

T.C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

t
82

PSİKIYATRI ANABİLİM DALI
Prof.Dr.DURMUŞ TEKİN

HİSTERİDE KİŞİLİK
VE
AİLE YAPISININ ARAŞTIRILMASI

T.C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
Merkez Kütüphane

- UZMANLIK TEZİ -

Dr. İbrahim KOZANLAR

ESKİŞEHİR-1986

Anadolu Üniversitesi
Merkez Kütüphane

T E Ş E K K Ü R

İhtisas eğitimim süresince yetişmemde emeği geçen,
bu çalışmanın gerçekleşmesini sağlayan Sayın Hocam
Prof.Dr.Durmuş TEKİN'e, değerli yardımlarını gördüğüm
Yrd.Doç.Dr.Gülten SEBER'e ve Doç.Dr.Kazım ÖZDAMAR'a te-
şekkürü bir borç bilirim.

İ Ç İ N D E K İ L E R

Sayfa No.

GİRİŞ	1-2
GENEL BİLGİLER	3-19
MATERYAL ve METOD	20-21
BULGULAR	22-45
TARTIŞMA	46-56
SONUÇ	57-61
ÖZET	62-63
KAYNAKLAR	64-73
EK - I	74-77

G İ R İ Ő

Histeri, psikiyatrinin doğuşundan bu yana bilinen ve nedeni araştırılan ruhsal bir hastalık grubudur. Histeri ile ilgili ilk ciddi çalışmalara Charcot, Janet, Breuer başlamış ve Freud ile ciddi aşamaya ulaşmıştır.

Psikiyatrinin gelişim tarihinde histeri ile ilgili yoğun çalışmalar yapılmasına karşın, son yıllarda bu alanda yapılmış ayrıntılı, kontrollü araştırmaların çok az olduğu dikkati çekmektedir.

Histerinin, toplumumuzda oldukça sık rastlanan bir klinik tablo olduğu ve nevrozlar içinde önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir (1).

Ülkemizde histerinin görölme sıklığının çok fazla olmasına karşın, bu konuda ülkemizde yapılmış araştırmalar çok azdır. İşte bu nedenlerle histeride kişilik ve

aile yapısının değişik yönlerini aydınlatacak araştırmaların yapılmasının gerekli olduğu kanısındayız.

Son yıllarda histerik nevrozun belirli bir kişilik bozukluğu (hysterionic personality) üzerinde geliştiği inancı kabul görmüştür. Halbuki pratik hekimlik yaşamımız da gözlediğimiz histeri tanısı almış olguların premorbid yapılarında bu tür kişilik bozukluğuna hiç rastlanmamakta veya nadiren rastlanmaktadır. İşte bu düşüncelerin ışığı altında histerik nevroz geliştiren kişilerin; kişilik yapılarını ve bu olguların yaşamlarını sürdürdükleri ailelerinin psiko-sosyal, ekonomik durumlarında kişiyi histerik nevroza hazırlayan nedenler olabileceğini varsayarak çok yönlü bir araştırmayı amaçladık.

Çalışmanın amacı;

- Histeri tanısı alan hastaların kişilik ve aile yapısının incelenmesi,

- Elde edilen bilgilerin kontrol grubu ile karşılaştırılması.

GENEL BİLGİLER

Histerinin tarihçesi çok eskiye dayanmaktadır ve o zamandan beri devamlı bir gelişim içindedir. Hysteria kelimesi grekçe "Hysteron" (uterus) kelimesinden türetilmiştir. M.Ö. 400 yıllarında Hippokrat tarafından ileri sürülen teoriye göre; uterusun uzun zaman çocuk yapmadan kaldığında organizmanın muhtelif yerlerinde dolaştığı ve hastalığı meydana getirdiğini belirtmişti. Ancak orta çağdan sonra Hippokrat'ın fikirleri red edildi (2). XVIII. ve XIX. yüz yıllarda histeri üzerinde yoğun bilimsel çalışmalar yapıldı.

Histeri genellikle çok değişik ve geniş davranış şekilleri için kullanılan bir terim olduğundan, tanımlanması çeşitli değişim devrelerinden geçmiştir.

Fransız klinisyen Briquet 1859 yılında; histeriyi erken yaşta başlayan, daha çok kadınlarda görülen, çok sayıda ve de çeşitli fiziksel semptomlarla kendini gösteren bir hastalık olarak tanımlamıştı (3).

Histerinin psikodinamiği ile ilgilenilmesinde önemli rolü olan Jean M. Charcot, histeriyi "sinir sisteminin kalıtsal ve dejeneratif bir hastalığı" olarak düşünüyordu. Fakat, histeri'de ruhsal etkilerin rolünün önemli olduğunu, erkeklerde ve çocuklarda da görülebileceğini savunmuştu (4).

Pierre Janet' e göre histeri "bilinçliliğin daralması, kişiliği oluşturan fikir sistemlerinin ve fonksiyonların zayıflaması" sonucunda ortaya çıkmaktaydı. Kontrol dışında kalan fikir ve fonksiyonlar aktif ve bağımsız olarak etkinliklerini sürdürüyor ve istem dışı histerik belirtileri meydana getiriyordu (5).

Freud ve Breuer 1895 de "Histeri Üzerinde Çalışmalar" adlı bir kitap yayınladılar. Bu kitapta histerik fenomenler konusunda geliştirdikleri kuramsal açıklamaları yazdılar (6,7).

Travmatik olayla bağlantılı olan duygu, travma anında ifade edilemez ve boşaltılamazsa somatik bir belirtiyeye çevriliyordu. Bu belirti aynı zamanda travmatik olayı ve onun bir yönünü sembolik olarak temsil ediyordu. Travmatik anı "represyon" mekanizması yoluyla bilinç dışında tutuldukça belirtilerin devam edeceği iddia ediliyordu (7, 8,9).

Daha sonraları Freud, hastaların öykülerinde fantazi şeklindeki cinsel düşüncelerin baskın olduğunu sezindi. Bastırılmış istek ve diğer materyalin ortaya çıkışına süperregonun engel olduğunu belirtti. Bu sebeple isteklerle süperego arasında bir çatışma oluyordu. Bunun sonucu çatışmanın bilinçli parçası bastırılıyordu (represyon). Süperregonun bu baskısı (represyonu) tam olamadığından, istek, gizli anlatım biçiminde fiziksel veya mental semptomlara çevriliyordu. Ayrıca, histerinin oluşmasında önemli bir şartta; bastırılmış ödipal çatışmanın olmasıydı (10).

Purtell ve arkadaşlarınının 1951 de bir grup histerik

hastanın izlenmesinden oluşan kontrollü çalışmalarında, vardıkları sonuçlara göre, histeri erken yaşta başlayan, daha çok kadınlarda görülen, çok sayıda ve çeşitli belirtileri olan, dramatik ve tekrarlayıcı ataklarla karakterize bir hastalıktır. Klinik belirtiler içinde, çeşitli ağrılar, cinsel ve jinekolojik sorunlar olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların öykülerinde çok sık doktora başvurma, çok sayıda tıbbi tedavi uygulamaları ve birçok kez ameliyat olma olayları saptanmıştır (4,11).

1951 yılında Purcell (11) ve on yıl kadar sonra Washington Üniversitesi'nden bir grup araştırmacı Briquet'nin histeri konusunda yaptığı klinik ve epidemiyolojik çalışmalarını açıkladılar (12,13,14). Bu yazarlar, histerinin medikal model içinde ele alınmasını, farklı klinik sendromların birbirlerinden ayırd edilmeleri, etyoloji ve oluş mekanizmalarına eğilinmesi gerektiğini savunmuşlardır. Belirli tanıları almış olan psikiyatrik hastaların uzun süreli izleme çalışmaları ile incelenmelerini ve aile araştırmaları yapılmasını önermektedirler (12,15).

Tıp literatüründe histeri kelimesinin beş ayrı tabloyu ifade etmek için kullanıldığını görüyoruz.

1. Histeri adı verilen bir hastalık: Briquet tarafından 1859 da tanımlanmış olan, erken yaşta başlayan, kronik, daha çok kadınlarda görülen, çok sayıda ve çeşitli semptomlarla karakterize tablolar.

2. Organik kökenli olmayan, belirli fiziksel belirtiler (konversiyon reaksiyonu).

3. Patolojik bir kişilik tipi; histerik ya da histriyonik kişilik.

4. Bilinç, bellek, kimlik ve motor davranışa ilişkin ruhsal kökenli semptomlar (Dissosiyatif reaksiyonlar).

5. Ani başlayıp, kısa sürede yatışan bir tür psikoz (histerik psikoz) (15).

Amerikan Psikiyatri Birliğinin 1980 yılında yayınladığı sınıflamada (DSM III): "Somatoform disorders" genel

başlığı altında, "Somatisation disorder" ve "Conversion disorder" adlarıyla iki ana grup ayrılmıştır. Somatizasyon rahatsızlığı için aynı zamanda "Briquet Sendromu" veya "Hysteria" adları da önerilmiştir (16).

