nesne ilişkisi düzeyinin yordanmasında farklılık göstermekte midir?
7. Rorschach testi şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod hastalarının immatürite düzeylerinin yordanmasında farklılık göstermekte midir?
8. Rorschach testi şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod hastalarının impulsivite düzeylerinin yordanmasında farklılık göstermekte midir?
9. Rorschach testi şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod hastalarının anksiyete düzeylerinin yordanmasında farklılık göstermekte midir?
10. Rorschach testi şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod hastalarının regresyon düzeylerinin yordanmasında farklılık göstermekte midir?

Yöntem

Bu araştırmada şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod tanısı almış hastaların Rorschach protokolü açısından karşılaştırılması için, genel tarama modellerinden ilişkişel tarama modeli¹⁰ kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler, Haziran 2007-Şubat 2008 tarihleri arasında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak tedavi gören, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanısı almış 200 kişilik bir örneklem grubu ile yapılmıştır. Çalışma, hastaneye exitasyon tablosu ile getirilen örneklem grubundaki hastaların, ilk sağaltım süreci, kapalı servis adı verilen kısmi izolasyonun olduğu birimlerde gerçekleştirdikten sonra, görece hastaların daha serbest

¹⁰ Niyazi Karasar, *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2010, ss. 79-81.

oldukları açık servislere alınmalarının ardından, hastaneye yatışlarının 10. gününde gerçekleştirilmiştir. Uygulama yapılmadan önce araştırmacı hastanın kapalı servisteki sağaltım sürecine eşlik etmiş, hastaların hekimleri ile işbirliği içerisinde hareket ederek, sabah ve akşam olmak üzere günde iki kez vizitlerine katılarak hastaların klinik sürecini gözlemlemiştir. Uygulamaya geçmeden önce hasta ve hasta yakınları ile görüşülerek çalışma hakkında bilgi verilmiş, uygulamanın gönüllük esasına dayandığı ifade edilmiş, çalışmaya katılmak isteyen hastaların yakınlarına ekte sunulan anket formu doldurtulduktan sonra, hastanın ilaç etkisinden en uzak oldukları saatlerde, ilacını aldıktan 8 saat sonra, test uygulanmıştır. Çalışma grubunun sınırlılıklarını, hastanın 25-35 yaş aralığında olması, ilkökul mezunu olması, çalışmaması (bir meslek icra etmemesi), 5 yıldan daha uzun süredir rahatsız olması, ilaç kullanımının düzensiz olması, kafa travması ve adli vaka öyküsünün olmaması ve son olarak bekar olması özellikleri oluşturmaktadır. Hastalığın prognozunu etkileyen faktörler olarak kabul edilen bu sınırlılıklar kontrol değişkeni olarak belirlenmiştir.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Haziran 2007-Şubat 2008 tarihleri arasında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak tedavi gören ve DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanısı almış 1080 hasta oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan örneklem grubu ise aynı dönemde hastanede yatan ve çalışmanın sınırlılıkları kriterlerini taşıyan ve tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Araştırmanın örneklemini uygulamanın yapıldığı dönemde hastanede bulunan, araştırmaya katılmayı kabul eden, hastalıkların prognozunu etkilediği için çalışma sınırlılığı olarak kabul edilen hastanın 25-35 yaş aralığında olması, ilkökul mezunu olması, çalışmaması (bir meslek icra etmemesi), 5 yıldan daha uzun süredir rahatsız olması, ilaç kullanımının düzensiz olması, kafa travması ve adli vaka öyküsünün olmaması ve bekar olması özellikleri taşıyan 100 şizofreni, 100 bipolar affektif bozukluk manik epizod tanısı olan toplam 200 hasta oluşturmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri için araştırmacı tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu ve araştırmacı tarafından katılımcılara uygulanan Rorschach Testi ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, hastalığının başlangıç zamanı, tedavi süresi, ilaçlarının düzenli kullanımı, iş hayatı, kafa travması ve adli vaka öyküsü bilgileri bu form aracılığı ile toplanmıştır.

Rorschach Testi: İsviçreli psikiyatr Hermann Rorschach geliştirdiği bu test¹¹, 1921'de "Psikodiagnostik" isimli başyapıtını yayınlamıştır¹². Mürekkep lekelerini algıyı incelemek üzere kullanırken, değişik hastalık gruplarındaki insanların ayrı tepkiler verdiklerini gözlemiş ve lekeleri kişiliğin dinamik özelliklerini anlamak ve tanıya varmak için kullanmaya başlamış olan Rorschach¹³, algıyı duyum, bellek ve çağrışımı kapsayan yorumsal bir süreç olarak tanımlamıştır. Rorschach'a göre test edilen kişi mürekkep lekesini gördüğünde duyumları kaydeder, onları geçmiş deneyimlerine dayanarak imgelere dönüştürür ve daha sonra benzer bellek izleriyle bunları birleştirerek bu imgelere bir anlam yükler¹⁴. Rorschach test deneyi belirsiz ve beklenmedik şekillerin özgür bir şekilde yorumlanması esasına dayanır¹⁵. Rorschach testi Beck tarafından geliştirilmiş ve A.B.D.'de tanıtılmıştır. Test yetişkin ve çocuklara verilmekle birlikte kullanılan normlarda farklılıklar göstermektedir¹⁶. Rorschach protokolündeki tepkiler; yer (bütün, detay, vb.), belirleyici (renk, biçim, hareket, vb.), kapsam (hayvan, insan, bitki vb.) ve orijinalite açısından puanlanır. Bu puanların yüzdeleri ve bu puanların birbirleriyle olan ilişkileri, tepkilerin söylenişi, niteliği de testin değerlendirilmesinde göz önüne alınır. Hasta gruplarına uygulanabildiği gibi, pedopsikiyatri alanında çocuklara, geriatri alanında yaşlılara, nöroloji alanında Alzheimer hastalarına, adli psikiyatri alanında suçlulara ve ordu içerisinde askerlere uygulanabilmektedir¹⁷. Türkiye'de (Dinçel, 1977, Samurçay, 1978; İnceer, 1982; Bakır, 1984; Gürel,1985; Oran, 1986; Özyayın, Kireççi, Taneli, 1987; Ebadi, 1988; Oğuzkaya, 1991; Gücer, 1992, Üge, 1993; Torun, 1994, Yücel, 1998; Erdener, 2002; Pirim, 2002; Zabcı, 2004) Rorschach testi üzerine çalışmalar yapılmıştır¹⁸.

Verilerin Analizi

Kişisel bilgi formu ve Rorschach Testi ile toplanan verilerin tümü Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi (SBİP)-(Statistical Package for Social Sciences-SPSS) programının 12.0 sürümü kullanılarak çözümlenmiş, anlamlılık .05 düzeyinde sınanmış, diğer anlamlılık düzeyleri ayrıca belirtilmiştir.

