

**Araştırma / Original article****Epilepsi hastalarının kişilik özelliklerinin Cloninger'in Mizaç ve Karakter Ölçeği ile değerlendirilmesi****Bora BOSTANCI,<sup>1</sup> Numan KONUK,<sup>2</sup> Sibel KIRAN,<sup>3</sup>  
Zekeriya KÖKREK,<sup>4</sup> Seher Naz YENİ<sup>5</sup>****ÖZET**

**Amaç:** Epilepsi hastalarının kişilik yapısını boyutsal olarak değerlendiren az sayıda araştırma vardır. Bu çalışmada epilepsi hastalarının kişilik özelliklerinin, kişiliği boyutsal açıdan değerlendirmeye olanak tanıyan Mizaç ve Karakter Ölçeği (MKÖ) kullanılarak sağlıklı kontrollere göre farklılık olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu araştırma, 78 epilepsi hastası ve 85 sağlıklı kontrol grubu üzerinde yürütülen kesitsel, karşılaştırmalı bir araştırmadır. Denekler SCID-I, SCID-II, MKÖ ve HAM-D ölçekleri ile değerlendirildi. Gruplar arasında fark olup olmadığı, parametrik koşullarda t testi ve nonparametrik koşullarda Mann-Whitney U testi ile analiz edildi. **Bulgular:** Epilepsi grubu ile kontrol grubu arasında (s=85) MKÖ alt ölçekleri bakımından; zarardan kaçınma, yabancılardan çekinme, sebat etme, amaçlılık, beceriklilik, kendini aşma, kendilik kaybı, kişiler ötesi özdeşim ve manevi kabullenme skorlarında anlamlı farklılık bulundu ( $p<0.005$ ). Buna göre epilepsi hastaları kontrollere göre karamsar, sakıngan, utangaç, bitkin, tembel, elde ettiğiyle yetinen, faydacı, amaçlı, beceriksiz, hayal gücü kıt, aşırı denetimli, materyalistik ve paylaşımcı olmayan bireyler olarak tanımlanabilir. Epilepsi grubunda %23 oranında I. eksen tanısı saptandı. En sık saptanan bozukluk majör depresyondur (s=10, %56). Aynı grupta %37 (s=29) sıklığında saptanan DSM-IV II. eksen kişilik bozukluklarının %59'unu (s=17) C kümesi kişilik bozuklukları oluşturmaktaydı. **Tartışma:** Araştırmamızın sonucunda epilepsi hastalarının kontrollere göre MKÖ parametreleri açısından farklılıklar gösterdiği ortaya konmuştur. Bu farklılıkların epilepsi hastalığıyla nedensel ilişkisini saptamaya yönelik daha büyük hasta serilerinde yapılacak izlem çalışmalarına gereksinim vardır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011; 12:13-23*)

**Anahtar sözcükler:** Epilepsi, kişilik bozukluğu, epileptik kişilik, Mizaç ve Karakter Ölçeği

**The evaluation of personality of epileptic patients by using Cloninger's Temperament and Character Inventory****ABSTRACT**

**Objective:** There is little research evaluating the personality of epileptic patients dimensionally in the literature. In this study we aimed to evaluate the personality traits of epileptic patients and compare them healthy controls by using Cloninger's Temperament and Character Inventory (TCI). **Methods:** Seventy-eight consecutive epileptic outpatients and 85 healthy controls were included. Both groups were given TCI after evaluation by SCID I, SCID II and HAM-D. The data were analyzed with regard the group differences with t test (parametric condition) or Mann-Whitney U tests by using computer program. **Results:** The epileptic group were found significantly different

<sup>1</sup> Uzm.Dr., Elbistan Devlet Hastanesi, Kahramanmaraş

<sup>2</sup> Doç.Dr., İ.Ü. Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup> Doç.Dr., Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Zonguldak

<sup>4</sup> Uzm.Dr., Ayhan Songar Nöro-Psikiyatri Enstitüsü ve Sağlık Hizmetleri, İstanbul

<sup>5</sup> Prof.Dr., İ.Ü. Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Yazışma adresi/Address for correspondence:**

Uzm.Dr. Bora BOSTANCI, Elbistan Devlet Hastanesi, Karaelbistan Kasabası, 46300 Kahramanmaraş/Türkiye

E-mail: borabostanci444@yahoo.com

Geliş tarihi: 09.03.2010, Kabul tarihi: 11.10.2010

## 14 Epilepsi hastalarının kişilik özelliklerinin Cloninger'in MKÖ ile değerlendirilmesi

( $p < 0.005$ ) regarding TCI parameters; shyness, harm avoidance, persistence, self-forgetfulness, transpersonal identification, spiritual acceptance and self-transcendence. Accordingly, epileptic patients can be defined as pessimistic, fearful, shy, fatigable, lazy, underachiever, pragmatist, unimaginative, controlling, materialistic and possessive individuals compared to the control group. 23% of the epileptic group has had at least one DSM Axis I disorder. The most common diagnose was depression ( $n=10$ , 56%). Detected 37% ( $n=29$ ) DSM-IV Axis II diagnosis of which 59% ( $n=17$ ) consisted of cluster C personality disorders within the same group. Discussion: Our results showed that epileptic patients were differentiated with regard the TCI parameters compared to the healthy controls. Our results indicate that epileptics are more fearful, impersistent (easily discouraged) and concrete (lower in ST, less insightful and intuitive). To find out causal relationship between these differentiation and epilepsy, follow up studies in a larger sample are needed. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2011; 12:13-23)

**Key words:** epilepsy, personality disorder, epileptic personality, Temperament and Character Inventory

### GİRİŞ VE AMAÇ

Epilepside psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkması açısından yüksek bir risk olduğu birçok çalışmada ortaya konmuştur. Bu psikiyatrik bozukluklar arasında duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklar ve kişilik bozuklukları bulunmaktadır.<sup>1-3</sup>

'İnteriktal özellikler kümesi', 'interiktal disforik bozukluk', 'interiktal davranış sendromu', 'interiktal kişilik sendromu', 'epileptik kişilik' gibi değişik terimlerle adlandırılan epileptik hastalardaki kişilik değişimleri çeşitli araştırmalara konu olmuştur. Epilepsi hastalarına özgü bir epileptik kişilik tanımı yapılıp yapılamayacağı konusu tartışmalı olmakla beraber, 'epileptik kişilik' kavramı, dürtüsellik, affektif viskozite, benmerkezcilik, sıra dışı dinsel ve cinsel ilgiler ve hipergrafi gibi kişilik özelliklerinin bir arada bulunduğu durumu tanımlamak üzere kullanılmıştır<sup>4-7</sup> (Tablo 1). Bu kişilik özelliklerinin epilepsiye özgü olup olmadığı ve epilepsi ile nedensel ilişkisinin olup olmadığı konuları tartışmalıdır.