Proctor 1958 de batı toplumunda histerinin oldukça ender görüldüğünü söylemiştir. Buna karşılık; "Ödipal düzeyde şiddetli represyon" ve eğitimsizliğin etkin olduğu kırsal bölgelerde hastalığın daha sık görüldüğünü bildirmektedir (17).

Chodoff ise histerinin en çok genel hastanelerin nöroloji kliniklerinde, kenar mahallelerde ekonomik ve sosyal düzeyleri düşük gruplarda ve kırsal toplumlarda görüldüğünü saptamıştır (18).

Guze ve Woodroff konversiyon reaksiyonu görülme sıklığı ile eğitim düzeyi arasında bir ilişki olduğunu bildirdiler. Eğitim düzeyi düşük olanlarda konversiyon reaksiyonunun görülme oranı daha fazla olan bu hastaların sosyo-ekonomik düzeylerinininde düşük olduğunu bildirirler (19).

Ziegler 1960 da batı toplumunda klasik histerik semptomların azaldığını, ancak kültüre bağlı olarak kırsal ya da kentsel alanlarda görülen histerik belirtilerin özelliklerinin değişik olduğunu belirtir (20).

Briquet'in histerinin daha çok kadınlarda görülen bir hastalık olduğunu bildirdiği ve kadınlarda erkeklere oranla 20 kat daha fazla görüldüğünü yazdığı belirtiliyor (3).

Charcot, tüm histerik hastalar arasında erkeklerin oranının % 5 olduğunu bildirmiştir (21).

Freud histerik belirtilerin erkeklerde de görülebileceğini ve erkek kadın oranının 1/20 olduğunu belirtir (6). Slavney 1974 de histerik kişilik için kadın/erkek oranını 7/1 olarak belirtmiştir (22).

Arkonac ve Guze 1963 de kadınlar arasında histerinin görülme oranının % 1-2 olduğunu bildiriyorlardı (23).

Histeri toplumumuzda en sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir (21,24). Öztürk ve Volkan 1971 de histeri oranını genel ruhsal patolojiler arasında % 32, yalnız

nevrozlar arasında ise % 57 olarak saptamışlardır (1). Şatır 1982 de histeri görülme sıklığını Ankara kent merkezinde % 7.5, gecekondu bölgesinde ise % 17.5 olarak bulmuştur. Aynı araştırmacı, histeri görülme oranını Ankara kent merkezinde kadınlarda % 9.8, erkeklerde % 3.7; gecekondu bölgesinde ise kadınlarda % 29, erkeklerde % 1.2 olarak bulmuştur (25).

Purtel ve arkadaşları 1951 de, ortalama başlangıç yaşının 19.1, başlama yaşının ise 11-33, Blinder 1966 da ortalama başlangıç yaşını 30, başlama yaşının 19-43 arasında da yer aldığını bildirmişlerdir (11,26).

Marmor 1953 de histeriklerin oral dönemde fiksasyonları olduğunu belirtir. Bazı ana-babaların davranışlarının çocuğu oral dönemde tuttuğunu, bunun da şiddetli ödipal çatışmaya neden olduğunu belirtir. Bu tür bir ya da iki ana-babanın tutumunun, oral alma gereksiniminin erken dönemde eksik olarak yerine getirilmesi, red edici tutum ya da aşırı doyurma şeklinde olduğunu belirtir (18, 27,28).

Halleck 1967 de histeriklerde soğuk, red edici uzak anne figürünün çocukta erken dönemde yakınlık, sevgi ve destek gereksinimini gideremediğini, ödipal dürtü ve çatışmaları artırdığını, bunun sonucunda anksiyete ve suçluluk duygularının ortaya çıktığını belirtir. Amerikan toplumunda kadının sosyal rolü ve beklentilerinin farklı oluşu, kız çocukların bağımlı, agresyonlarını saklayacak biçimde eğitildiklerini belirterek histerinin kadınlar için "son ortak savunma yolu" olduğunu söylemiştir (29).

Lernier 1974 de Amerikan toplumunda histerik kişiliğin oluşumunu açıklayan libido kuramının yetersiz bir açıklama, erkek ve kız çocukların eğitimlerinin çok farklı yönlerde ve bu durumun kadınlarda histeriye yatkınlığa neden olacağını ileri sürmüştür (30).

Mai ve Merskey'in özetledikleri kitapta Briquet 1859 da histerik hastaların ailelerinde histerik belirtilerin görülme sıklığının fazla olması nedeniyle genetik bir yatkınlık olabileceğini, histeriklerin çocukluklarından itibaren kolay etkilenen, aşırı çekingen, çabuk ağla-

yan, duygusal insanlar olduklarını bildirmiştir (3).

Jensen ve Wert 1945 de hastalığı başlatan etkenler arasında; sevilen bir aile bireyinin ölümü, ailede önemli bir hastalığın ortaya çıkmasının sık görüldüğünü vurguladılar. Hasta çocukların ailelerinde ana-baba geçimsizliğine sık rastlandığını belirtmişlerdir (31).

Histeri Freud'un başlattığı psikoanalitik kuramın başlangıç noktasını oluşturdu. Daha sonra histerik fenomenler gösteren hastaların kişilik özellikleriyle ilgilenmeye başlandı. Freud tanımladığı tiplerden "erotik" tipin konversiyon histerisine yatkın olduğunu belirtmiştir (29).

Semptom nevrozu gösteren hastaların kişilik özelliklerinin araştırılması konusundaki ilgi giderek artmıştır. Histerik kişiliğin özellikleri hakkındaki görüşleri şöylece özetleyebiliriz:

Abraham libidinal gelişme dönemlerindeki fiksasyonlarla, kişilik yapısının gelişmesi arasındaki ilişkiyi dinamik yönden açıklamaya çalışmış ve oral, anal kişilik yapılarını tanımlamış ve histerik semptomlar gösterenlerin

libidinal gelişim basamaklarından genital dönemde fiksasyonları olduğunu belirtmiştir (28).

Histerik kişilik tanımını, ayrıntılı olarak yapan ilk yazarlar Bleuler, Wittels ve Reich olmuştur. Bu yazarların tanımlamaları Amerikan Psikiyatri Birliğinin sınıflamasında, patolojik kişilik tiplerinden biri olarak yer almıştır. Duygusal gösteri, açık baştan çıkarıcılık (sedüktivite), duygusal labilite (oynaklık), duygulanımda yüzeyellik, sözel abartma, telkine yatkınlık, manipülatif intihar gösterileri, kararsızlık olarak belirtilmiştir (18).

Bleuler 1924 de, histeriklerin dikkatlerinin, belleklerinin, yargılamalarının ve duygulanımlarının fazlaca etkisi altında kaldıklarını belirtmiştir. Bleuler, histerik karakterin histerik reaksiyonlar ve histerik nevroz için predispozisyon oluşturduğunu ve bu karakterin de aslında nörotik bir gelişmenin sonucu olduğunu belirtir (32).

Wittels 1930 da histerik karakteri psikoanalitik yönden tanımlamıştır. Histeriklerin "Pregenital dönemde" fik-

sasyonları olduğunu belirterek intihar girişimleri, alkol kullanma ve diğer bağımlılık oranlarının yüksek olduğunu savunur (28).

Reich 1933 de histerik karakterin genital dönemde fiksasyonu bulunduğunu belirtmiş ve bu karakteri şöyle tanımlamıştır: Abartılmış cinsel davranışlar, baştan çıkarıcılık (Seductivity), özel bir beden çevikliği, cinsel ilişki konusunda kaygı, telkine yatkınlık (Suggestibility), canlı bir hayal gücü ve patolojik yalancılık (28). Yoğun dramatizasyon, somatizasyon eğilimi ve kararsızlık (27).

Marmor 1953 de histerik kişilik yapısının, oral döneme fiksasyonla ilgili olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle ödipal çatışmanın daha şiddetli yaşandığını ve histeri ile ilaç ve alkol alışkanlıkları, depresyon ve şizofrenik durumlar arasında dinamik yönüden yakın bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Marmor libidinal gelişme dönemlerindeki fiksasyonlar kadar, nörotik ya da psikotik ruhsal patolojiler de ego güçleriyle zayıflıkları arasındaki dengenin de önemli olduğunu belirtiyor (18,27,33).

Basser, Lesser, Kernberg ve Zetsel histerik kişilikte libido kuramı ile ego psikolojisini birlikte ele alan formülasyonlar yapmışlardır. Histerik kişilik yapısı gösterenleri iki gruba ayırmışlardır (18,34,35):

1. "Sick" histerikler (histeroidler, infantil histerikler): Bunlarda oral dönemde fiksasyon vardır.