¹¹ Işık Savaşır, *Psikolojik Değerlendirme*, Ed. Mücahit Orhan Öztürk, Ankara, Feryal Matbaası, 2004, s. 159.

¹² Tefrika Tunaboşlu İkiz, *Rorschach Testinin Psikanalitik Yorumu-I*, İstanbul, Bağlam Yayınları, 2001, ss. 13-14.

¹³ Anne Anastasi, *Psychological Testing*, London, 1970, ss. 495-498.

¹⁴ Hermann Rorschach, *Psychodiagnosics. A Diagnostic Test Based on Perception*, New York, Grime and Stratton, 1969, ss. 17-18.

¹⁵ Nurgül Samurçay, *Projektif Psikoloji ve Psikoanalitik Yaklaşım*, Ankara, Ankara Üniversitesi Dil Tarih Coğrafya Fakültesi Ders Notları, 1983, s. 19-52.

¹⁶ Clifford Morgan, *Psikolojiye Giriş*, çev. Işık Savaşır, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları, 1981, s. 284.

¹⁷ Tefrika Tunaboşlu İkiz, a.g.e., s. 82-86.

¹⁸ Tefrika Tunaboşlu İkiz, "Psikopatoloji ve Projektif Testler", *Yansıtma Dergisi*, 7 (8), 2007, s.12-14.

Çözümlemede istatistiki analiz yöntemlerinden hastalık gruplarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ile iki değişken arasındaki bağıntıyı görebilmek için Ki-kare testleri uygulanmış ve tüm veriler araştırmanın amaçlarına uygun olarak tablolar halinde verilmiştir.

Bulgular

Tablo 1. Taniya Göre Hastaların Bilişsel Süreçlerinin, Affektif Süreçlerinin, Ego fonksiyonlarının, Kişiler Arası İlişkiler ve Sosyal Uyumlarının, Nesne İlişkilerinin ve Anksiyete Düzeylerinin Mann-Whitney U Testi İle Analizi

Şizofreni sıra ort. (n=100)	Mani sıra ort. (n=100)	U
R	63.74	137.26
G	116.79	84.21
D	91.78	108.14
Dd	78.35	122.66
Dbl	93.31	107.69
C	94.92	106.08
CF	86.14	114.86
FC	82.18	118.82
Ext.	87.77	113.23
F	114.97	86.04
F+	102.21	98.79
F-	96.99	104.02
H+Hd	94.19	106.81
Ban.	108.09	92.92
Triade	95.83	105.17
S.C.	80.13	120.88
Obj.	94.64	106.37
Geog.	91.87	109.13
Nat.	90.24	110.77
Plt.	94.15	106.86
Clob	99.59	101.42
FClob	95.70	105.30
ClobF	93.02	107.99
KClob	100.61	100.40

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

Tablo 1 analiz edildiğinde; hastaların bilişsel süreçlerini değerlendiren R,G, D, Dd ve Dbl kodlarında; manik hastaların R ve Dd tepki sayısının şizofrenik hastaların R ve Dd değerinden P<.001, D ve Dbl değerlerinin ise p<.05 oranında anlamlı farklılık gösterdiği, şizofrenik hastaların ise G değerinin manik hastalardan p<.001 oranında farklılaştığı görülmektedir.

Hastaların affektif süreçleri C, CF ve FC ve Ext. kodları ile değerlendirilmiştir. Buna göre manik hastaların CF ve FC değerleri şizofrenik hastaların CF ve FC değerinden $p<.001$ düzeyinde, Ext. değerleri ise $p<.01$ düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Her iki tanı grubunda C değeri ise anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Hastaların ego fonksiyonlarını gösteren F, F+ve F- kodlarında, şizofrenik hastaların F değeri manik hastalardan $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık oluştururken, F+ ve F- değerlerinde bir farklılık saptanmamıştır.

Kişiler arası ilişkiler ve sosyal uyumu gösteren kodlamalardan H+Hd, Ban., Triade tanıya göre anlamlı bir farklılık göstermemiş ancak manik hastaların S.C. değerinde şizofrenik hastalardan $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Hastaların nesne ilişkilerini gösteren Obj., Geog., Nat. ve Plt. değerlerinde; manik hastaların Geog. ve Nat. değeri şizofreni hastalarının Geog. ve Nat. değerinden $p<.01$ düzeyinden anlamlı bir farklılık göstermektedir. Buna karşın her iki tanı grubunda Obj. ve Plt. değerlerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Anksiyetenin değerlendirildiği kodlarda manik hastaların ClobF değerinin $p<.01$ oranında, Dd. değerinin ise $p<.001$ oranında şizofrenik hastalara göre anlamlılık gösterdiği, FClob, Clob ve KClob değerlerinde ise manidarlık bulunmadığı saptanmıştır.

Tablo 2. Tanıya Göre Hastaların Affektif İmmaturite, Erlebnis (K/C), Regresyon (Kadinsky) Düzeylerinin Ki-Kare Testi ile Analizi

Affectif İmmaturite	Şizofreni		Mani		X ²	Sd	P
	N	%	N	%			
<	63	63	78	78	12.58	2	.002
=	27	27	8	8			
>	10	10	14	14			
Erlebnis (K/C) İntroversif	8	8	3	3	28.26	3	.000
Erlebnis (K/C) Extratansif	58	58	83	83			
Erlebnis (K/C) Ambiequal	10	10	13	13			
Erlebnis (K/C) Coarte	24	24	1	1			
Regresyon (Kadinsky) <	30	30	39	39	5.63	2	.06
Regresyon (Kadinsky) =	43	43	27	27			
Regresyon (Kadinsky) >	27	27	34	34			
Toplam	100	100	100	100			

$P<.05$, $P<.001$

Tablo 2 analiz edildiğinde; affektif immaturite için, şizofrenik hastaların %63'ü ">" tepkisi, %27'si "=" tepkisi, %10'u ise ">" tepkisi verdiği; manik hastaların %78'i "<" tepkisi, %8'i "=" tepkisi, %14'ü ise ">" tepkisi verdiği görülmektedir. Şizofreni ve mani hastalarının "<" "=" ve ">" tepkileri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (Ki-kare=12.58 p<.05). Manik hastaların "<" ve ">" yanıtları şizofrenik hastalarından p<.01 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. Taniya göre Erlebnis (K/C) değerlendirmesinde; şizofrenik hastaların %8'i introversif, %58'i extratansif, %10'u ambiequal, %24'ü ise coarte olarak tespit edilmiştir. Manik hastaların ise %3'ü introversif, %83'ü extratansif, %13'ü ambiequal, %1'i coarte çıkmıştır. Buna göre şizofrenik hastalar ile manik hastaların Erlebnis (K/C) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (Ki-kare= 28.26 p<.001). Şizofreni hastalarının "introversif" ve "coarte" yanıtları maniklere oranla daha yüksek iken, mani hastalarının ise "extratansif" ve "ambiequal" yanıtları şizofreni hastalarından daha yüksektir.