Epilepside gözlenen davranışsal sorunların formülasyonu ve epilepsi ile nedensel ilişkisini kurmaya yönelik çalışmaların bazı yöntemsel sorunları vardır. Birincisi, epizodik karakterli bir hastalık olan epilepside kesitsel çalışma yapmanın zorluğudur. Epilepsi hastalarıyla yapılan bu çalışmalarda gözlenen davranışsal değişikliklerin iktal, interiktal, postiktal ve pariktal olarak sınıflandırılması konuyu karmaşık hale getirmektedir.<sup>8</sup> İkincisi, bu araştırmalardaki tanısal araçların çeşitlilik göstermesidir. Bir diğer sorun, psikiyatrideki sınıflandırma sorunlarıdır. Psikiyatrideki güncel paradigmaya göre, epilepsi hastalarında görülen davranış değişikliklerinin nerede I. eksen, nerede II. eksen bozukluğu tanısını karşıladığı konusu net değildir. Şimdiki kategorik yaklaşım epilepside görülen interiktal kişilik özelliklerini bütünsel olarak, geniş bir perspektifte ele almamızı zorlaştırmaktadır.

**Anatolian Journal of Psychiatry** 2011; 12:13-23

Kategorik ve boyutsal kişilik değerlendirmelerinin birbirine göre avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Kategorik yaklaşım tıbbi modele uygulamayı kolaylaştırmakla beraber, boyutsal yaklaşım da 'aynı tanı konan hastaların bile birbirine benzememesi' sorununu gidermeye yardımcı olmaktadır. Bu noktada kişilik kuramlarından Cloninger'in psikobiyolojik kişilik gelişimi modeli, kişiliği biyolojik belirteçleri ile ilişkilendirebilecek bir perspektife çekmesi bakımından ilgi çekmiştir. Cloninger'e göre, kişilik mizaç ve karakter boyutlarından oluşan genetik ve biyolojik yönü ile değerlendirilmesi gereken bir olgudur.<sup>9</sup>

Epilepside psikopatolojilerin araştırdığı farklı hasta gruplarında, değişik tanısal ölçüm araçlarının kullanıldığı çalışmaların çoğu DSM I. eksen klinik bozuklukları ile ilgilidir. Epilepsi hastalarında DSM II. eksen kişilik bozukluklarının araştırıldığı çalışmalar daha az sayıdadır.<sup>10,11</sup>

Epilepsi hastalarında gözlenen kişilik özelliklerini boyutsal açıdan değerlendiren az sayıda çalışma vardır.<sup>12</sup> Bu çalışmada Cloninger'in Mizaç ve Karakter Ölçeği (MKÖ) kullanılarak, epilepsi hastalarında gözlenen davranış sorunlarının kişilik ve mizaç tanımlarına uyanların sıklığının saptanması ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması, dolayısıyla epilepsi fenomenolojisi ile mizaç ve karakter değişiklikleri arasında olası nedensel ilişkinin araştırılmasına bir temel oluşturulması amaçlanmıştır.

### YÖNTEM

#### Örneklem

Zonguldak Karaelmas Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onayı alınan bu araştırma kesitsel, karşılaştırmalı bir çalışmadır. Araştırmaya katılanlara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı olurları alınmış toplam 163 kişiye ulaşı-

**Tablo 1.** Epilepsi hastalarına yüklenen interiktal davranış özellikleri\*

Özellik	Klinik gözlem
Agresyon	Artmış hostilite, öfke atakları, şiddet suçları, cinayet
Cinsel tutum değişiklikleri	Libido azalması, hiposeksüalizm, fetişizm, transvestizm, ekshibisyonizm, hiperseksüel epizodlar
Çevresellik	Konuşkanlık, bilgiçlik taslama, ayrıntıcılık, çevreye ilgililik
Azalmış emosyonalite	Emosyonel kayıtsızlık, inisiyatif eksikliği, donukluk
Bağımlılık, pasivite	Çaresizlik, kadercilik, her zaman destek isteme
Elasyon, öfori	Grandiyözite, çok neşeli ruh hali
Suçluluk	Kendi kendini inceleme ve suçlama eğilimi
Emosyonel labilite	Küçük bir uyarana ya da uyarana olmadan belirgin duygudurum değişiklikleri
Ciddiyet	Aşırı genelleşmiş sıkıcı ilgiler, mizah duygusundan yoksun mizaç
Hipergrafi	Aşırı şekilde, kapsamlı günce tutma, not alma, yazı yazma
Hipermoralizm	Önemli kural ihlallerini önemsizden ayıramayacak ölçüde kurallara özen gösterme, cezalandırma isteği
Hipomoralizm	Kurallara dikkat etmeme, "iyi" ya da "kötü"yü anlamada zaaf ya da bunlarla ilgilenmeme
Artmış emosyonalite	Yoğun duygular, heyecanlı bir duygulanımı uzun süre sürdürebilme, artmış hassasiyet, derin derin düşünme
İrritabilite	Artmış gerginlik, öfke
Obsesyonelizm	Ritüelcilik, düzenlilik, detaylara kompulsif dikkat
Paranoya, kıskançlık	Kuşkuculuk, bazı olaylar hakkında aşırı değerlendirme
Filozofik ilgi	Metafizik ve ahlaki spekülasyonlara, kozmolojik teorilere ilgi
Dine düşkünlük	Derin dini inançlara sahip olma, genellikle kişisel inançlara sahip olma, mistik durumlar
Kederlilik	Umutsuzluk, cesaretsizlik, intihar girişimleri
Kişisel kadercilik hissi	Egosantrisme, kişisel olaylara karşı aşırı anlam yükleme, itham ve suçlama, kişinin hayatında tanrısal rehberliğin çok yer tutması
Viskozite	Yapışkanlık, tekrarlama eğilimi

\* Psychiatric Issues in Epilepsy'den uyarlanmıştır (Ettinger ve Kanner).<sup>7</sup>

mıştır. Hasta grubu olarak, Aralık 2005-Mayıs 2006 tarihleri arasında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Epilepsi Polikliniği'nde izlenen epilepsi hastalarından çalışmaya katılmayı kabul eden ardışık 93 kişi alındı. Çalışmaya katılmaya onay vermeyen hastalar dışında kalan 78 kişi hasta grubunu oluşturdu (%84). Karşılaştırma grubu olarak benzer yaş grubu ve cinsiyet dağılımında, epilepsi ve herhangi bir kronik hastalığı olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden 97 kişi alındı. Bu grup içinden çalışmaya uygunluk ölçütlerini taşıyan yaş ve cinsiyeti eşleştirilmiş 85 (%88) kişi alındı. Kontrol grubunda I. eksen tanısı konanlar ve herhangi bir kronik hastalığı olanlar (%9) dışlandı. Her iki grup SCID-I, SCID-II ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ile değerlendirildi. Ardından MKÖ uygulanan deneklerin, sosyodemografik ve klinik özellikleri kaydedildi.