Regressif, immatür, bağımlı, agresif, impulsif, emosyonel bakımdan labildirler. Temel güven duygusu gelişmemiştir. Ego güçleri zayıf, ego bütünleşmesi tam oluşmamıştır. Süper egolarının gelişimi kusurludur. Yaşam öykülerinde erken dönemde anne yoksunluğu sıktır. Annenin hastalığı, kişiliğinin pasif ya da yetersiz olması, depresyon da olması, ya da erken anne ölümü nedeniyle primer obje ilişkileri sağlıksızdır. Aile yapıları düzensiz ve dağınıktır. Depresyon, izolasyon ve paranoya benzeri ruhi bozukluklar geliştirirler. Öğrenim ve iş yaşamları genellikle düzensiz ve dalgalıdır (28,35).

2. "Good" histerikler: Bunlarda genital dönemde fik-
sasyonlar gözlenir. Ego güçleri ve bütünleşmesi sağlıklı
gelişmemiştir. Obsessif savunma mekanizmaları ve reaksi-
yon formasyonu çok kullandıkları savunma mekanizmalarıdır.
Anne çocuk için ilginç değildir, çoğu kez cinsel yönden
soğuk ve gülünç bir kadın figürü olarak görülür (28,35).

Chodoff ve Lyons, histerik kişilik özelliklerini
şöyle tanımlamışlardır:

- Egoizm, egosantrizm, self-santrizm.
- Teşhircilik, dramatizasyon, abartıcılık, oyuncu-
luk, histriyonik davranışlar, patolojik yalancılık.
- Duygulanımda aşırı dalgalanmalar, emosyonel kont-
rolde zayıflık.
- Sahte ve yüzeysel duygulanım.
- Cinsel olmayan ilişkilere cinsel anlam yüklenmesi,
baştan çıkarıcılık (seductivity), cinsel korkular, cinsel
impulsların doğal akışında bozukluk (36).

Öztürk 1973 de Türk toplumunda histerik belirtiler gösteren kadınların kişilik özelliklerini şöyle tanımlamıştır: Uysal uyumla karakterize, yıllarca ileri derecede dayanma gücü, kabullenme, öfke ve kırgınlığını içinde saklama, başkalarının gereksinim ve beklentilerine aşırı bir duyarlılık, bunlara göre uyum yapabilme yeteneği (24).

Chodoff ve Lyons, histerik kişiliklerde bağımlılığın önemli bir kişilik özelliği olduğunu belirtmişlerdir (36).

Ziegler 1960 da, histeri tanısı konulan 134 hastanın ancak yarısından azında histerik kişilik saptadığını bildirmiş, histeriklerde immatürite ve bağımlılık gibi kişilik özelliklerine sık rastladığını belirtmiştir (20).

1968 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflaması olan DSM II de standart tanı sınıflamasında ilk defa histerik kişiliğe de yer verilmiştir. 1980 yılında yayınlanan DSM III'de "histerik kişilik" deyimini değiştirilerek "histriyonik kişilik" olarak adlandırılmıştır. Ayrıca histeride antisosyal davranışın sık olduğu bildi-

rilmiştir (16).

Lilienfeld ve arkadaşlarının 1986 yılında yaptıkları bir araştırmada, somatizasyon bozukluğu olan hastaların ailelerinde yüksek bir antisosyal kişilik prevalansı görülmesine karşın, histrionik kişilik bozukluğu olan hastaların ailelerinde görülmemiştir. Histrionik bireylerin erkek oldukları takdirde antisosyal kişilik bozukluğu, dişi oldukları takdirde somatizasyon bozukluğu geliştirdiklerini düşünmektedirler (37).

Antisosyal kişilik ve somatizasyon bozukluğu, histrionik kişiliği olmayan bireylerde daha çok görülmesine rağmen, histrionik kişiliği olanlarda çok daha az görülmüştür. Antisosyal kişilik ve somatizasyon bozukluğu olan deneklerin birinci derece akrabaları arasında alkolizm sık görülmüş, histrionik kişiliği olan bireylerin akrabaları arasında ise daha az oranda alkolizm saptanmıştır (37).

Lilienfeld ve arkadaşları 1986 da, somatizasyon bozukluğu olan hastaların % 54 ünde histrionik kişilik özel-

likleri bulduklarını ve histrionik kişiliğe ait prevalans oranlarının erkekler ve kadınlar arasında anlamlı ölçüde değişmediğini açıklamışlardır (Sırasıyla; % 12.8 ve % 16.1) (37).

M A T E R Y A L V E M E T O D

Bu çalışma, Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine 1 Temmuz, 31 Aralık 1985 tarihleri arasında başvurup, histeri tanısı almış hastalarla, İç Hastalıkları polikliniğine başvurup organik yönleri tesbit edilmiş (tanı almış) hastaların kişilik ve aile yapılarının tesbitine dayanmaktadır.

Çalışmada, 210 hasta (160 kadın, 50 erkek) incelenmiştir. Histeri tanısı almış hastaların 80 i kadın, 25 i erkektir. Hastaların seçiminde yaş, cins, sosyo-ekonomik düzey ve eğitim farkı gözetilmemiştir. Kontrol grubunun seçiminde yalnız cinsiyet ve sayı eşitlemesi yapılmıştır.

Araştırmada kişilik özellikleri ve aile yapısının öğrenilebilmesi için hastalara ne gibi soruların sorulması gerektiği araştırıldı. Bu konuda daha önce yapılan çalışma-

lar gözden geçirilerek araştırma formumuzu düzenledik.

Hastalarla tek tek görüşülerek araştırma anket formu dolduruldu. Hastaların yakınmaları oluş sırasıyla öğrenilerek kaydedildi. Daha sonra öyküleri alındı. Kişilik özelliklerini saptayabilmek için temel (premorbid) kişiliği, önce kendisine, sonra hastayla beraber gelen yakınlarına soruldu.

Hastanın içinde yetiştiği ortamın tanınabilmesi için aile yapısının değişik yönleri ile ilgili olarak, babanın bedensel sağlık durumu, erken yaşta anne-baba ölümü, anne ve babanın kişilik özellikleri ve aile ilişkileri sorularak saptandı.

Bulgular tablo halinde sunuldu. Sonuçlar yüzdeler halinde ve istatistiksel analiz (38,39) yapılarak kontrol grubu ile karşılaştırıldı.

B U L G U L A R

Yaş ve cinse göre hastalığın dağılımı (Tablo: 1) incelendiğinde; kadın araştırma grubunda hastalığın görülme sıklığı 35 yaşın altında önemli düzeyde yüksek bulundu. Kadın hastaların % 62.7 si 15-29 yaş grubunda, erkek hastaların ise % 52 si 30-49 yaş grubunda olduğu görüldü. Kontrol grubunda ise, kadınların % 32.4 ü 15-29, erkeklerin % 12 si 30-49 yaş grubundaydı.

Araştırma ve kontrol gruplarında kadın ve erkeklerin yaş gruplarına dağılışında istatistik yönden anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p > 0.05$).

Eğitim düzeyleri bakımından yapılan karşılaştırmada (Tablo: 2); hiç eğitim görmemişleri oranı araştırma grubunda (% 17.1), kontrol grubuna (% 9.5) göre yüksek bulundu. İlkokul mezunları, araştırma grubunda % 45,7, kontrol

grubunda % 38 idi. Orta öğrenim düzeyi araştırma grubunda % 28.6, kontrol grubunda % 44.7 olarak bulundu. Üniversite öğrenimi görenler araştırma grubunda % 4.8, kontrol grubunda % 6.7 idi.

Araştırma grubundaki kadınlarda, öğrenim görmemiş ve ilkokul mezunu kişilerin oranı önemli düzeyde yüksek bulundu. Araştırma ve kontrol gruplarını karşılaştırmak amacı ile yapılan x^2 testinde iki grup arasında anlamlı bir farklılık görülememiştir ($p > 0.05$).

Meslek dağılımı bakımından her iki grubun karşılaştırılmasında (Tablo: 3); araştırma grubunda kadınların % 62.5 i ev kadını, % 15 i ev kadınlığı yanında tarlada çalışmaktadır. Meslek sahibi olan kadınlar, araştırma grubunda (% 14.9) kadın kontrol grubundan (% 22.6) düşük oranda olup, iki grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.05$).

Doğum yeri bakımından iki grubun karşılaştırılmasında (Tablo:4); köyde doğanlar araştırma grubunda (% 47,6) kontrol grubundan (% 31.4) yüksek oranda olup, iki grup

arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.01$).

Yerleşim bölgesi değiştirme yönünden iki grubun karşılaştırılmasında (Tablo: 5); yer değiştirme araştırma grubunda % 55.1, kontrol grubunda ise % 44.6 olarak bulunmuş olup, iki grup arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p < 0.01$).