Taniya göre regresyon (Kadinsky) değerlerinde; şizofrenik hastaların %30'u "<", %43'ü "=", %27'si ">" tepkisi; manik hastaların ise %39'u "<", %27'si "=", %34'ü ">" tepkisi verdiği ve iki hastalık grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır (Ki-kare=5.63, p>.05).

Tartışma

Araştırma bulgularının ilki şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod hastalarının bilişsel süreçlerinin karşılaştırılması ile elde edilmiştir. Bilişsel süreçler için toplam cevap sayısı (R), global yanıtları (G), detay yanıtlar (D), detay detay yanıtlar (Dd) ve detay blanş yanıtlar (Dbl) analiz edilmiştir. Buna göre mani hastalarının R ve Dd tepki sayısı şizofrenik hastaların R ve Dd değerinden P<.001; D ve Dbl değerleri ise p<.05 oranında, şizofrenik hastaların ise G değeri manik hastalardan p<.001 oranında anlamlı farklılık göstermektedir.

R puanının mani lehine artması literatür ile uyumludur. Manik durumun kognitif işleyişinin sınırsız ve hızı artan düşünce akışıyla şekillendiğini¹⁹, hastaların konuşmasının araya girip kesilemediğini, hızlı ve bölünmesinin zor olduğunu²⁰, konuşmanın bir sel gibi aktığı ve hastanın daldan dala atladığı^{21,22}, geveze olduğu²³ sürekli olarak bir konudan diğerine geçtiği ve genelde

¹⁹ Harold Kaplan ve Benjamin Sadock, *Klinik Psikiyatri*, çev. Ercan Abay, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004, s. 169.

²⁰ Harold Kaplan ve Benjamin Sadock, a.g.e., ss.159-161.

²¹ Orhan Mücahit Öztürk, a.g.e., s. 319.

²² Olcay Yazıcı, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ed. Ertuğrul Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997, ss. 429-438.

cümlelerin son kelimesinin ikinci bir cümlelerin başlangıcını çağrıştırdığı literatürde yer alan bilgilerdir^{24'25'26}. Manik hastanın çağrışımlarındaki bu artış R puanının artışına neden olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada şizofreni hastalarının daha fazla G yanıt verdiği buna karşılık manik hastaların daha fazla D ve Dd yanıt verdiği saptanmıştır. Manik hastanın artan dikkat seviyesi, çağrışımlarının hızlanması ve fikir uçuşmaları, konuşma miktarının artması, dış uyaranlara duyarlılığının yükselmesi, buna karşın şizofreni hastasının bilişsel işlevlerinde özellikle dikkat seviyesindeki azalma, konuşma miktarının azalması, ilgisizliği ve daha somut ifadelerle yönelmesi bu tabloyu açıklayabilir. Bu bağlamda bulgumuz literatür ile uyumludur. Manik hastaların dikkatlerinin çok dağınık ve düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırmalarının olanaksız olduğunu, çünkü dikkat sürelerinin çok kısa olduğu, hastanın yarışan düşünceler, düşünce uçuşmaları içerisinde olduğu^{27'28'29'30'31} belirtilmektedir.

Rorschach testinde G yanıtlarındaki artma düşüncede rigidite belirtisidir ve formalist düşünce yapısına gönderme yapar. Bu bağlamda şizofreni hastalarında G puanının artması hastanın bilişsel bozuklukları ve özellikle azalan dikkat seviyesi ile D ve Dd yanıtlarından uzaklaşması sonucunda uyarıyı tekil ve bütüncül olarak algılama eğilimi ile açıklanabilir. Bulgumuz literatür ile uyumludur. Şizofreni hastalığının karakteristik semptomları yüksek kortikal işlev sahalarındaki yaygın bozulmaya bağlıdır³². Şizofreni hastalarında görülen zaman içinde meydana gelen olayları ve algıları bütünleştirme, planlama, amaca yönelik davranışı sürdürme ve davranışsal esneklik konusundaki bozuklukların yanı sıra³³, bu hastalar farklılık ve benzerlikleri kavrama yeteneği yitirilebilir³⁴. Genel bir ilgisizlik

²³ Ertuğrul Köroğlu, a.g.e., ss. 294-295.

²⁴ Adnan Ziyalar, *Erişkin Psikopatolojisi*, İstanbul, Yüce Yayın, 2006, s. 280-282.

²⁵ Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (DSM-IV-TR), a.g.e., ss.151-189.

²⁶ ICD- 10. *Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Klavuzu*, a.g.e., ss. 104-123.

²⁷ Ertuğrul Köroğlu, a.g.e., ss. 294-295.

²⁸ Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (DSM-IV-TR), a.g.e., ss.151-189.

²⁹ ICD-10. *Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Klavuzu*, a.g.e., ss. 104-123.

³⁰ Orhan Mücahit Öztürk, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Ankara, Feryal Matbaası, 2005, s. 291-342

³¹ Adnan Ziyalar, a.g.e., ss. 280-282.

³² Mario Maj ve Norman Sartorius, *Psikiyatride Kanıt Dayalı Yaklaşım ve Deneyim*, çev. Mehmet Zihni Sungur, İstanbul, CSA Medikal ve Paramedikal, 1999, ss. 1-37.

³³ Sirel Karakaş, "Yönetici İşlevlerin Ayrıştırılmasında Multidisipliner Yaklaşım: Bilişsel Psikolojiden Nöroradyolojiye", *Klinik Psikiyatri*, 3 (4), 2000, s. 215-227.

³⁴ Çağatay Karşıdağ...et al., "Yeti Yitimi Kavramı ve Ruhsal Hastalıklarda Rehabilitasyon", *Düşünen Adam*, 13 (4), 2000, ss. 225-230.

nedeniyle hafızada ve diğer bilişsel fonksiyonlarında bozulma olduğu görülür³⁵, hastanın ilgi azlığına ve dikkat dağınıklığına bağlı olan bu bozulma³⁶, düşüncenin akışında durmalar (blok) ve düşünce sıkışmasına sebep olur³⁷ bilgisi şizofreni hastalarının G yanıtlarındaki artışı açıklayabilir.