### Ölçüm araçları

#### **Mizaç ve Karakter Ölçeği-MKÖ (Tempera-**

**ment and Character Inventory):** MKÖ, Cloninger'in kişilik kuramı temel alınarak geliştirilmiş, Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.<sup>13,14</sup> MKÖ, 240 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. MKÖ, zarardan kaçınma, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve sebat etme olan dört mizaç boyutunu ve kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma olmak üzere üç karakter boyutunu değerlendiren sorular içerir. Ayrıca zarardan kaçınma, beklenti endişesi (HA1), belirsizlik korkusu (HA2), yabancılardan çekinme (HA3), çabuk yorulma ve dermansızlık (HA4) olmak üzere dört ayrı alt ölçekte ve bunların toplamı olan HA Toplamda değerlendirilir. Yenilik arayışı (NS), keşfetmekten heyecan duyma (NS1), dürtüsellik (NS2), savurganlık (NS3) ve düzensizlik (NS4) olmak üzere dört alt ölçekte ve bunların toplamı NS Toplamda değerlendirilir. Ödül bağımlılığı, duygusallık (RD1), bağlanma (RD3) ve bağımlılık (RD4) olmak üzere üç ayrı alt ölçekte ve bunların toplamı olan RD Toplamda değerlendirilir. Sebat etme (P) tek bir ölçekte

değerlendirilir. Kendini yönetme, sorumluluk alma (SD1), amaçlılık (SD2), beceriklilik (SD3), kendini kabullenme (SD4) ve uyumlu ikincil huylar (SD5) olmak üzere beş ayrı alt ölçekte ve bunların toplamı olan SD Toplamda değerlendirilir. İşbirliği yapma, sosyal onaylama (C1), empati duyma (C2), yardımseverlik (C3), acıma (C4) ve erdemlilik-vicdanlılık (C5) olmak üzere beş ayrı alt ölçekte ve bunların toplamı olan C Toplamda değerlendirilir. Kendini aşma, kendilik kaybı (ST1), kişiler ötesi özdeşim (ST2) ve manevi kabullenme (ST3) olmak üzere üç ayrı alt ölçekte ve bunların toplamı ST Toplamda değerlendirilir. MKÖ için DSM II. eksen kişilik bozukluğu tanımlarını saptamada SD puanınının 20 altında veya üstünde olması durumuna göre değerlendirilmektedir.<sup>14,15</sup>

**DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version, SCID-I CV):** SCID-I, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından<sup>16</sup> 1997 yılında majör DSM-IV I. eksen bozuklukları için geliştirilen yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. SCID-I'nin Türkçeye uyarlama ve güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.<sup>17</sup>

**DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I Disorders, SCID-II):** SCID-II, DSM-III-R tanı ölçütlerine göre hastalardaki kişilik bozukluklarını taramak için görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış görüşme aracıdır. Spitzer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş<sup>18</sup> ve Türkçe versiyonunun güvenilirlik çalışması ülkemizde Soriaş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.<sup>19</sup>

**Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D):** HAM-D Ölçeği, hastalardaki depresyon düzeyini ve şiddetini ölçmek için kullanılan ve klinisyen tarafından uygulanır. Toplam 17 soru içerir. Her soru için 0-4 arasında puan verilir. Ölçek Williams ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.<sup>20</sup> Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.<sup>21</sup>

**Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu:** Bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni durum, eğitim durumu, mesleği ve oturduğu yer kendilerine soruldu. Klinik değişkenlere ilişkin bilgiler (hastalık süresi, nöbet tipi, aura varlığı, nöbet sıklığı, febril konvülsiyon öyküsü, EEG bulgusunun olup olmaması, epilepsi tedavisi) hasta ve hasta yakınlarından alınan öyküden ve dosya kayıtlarından elde edildi.

Anatolian Journal of Psychiatry 2011; 12:13-23

## İstatistiksel analiz

Veriler bilgisayar ortamına aktarılarak değerlendirildi.<sup>22</sup> Ölçüm verileri ortalama±standart sapma olarak gösterildi. İkili gruplarda karşılaştırmalar parametrik koşullarda t testi, nonparametrik koşullarda Mann-Whitney U testi kullanılarak değerlendirildi. Sonuçlar %95 güven aralığında p<0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Ek olarak epilepsi grubunda MKÖ'nün SD alt puanına göre 20'nin altı ve üzeri gruplanarak yaş, cins, medeni durum, eğitim, oturulan yer, aura varlığı, nöbet sıklığı, hastalık süresi, febril konvülsiyon varlığı, nöbet tipi, DSM I. ve II. eksen tanısının varlığı gibi değişkenler ele alınarak lojistik regresyon modeli test edildi.

## BULGULAR

Araştırma kapsamında 163 kişiye ulaşıldı (s=163/190, %86.2). Bunlardan %41.1'i (s=78) epilepsi grubunda, %44.7'si (s=85) kontrol grubunda yer aldı. Çalışmaya alınan bireylerin yaşları 18-56 arasındadır. Tüm grubun yaş ortalaması 26.9±7.4 idi (epilepsi grubunun 27.2±8.8, kontrol grubunun 26.7±5.9). Gruplar arasında yaş ortalaması bakımından istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmadı (p>0.05).

Çalışmaya alınan bireylerin %56.4'ü (s=92) erkek, %43.6'sı (s=71) kadındı. Epilepsi grubunda erkek oranı %59 (s=46), kadın oranı %41 (s=32); kontrol grubunda erkekler %54.1 (s=46), kadınlar %45.9 (s=39) oranında idi. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı bakımından istatistiksel yönden anlamlı fark yoktu (p>0.05).

Çalışma grubuna ait diğer sosyodemografik ve klinik özellikler Tablo 2'de, SCID-I ve SCID-II ile değerlendirilen tanıların dağılımı ise Tablo 3'te sunulmuştur.

Epilepsi ve kontrol grupları MKÖ parametreleri bakımında karşılaştırıldığında, HA3, HA, P, SD2, SD3, SD4, ST1, ST2, ST3 puan ortalamaları yönünden gruplar arasında anlamlı fark saptandı. Anlamlı fark gözlenen bu değişkenlerden HA3, HA, SD2, SD4 puan ortalamaları epilepsi grubunda daha yüksek bulunmuşken; P, SD3, ST1, ST2, ST3, ST puan ortalamaları ise kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Epilepsi grubunda I. eksen tanısı konanlar ve konmayanlar ile kontrol grubunda MKÖ parametreleri bakımında karşılaştırma sonuçları Tablo 5'te, II. eksen kişilik bozukluğu tanısı konan ve konmayan grupların karşılaştırma sonuçları Tablo 6'da gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Grupların sosyodemografik ve klinik özellikleri

Özellikler	Epilepsi grubu		Kontrol grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
Medeni durum	Evli	26 33.3	46	54.0
	Bekar	52 66.7	39	46.0
Eğitim	İlkokul	18 23.1	15	17.6
	Ortaokul	17 21.8	9	10.6
	Lise	30 38.5	55	64.7
	Üniversite	13 16.7	9	10.6
Meslek	İşsiz	13 16.7	5	5.9
	Öğrenci	18 23.1	22	25.9
	Ev kadını	13 16.7	14	16.5
	İşçi	15 19.2	9	10.6
	Memur	10 12.8	24	28.2
	Emekli	1 1.3	0	0
	Serbest meslek	8 10.3	11	12.9
	Köy	1 1.3	0	0
Oturduğu yer	İlçe	8 10.3	0	0
	Şehir	28 35.9	3	3.5
	Büyükşehir	41 52.6	82	96.5
	HAM-D puanı	5.5±5.5 (0-22)	1.5±1.8 (0-8)	
Aura	Var	44 56.4		
	Yok	34 43.6		
İlk nöbet yaşı (yıl)	15.7±9.0 (0.5-52)			
Nöbet sıklığı	<15 gün	19 24.4		
	Ayda bir	21 26.9		
	Üç ayda bir	12 15.4		
	Yılda bir	9 11.5		
	Yılda birden az	9 11.5		
Hastalık süresi (yıl)	11.9±7.8 (1-35)			
Febril konvülsiyon varlığı	21 26.9	0	0	
Nöbet tipi	Primer jeneralize	22 28.2		
	Parsiyel	56 71.8		