Geldikleri yer yönünden iki grubun incelenmesinde (Tablo: 6); araştırma grubunda köyden gelenler (% 11.4) kontrol grubuna oranla (% 5) çoğunluktadır. Kentten gelenler, araştırma grubunda (% 68.6) kontrol grubundan (% 84.8) daha düşük oranda olup, iki grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.05$).

Sosyo-ekonomik durumun her iki grupta karşılaştırılmasında (Tablo: 7); sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlar, araştırma grubunda (% 28.6), kontrol grubundan (% 10.5) yüksek oranda olup, iki grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.05$).

Medeni durumun her iki grupta incelenmesinde

(Tablo: 8); evli olanlar, araştırma grubunda % 72.3, kontrol grubunda ise % 74.3 olarak bulunmuş, iki grup arasında anlamlı bir farklılık görülememiştir ($p > 0.05$).

Araştırma ve kontrol gruplarında evlenme yaşının karşılaştırılmasında (Tablo: 9); 18 yaşından önce evlenme, kadın hastalarda (% 47,9), kadın kontrol grubundan (% 26,7) yüksek oranda olup, iki grup arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p < 0.001$).

Araştırma ve kontrol gruplarında hastalık öncesi kişilik yapıları incelendiğinde (Tablo: 10); immatür ve bağımlı kişilik, araştırma grubumuzda (% 64,7), kontrol grubundan (% 33.3) daha yüksek oranda bulundu. Uysal uyum, araştırma grubunda (% 47,6), kontrol grubundan (% 30.4) daha fazla görüldü. Obsessif kişilik, kadın hastalarda (% 11.2), kadın kontrol grubundan (% 23.7) düşük oranda bulundu. Histrionik kişilik, kadın hastalarda (% 10), kadın kontrol grubundan (% 7.5) az bir farkla yüksek olarak bulundu. Erkek hastalarla, erkek kontrol grubunda histrionik kişilik saptanamadı.

Çokluk esasına göre kişilerin değerlendirilmelerinde; immatür ve bağımlı kişilik ile uysal uyumlu (sessiz, içe dönük) karakterize kişilik, araştırma grubunda, kontrol grubuna oranla önemli düzeyde yüksek bulundu.

Araştırma ve kontrol gruplarında babaların bedensel sağlık durumu incelendiğinde (Tablo: 11); bedensel hastalık oranı, araştırma grubu babalarında (% 13.2), kontrol grubundan (% 6.6) yüksek olup, iki grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.05$).

Araştırma ve kontrol gruplarında erken yaşta anne-baba ölümü karşılaştırıldığında (Tablo: 12); erken yaşta anne-baba ölümü, kadın hasta grubunda (% 23.5), erkek hasta grubundan (% 64) daha düşük oranda olup, aralarında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.01$). Buna karşılık erken yaşta anne-baba ölümü, kadın kontrol grubunda % 16.2, erkek kontrol grubunda ise % 12 olarak bulunmuş, aralarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.20$).

Tüm araştırma grubunda, erken yaşta anne-baba ölümü

(% 33.2), kontrol grubundan (% 15) yüksek oranda bulundu. Adölesan ve öncesi dönemde anne ölümü (her iki grupta) baba ölümünden çok daha düşük oranda görülmüştür.

Araştırma ve kontrol gruplarında annenin ruhsal sağlığı incelendiğinde (Tablo: 13); histeri tipinde rahatsızlık, araştırma grubu annelerinde (% 8.5), kontroldeki annelerden (% 1.9) yüksek oranda olup, iki grup arasındaki fark anlamlılık düzeyine ulaşamamıştır ($p > 0.05$).

Araştırma ve kontrol gruplarında babaların patolojik kişilik özellikleri incelendiğinde (Tablo:14); araştırma grubundaki babalarda sert, otoriter, baskıcı kişilik (% 27.6), kontrol grubundan (% 8.5) yüksek oranda olup, a-ralarında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.001$). Eve ve aileye uzak, kronik alkolik, sert, otoriter, baskıcı ve antisosyal kişilikte olan babalar, araştırma grubunda (% 53.2), kontrol grubundan (% 11.3) daha yüksek oranda olup, iki grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.001$).

Otoriter, çalışkan, uyumlu ve ağırbaşlı babalar,

araştırma grubunda (% 30.4), kontrol grubundan (% 80.9) çok daha düşük olup, aralarında anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p < 0.001$).

Kronik alkolizm ve antisosyal kişilik, kadın hastaların babalarında (% 16.7), kadın kontrol grubundan (% 6.2) daha yüksek oranda bulundu. Kadın hastaların babalarında antisosyal kişilik (% 8.7), kadın kontrol grubuna (% 2.5) göre oldukça yüksek oranda görüldü. Erkek hastaların babalarında antisosyal kişilik (% 9.3), erkek kontrol grubuna göre (% 1.9) daha yüksek olarak saptandı.

Araştırma ve kontrol gruplarında annelerin patolojik kişilik özellikleri araştırıldığında (Tablo: 15); araştırma grubundaki annelerde, uzak ve agresif red edici, aşırı kollayıcılık, antisosyal kişilik özellikleri (% 53.1), kontrol grubundan (% 7.4) daha yüksek oranda bulundu. Antisosyal kişilikteki anneler, araştırma grubunda (% 24.7), kontrol grubuna (% 0.9) göre daha yoğun olup, kadın hastaların annelerinde % 28.7, kadın kontrol grubunda ise % 1.2 olarak bulunmuştur.

Anne ve baba ilişkileri incelendiğinde (Tablo: 16); sürekli geçimsizlik araştırma grubunda (% 33.3), kontrol grubundan (% 8.5) daha yüksek oranda bulundu.

ARAŞTIRMA				KONTROL		
YAŞ	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)
15-19	7 (9.0)	2 (8.0)	9 (8.5)	5 (6.2)	3 (12.0)	8 (8.1)
20-24	24 (30.0)	3 (12.0)	27 (25.7)	8 (10.0)	2 (8.0)	10 (9.5)
25-29	19 (23.7)	5 (20.0)	24 (22.8)	13 (16.2)	3 (12.0)	16 (15.2)
30-34	10 (12.5)	3 (12.0)	13 (12.3)	15 (19.0)	4 (16.0)	19 (18.2)
35-39	11 (13.7)	6 (24.0)	17 (16.1)	7 (8.7)	6 (24.0)	13 (12.3)
40-44	5 (6.2)	3 (12.0)	8 (8.0)	10 (12.5)	1 (4.0)	11 (10.4)
45-49	3 (3.7)	1 (4.0)	4 (3.8)	9 (11.2)	1 (4.0)	10 (9.5)
50-54	1 (1.2)	2 (8.0)	3 (2.8)	7 (8.7)	2 (8.0)	9 (8.5)
55 ve üstü	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (7.5)	3 (12.0)	9 (8.5)
TOPLAM	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)

Tablo 1: Araştırma ve kontrol gruplarında yaş-cinsiyet dağılımı.

ARAŞTIRMA			KONTROL			
Öğrenim durumu	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)
Öğrenim görmemiş	16 (20.0)	2 (8.0)	18 (17.1)	10 (12.5)	0 (0.0)	10 (9.5)
Okur yazar	3 (3.9)	1 (4.0)	4 (3.8)	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (1.0)
İlkokul	39 (43.7)	9 (36.0)	48 (45.7)	34 (42.5)	6 (24.0)	40 (38.1)
Ortaokul	5 (6.2)	6 (24.0)	11 (10.5)	14 (17.5)	4 (16.0)	18 (17.1)
Lise	13 (16.2)	6 (24.0)	19 (18.1)	18 (22.5)	11 (44.0)	29 (27.6)
Yüksekokul	4 (5.0)	1 (4.0)	5 (4.8)	3 (3.8)	4 (16.0)	7 (6.7)
TOPLAM	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)

Tablo 2: Araştırma ve kontrol gruplarının öğrenim düzeyi yönünden karşılaştırılması.

ARAŞTIRMA			KONTROL			
MESLEK	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)
Ev kadını	50 (62.5)	0 (0.0)	50 (47.6)	52 (65.0)	0 (0.0)	52 (49.5)
Ev kadını + Tarla	12 (15.0)	0 (0.0)	12 (11.4)	4 (5.0)	0 (0.0)	4 (3.8)
İşçi	2 (2.5)	6 (24.0)	8 (7.6)	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (0.9)
Serbest meslek	3 (3.9)	3 (12.0)	6 (5.7)	1 (1.2)	3 (12.0)	4 (4.0)
Memur	7 (8.7)	9 (36.0)	16 (15.2)	13 (16.2)	14 (56.0)	27 (25.7)
Öğrenci	1 (1.2)	2 (8.0)	3 (3.0)	4 (5.0)	2 (8.0)	6 (5.7)
Öğretmen	5 (6.2)	3 (12.0)	8 (7.6)	5 (6.4)	5 (20.0)	10 (9.5)
Çiftçi	0 (0.0)	2 (8.0)	2 (1.9)	0 (0.0)	1 (4.0)	1 (0.9)
TOPLAM	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)

Tablo 3: Araştırma ve kontrol gruplarının meslek durumları.