Araştırmada Dbl mani hastaları lehine artmıştır. Detay blanş (Dbl) muhalefete ve ağırsiviteye delalettir. Karşı koyucu bir tutum (negativizm), yapılması gerekeni yapmama durumu söz konusudur, bununla birlikte deneğin kendi fikrini savunmasını, kanıtlama çabalarını ve iç dinamizmini gösterebilir³⁸. Bulgumuz literatür ile uyumludur. Mani hastalarının emotif özellikleri arasında iritabilite³⁹, sıklıkla da öfkenin egemen olduğu; sık görülen öfkeli, küfürcü bazen saldırgan tutumların hasta engellenince ortaya çıktığı; aşırı neşesini, hareketliliğini durdurmaya çalışanlara çabuk kızabileceklerini ve saldırgan olabilecekleri⁴⁰, mani hastasının duygulanımındaki aşırı neşe ve keyif halinin en ufak bir nahoş uyaran karşısında birden yerini sinirliliğe ve öfkeye bırakabileceğini ve hastanın agresif ve zarar verici olabileceği; mizaçtaki yükselme ve mizaçtaki ani sıçramaları ile hastanın, hareketliliği engellemek isteyenlere karşı acımasız davranabileceği⁴¹ bilgileri Dbl yanıtlarındaki artıştan sorumlu tutulabilecek klinik semptomlardır.

Araştırmada elde edilen ikinci bulgu iki hastalık grubunun affektif süreçlerinin karşılaştırılması ile elde edilmiştir Buna göre manik hastaların CF ve FC değerleri şizofrenik hastaların CF ve FC değerinden $p<.001$ düzeyinde, extratansivite (Ext.) değerleri ise $p<.01$ düzeyinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Mani hastaları lehine yükselen CF ve FC tepkileri mani hastalarının duygulanım süreçlerinde görülen yükselme ile, şizofreni hastalardan ise affektif durgunluk veya küntlük ile açıklanabilir. Bulgularımız literatür ile uyumludur. Mani hastasında duygulanımında coşkunun ve aşırı neşenin egemen olduğunu, hastanın çevresindekiler tarafından eğlenceli bulunduğunu, hastanın neşesinin çevresindekilere de bulaştığını, yükselen bir duygudurum içerisinde olduğu⁴², mani hastasının emosyonel özelliklerinin

³⁵ Mehmet Emin Ceylan ve Mesut Çetin, a.g.e., ss. 109-110.

³⁶ Yusuf Alper...et al., *Herkes için Psikiyatri, Sorunlar ve Öneriler*, İstanbul, Era Yayıncılık, 1997, s.113.

³⁷ Levent Mete, "Şizofrenide Klinik Belirtiler", *Şizofreni Dizisi*, 1 (1), 1998, s. 23-28.

³⁸ Yani Anastasiadis, *Rorschach Seminer Notları*, İstanbul Üniversitesi Yayınlanmamış Ders Notları, İstanbul, 1975.

³⁹ Ertuğrul Köroğlu, a.g.e., ss. 294-295

⁴⁰ Orhan Mücahit Öztürk, a.g.e., s. 319.

⁴¹ Adnan Ziyalar, a.g.e., ss. 280-282.

⁴² Olcay Yazıcı, a.g.e., ss. 133-142

taşkın, kabarmış, elesyonda, öforik, irritable, değişken (labil) olduğunu bilgisi literatürde yer almaktadır^{43'44}.

CF ce FC tepkilerinin şizofreni hastalarında daha düşük olarak saptanmış olması da literatür ile uyumludur. Kraepelin'e göre şizofreni hastalarında emosyonel aktivitelerde zayıflama⁴⁵ görülmektedir. Jackson ise pozitif/negatif şizofreni ayrımı yaparken negatif belirtiler olarak duygulanımda küntlük ve emosyonel içe çekilmeye⁴⁶ yer vermiştir. Uzun'a göre de şizofreni hastalarının duygulanım ve duygudurum alanında bozukluklar vardır. Bu bozukluklarda uygunsuz duygulanım %20, düz duygulanım veya künt duygulanım %50, değişmeyen yüz ifadesi %53, affektif yanıtızlık %30 oranında yer almaktadır⁴⁷. Duygulanımda küntlük⁴⁸, affektif düzleşme⁴⁹, duygulanımın düz, künt, uyumsuz ve uygunsuz olması⁵⁰ şizofreni hastalığında karakteristik semptomlar arasında yer alır.

Extratransivite değerinin (Ext.) manik epizod hastası lehine artması, mani hastasının impulsif doğasını açıklayabilir. Bulgularımız literatür ile uyumludur. Alan yazınında manik hastaların dürtü denetimlerinin azaldığı, impulsif davranma potansiyellerinin arttığı ve impulsif doğalarının kendilerinin intihar, araba kazaları, hiperseksüalite gibi davranışlarında önemli olduğu bilgisi yer almaktadır^{51'52}.

Araştırmada elde edilen üçüncü bulgu iki hastalık grubunun ego fonksiyonları açısından karşılaştırılması ile elde edilmiş ve şizofrenik hastaların F değeri manik hastalardan p<.001 düzeyinde anlamlı bir farklılık oluştururken, F+ ve F- değerlerinde bir farklılık saptanmamıştır.

Şizofreni hastalarının F puanlarındaki yükselme affeksiyon yanıtlarının (renk yanıtlarının) hiç olmaması ya da az olması (Bkz. Tablo 1) araştırma bulgusuyla uyumludur. Aynı zamanda F yanıtlarının şizofreni lehine

⁴³ Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (DSM-IV-TR), a.g.e., ss. 151-189.

⁴⁴ ICD-10. Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Klavuzu, a.g.e., ss. 104-123.

⁴⁵ Mehmet Emin Ceylan ve Mesut Çetin, a.g.e., s. 83.

⁴⁶ Mario Maj ve Norman Sartorius, a.g.e., ss. 1-37.

⁴⁷ Önder Uzun, *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri*, Ed., Mehmet Emin Ceylan, İstanbul, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri, 2005, s. 643.

⁴⁸ Nahit Özmenler ve Salih Battal, "Şizofreni Tarihçesi", *Şizofreni Dizisi*, 1 (1), 1998, ss. 5-16.

⁴⁹ Jeffrey Cummings, *Nöropsikiyatri ve Davranış Nörolojisi*, çev. Akdal Gülden ve Yener Görsev, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2003, ss. 41-47.

⁵⁰ Erdal Işık, *Şizofreni Kitabı*, Ankara, Kent Matbaacılık, 1997, ss. 1-64.

⁵¹ Erdal Işık, *Depresyon ve Bipolar Bozukluk*, İstanbul, Görsel Sanatlar Matbaası, 2003, ss. 463-510.