**Tablo 3.** Grupların SCID-I ve SCID-II açısından klinik özellikleri

Tanılar	Epilepsi grubu		Kontrol grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
SCID-I	Depresyon	10 12.8		
	Distimik bozukluk	1 1.3		
	Panik bozukluğu	1 1.3		
	Depresif belirtilerle giden uyum boz.	1 1.3		
	Depresyon+yaygın anksiyete boz.	1 1.3		
	Panik bozukluğu+depresyon	1 1.3		
	Posttravmatik stres boz.+depresyon	1 1.3		
	Diğer DSM-IV bozuklukları	2 2.6		
SCID-II	Paranoid	9 11.5	1	1.2
	Borderline	1 1.3	0	0
	Histriyonik	1 1.3	2	2.4
	Obsesif	9 11.5	1	1.2
	Kaçıngan	5 6.4	2	2.4
	Paranoid + obsesif	2 2.6	1	1.2
	Paranoid + borderline	1 1.3	0	0
	Kaçıngan + bağımlı	1 1.3	0	0
	Kaçıngan + obsesif	0 0	1	1.2
	Paranoid + obsesif + antisosyal	0 0	1	1.2

## 18 Epilepsi hastalarının kişilik özelliklerinin Cloninger'in MKÖ ile değerlendirilmesi

**Tablo 4.** Epilepsi ve kontrol grubunda MKÖ parametreleri değerlendirme sonuçları

	Epilepsi grubu	Kontrol grubu	p
HA1 Anticipatory worry (Beklenti endişesi)	5.9±2.1	5.8±2.1	0.825
HA2 Fear of uncertainty (Belirsizlik korkusu)	4.2±1.4	3.9±1.7	0.234
HA3 Shyness (Yabancılardan çekinme)	3.8±1.9	2.9±2.1	0.003
HA4 Fatigability and asthenia	4.6±1.8	4.0±2.0	0.056
<b>HA Harm avoidance (Zarardan kaçınma)</b>	<b>18.5±5.0</b>	<b>16.7±5.8</b>	<b>0.028</b>
NS1 Exploratory excitability (Keşfetmekten heyecan duyma)	5.6±1.8	5.8±1.7	0.406
NS2 Impulsiveness (Dürtüsellik)	4.4±1.8	4.1±2.2	0.260
NS3 Extravagance (Savurganlık)	4.9±2.1	4.5±2.1	0.303
NS4 Disordileness (Düzensizlik)	4.2±1.8	4.3±2.0	0.763
<b>NS Novelty seeking (Yenilik arayışı)</b>	<b>19.1±4.8</b>	<b>18.7±5.1</b>	<b>0.631</b>
RD1 Sentimentality (Duygusallık)	6.7±1.9	6.9±2.0	0.590
RD3 Attachment (Bağlanma)	4.7±1.6	4.3±1.8	0.130
RD4 Dependence (Bağımlılık)	2.5±1.1	2.5±1.2	0.979
<b>RD Reward dependence (Ödül bağımlılığı)</b>	<b>14.0±2.9</b>	<b>13.8±3.4</b>	<b>0.620</b>
<b>P Persistence (Sebat etme)</b>	<b>4.1±2.2</b>	<b>5.1±2.0</b>	<b>0.004</b>
SD1 Responsibility (Sorumluluk)	4.8±2.0	4.7±1.8	0.612
SD2 Purposefulness (Amaçlılık)	5.4±1.6	4.7±1.9	0.012
SD3 Resourcefulness (Beceriklilik)	2.7±1.3	3.3±1.1	0.002
SD4 Self-acceptance (Kendini kabullenme)	6.2±2.3	5.3±2.3	0.012
SD5 Congruent second nature (Olumlu ikincil huylar)	8.2±2.2	8.0±2.1	0.620
<b>SD Self-directedness (Kendini yönetme)</b>	<b>27.4±6.6</b>	<b>26.1±6.2</b>	<b>0.182</b>
C1 Social acceptance (Sosyal onaylama)	6.1±1.6	5.8±1.6	0.168
C2 Emphaty (Empati)	4.3±1.5	4.1±1.4	0.297
C3 Helpfulness (Yardımseverlik)	5.0±1.3	4.6±1.4	0.060
C4 Compassion (Acıma)	7.2±2.3	7.3±2.5	0.742
C5 Pure hHearted (Erdemlilik-vicdanlılık)	6.5±1.3	6.2±1.7	0.127
<b>C Cooperativeness (İşbirliği yapma)</b>	<b>29.2±5.1</b>	<b>28.0±5.5</b>	<b>0.147</b>
ST1 Self-forgetfulness (Kendilik kaybı)	5.5±2.4	6.4±2.4	0.021
ST2 Transpersonal identification (Kişiler ötesi özdeşim)	4.4±2.0	5.7±2.4	0.001
ST3 Spiritual acceptance (Manevi kabullenme)	6.3±2.8	7.6±2.5	0.004
<b>ST Self-transcendence (Kendini aşma)</b>	<b>16.3±5.7</b>	<b>19.6±5.6</b>	<b>0.001</b>

Epilepsi grubu MKÖ'nün SD puanına göre 20'nin altı ve üstü olarak gruplanıp çok değişkenli analiz yapıldı. Kişilik bozukluğunu öngörmenin aracı olarak kendini yönetme puanını belirleyen etkenler araştırıldı. Lojistik regresyon analizinde yaş, cins, medeni durum, eğitim, oturduğu yer, nöbet tipi, auranın var olup olmaması, febril konvülsiyon öyküsü, hastalık süresi, I. ve II. eksen tanısının varlığı gibi klinik ve sosyodemografik değişkenlerle farklı modeller kuruldu. Oluşturulan hiçbir model anlamlı bulunmadı. Değişkenlerden hiçbirinin MKÖ'nün SD skoru ile anlamlı ilişki saptanmadı.

### TARTIŞMA

Son yıllarda, kişiliği değerlendirmede kategorik yaklaşımın bazı yetersizlikleri nedeniyle, bunun **Anatolian Journal of Psychiatry 2011; 12:13-23**

yerine boyutsal kişilik kuramları ve boyutsal yaklaşıma dayalı kişilik ölçüm araçları geliştirilmiştir. Buna paralel olarak, hastalıklarda kişilikle ilgili araştırmalarda boyutsal yaklaşım ön plana çıkmıştır. Araştırmamız, literatürde epilepsi hastalarında gözlenen kişilik özelliklerini boyutsal olarak değerlendiren ilk çalışmadır. Bu araştırmamızın bulguları epilepsi hastalarının sağlıklı kontrollere göre MKÖ ile değerlendirilen kişilik özelliklerinin bazı farklılıkları olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmamızın bulguları epilepsi hastalarının sağlıklı kontrollere göre karamsar, sakin, utangaç, bitkin, tembel, elde ettiğiyle yetinen, faydacı, amaçlı, beceriksiz, hayal gücü az, aşırı denetimli, materyalistik, paylaşımcı olmayan bireyler olduğunu ortaya koymaktadır.