ARAŞTIRMA			KONTROL			
Doğum yeri	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)
Köy	37 (46.2)	13 (52.0)	50 (47.6)	25 (31.2)	8 (32.0)	33 (31.4)
Kasaba	25 (31.2)	7 (28.0)	32 (30.4)	19 (23.8)	6 (24.0)	25 (23.9)
Kent	18 (22.6)	5 (20.0)	23 (22.0)	36 (45.0)	11 (44.0)	47 (44.7)
TOPLAM	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)

Tablo 4: Araştırma ve kontrol gruplarının doğdukları yerler.

Yer değiştirme	ARAşTIRMA			KONTROL		
	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)
Hep aynı köyde	10 (12.5)	2 (8.0)	12 (11.4)	5 (6.2)	1 (4.0)	6 (5.7)
Köyden kasabaya	4 (5.0)	2 (8.0)	6 (5.7)	4 (5.0)	2 (8.0)	6 (5.7)
Köyden kente göç	23 (28.7)	9 (36.0)	32 (30.4)	18 (20.0)	5 (20.0)	21 (20.0)
Hep aynı kasabada	9 (11.2)	3 (12.0)	12 (11.4)	2 (2.5)	1 (4.0)	3 (2.8)
Kasabadan kente göç	16 (20.0)	4 (16.0)	20 (19.0)	17 (21.2)	5 (26.0)	22 (20.9)
Hep aynı kentte	16 (20.0)	4 (16.0)	20 (19.0)	35 (43.7)	11 (44.0)	46 (43.8)
Kentten kasabaya	2 (2.5)	1 (4.0)	3 (2.8)	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (0.9)

Tablo 5: Araştırma ve kontrol gruplarında yer değiştirme.

ARAŞTIRMA				KONTROL		
Geldiği yer	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)
Köy	10 (12.5)	2 (8.0)	12 (11.4)	5 (6.2)	1 (4.0)	6 (5.7)
Kasaba	15 (18.8)	6 (24.0)	21 (20.0)	7 (8.8)	3 (12.0)	10 (9.5)
Kent	55 (68.7)	17 (68.0)	72 (68.6)	68 (85.0)	21 (84.0)	89 (84.8)
TOPLAM	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)

Tablo 6: Araştırma ve kontrol gruplarının geldikleri yerler

(Yaşadıkları yer).

Sosyo - ekonomik durum	ARAŞTIRMA			KONTROL		
	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)
Yoksul	21 (26.3)	9 (36.0)	30 (28.6)	7 (8.8)	4 (16.0)	11 (10.5)
Orta	56 (70.0)	15 (60.0)	71 (67.8)	65 (81.2)	19 (76.0)	84 (80.0)
Varlıklı	3 (3.7)	1 (4.0)	4 (3.8)	8 (10.0)	2 (8.0)	10 (9.5)
TOPLAM	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)

Tablo 7: Araştırma ve kontrol gruplarının sosyo-ekonomik durumları.

Medeni durum	ARASTIRMA			KONTROL		
	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)
Bekar	15 (18.8)	8 (32.0)	23 (22.0)	16 (20.0)	5 (20.0)	21 (20.0)
Evli	59 (73.7)	17 (68.0)	76 (72.3)	58 (72.5)	20 (80.0)	78 (74.3)
Dul	6 (7.5)	0 (0.0)	6 (5.7)	6 (7.5)	0 (0.0)	6 (5.7)
TOPLAM	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)

Tablo 8: Araştırma ve kontrol gruplarında medeni durumlarının karşılaştırılması.

Evlenme Yaşı	ARAŞTIRMA			KONTROL		
	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)
18 yaşından küçük	30 (47.9)	0 (0.0)	30 (37.5)	17 (26.7)	0 (0.0)	17 (20.3)
18 - 20	23 (36.3)	3 (17.7)	26 (32.5)	27 (42.1)	3 (15.0)	30 (35.7)
21 ve üstü	10 (15.8)	14 (82.3)	24 (30.0)	20 (31.2)	17 (85.0)	37 (44.0)
TOPLAM	63 (100.0)	17 (100.0)	80 (100.0)	64 (100.0)	20 (100.0)	84 (100.0)

Tablo 9: Araştırma ve kontrol gruplarında evlenme yaşı.

ARAŞTIRMA				KONTROL		
KİŞİLİK YAPISI	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)
Histrionik kişilik	8 (10.0)	0 (0.0)	8 (7.6)	6 (7.5)	0 (0.0)	6 (5.7)
İmmatür ve bağımlı kişilik	53 (66.2)	15 (60.0)	68 (64.7)	26 (32.5)	9 (36.0)	35 (33.3)
Obsessif kişilik	9 (11.2)	0 (0.0)	9 (8.5)	19 (23.7)	3 (12.0)	22 (20.9)
Yetersiz kişilik	0 (0.0)	7 (28.0)	7 (6.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Uysal uyum (sessiz, içe dönük)	43 (53.7)	7 (28.0)	50 (47.6)	26 (32.5)	6 (24.0)	32 (30.4)
Antisosyal kişilik	0 (0.0)	4 (16.0)	4 (3.8)	0 (0.0)	4 (16.0)	4 (3.8)
Pasif ağırsif kişilik	5 (6.2)	3 (12.0)	8 (7.6)	2 (2.5)	3 (12.0)	5 (4.7)
Dürtü kontrolü az, engellenme eşiği düşük	8 (10.0)	4 (16.0)	12 (11.4)	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (0.9)

Tablo 10: Araştırma ve kontrol grublarında hastalık öncesi kişilik (premorbit kişilik özellikleri).

Babanın bedensel sağlığı	A R A Ő T I R M A			K O N T R O L		
	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)
Sağlıklı	47 (58.8)	11 (44.0)	58 (55.4)	38 (47.6)	13 (52.0)	51 (48.7)
Süregen bir hastalığı var	10 (12.5)	1 (4.0)	11 (10.4)	5 (6.2)	1 (4.0)	6 (5.7)
Şu sıra hasta	3 (3.7)	0 (0.0)	3 (2.8)	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (0.9)
Ölmüş	20 (25.0)	13 (52.0)	33 (31.4)	36 (45.0)	11 (44.0)	47 (44.7)
TOPLAM	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)

Tablo 11: Araştırma ve kontrol grublarında babaların bedensel sağlık durumları.

A R A Ş T I R M A				K O N T R O L		
A N N E	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)
0-1 yaş arasında	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2-5 yaş arasında	1 (1.2)	1 (4.0)	2 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
İlkokul döneminde	1 (1.2)	1 (4.0)	2 (1.9)	0 (0.0)	1 (4.0)	1 (0.9)
Adöle sansta	2 (2.5)	4 (16.0)	6 (5.7)	2 (2.5)	0 (0.0)	2 (1.9)
B A B A						
0-1 yaş arasında	1 (1.2)	1 (4.0)	2 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2-5 yaş arasında	3 (3.7)	1 (4.0)	4 (3.8)	2 (2.5)	1 (4.0)	3 (2.8)
İlkokul döneminde	4 (5.0)	5 (20.0)	9 (8.5)	5 (6.2)	0 (0.0)	5 (4.7)
Adöle sansta	7 (8.7)	3 (12.0)	10 (9.5)	4 (5.0)	1 (4.0)	5 (4.7)
Erken, dönemde anne baba ölümü olmayan	61 (76.2)	9 (36.0)	70 (66.6)	67 (83.7)	22 (88.0)	89 (84.7)

Tablo 12: Araştırma ve kontrol gruplarında erken yaşta anne-baba ölümü.

ARAŞTIRMA				KONTROL		
Annenin Ruhsal sağlığı	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)
Ruhsal bozukluğu yok	63 (78.9)	18 (72.0)	81 (77.3)	70 (87.6)	21 (84.0)	91 (86.8)
Histeri tipinde rahatsızlık	7 (8.7)	2 (8.0)	9 (8.5)	2 (2.5)	0 (0.0)	2 (1.9)
Depresyon	4 (5.0)	2 (8.0)	6 (5.7)	6 (7.5)	4 (16.0)	10 (9.5)
Obsessif kompulsif nevroz	3 (3.7)	0 (0.0)	3 (2.8)	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (0.9)
Kişilik problemi	3 (3.7)	3 (12.0)	6 (5.7)	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (0.9)
TOPLAM	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)	80 (100.0)	25 (100.0)	105 (100.0)

Tablo 13: Araştırma ve kontrol grubunda annenin ruhsal sağlığı.