⁵² Harold Kaplan ve Benjamin Sadock, a.g.e., s. 190.

yükselmesi, şizofreni hastalarındaki formalist düşünce yapısını açıklamaktadır. Bu bağlamda F puanına ilişkin bu bulgu düşüncede rigidite bulgusunun verildiği G yanıtlarının yükselmesi ile de uyumludur (Bkz. Tablo 1). Şizofreni hastalarında F puanının artması literatür ile uyumludur. Rorschach testinde önemli isimlerden Exner (1986), “yanlış algılama” ve “yetersiz düşünce biçimi” kriterlerinin şizofreni hastalarına özgü olduğunu⁵³ belirtmektedir. Şizofrenideki başlıca bozukluğun bir ego organizasyon bozukluğu olduğunu ileri süren psikoanalitik kurama göre egonun dezorganizasyonu gerçekliğin yorumunu ve dürtülerin denetim altında tutulmasını etkilemektedir⁵⁴. Paul Federn’de şizofreninin bir ego hastalığı olduğunu belirterek, libido enerjisinin ego sınırlarına olan yatırımının kaybı ya da azalması ile egonun içsel ve dışsal sınırlarında ortaya çıkan zayıflamaların ilkel ego durumlarının ortaya çıkmasına ya da zihinsel dünya ile dış gerçek dünya arasındaki sınırın ortadan kalkmasına neden olduğunu belirtir⁵⁵. Şizofreni hastalarının affektif tepkilerinin azlığı ise literatür ile uyumludur. Yavaş yavaş dış dünya gerçeklerinden kopan ve ego sınırları parçalanmaya başlayan hasta, hastalık ilerledikçe duygusal yaşamında gittikçe artan kısıtlanma, sığılık, azalma ve donukluk sergiler⁵⁶. Hastanın duyguların dışavurumunda ve duygusal tepki vermede bir yetersizlik söz konusudur^{57,58}.

Araştırmanın dördüncü bulgusu iki hastalık grubunun kişiler arası ilişkiler ve sosyal uyumlarının karşılaştırılması ile elde edilmiştir. Mani hastalarının sosyal kontak (S.C.) düzeyi şizofreni hastalarından $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Bulgu literatür ile uyumludur. Şizofreni hastalarında kişiler arası ilişkilerin ve sosyal uyumun bozulması hastalığın prodromal ve prognostik sürecinde karakteristik bir belirtidir. Hastanın aile bireylerine nefret duyması ile başlayıp daha sonra gittikçe kendi iç âlemine çekilmesi, uyum sorunlarıyla başlayıp yıkımla sonlanan bir içe kapanma tablosu, toplumsal izolasyonunun şizofreninin hem bir nedeni hem de bir belirtisi olduğunu⁵⁹, şizofreni hastalığının kişiyi alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaştıran, içinde yaşadığı toplumdan kopararak kendi iç dünyasının

⁵³ John Exner, *The Rorschach: A Comprehensive System Basic Foundations*, Amerika, John Wiley & Sons Publishing, 1986, s. 418.

⁵⁴ Sigmund Freud, *Psikopatoloji*, çev. Atalay Hakan, İstanbul, Payel Yayınları, 1999, ss. 193-211.

⁵⁵ Thomas Mcglashan ve Ralph Hoffman, *Schizophrenia: Psychodynamic To Neurodynamic Theories, Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 2000, ss. 1159-1169.

⁵⁶ Erdal Işık, a.g.e., ss. 1-64.

⁵⁷ Levent Mete, a.g.m., ss. 23-28.

⁵⁸ Orhan Mücahit Öztürk, a.g.e., 2004, ss. 234-242.

⁵⁹ Harold Kaplan ve Benjamin Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, NewYork, Lippincott Williams and Wilkins, 2000, ss. 1096-1231.

derinliklerine sürükleyen bir hastalık olduğu^{60'61} alan yazınında belirtilmektedir.

Araştırmanın beşinci bulgusu iki hastalık grubunun nesne ilişkilerinin incelenmesi ile elde edilmiştir. Nesne ilişkilerinde manik hastaların coğrafya (Geog.) ve natural (Nat.) değeri şizofreni hastalarının Geog. ve Nat değerinden $p<.01$ düzeyinden anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Rorschach testinde çeşitli coğrafi şekillerin verildiği Geog. yanıtları dışa yönelmiş agresyon göstergesidir. Doğaya ait tanımlamaların yapıldığı Nat. yanıtları ise regresif bir infantil affektivite bulgusudur. Bu bağlamda Geog. ve Nat. yanıtlarının mani hastaları lehine yükselmesi literatür ile uyumludur. Köroğlu'nun ifadesiyle hastanın duygu durumu labil ve daha çok öforiktir ancak zaman zaman irritabilite ortaya çıkabilir, duygudurumları instabil, öfkeli ya da agresif olabilir⁶². Öztürk'e göre mani hastasının duygulanımında coşku, aşırı neşe ve sıklıkla da öfke egemendir. Sık görülen öfkeli, küfürücü bazen saldırgan tutumlar hasta engellenince ortaya çıkar ve hasta hareketliliğini durdurmaya çalışanlara çabuk kızar, saldırgan davranabilir⁶³. Ziyalar ise mani hastasının duygulanımındaki aşırı neşe ve keyif halinin en ufak bir nahoş uyaran karşısında birden yerini sinirliliğe ve öfkeye bırakabileceğini ve hastanın agresif ve zarar verici olabileceğini belirtir⁶⁴.

Araştırmada elde edilen altıncı bulgu şizofreni ve mani hastalarının immatürite düzeyleri arasında $p<.01$ oranında anlamlı bir farklılık bulunduğu ilişkindir (Ki-kare=12.57 $p<.05$). Bu bulgu mani hastalarının dürtüsel tepkilerinin kontrol etme yeteneklerinin büyük oranda zayıflaması olarak düşünülmektedir. Bulgumuz literatür ile uyumludur. Birçok kaynakta mani hastasında dürtü denetiminin azaldığı ve impulsivitenin belirgin olduğu, bu impulsif doğaya uygun yaşantı içerisinde bireyin amaca yönelik davranışlar sergilediği, dezinhibisyonun ortaya çıkabileceği, sosyal frenlerin ortadan kalkmasının sonucunda hastanın toplumsal kurallara uygun davranmadığı, cinsel açıda uygun olmayan davranışlar sergileyebildikleri, azalan dürtü kontrolü ile büyük ve tehlikeli işlere girişebilecekleri, para harcamalarının arttığı, hatta intihar veya cinayet görülebileceği, bu çekiniksiz doğalarının telefonu aşırı kullanmalarına, uzun uluslararası görüşmeler yapmalarına, patolojik kumar ve halka açık alanlarda soyunma eğilimi, alkol kullanım

⁶⁰ Alan Breier, a.g.e., s.5.

⁶¹ Michael Goldstein, *ABD'de Şizofreni Tedavisi Kapsamında Ruhsal-Eğitsel Aile Programları*, çev. Nurcan Şen, İstanbul, Şizofreni Yazıları Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği Yayın Organı, 1 (1), 2000, ss. 20-26.

⁶² Ertuğrul Köroğlu, a.g.e., ss. 294-295.

⁶³ Orhan Mücahit Öztürk, a.g.e., 2004, s.319.

⁶⁴ Adnan Ziyalar, a.g.e., ss. 280-282.

oranında artış gibi birçok alanda davranışlar sergilemelerine yol açabilecekleri bildirilmektedir^{65' 66}.