Epilepsi hastalarının kişiliğindeki bu farkların doğrudan epilepsi hastalığından mı kaynaklan-

**Tablo 5.** Epilepsi grubunda DSM I. eksen tanısı konanlar, konmayanlar ve kontrol grubunda MKÖ parametreleri

	Epilepsi+I. eksen tanısı		Kontrol grubu	p*	p**
	var	yok			
HA1 Anticipatory worry (Beklenti endişesi)	6.7±1.7	5.7±2.2	5.8±2.1	0.169	0.667
HA2 Fear of uncertainty (Belirsizlik korkusu)	4.7±1.5	4.0±1.3	3.9±1.7	0.087	0.590
HA3 Shyness (Yabancılardan çekinme)	4.1±1.6	3.7±2.0	2.9±2.1	0.018	0.015
HA4 Fatigability and asthenia	5.9±1.8	4.2±1.7	4.0±2.0	0.001	0.541
<b>HA Harm avoidance (Zarardan kaçınma)</b>	21.4±4.5	17.7±4.8	16.7±5.8	0.003	0.263
NS1 Exploratory excitability (Keşfetmekten heyecan duyma)	5.1±1.6	5.8±1.8	5.8±1.7	0.049	0.533
NS2 Impulsiveness (Dürtüsellik)	4.7±1.5	4.4±1.9	4.1±2.2	0.218	0.412
NS3 Extravagance (Savurganlık)	4.4±2.9	5.0±1.8	4.5±2.1	0.962	0.168
NS4 Disordileness (Düzensizlik)	3.9±2.0	4.3±1.8	4.3±2.0	0.503	0.961
<b>NS Novelty seeking (Yenilik arayışı)</b>	18.1±4.8	19.4±4.7	18.7±5.1	0.728	0.425
RD1 Sentimentality (Duygusalılık)	5.9±2.1	7.0±1.7	6.9±2.0	0.053	0.766
RD3 Attachment (Bağlanma)	4.7±1.5	4.8±1.7	4.3±1.8	0.406	0.146
RD4 Dependence (Bağımlılık)	2.4±1.4	2.6±1.1	2.5±1.2	0.799	0.870
<b>RD Reward dependence (Ödül bağımlılığı)</b>	13.0±3.4	14.3±2.8	13.8±3.4	0.318	0.296
<b>P Persistence (Sebat etme)</b>	4.7±2.2	3.9±2.2	5.1±2.0	0.466	0.002
SD1 Responsibility (Sorumluluk)	3.7±1.9	5.1±1.9	4.7±1.8	0.060	0.125
SD2 Purposefulness (Amaçlılık)	4.6±1.7	5.7±1.5	4.7±1.9	0.595	0.001
SD3 Resourcefulness (Beceriklilik)	2.3±1.1	2.9±1.3	3.3±1.1	0.001	0.030
SD4 Self-acceptance (Kendini kabullenme)	6.6±2.2	6.1±2.3	5.3±2.3	0.032	0.038
SD5 Congruent second nature (Olumlu ikincil huylar)	6.8±2.3	8.6±2.0	8.0±2.1	0.041	0.094
<b>SD Self-directedness (Kendini yönetme)</b>	23.9±5.9	28.4±6.4	26.1±6.2	0.168	0.027
C1 Social acceptance (Sosyal onaylama)	5.9± 1.6	6.1±1.5	5.8±1.6	0.572	0.147
C2 Emphaty (Empati)	3.8± 1.0	4.5±1.6	4.1±1.4	0.570	0.124
C3 Helpfulness (Yardıms severlik)	4.7± 1.4	5.1±1.3	4.6±1.4	0.582	0.027
C4 Compassion (Acıma)	6.2± 2.7	7.5±2.1	7.3±2.5	0.082	0.635
C5 Pure Hearted (Erdemlilik-vicdanlılık)	6.1± 1.3	6.7±1.3	6.2±1.7	0.583	0.050
<b>C Cooperativeness (İşbirliği yapma)</b>	26.7± 4.3	30.0±5.1	28.0±5.5	0.292	0.030
ST1 Self-forgiveness (Kendilik kaybı)	6.2±2.5	5.3±2.3	6.4±2.4	0.720	0.007
ST2 Transpersonal identification (Kişiler ötesi özdeşim)	4.3±2.2	4.5±2.0	5.7±2.4	<b>0.033</b>	0.002
ST3 Spiritual acceptance (Manevi kabullenme)	6.1±3.1	6.4±2.7	7.6±2.5	0.093	0.010
<b>ST Self-transcendence (Kendini aşma)</b>	16.7±6.7	16.2±5.4	19.6±5.6	0.109	0.001

\* I. Eksen tanısı olanlar ile kontrol grubu, \*\* I. Eksen tanısı bulunmayanlar ile kontrol grubu

dığını, yoksa bu kişilerin daha önceki kişilik özelliklerini mi yansıttığını öngörmek olası değildir. Bu konuda gerçek neden-sonuç ilişkisini tartışabilmek için bu hasta grubunda ileriye dönük izleme çalışmalarına gereksinme vardır.

Bir kronik hastalığa sahip olmanın getirdiği etkilenmeler de araştırmamızın sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Bulgularımıza göre epilepsi hastalarının daha karamsar, sakıngan, utangaç, bitkin olarak farklılaşması kronik hastalığın getirdiği sosyal sorunlarla ilişkili olabilir. Bu araştırmada ayrı bir kronik hastalığa sahip bir kontrol grubunun bulunmaması bir kısıtlılıktır; ancak kronik hastalığın MKÖ ile ölçülen mizaç ve karakter boyutlarına etkisi diğer bazı araştırmalarda ele

alınmıştır.<sup>23</sup> Bu anlamda bizim çalışmamızda zarardan kaçınma, yabancılardan çekinme, sebat etme ve beceriklilik boyutlarında saptadığımız bulgu bu araştırmalar ile paralellik göstermektedir. Bununla birlikte bu boyutlardaki farklılığın kronik hastalığa sahip olmanın getirdiği sosyal etkilenmelere bağlı olup olmadığını ortaya koymak üzere olgu-kontrol çalışmalarına gereksinme vardır.