	ARAŞTIRMA			KONTROL		
	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)
Pasif ve yetersiz	5 (6.2)	1 (4.0)	6 (5.7)	3 (3.1)	2 (8.0)	5 (4.7)
Eve ve aileye uzak	11 (13.7)	2 (8.0)	13 (12.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Kronik alkolik ve antisosyal kişilikte	6 (7.5)	1 (4.0)	7 (6.6)	2 (2.5)	0 (0.0)	2 (1.9)
Kronik alkolik	4 (5.0)	0 (0.0)	4 (3.0)	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (0.9)
Antisosyal kişilik	7 (8.7)	3 (12.0)	10 (9.5)	2 (2.5)	0 (0.8)	2 (1.9)
Sert, otoriter, baskıcı	25 (28.7)	6 (24.0)	29 (27.6)	5 (6.2)	4 (16.0)	9 (8.5)
Asırı titiz, katı	3 (3.7)	1 (4.0)	4 (3.8)	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (0.9)
Otoriter, çalışkan	4 (5.0)	3 (12.0)	7 (6.6)	29 (36.2)	8 (32.0)	37 (35.2)
Uyumlu – ağırbaşlı	17 (21.2)	8 (32.0)	25 (23.8)	37 (46.2)	11 (44.0)	48 (45.7)

Tablo 14: Araştırma ve kontrol gruplarında babaların patolojik kişilik özellikleri.

ARAŞTIRMA			KONTROL			
	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)
Titiz	13 (16.2)	2 (8.0)	15 (14.2)	31 (38.7)	10 (40.0)	41 (39.0)
Uzak ve reddedici	12 (15.0)	0 (0.0)	12 (11.4)	0 (0.0)	1 (4.0)	1 (0.9)
Sessiz, uysal uyumda	10 (12.5)	6 (24.0)	16 (15.2)	24 (30.0)	6 (24.0)	30 (28.5)
Pasif ve yetersiz	9 (11.2)	4 (16.0)	13 (12.3)	14 (17.0)	3 (12.0)	17 (16.1)
Agressif ve reddedici	6 (7.5)	1 (4.0)	7 (6.6)	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (0.9)
Asırı kollayıcılık	4 (5.0)	7 (28.0)	11 (10.4)	3 (3.7)	2 (8.0)	5 (4.7)
Histerik kişilik	2 (2.5)	1 (4.0)	3 (2.8)	2 (2.5)	1 (4.0)	3 (2.8)
Kronik depressif kişilik	1 (1.2)	1 (4.0)	2 (1.9)	4 (5.0)	2 (8.0)	6 (5.7)
Antisosyal kişilik	23 (28.7)	3 (12.0)	26 (24.7)	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (0.9)

Tablo 15: Araştırma ve kontrol gruplarında annelerin patolojik kişilik özellikleri.

	ARAŞTIRMA			KONTROL		
	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)	KADIN (%)	ERKEK (%)	TOPLAM (%)
Sürekli geçimsizlik	30 (37.5)	5 (20.0)	35 (33.3)	5 (6.2)	4 (16.0)	9 (8.5)
Düzenli uyumlu	36 (45.0)	5 (20.0)	4 (39.0)	65 (81.2)	21 (84.0)	86 (81.9)
Baba baskın, anne silik ve uyumlu	6 (7.5)	10 (40.0)	16 (15.2)	6 (7.5)	0 (0.0)	6 (5.7)
Baba baskın, anne silik fakat uyumsuz	2 (2.5)	3 (12.0)	5 (4.7)	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (0.9)
Anne baskın, baba silik ve uyumlu	6 (7.5)	2 (8.0)	8 (7.6)	2 (2.5)	0 (0.0)	2 (1.9)
Anne baskın, baba silik fakat uyumsuz	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Anne baba boşanmış	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (0.9)

Tablo 16: Araştırma ve kontrol grubunda anne ve babanın ilişkilerindeki özellikler.

T A R T I Ő M A

Histeri tanısı konulan 105 olgu'yu kişilik ve aile yapısı bakımından incelerken, amacımız bize başvuran hastalarla, iç hastalıkları polikilingine başvuran hastaların, kişilik ve aile yapısı yönünden ne gibi özellikler gösterdikleri ve bu iki grup arasında anlamlı bir farklılığın bulunup bulunmadığını araştırmaktı.

Hastalar yaş ve cinsiyet farkı gözetilmeden araştırmaya alınmışlardır. Bize 6 ay içinde gelen ve histeri tanısı alan hastaların 80 i kadın (% 76.1), 25 i ise erkektir (% 23.8). Kadınların büyük bir kısmının da ev kadını (% 62.5) ve ev kadınlığı yanında tarlada çalıştığı (% 15) dikkati çekmiştir. Histeri tanısının genellikle kadınlara konduğu pek çok araştırıcı tarafından bildirilmiştir (3,11). Chodoff ve Lyons histerik kişiliği "dişi-

liğin anlatımıdır" şeklinde tanımlamışlardır (30). Chodoff histerinin yalnız histerik kişilikte görülmediğini, erkeklerde de kadınlar kadar sıklıkla görülebileceğini bildiriyor (18).

Araştırmamızda histeri tanısı alan hastaların % 76.1 i kadın, % 23.8 i ise erkektir. Stephen ve kamp araştırmalarında histeri tanısı alan hastaların % 88inin kadın olduğunu belirtmişlerdir (40). Başka bir araştırmada ise hastaların % 20 si erkekti (41).

Bizim araştırmamızda kadınlarda hastalığın görülme sıklığının 35 yaşın altında önemli düzeyde yüksek olduğu görüldü. Kadın hastaların % 62.7 si 15-29 yaş grubunda, erkek hastaların ise % 52 si 30-49 yaş grubunda bulundu. Bu bulgular, histerinin kadınlarda erken yaşlarda, erkeklerde ise daha geç başladığını bildiren yayınlarla uyumludur (4, 11,12,13,14).

Öğrenim durumlarına göre yaptığımız incelemede, araştırma grubumuzda ilk eğitim düzeyi % 45,7 ile birinci sırayı almakta, bunu % 28.6 ile orta eğitim düzeyi, % 17.1 ile

hiç eğitim görmemişler, % 4.8 ile üniversite eğitim düzeyi izlemektedir. Araştırmamızda kadın hasta grubunda, öğrenim görmemiş ve ilkokul mezunu kişilerin oranı önemli düzeyde yüksek bulundu. Guze ve Woodroff, eğitim düzeyi düşük olanlarda histerinin görülme oranının fazla olduğunu bildirdiler (19). Bizim sonuçlarımız Guze ve Woodroff'un sonuçlarını desteklemektedir.

Araştırma grubunda kadınların % 46,2 si köy, % 31.2 si kasaba, % 22.6 si kent doğumludur. Araştırma grubumuzda, kırsal kesimde doğmuş olanlarda, kentte doğmuş olanlara göre yüksek hastalık oranı bulundu. Bu bulgular, hastaların daha çok kırsal bölgelerde yaşayan ailelerden geldiklerini belirten yazarların bulgularına uymaktadır (20). Proctor, eğitimsizliğin etkin olduğu kırsal bölgelerde histerinin daha sık görüldüğünü bildirir (17). Chodoff, histerinin ekonomik ve sosyal düzeyleri düşük gruplarda ve kırsal toplumlarda görüldüğünü saptamıştır (18).

Yerleşim bölgesi değiştirme bakımından incelendiğinde, hastalık oranı, araştırma grubunda, köyden ve kasaba-

dan göç etmiş bireylerde, yer değiştirmeyenlere oranla önemli düzeyde yüksek bulundu. Hastalarımızın büyük bölümü köy ve kasaba doğumlu (% 78) olup, % 49.4 ü kentte yaşamaktadır. Briquet, histeride ortaya çıkarıcı etkenler arasında köyden kente göçü de saymıştır (3). Ülkemizde de köyden kente göç sosyo-kültürel ve ekonomok etkenlerden kaynaklanan yoğun bir stresi beraberinde getirmektedir. Bu durum da histerik belirtilerin anksiyete ya da depresyona karşı bir savunma olarak kullanılabileceği (20) düşünülmektedir.

Doğum yerleri ile yaşadıkları yeri karşılaştırdığımızda, araştırma grubumuzda, köy doğumlu olupta kentte yaşayanların oranı yüksek bulundu.

Sosyo-ekonomik düzey bakımından, araştırma grubumuzda, % 67.6 ile orta düzey birinci sırayı alırken, bunu % 28.6 ile alt ekonomik düzey izlemektedir. Looff1970 de ekonomik durumu orta ya da düşük olan ailelerde histerinin daha sık görüldüğünü belirtmiştir (42).