Araştırmada elde edilen yedinci bulgu iki hastalık grubunun impulsivite düzeylerinin karşılaştırılması ile elde edilmiştir. Hastaların impulsivite düzeyleri, erlenbis değerlendirilmesi (K/C faktörünün) Ki-kare analizi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda şizofreni hastalarının "introversif" ve "coarte" yanıtları mani hastalarına göre daha yüksek olduğu; mani hastalarının ise "extratansif" ve "ambiequal" yanıtları şizofreni hastalarından göre daha yüksek olduğu ve anlamlılık düzeyinin $p<.001$ olduğu görülmektedir (Ki-kare=28.26 $p<.001$).

Rorschach testinde introversif tip rigidite, affektif kuruluk, realite ile ilişkileri ve bağları kesme ile karakterize iken, extratansif tip ise frensiz bir labilite, explozite, aynı zamanda agresif bir irritabilite, anxiete, maturite eksikliği ve regresif bir infantil affektivite gösterir. Coarte tip, hislerin dışa vurulmasını inhibe eden, prodüktivite kabiliyeti zayıf, affektif ilişkileri ve ilgileri çok sınırlı bireyleri tanımlarken, erlenbisin ambiequal düzeyi sağlıklı bireylerde affeksiyondaki denge halini, psikotik vakalarda ise affektif ambivalansı tanımlamaktadır⁶⁷. Bu bilgiler ışığında şizofrenik hastaların introversif ve coartatif, manik hastaların ise extratansif ve ambiequal yanıtları literatür ile uyumludur. Alan yazınında şizofrenik hastaların düşüncede rigidite (formalist düşünce yapısı), affektif küntlük ya da uygunsuz bir affekt ile içe çekilmiş, duygulanımını dile getirmeyen, kendi iç dünyasında yaşayan, sosyal ilişkilerden izole bir yaşam süren, realite ile ilişkilerini ve bağlarını kesmiş bir klinik seyrettiği; manik hastaların ise labil bir affekt, agresif bir irritabilite, anxiete, explozite, maturite eksikliği ve regresif bir infantil affektivite ve affektif ambivalans gösterdikleri bilgisi yer almaktadır^{68'69' 70}.

Araştırmanın sekizinci bulgusu iki hastalık grubunun anksiyete ve angoisse düzeylerinin karşılaştırılması ile elde edilmiş; manik hastaların ClobF düzeyleri $p<.01$, detay detay (Dd) düzeyleri ise $p<.001$ oranla şizofreni hastalarına göre anlamlı olarak saptanmış; FClob, Clob ve KClob değerlerinde istatistiksel bir farklılık belirlenmemiştir.

Şizofrenik ve manik hastaların anksiyete düzeylerine ilişkin literatürel bir yazıya rastlanmamakla birlikte, ClobF ve Dd değerinin maninin lehine

⁶⁵ Işık Erdal, a.g.e, 2003, ss. 467-509.

⁶⁶ Harold Kaplan ve Benjamin Sadock, a.g.e., 2003, s. 190.

⁶⁷ Yani Anastasiadis, *Rorschach Seminer Notları*, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayınlanmamış Ders Notları, 1975.

⁶⁸ Çağatay Karşıdağ...et al., a.g.m., ss. 225-230.

⁶⁹ Ertuğrul Köroğlu, a.g.e., ss. 294-295.

⁷⁰ Adnan Ziyalar, a.g.e., ss. 280-282.

yükselmesi, manik hastaların lehine yükselen Geog. ve Nat. cevaplarında olduğu gibi (Bkz. Tablo 1), anksiyete ve kaçış cevapları olarak yorumlanabilir. Şizofreni hastalarında ise cevap sayısının az olması ve F cevapları ile formalist düşünce yapısına sahip olmalarının Dd tepkilerinin düşmesinde (Bkz. Tablo 1) ayrıca affektif küntlük ya da uygunsuz duygulanım (Bkz. Tablo 1.) nedeniyle de ClobF tepkisini az sayıda olmasında etken olduğu düşünülmektedir. Bu bulgu araştırmanın diğer bulguları ve literatür ile uyumludur. Anksiyete düzeyinin yüksek olduğunun bir ifadesi olarak ClobF ve Dd puanlarının mani hastaları lehine yükselmesi literatür ile uyumludur. Literatürde anksiyete, genellikle gelecekle ilgili insanı üzen ve sıkı bir bekleme hali olarak tanımlanır. Titreme, terleme, çarpıntı ve yüksek nabız gibi fiziksel semptomlarla ortaya çıkan güvensizlik duygusu ile karışık bir heyecan durumu olarak tanımlanan anksiyete⁷¹, içten veya dışardan gelebilecek bir tehlike beklentisinin neden olduğu kaygı ve endişe durumu ve tehdide karşı geliştirilen bir tepkidir⁷². Mani hastasında distraktibilitenin (dikkat dağınıklığı) olması, fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yanıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı⁷³, dikkat ve dikkati toplama yetisinin bozulması, yüzeylerin ve dokuların ince ayrıntıları ile uğraşma⁷⁴ semptomatolojik düzeyde tanımlanmaktadır. Aynı zamanda birçok yazar mani hastasının çağrışımlarının hızlandığını, fikir uçuşmalarının görüldüğünü ve dikkatin azalıp kolay çelinebilir olduğunu belirtmektedir⁷⁵.

Araştırmanın dokuzuncu bulgusu iki hastalık grubunun regresyon düzeylerinin karşılaştırılması ile elde edilmiştir. Buna göre Kadinsky formülünde hastaların regresyon düzeyleri incelenmiştir. Uygulanan Ki-kare analizlerinde hastaların regresyon düzeylerinde açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte mani hastalarının regresyon tepki sayısı (%39) şizofreni hastalarından (%30) daha büyüktür.

Bulgu regresyonun şizofreni hastasına özgü olmadığı, manik hastaların da regresyonun sergileyebileceği şeklinde düşünülmektedir. Literatürde Kaplan'ın "manik hastalar gerileyebilirler ve idrar ya da dışkılarıyla oynayabilirler"⁷⁶ ifadesi de bulgumuzu desteklemektedir. Bununla birlikte bipolar hastaların işlevselliklerinde zaman içinde oluşan kayıplar da regresyon olarak değerlendirilebilir. Birçok yazar mani hastasının iç görüden

⁷¹ Zehra Demet Üst...ve öte., "Doğum Eyleminde Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Dergisi*, Cilt 16, No 2, 2013, s.111.

⁷² Ethem Erdal Erşan...ve öte., "Fibromiyaljili Hastaların Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi", *Sempozyum*, Cilt 1, No 3, 2014, s.31.

⁷³ Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV), a.g.e., ss. 151-189.

⁷⁴ ICD-10. Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Klavuzu, a.g.e., ss. 104-123.

⁷⁵ Orhan Mücahit Öztürk, a.g.e., 2005, ss. 291-342.