Sonuçları etkileyebilecek bir diğer etken de MKÖ parametrelerini değiştirebilecek DSM I. eksen tanısının olup olmamasıdır.<sup>24-26</sup> Bu durum göz önüne alınarak herhangi bir DSM I. eksen tanısı olan hastalar dışlandığında bile, yabancılardan çekinme, beceriklilik, kendini kabullenme

## 20 Epilepsi hastalarının kişilik özelliklerinin Cloninger'in MKÖ ile değerlendirilmesi

**Tablo 6.** Epilepsi grubunda DSM II. eksen tanısı konanlar, konmayanlar ve kontrol grubunda MKÖ parametreleri

	Epilepsi+II. eksen tanısı		Kontrol grubu	p*	p**
	var	yok			
HA1 Anticipatory worry (Beklenti endişesi)	6.5±1.8	5.6±2.2	5.8± 2.1	0.182	0.485
HA2 Fear of uncertainty (Belirsizlik korkusu)	4.2±1.5	4.2±1.3	3.9± 1.7	0.517	0.288
HA3 Shyness (Yabancılardan çekinme)	3.7±2.1	3.9±1.8	2.9± 2.1	0.100	0.003
HA4 Fatigability and asthenia	5.2±1.9	4.3±1.7	4.0± 2.0	0.010	0.479
<b>HA Harm avoidance (Zarardan kaçınma)</b>	19.6±5.0	17.9±4.9	16.7±5.8	0.040	0.195
NS1 Exploratory excitability (Keşfetmekten heyecan duyma)	5.6±1.7	5.6±1.9	5.8±1.7	0.413	0.507
NS2 Impulsiveness (Dürtüsellik)	4.7±1.8	4.3±1.7	4.1±2.2	0.209	0.538
NS3 Extravagance (Savurganlık)	5.3±2.7	4.6±1.9	4.5±2.1	0.079	0.883
NS4 Disordiliness (Düzensizlik)	4.1±1.9	4.3±1.8	4.3±2.0	0.616	0.961
<b>NS Novelty seeking (Yenilik arayışı)</b>	19.7±5.1	18.8±4.6	18.7±5.1	0.426	0.958
RD1 Sentimentality (Duygusalılık)	6.6±2.3	6.8±1.6	6.9±2.0	0.674	0.786
RD3 Attachment (Bağlanma)	4.9±1.7	4.7±1.6	4.3±1.8	0.143	0.275
RD4 Dependence (Bağımlılık)	2.4±1.3	2.6±1.0	2.5±1.2	0.619	0.723
<b>RD Reward dependence (Ödül bağımlılığı)</b>	13.9±3.4	14.1±2.5	13.8±3.4	0.850	0.528
<b>P Persistence (Sebat etme)</b>	4.1±2.2	4.1±2.2	5.1±2.0	0.025	0.013
SD1 Responsibility (Sorumluluk)	4.1±1.8	5.7±2.0	4.7±1.8	0.164	0.091
SD2 Purposefulness (Amaçlılık)	5.3±1.6	5.5±1.6	4.7±1.9	0.172	0.022
SD3 Resourcefulness (Beceriklilik)	2.4±1.5	2.9±1.1	3.3±1.1	0.006	0.047
SD4 Self-acceptance (Kendini kabullenme)	6.0±2.6	6.3±2.1	5.3±2.3	0.086	0.011
SD5 Congruent second nature (Olumlu ikincil huylar)	7.7±2.2	8.5±2.2	8.0±2.1	0.612	0.248
<b>SD Self-directedness (Kendini yönetme)</b>	25.7±6.2	28.4±6.6	26.0±6.2	0.637	0.039
C1 Social acceptance (Sosyal onaylama)	5.5±1.7	6.4±1.3	5.8±1.6	0.489	0.010
C2 Emphaty (Empati)	4.4±1.6	4.3±1.5	4.1±1.4	0.212	0.439
C3 Helpfulness (Yardımseverlik)	4.8±1.7	4.1±1.0	4.6±1.4	0.371	0.011
C4 Compassion (Acıma)	6.2±2.6	7.8±2.0	7.3±2.5	0.023	0.262
C5 Pure Hearted (Erdemlilik-vicdanlılık)	6.4±1.4	6.6±1.3	6.2±1.7	0.698	0.098
<b>C Cooperativeness (İşbirliği yapma)</b>	27.3±5.7	30.3±4.4	28.0±5.5	0.691	0.012
ST1 Self-forgetfulness (Kendilik kaybı)	5.7±2.5	5.4±2.4	6.4±2.4	0.215	0.023
ST2 Transpersonal identification (Kişiler ötesi özdeşim)	4.7±2.2	4.3±1.9	5.7±2.4	0.066	0.001
ST3 Spiritual acceptance (Manevi kabullenme)	6.6±3.0	6.2±2.7	7.6±2.5	0.242	0.003
<b>ST Self-transcendence (Kendini aşma)</b>	17.0±6.4	15.9±5.2	19.6±5.6	0.088	0.001

\* II. Eksen tanısı olanlar ile kontrol grubu, \*\* II. Eksen tanısı bulunmayanlar ile kontrol grubu

özelliğinde artış ve sebat etme, kendilik kaybı, kişilerarası özdeşim, manevi kabullenme ve kendini aşma puanlarında kontrollere göre anlamlı düşük farklılık yine saptanmıştır (Tablo 5).

Çalışmamızda epilepsi grubunda en sık saptanan DSM I. eksen tanısının depresyon olması (%56) literatürle uyumludur.<sup>27,28</sup> MKÖ'nün zarardan kaçınma boyutu genel toplum örnekleminde depresyonla,<sup>26</sup> klinik örneklemelerde depresyonun şiddetiyle<sup>29,30</sup> ve genel olarak duygudurum bozukluklarıyla ilişkili bulunmuştur.<sup>31</sup> Epilepsi hastalarının yaklaşık dörtte birinde I. eksen tanısının saptandığı da göz önünde bulundurularak, toplam zarardan kaçınma düzeylerindeki artışın özellikle depresyon varlığından etkilenmiş olabileceği düşünülebilir.

Literatürde epilepside kişilik bozukluğu ile ilgili çalışmalarda kategorik sınıflandırmaya göre %18-22 oranında kişilik bozukluğuna rastlandığı, bunun da büyük kısmının C grubu kişilik bozukluklarının olduğu bildirilmiştir.<sup>11</sup> Çalışmamızda SCID-II ile değerlendirilen epilepsi hastalarında %37 oranında kişilik bozukluğu saptanmıştır. Bu oranın, toplumda %6-13 olan kişilik bozukluğu yaygınlığı oranından daha yüksek olması dikkat çekicidir.<sup>32</sup> Epilepsi hastalarında saptadığımız %37 oranı, Schwartz ve Cummings'in<sup>33</sup> çalışmasının sonuçlarına benzer olmakla beraber, Lopez-Rodriguez ve arkadaşlarının,<sup>11</sup> Arnold ve Privitera'nın,<sup>34</sup> Manchanda ve arkadaşlarının<sup>33</sup> çalışmalarına göre daha yüksektir. Çalışmamızda saptanan epileptik hastalarda kişilik bozuk-



luklarının %59'unun C kümesi kişilik bozuklukları olması literatürle uyumludur.<sup>11</sup> Bu bulgu yorumlanırken genel toplumda da en sık rastlanan kişilik bozukluklarının C kümesi kişilik bozuklukları olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.<sup>35</sup>

Literatürde MKÖ'nün yüksek zarardan kaçınma boyutu kategorik değerlendirmede C kümesi kişilik bozuklukları ile de ilişkili bulunmuştur.<sup>15</sup> Dolayısıyla zarardan kaçınma puanlarının epilepsi hastalarında yüksek bulunmasının, bu grupta C kümesi kişilik bozukluklarının sık olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Epilepsi hastalarında yüksek C kümesi kişilik bozuklukları oranı, hastalık başlangıcından sonra maruz kalınan olumsuz sosyal etkilenmelerle de ilgili olabilir. Çünkü kronik bir hastalık olan epilepside hastalar nöbet geçirme korkusu, sosyal damgalanma, tedaviyle ilişkili sorunlar, iş ve meslek yaşamında zorlanma gibi sorunlarla uzun süre karşı karşıya kalabilmektedir. Buna karşılık MKÖ'ye göre mizaç özelliği olarak yabancıardan çekinme (HA3) özelliği karakter özelliklerine göre daha yapısal (biyolojik temelli) bir özellik olduğundan, bu özelliğin epilepsi hastalarında hastalık öncesinde de bulunan bir mizaç özelliği olabileceği akıldaki tutulmalıdır.