Hastaların % 72.3 ü evlidir. Kadın hastaların

% 47.9 u 18 yaşın altında evlendirilmişlerdir. 105 olgumuzun 76 sının evli, 6 sının dul olması bize kötü veya uyumsuz bir evliliğin hastalığı hazırlayıcı veya ortaya çıkarıcı bir faktör olacağı izlenimini vermiştir. Histerik kadınlarda evlilik sorunlarının sık görüldüğü birçok araştırıcı tarafından bildirilmiştir (3,9,22,43).

Olgularımızın premorbid kişilik yapıları incelendiğinde; % 64.7 ile immatür ve bağımlı kişilik yüksek oranda görülmüş, bunu uysal uyum (% 47,6), obsessif kişilik (% 8.5), pasif ağıressif kişilik (% 7.6), histrionik kişilik (% 7.6) ve anti-sosyal kişilik (% 3.8) izlemiştir.

Erkek hastalarda, histrionik kişilik görülmemiş, buna karşılık anti-sosyal kişilik % 16 oranında bulunmuştur. Kadın hastalarda ise histrionik kişilik % 10 oranında olup, anti-sosyal kişilik saptanamamıştır. Histrionik kişiliği olmayan bireylerde anti-sosyal kişilik ve somatizasyon bozukluğunun daha çok görüldüğünü, histrionik kişiliği olanlarda ise çok daha az görüldüğünü belirten yazarların bulgularıyla (37) bizim bulgularımız uygunluk göstermektedir.

Aynı araştırmacılar, histrionik bireylerin erkek oldukları takdirde anti-sosyal kişilik bozukluğu, dişi oldukları takdirde somatizasyon bozukluğu (histeri) geliştirdiklerini düşünmektedirler (37).

Kadın hasta grubunun premorbid kişilik özellikleri arasında % 66.2 oranında immatürite ve bağımlılık, % 53.7 oranında uysal uyumla karakterize, sessiz, içe dönük tipte kişilik olduğu görölmüştür. Kadın kontrol grubunda ise % 32.5 oranında immatürite ve bağımlı kişilik saptanmıştır. Bu bulgular, histeriklerde immatürite ve bağımlılık gibi kişilik özelliklerine sık rastlandığını belirten yazarların bulgularına uymaktadır (20).

Histrionik kişiliğe ait yaygınlık (prevalans) oranı, kadın hasta grubumuzda % 10 olarak bulunmuş olup, erkek hasta grubunda histrionik kişiliğe rastlanmamıştır. Lili-enfield ve arkadaşları 1986 da, histrionik kişiliğe ait yaygınlık oranlarını erkeklerde % 12.8 ve kadınlarda % 16.1 olarak bulduklarını belirtmişlerdir (37).

Babaların bedensel sağlık durumu incelendiğinde, araştırma grubumuzdaki babalarda, bedensel hastalık oranı (% 13.2), kontrol grubundaki babalardan (% 6.6) yüksek olup, iki grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Jensen ve Wert, hasta çocukların ailelerinde ana-baba kaybının önemli bir yer tuttuğunu belirtmişlerdir. Hastalığı başlatan etkenler arasında, sevilen bir aile bireyinin ölümü, ailede bir hastalığın ortaya çıkmasının sık görüldüğünü bildirmişlerdir (31).

Erken yaşta anne-baba ölümü, kadın hasta grubunda (% 23.5), erkek hasta grubundan (% 64) daha düşük oranda olup, aralarında anlamlı bir farklılık görüldü. Erken yaşta anne-baba ölümü, araştırma grubunda (% 33.2), kontrol grubundan (% 15) yüksek oranda bulundu. Adölesans ve öncesindeki dönemde araştırma grubunda baba ölümü % 23.7, anne ölümü % 9.5 olarak bulundu. Toplumumuzda bağımlılığın en belirgin kişilik özelliklerinden biri olduğu hatırlanacak olursa, bu araştırmada obje kaybının hastalığı proveke eden en önemli etkenlerden biri olarak ortaya çık-

ması beklenen bir sonuçtur.

Araştırma grubumuzdaki annelerde, histeri tipinde rahatsızlık (% 8.5), kontroldeki annelerden (% 1.9) yüksek oranda bulundu. Guze 1967 de histerik hastanın birinci dereceden kadın akrabalarında histeri görülme oranının % 14 olduğunu bildirmektedir (12). Arkonac ve Guze 1968 de, histerik hastaların birinci dereceden akrabalarında, kadınlarda % 15 oranında histeri, erkeklerde % 11 oranında alkolizm ve sosyo-pati bulduklarını belirtmişlerdir (23). Nemiah 1980 de histeri rahatsızlığı olan hastaların annelerinde aynı hastalığa % 20 oranında rastlandığını ve birinci dereceden erkek akrabalarında da alkolizm ve sosyopatinin sık görüldüğünü belirtmişlerdir (4).

Kadın hastaların babalarında, kronik alkolik ve anti-sosyal kişilikte olanlar (% 16.7), kadın kontrol grubundan (% 6.2) daha yüksek oranda bulundu. Kadın hastaların babalarında anti-sosyal kişilik (% 8.7), kadın kontrol grubuna (% 2.5) göre oldukça yüksek orandaydı. Cloninger ve Guze, sosyopatik babaların kızlarınınin 3/4 ünde yük-

sek oranda histeri görüldüğünü yayınlamışlardır (44).

Tüm araştırma grubumuzda, anti-sosyal kişilikteki babalar (% 9.5), kontrol grubundan (% 1.9) oldukça yüksek oranda saptanmıştır. Lilienfeld ve arkadaşları 1986 da, somatizasyon bozukluğu olan hastaların ailelerinde yüksek bir anti-sosyal kişilik prevalansı bulduklarını açıklamışlardır (37).

Yalnız kronik alkolik olan babalar, araştırma grubumuzda % 3.8, kontrol grubunda ise % 0.9 olarak bulundu.

Sert, otoriter, baskıcı kişilikteki babalar, araştırma grubumuzda (% 27,6), kontrol grubundan (% 8.5) daha yüksek oranda bulundu. Luiseda ve arkadaşları, histerik kişilik tanısı konulan erkek hastaların ailelerinde psikiyatrik hastalık ve alkolizm oranınının yüksek olduğunu belirtmişlerdir (43). 1986 yılında Lilienfeld ve arkadaşları, histeri tanısı alan kadınların erkek akrabalarında yüksek oranda anti-sosyal kişilik ve alkolizm görüldüğünü açıklamışlardır (37).

Araştırma grubumuzdaki babaların kişilik özellikleri arasında, eve ve aileye uzak olma, sertlik, baskıcılık gibi özelliklerin bulunduğu görülmüştür. Bu bulgular histeride oralite teziyle uyumlu görülmektedir (33). Oral dönemde ana-babaların birinin oral gereksinimleri doyuramaması, reddedici olması ya da aşırı koruyucu-kollayıcı tutumda olması.

Araştırma grubundaki annelerde, uzak ve agresif red edici (% 18), aşırı kollayıcılık (% 10.4), anti-sosyal kişilik (% 24.7) özellikleri, kontrol grubundan (% 7.4) daha yüksek oranda bulundu. Halleck, histeriklerde soğuk, red edici, uzak anne figürünün, çocukta anksiyete ve suçluluk duygularının ortaya çıkmasına sebep olduğunu belirtmiştir (29).

Araştırma grubumuzdaki kadın hastaların babalarında alkolizm ve anti-sosyal davranış özellikleri yüksek oranda (% 21.2) bulunmuştur. Annelerinde ise histerik türde belirtiler görülmüştür. Bu bulgularımız histeri tanısı

alan hastaların annelerinde ve kadın akrabalarında benzer histerik belirtilerin sık görüldüğünü (23,43,45,46) ve babalarında sosyopati ve alkolizmin sık olduğunu (23, 26,37,43,47) bildiren yayınlarla uygunluk göstermektedir.

Ailede sürekli geçimsizlik tüm araştırma grubunda (% 33.3) kontrol grubundan (% 8.5) daha yüksek oranda bulundu. Jensen ve Wert, hastalığı başlatan etkenler arasında ailenin dağılma tehlikesi geçirmesinin sık görüldüğünü belirtmişlerdir. Ayrıca, hasta çocukların ailelerinde ana-baba geçimsizliğine sık rastlandığını bildirmişlerdir (31).

S O N U Ç

Histeri tanısı alan hastalarla, kontrol grubunun kişilik özellikleri ve aile yapısı bakımından karşılaştırılmasında şu sonuçlara varılmıştır:

1. Kadın ve erkeklerin yaş gruplarına dağılışında farklılık görülmemiştir. Erkek hastalarda hastalığın başlangıcı, kadınlara oranla daha geç yaşlara rastlamaktadır. Histeri belirtilerinin kadınlarda daha çok 20-30, erkeklerde 30-49 yaşları arasında başladığı saptanmıştır.