⁷⁶ Harold Kaplan ve Benjamin Sadock, a.g.e., 2004, ss.165-167.

yoksun ve muhakeme yeteneklerinin bozulmuş olduğunu bildirmektedir⁷⁷ ⁷⁸. İç görü yoksunluğunun ve muhakeme yeteneğinin kaybının da bir regresif semptom olarak kabul edilebileceği düşünülmektedir.

Bu araştırma exitasyon tablosu ile hastaneye getirilen ve önce kapalı ardından açık servise alınan, 25-35 yaş aralığında, ilkokul mezunu, çalışmayan (bir meslek icra etmeyen), 5 yıldan daha uzun süredir hastalık tanısı almış olan, ilaç kullanımı düzensiz olan, kafa travması ve adli vaka öyküsü bulunmayan hastalar ile yapılmıştır ve bu şartlar araştırmanın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır. Aynı zamanda araştırmacının hastaların tanısını biliyor olmasının, Rorschach Testi'nin kodlanması sırasında istemsiz, subjektif kodlama hatası oluşturmuş olabileceği de araştırmanın bir kısıtlılığı olarak düşünülmektedir.

Sonuç

Rorschach testinin diagnostik özelliği şizofreni ve bipolar affektif bozukluk manik epizod tanısı almış hastaların ayırıcı tanılarını yapabilmektedir. Hastalık gruplarının test protokolleri birbirinden belirgin olarak farklı olup, hastanın kliniğiyle örtüşen belli alanlarda yoğunlaşma görülmektedir. Test kendi alt testleri ile hastanın kliniğini desteklemektedir: Şizofrenik alevlenme manik alevlenmeye göre bireyin bilişsel süreçlerini daha olumsuz etkilemektedir. Bireyin ego fonksiyonları şizofreni hastalığında bipolar affektif bozukluk hastalık dönemine göre daha olumsuz etkilenmektedir. Bipolar affektif bozukluk hastalarının affektivitesindeki yükselme şizofreni hastalarınınkinden fazladır. Şizofreni hastalarının kişiler arası ilişkileri ve sosyal uyumu bipolar affektif bozukluk hastalarından daha fazla bozulmuştur. Şizofreni hastalarının nesne ilişkileri bipolar affektif bozukluk hastalarının nesne ilişkilerinden daha fazla bozulmuştur. Bipolar affektif bozukluk hastalarında anksiyeteyi kontrol edememe düzeyi şizofreni hastalarından daha yüksektir. Şizofreni hastaları bipolar affektif bozukluk hastalarından affektif küntlük bulgusuyla ayrılır. Şizofreni hastalarının impulsivite düzeyi mani hastalarından düşüktür. Şizofreni ve bipolar affektif bozukluk regresyon düzeyleri arasında fark yoktur.

⁷⁷ Harold Kaplan ve Benjamin Sadock, a.g.e., 2005, s.190.

⁷⁸ Ertuğrul Köroğlu, a.g.e., ss. 294-295.

KAYNAKÇA

- ALPER, Yusuf... vd., **Herkes için Psikiyatri, Sorunlar ve Öneriler**, Era Yayıncılık, İstanbul 1997.
- ANASTASI, Anne, **Psychological Testing**, London 1970, s. 495-498.
- ANASTASIADIS, Yani, **Rorschach Seminer Notları**, İstanbul Üniversitesi Yayınlanmamış Ders Notları., İstanbul 1975.
- Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV)**, (Çev; Ertuğrul Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, 4.Baskı, Ankara 1994, s. 127-129.
- Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (DSM-IV-TR)**, (Çev. Ertuğrul Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, 4.Baskı, Ankara 2001.
- AUSTIN, Jehannine, "Schizophrenia: An Update and Review", *J Genet Couns*, 5, (14), 2005, ss. 329-340.
- BOWDEN, Charless, "Update on Bipolar Disorder. Epidemiology, Etiology, Diagnosis and Prognosis", *Medscape Psychiatry Mental Health A Journal*, 2 (3), 1997, ss. 6.
- BREIER, Alan, **Şizofrenide Yeni İlaç Tedavileri**, (Çev. Ömer Aydemir), Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1998.
- CASONA, Giovanni... vd., "The Bipolar Spectrum: A Clinical Reality in Search of Diagnostic Criteria and Assessment Methodology", *J Affect Disord*, 54 (3), 1999, ss. 319-328.
- CEYLAN, Mehmet Emin, Mesut ÇETİN, **Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri**, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri, İstanbul 2005.
- CUMMINGS, Jeffrey, **Nöropsikiyatri ve Davranış Nörolojisi**, (Çev; Akdal Gülden, Yener Görsev), Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2003.
- DUBOVSKY, Steven, Amelia DUBOVSKY, **Mood Disorders**, American Psychiatric Publishing, Washington, 2003.
- ERŞAN, Ethem Erdal... vd., "Fibromiyaljili Hastaların Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi", *Sempozyum*, 1 (3), 2014, s.31.
- EXNER, John, **The Rorschach: A Comprehensive System Basic Foundations**, John Wiley & Sons Publishing, Amerika 1986.
- FREUD, Sigmund, **Psikopatoloji**, (Çev; Atalay Hakan), Payel Yayınları, İstanbul 1999.
- GOLDMAN, Howard, **Schizophrenic Disorders: Review of General Psychiatry**, 5th ed., Lange Medical Books/The McGraw-Hill Companies, New York 2000.
- GOLDSTEIN, Michael, **ABD'de Şizofreni Tedavisi Kapsamında Ruhsal-Eğitsel Aile Programları**, (Çev; Nurcan Şen), Şizofreni Yazıları Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği Yayın Organı, 1(1), İstanbul 2000, s. 20-26.