Bu durumlar göz önüne alınarak, SCID-II'ye göre saptanan kişilik bozukluğu olan epilepsi hastaları dışlanarak yeniden istatistiksel değerlendirme yapılmış, bu değerlendirmede zarardan kaçınmanın bir alt bileşeni olan yabancıardan çekinme puanı, kontrol grubuna göre yine anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun yanında sebat etme, beceriklilik, kendilik kaybı, kişilerarası özdeşim, manevi kabullenme ve kendini aşma puanının düşüklüğündeki fark da korunmuştur. Kendini kabullenme, kendini yönetme, sosyal onaylama, işbirliği yapma özellikleri artış yönünde; yardımseverlik özelliği ise azalma yönünde değişime gözlenmiştir.

Dragon'a göre MKÖ'de kendini yönetme (SD) skoru 20'nin altında olanlar, kendini yönetme açısından zayıf olduklarından kategorik değerlendirme ile saptanan 'kişilik bozukluğu' varlığını öngörücüdür.<sup>15</sup> Bu doğrultuda, bizim çalışmamızda epilepsi grubu MKÖ'nün kendini yönetme alt puanına göre 20'nin altı ve üzeri olarak gruplanıp çok değişkenli analiz edilmiş, ancak 'kişilik bozukluğu' ile nedensel ilişki gösterebilen anlamlı bir model oluşturulamamıştır.

Cloninger'in MKÖ ile irdelenen nörobiyolojik kişilik kuramı, davranışlarla, nörotransmitterler arasında ilişki kurma olanağını da verir. Örneğin, yenilik arayışı (davranışsal aktivasyon) ile dopamin, zarardan kaçınma (davranışsal inhibisyon)

ile serotonin, ödül bağımlılığı (davranışı sürdürme) ile norepinefrin ve sebat etme (davranışta ısrar etme) ile glutamaterjik sistem arasında ilişki olduğu bildirilmiştir.<sup>9,13,36-38</sup> Glutamatın aynı zamanda epilepsinin etiyopatogenezi ve nöbet etiyolojisi ile de ilişkisini gösteren kanıtlar vardır. Glutamat, nöbet aktivitesinin başlamasında, yayılmasında, sürmesinde ve aynı zamanda epileptogenezde önemli bir role sahiptir.<sup>39,40</sup> Primer jeneralize epilepsi hastalarında ve epilepsi hastalarının birinci derece akrabalarında plazma glutamat düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>41,42</sup> Çalışmamızda da epilepsili grupta sebat etme puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde farklı bulunması, epilepside görülen kişilik değişikliklerinin glutamaterjik sistemle ilişkili olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bu durumda epilepside görülen kişilik değişimlerinin ve epilepsinin ortak nörobiyolojik temelde şekillendiği kurgulanabilir.

İnteriktal kişilik anormalliklerinin epilepsiye özgü bir sendrom mu, yoksa özgül olmayan bir psikopatoloji mi olduğu konusu olduğu tartışmalıdır.<sup>5,6,43-46</sup> Çalışmamızın amaçları arasında epilepsiye özgü kişilik bozukluğunun olup olmadığını araştırmak bulunmamaktadır. Ancak epilepsi ile kontrol grubu arasında ortaya konan MKÖ parametrelerindeki farklılık MKÖ'nün kişiliğin nörobiyolojik doğasını ortaya koyabilme niteliği nedeniyle epilepsiye özgü bazı değişimlerin olabileceğini düşündürmektedir. Ancak, çalışmamızda epilepsi grubunda 'epileptik kişiliğe' yüklenen mistisizm ve filozofik ilgi artışı gibi özellikleri açıklaması (eretizm, erotizm, mistisizm), olası MKÖ parametrelerinin (kendini aşma toplam puanı ve alt ölçekleri olan kendilik kaybı, kişilerarası özdeşim, manevi kabullenme) sağlıklı kontrollere göre düşük bulunması, literatürde bildirilen epileptik kişilik özellikleri ile çelişmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada epilepsi ve kontrol grupları arasında kişilik özellikleri açısından, MKÖ parametrelerinden yabancıardan çekinme, zarardan kaçınma, sebat etme, kendilik kaybı, kişilerarası özdeşim, manevi kabullenme ve kendini aşma ölçekleri puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Epilepsi ve kontrol grupları arasında MKÖ parametreleri açısından saptanan farklılıkların DSM I. ve II. eksen tanılarından etkilenileceği düşünülerek epilepsi grubunda bu tanıların konduğu hastalar dışlanarak veriler yeniden incelenmiştir. DSM I. eksen bozuklukları

dışlandığında zarardan kaçınma puanlarında gözlenen anlamlılığın kaybolması, zarardan kaçınmadaki farklılığın DSM I. eksen tanılarından kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Epilepsi hastalarında kişiliğin yalnız kategorik değerlendirmesiyle sınırlı kalınmamalıdır; MKÖ gibi boyutsal kişilik değerlendirme araçlarının epilepside gözlenen kişilik değişimini aydınlatmada önemli katkıları olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalığı olan kontrol grubunun bulunmaması, epilepsinin kronisitesinden kaynaklanan kişilik değişikliklerinin dışlanması açısından bir kısıtlılıktır. Bununla beraber MKÖ ile gösterdiğimiz farklılaşmalar epilepsideki kişilik değişiminin bir kısım nörobiyolojik temel-

lerinin olduğunu da göstermektedir. Epilepsi hastalarının diğer kronik hastalıklarla da karşılaştırıldığı kişiliği boyutsal olarak değerlendiren izleme araştırmalarının yapılmasına gereksinme vardır.

Epileptik kişilik bozukluğunun ayrı bir 'antite morbid' olup olmadığı konusu tartışmalıdır. Çalışmamızda, epilepsi hastalarının sağlıklı kontrollere göre MKÖ ile kişilik özelliklerinin boyutsal temelde farklılaştığı ortaya konduğu için, daha önce literatürde 'epileptik kişilik' adı altında belirlenen özellikleri sergileyen hastalarda yapılacak MKÖ ile boyutsal kişilik değerlendirmeleri epilepsi ile epileptik kişiliğin nedensel ilişkisini ortaya koymak için aydınlatıcı olabilir.