- ICD-10. Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Klavuzu**, Medikomat Basım Yayın, Ankara 1992.
- IŞIK, Erdal, **Şizofreni Kitabı**, 2. Baskı, Kent Matbaacılık, Ankara 1997.
- IŞIK, Erdal, **Depresyon ve Bipolar Bozukluk**, Görsel Sanatlar Matbaası, İstanbul 2003, ss. 463-510.
- KARAKAŞ, Sirel, "Yönetici İşlevlerin Ayırıştırılmasında Multidisipliner Yaklaşım: Bilişsel Psikolojiden Nöroradyolojiye", *Klinik Psikiyatri*, 3 (4), 2000, ss. 215-227.
- KARŞIDAĞ, Çağatay, Şafak TAKTAK, Nihat ALPAY, "Yeti Yitimi Kavramı ve Ruhsal Hastalıklarda Rehabilitasyon", *Düşünen Adam*, 13 (4), 2000, ss.225-230.
- KARASAR, Niyazi, **Bilimsel Araştırma Yöntemi**, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2010.
- KAPLAN, Harold, Benjamin SADOCK, **Comprehensive Textbook of Psychiatry**, 7th ed., Lippincott Williams and Wilkins, NewYork 2000.
- KAPLAN, Harold, Benjamin SADOCK, **Kaplan and Saddock's Synopsis of Psychiatry**, 9th ed., Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2003.
- KAPLAN, Harold, Benjamin SADOCK, **Klinik Psikiyatri**, (Çev; Ercan Abay), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2004.
- KAPLAN, Harold, Benjamin SADOCK, **Klinik Psikiyatri**, (Çev; Ali Bozkurt), Güneş Kitabevi, Ankara 2005.
- KÖROĞLU, Ertuğrul, **Psikonozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri**, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2004.
- MAJ, Mario, Norman SARTORIUS, **Psikiyatride Kanıta Dayalı Yaklaşım ve Deneyim**, (çev. Mehmet Zihni Sungur), CSA Medikal ve Paramedikal, İstanbul 1999.
- MERIKANGAS, Kathleen, Joel SWENDSEN, "Genetic Epidemiology of Psychiatric Disorders", *Epidemiol Rev*, 19 (1), 1997, ss. 144-155.
- METE, Levent, "Şizofrenide Klinik Belirtiler", *Şizofreni Dizisi*, 1(1), 1998, ss. 23-28.
- McGLASHAN, Thomas, Ralph HOFFMAN, **Schizophrenia: Psychodynamic To Neurodynamic Theories, Comprehensive Textbook of Psychiatry**, (çev. Benjamin Sadock), Williams and Wilkins Publishing, Baltimore 2000, ss. 1159-1169.
- MORGAN, Cilfford, **Psikolojiye Giriş**, (Çev; Işık Savaşır), Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları, Ankara 1981.
- ORAL, Timuçin, **Neden Nasıl Şizofreni**, (Ed; Selçuk Candansayar), Şen Matbaa, Ankara 2005.
- ÖZMENLER, Nahit, Salih BATTAL, "Şizofreni Tarihçesi", *Şizofreni Dizisi*, 1 (1), 1998, ss. 5-16.
- ÖZTÜRK, Orhan Mücahit, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Nobel Tıp Kitabevleri, 10. Baskı, Ankara 2004.
- ÖZTÜRK, Orhan Mücahit, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, 9.Baskı, Feryal Matbaası, Ankara 2005.

- RAPOPORT, Ronald... vd., "The Neurodevelopmental Model of Schizophrenia: Update", *Mol Psychiatry*, 10 (5), 2005, ss. 434-49.
- RORSCHACH, Hermann, **Psychodiagnostics: A Diagnostic Test Based on Perception**, 7th ed., Grime and Stratton, New York, 1969.
- SAMURÇAY, Nurgül, **Projektif Psikoloji ve Psikoanalitik Yaklaşım**, Ankara Üniversitesi Dil Tarih Coğrafya Fakültesi Ders Notları, Ankara, 1983.
- SAVAŞIR, Işık, **Psikolojik Değerlendirme**, (Ed. Mücahit Orhan Öztürk), Feryal Matbaası, Ankara 2004.
- ŞAHİN, Mehmet, "Şizofreni: Klinik Özellikler, Tanı, Ayırıcı Tanı", *Psikiyatri Dünyası*, 1999, 3, ss. 72-78.
- TUNABOYLU İKİZ, Tefika, **Rorschach Testinin Psikanalitik Yorumu-I**, Bağlam Yayınları, İstanbul, 2001.
- TUNABOYLU İKİZ, Tefika, "Psikopatoloji ve Projektif Testler", *Yansıtma Dergisi*, 7 (8), 2007, ss.12-14.
- UZUN, Önder, **Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri** (Ed. Mehmet Emin Ceylan), Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri, İstanbul 2005.
- ÜST, Zehra Demet... vd., "Doğum Eyleminde Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Dergisi*, 16 (2), 2013, s. 111.
- YAZICI, Olcay... vd., "Predictors of Lithium Prophylaxis in Bipolar Patients", *Journal of Affective Disorders*, 55 (2-3), 1999, ss. 133-142 .
- YAZICI, Olcay, **Psikiyatri Temel Kitabı**, (Ed. Ertuğrul Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1997, ss. 429-438.
- ZİYALAR, Adnan, **Erişkin Psikopatolojisi**, Yüce Yayın, İstanbul 2006.

Summary

In this study, in which schizophrenia and a amnic episode of bipolar affective disorder have been examined. In the context of the diagnostic feature of the Rorschach test, it is aimed to produce data to distinguish these two diseases which are hard to choose from due to the fact that they are the areas of psychosis. For this purpose, the patients' cognitive anf affective process, their ego functions, their level of interpersonal and social adaptation, their object relations and their level of immaturity, impulsivity, anxiety and regression have been examined. In the research, in which relational screening model was used, the data were produced act of a sumple group at 200 inpatients in Erenköy Psychiatric, Training and Research Hospital between June of 2007 and February of 2008; and criteria were as follows: that the patient was between the ages of 25-35; that he/ she finished primary school; that he/she didn't work; hat he/she was ill for more than 5 years; that he/she took medicine on an irregular basis; that he/she didn't live through a head travma or a judicial case and that he/she

was single. The data were collected by use of the Rorschach test applied by the researcher to the participants and by used of knowledge form arranged by the researcher and they were tested with the Mann-Whitney U test (.05 level of significance) and the Ki-Kare analiysis by using SPSS 12.0.

The results are as folows: The diagnostic features of the Rorschach Test is capable of making a distinctive diagnosis for patients with schizophrenia and a manic episode of bipolar affective disorder; the test protocols of the disease groups are distinct from each other and certain areas which are the same of the clinical case of the patients. The test supports the clinical case of the patient with its sub-tests. Schizophrenic relapse affects the individual's cognitive process more negatively than manic relaps does. The individual's ego functions in schizophrenia are affected more negatively than in bipolar affective disorder. The rise in the affectivity of the patients with bipolar affective disorder is higher than the are in the affectivity of those with schizophrenia. The interpersonal and social adaptation of the patients schizophrenia is worse than those with bipolar affective disorder. The object relations of the patients with schizophrenia are worse than the ones of those with bipolar affective disorder. The level of the ability not to control anxiety in the patients with bipolar affectivity disorder is higher than the one in those with schizophrenia. The patients with schizophrenia are distinguished from those with bipolar affective disorder in terms of affective blined. The impulsivity level of patients with schizophrenia is lower than the one of those with mania. There is no difference between the levels of schizophrenia and bipolar affective disorder regression.

In consideration of the fact that true diagnosis leads to the most suitable way of treatment, making a disctinctive diagnosis for the patient is likely to be of use in several areas from pharmacotherapy to psychosocial therapy from raising awareness in the patients as weel as in the family to the patient's process of treatment and rahabilitation. What's more, a distinctive diagnosis is certain to prevent not only various phases of treatment in hospital (medicine, laboratory procedures, psychometric measures) but also economic and labour losses. In this sense, the Rorschach test can be used to distinguish the two disease groups.