### Teşekkür

*Bu çalışmanın tamamlanmasındaki katkıları ve çalışma konusunda fikirleri ile ufukumuzu açan 27.08.2008 tarihinde kaybettiğimiz değerli hocamız Doç.Dr. Kriton Dinçmen'i rahmetle anarız.*

### KAYNAKLAR

1. Ettinger AB, Weisbrot DM, Krupp LB, Jandorf L, Gaudino E, Cramer J. Symptoms of psychiatric disturbances in epilepsy. *J Epilepsy* 1998; 11:10-14.
2. Gureje O. Interictal psychopathology in epilepsy: prevalence and pattern in a Nigerian clinic. *Br J Psychiatry* 1991; 158:700-705.
3. Swinkels WAM, Kuyk J, De Graaf EH, Van Dyck R, Spinhoven PH. Prevalence of psychopathology in Dutch epilepsy inpatients: a comparative study. *Epilepsy Behav* 2001; 2:441-447.
4. Waxman SG, Geshwind N. The interictal behavior syndrome in temporal lobe epilepsy. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32:1580-1586.
5. Bear DM, Fedio P. Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. *Arch Neurol* 1977; 34:454-467.
6. Bear D. Temporal lobe epilepsy: a syndrome of sensory-limbic hyperconnection. *Cortex* 1979; 15:357-384.
7. Ettinger AB, Kanner AM. *Psychiatric Issues in Epilepsy*. Baltimore, Lippincott Williams and Wilkins, 2001, p.148.
8. Doksat MK, Aydın S, Biliciler Ş, Balcıoğlu İ, İlkay E. Uzun seneler nöroleptik ve EKT ile düzelmeyen ve Karbamazepinle iyileşen bir parietal epileptik psikoz vakası. *Türkiye'de Psikiyatri* 2000; 1:52-58.
9. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:975-990.
10. Shuklagd, Hrivastava ON, Katiyar BC, Joshi V, Mohan PK. Psychiatric manifestations in temporal lobe epilepsy: a controlled study. *Br J Psychiatry* 1979; 135:411-417.
11. Lopez-Rodriguez F, Altschuler L, Kay J, Delarhim S, Mendez M, Engel J. Personality disorders among medically refractory epileptic patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1999; 11:464-469.
12. Nubukpo P, Grunitzky EK, Pélissolo A, Radji A, Preux PM, Clément JP. Epilepsy and personality study among the Tamberma of Togo based on a general population survey using the Cloninger's Temperament and Character Inventory. *Encephale* 2006; 32:1019-1022.
13. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and its use*. Centre for Psychobiology and Personality. Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, 1994.
14. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev* 1986; 3:167-226.
15. Dragon MS, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger R. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:991-999.
16. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version*. Washington D.C., American Psychiatric Press, 1997.
17. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. *DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1999.
18. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II, 9/1/1989 version)*. New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department, 1989.
19. Soriaş S, Saygılı R, Elbi H. *DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, Kişilik Bozuklukları Formu: SCID-II*. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1990.
20. Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 45:742-747.
21. Akdemir A, Örsel S, Türkçapar H, İçcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Dergisi* 1998; 4:251-259.

22. SPSS for Windows, release 11.01. Chicago Illinois, customer number 114094.
23. Winblad S, Linberd C, Hansen S. Temperament and character in patients with classical myotonic dystrophy type-1 (DM-1). *Neuromuscular Disord* 2005; 15:287-292.
24. Serreti A, Mandellik L, Lorenzi C, Landoli S, Calati R, Insacco C, et al. Temperament and character in mood disorders: influence of DRD4, SERTPR, TPH and MAO-A polymorphisms. *Neuropsychobiology* 2006; 53:9-16.
25. Elovainio M, Kivimaki M, Puttonen S, Hepoinemi T, Pulkki L, Keltigangas-Jarvinen L. Temperament and depressive symptoms: a population-based longitudinal study on Cloninger's psychobiological temperament model. *J Affect Disord* 1998; 51:21-32.
26. Pelissolo A, Corruble E. Personality factors in depressive disorders: contribution of the psychobiologic model developed by Cloninger. *Encephale* 2002; 28:363-373.
27. Barry JJ, Huynh N, Lembke A. Depression in individuals with epilepsy. *Curr Treat Options Neurol* 2000; 2:571-585.
28. Kanner AM, Balabanov A. Depression and epilepsy: how closely related are they? *Neurology* 2002; 58(Suppl.5): 27-39.
29. Bayon C, Hill K, Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. Dimensional assessment of personality in an outpatient sample: relations of the systems of Millon and Cloninger. *J Psychiatr Res* 1996; 30:341-352.
30. Brown SL, Svaric DM, Pyrzec TR, Cloninger CR. The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach. *J Psychiatric Res* 1992; 26:197-211.
31. Schwartz J, Cummings JL. Psychopathology and epilepsy: an outpatient consultation-liaison experience. *Psychosomatics* 1988; 29:295-300.
32. Samuels JF, Nestadt G, Romanosky AJ, Folstein MF, Mchugh PR. DSM-III personality disorders in the community. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1055-1062.
33. Arnold RM, Privitera MD. Psychopathology and trauma in epileptic and psychogenic seizures. *Psychosomatics* 1996; 37:438-443.
34. Manchanda R, Schaefer B, McLachlan RS. Psychiatric disorders in candidates for surgery for epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996; 61:82-89.
35. Kantojarvi L, Veijola J, Laksy K, Jokelainen J, Herva A, Karvonen JT, et al. Comparison of hospital treated personality disorders and personality disorders in a general population sample. *Nord J Psychiatry* 2004; 5:357-362.
36. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:573-588.
37. Kose S, Sayar K, Kalelioglu U, Aydin N, Celikel FC, Gulec H, et al. Normative data and factorial structure of the Turkish version of the Temperament and Character Inventory. *Compr Psychiatry* 2009; 50:361-368.
38. Peirson AR, Heuchert JW, Thomala L, Berk M, Plein H, Cloninger CR. Relationship between serotonin and the temperament and character inventory. *Psychiatry Res* 1999; 89:29-37.
39. Meldrum BS. Excitatory aminoacid transmission in epilepsy and anticonvulsant therapy. BS Meldrum, F Moroni, RP Simon (Eds.), *Excitatory Aminoacids*, New York, Raven Press, 1991, p.655-670.
40. Meldrum BS. Excitatory aminoacids in epilepsy and potential novel therapies. *Epilepsy Res* 1992; 12:189-196.
41. Van Gelder NM, Janjua NA, Metrakos K. Plasma aminoacids in 3/sec spike wave epilepsy. *Neurochem Res* 1980; 5:659-671.
42. Janjua NA, Itano T, Kugah T. Familial increase in plasma glutamic acid in epilepsy. *Epilepsy Res* 1992; 11:37-44.
43. Mungas D. Interictal behavior abnormality in temporal lobe epilepsy: a specific syndrome or nonspecific psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:108-111.
44. Rodin E, Schmaltz S. The Bear-Fedio personality inventory and temporal lobe epilepsy. *Neurology* 1984; 34:591-596.
45. Brandt J, Seidman LJ, Kohl D. Personality characteristics of epileptic patients: a controlled study of generalized and temporal lobe cases. *J Clin Exp Neuropsychol* 1985; 7:25-38.
46. Sorensen AS, Hansen H, Andersen R. Personality characteristics and epilepsy. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80:620-631.