2. Eğitim düzeyi bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Eğitim görmeyenlerin oranı, araştırma grubumuzda (% 17.1), kontrol grubu (% 9.5) yüzdesinden fazla bulunmuştur .

3. Meslek dağılımı yönünden kadın hastalarda evde ve tarlada çalışanların oranı yüksek bulundu.

4. Araştırma grubunda kırsal kesimde doğmuş olanlar % 78, kentte doğmuş olanlar % 22 oranında bulunmuş, aralarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

5. Araştırma grubumuzda, yerleşim bölgesi değişimi (% 55.1), kontrol grubundan (% 46,6) anlamlı olarak fazla bulunmuştur.

6. Kırsal kesimden gelenler, araştırma grubumuzda % 31.4, kontrol grubunda % 15.2 olarak bulunmuş olup, iki grup arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür.

7. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlar, araştırma grubunda % 28.6, kontrol grubunda % 10.5 olarak bulunmuş, iki grup arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur.

8. Evlilik araştırma grubunda % 72.3, kontrol grubunda % 74.3 oranında bulunmuş ve bu netice istatistiksel bakımdan anlamlılık göstermemiştir.

9. Hastalık, 18 yaşından önce evlenmiş kadın hasta grubunda (% 47,9), kadın kontrol grubuna göre (% 26,7) daha yüksek oranda bulunmuş ve gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

10. Kadın hastalarda immatürite ve bağımlılık (% 66.2), uysal uyumla karakterize, sessiz, içe dönüklük (% 53.7), obsessif (% 11.2), pasif agresif (% 6.2) ve histrionik kişilik (% 10) bulunmuştur. Anti-sosyal kişilik saptanmamıştır.

Erkek hastalarda immatür ve bağımlı kişilik (% 60) uysal uyum (% 28), anti-sosyal (% 16), pasif agresif kişilik (% 12) bulunmuş olup, histrionik ve obsessif kişilik saptanamamıştır.

Histrionik kişilik kadın hastaların ancak % 10 unda, kadın kontrol grubun ise % 7.5 oranında bulunmuştur.

Histrionik kişilik yüzdesi, tüm hasta grubunda % 7.6, kontrol grubunda ise % 5.7 olarak saptanmıştır.

11. Kadın araştırma grubundaki babalarda bedensel hastalık oranı % 16.2, kadın kontrol grubundaki babalarda ise % 7.4 olarak bulunmuş olup, tüm gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir.

12. Erken yaşta anne-baba ölümü, araştırma grubunda (% 33.2), kontrol grubundan (% 15) yüksek oranda bulunmuştur.

13. Kadın hastaların annelerinde % 8.7 oranında histeri tipinde rahatsızlık saptanmıştır.

14. Kadın hastaların babalarında % 12.5 kronik alkolik, % 16.2 anti-sosyal kişilik, erkek hastaların babalarında ise % 24 oranında sert, otoriter, red edici, baskıca kişilik, % 4 oranında kronik alkolik, % 16 oranında anti-sosyal kişilik özellikleri saptanmıştır.

15. Kadın hastaların annelerinde % 16.2 titiz, % 22.5 uzak ve agresif red edici, % 28.7 anti-sosyal kişilik ve % 2.5 histerik kişilik, erkek hastaların anne-

lerinde ise % 8 titiz, % 4 uzak ve agresif reddedici, % 12 anti-sosyal kişilik, % 28 aşırı kollayıcılık, % 4 histerik kişilik özellikleri bulunmuştur.

16. Araştırma grubunda, anne ve baba arasında sürekli geçimsizliğin (% 33.3), kontrol grubundan (% 8.5) daha yoğun olduğu görülmektedir.

Ö Z E T

Histeri tanısı alan hastaları kişilik özellikleri ve aile yapıları açısından incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine ruhsal sorunlarıyla başvuran ve histeri tanısı alan, 15-55 yaş arası 105 olgu ele alınmış ve kontrol grubuyla karşılaştırılarak incelenmiştir.

Çalışmamızda hastaların köyden kente göç ettikleri, sosyo-ekonomik düzeylerinin düşük olduğu, 18 yaşından önce evlendikleri, 15-29 yaş grubunda kadın hastaların çoğunlukta oldukları saptanmıştır.

Histeri tanısı alan hastaların histrionik kişilik bozukluğu zemininde geliştiği süre gelen bir fikir olmasına rağmen, araştırmamızda bu ilişkinin doğruluğunun kanıtlanmadığını gördük.

Hasta grubunun anne ve babalarının kontrol grubuna göre daha patolojik kişilik özellikleri taşıdığı ve aralarında istatistiksel anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Bulduğumuz bu farklılığın anlamlı olduğu düşünülerek, konunun daha ileri çalışmalarda araştırılmasının faydalı olacağı kanısına varılmıştır.

K A Y N A K L A R

1. Öztürk, M.O., Volkan, V.D.: The theory and practice of psychiatry in Turkey. Am.J.Psychiatry. 15:240-271, 1971.
2. Abse, W.D.: Hysteria. Ed.Arietti, S.: American Handbook of psychiatry V.L. Basic Books. New York, 1959.
3. Mai, F.M., Merskey, H.: Briquet's treatise on hysteria. A synopsis and commentary. Arch. Gen. Psychiat. 37:1401-1405, 1980.
4. Nemiah, J.C.: Somatoform disorders. H.I. Kaplan, A.M., Freedman, B.J. Sadock: Comprehensive textbook of psychiatry, Ed.111, Willians and Wilkins, London, 1980.

5. Nemiah, J.C.: Conversion reactions. Eds: Freedman, Kaplan, H.I: A comprehensive textbook of Psychiatry. The Williams and Wilkins Com. Baltimore, 1967.
6. Breuer, J., Freud, S.: Studies on hysteria (1895). Standart edition Vol.2, Hogarth Press, London, 1964.
7. Meissner, W.W.: Theories of personality and psychopathology: Classical psychoanalysis. Kaplan, H.I., Freedman, B.J., Sadock : Comprehensive textbook of psychiatry. Ed.111, Williams and Wilkins Com. London, 1980.
8. Cavenar, J.O., Sullivan, J.L., Maltbie, A.A.: A clinical note on hysterical psychosis. Am.J.Psychiatry. 136:830-832, 1979.

9. Martin, P.A.: Dynamic considerations of the hysterical psychosis. *Am.J.psychiatry*. 128:745-748, 1971.
10. Laughlin, H.P.: *The neuroses in clinical practice*. Saunders Com. Philadelphia, 1958.
11. Purtell, J.J., Robins, E., Cohen, M.F.: Observations on clinical aspects of hysteria. A quantitative study of 50 hysteria patients and 156 control subjects. *JAMA*, 146:902-909, 1951.
12. Guze, S.B.: The diagnosis of hysteria. What are we trying to do? *Am. J. Psychiatry*. 124:491-498, 1967.
13. Guze, S.B., Perley, M.J.: Observations on the natural history of hysteria. *Am. J. Psychiatry*. 119:960-965, 1963.

14. Guze, S.B., Woodruff, R.A., Clayton, P.J.: Sex, age and the diagnosis of hysteria (Briquet's syndrome). *Am. J. Psychiatry.* 129:121-124, 1972.
15. Guze, S.B.: The validity and significance of the clinical diagnosis of hysteria (Briquet's syndrome). *Am. J. Psychiatry.* 132:138-141, 1975.
16. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Ed.3. American Psychiatric Association. Washington, DC. 1980.
17. Proctor, J.T.: Hysteria in childhood. *Am.J. Orthopsychiat.* 28:394-406, 1958.
18. Chodoff, P.: The diagnosis of hysteria: An overview. *Am.J.Psychiatry.* 131:1073-1078, 1974.

19. Guze, S.B., Woodruff, R.A., Clayton, P.J.: A study of conversion symptoms in psychiatric outpatients. Am.J.Psychiatry. 128:643-646, 1971.
20. Ziegler, F.J., Imboden, J.B., Meyer, R.: Contemporary conversion reactions. A clinical study. Am.J. Psychiatry. 116:901-910, 1960.
21. Öztürk, M.O.: Histerik nevroz (Ruh sağlığı ve hastalıkları. Türkiye Sinir ve Ruh sağlığı dergisi yayını). Ankara, 1981.
22. Slavney, P.R., McHugh, P.R.: The hysterical personality. A controlled study. Arch.Gen.Psychiat. 30:325-329, 1974.
23. Arkonac, O., Guze, S.B.: A family study of hysteria. New Eng. J. Med. 226:239-242, 1963.

24. Öztürk, M.O., Göğüs, A.: Ağır regressif belirtiler gösteren histerik psikozlar. IX. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi çalışmaları. İstanbul, 1973.
25. Şatır, F.H.: Psikiyatrik epidemiyolojide kullanılan ölçekler ve standart bir ölçeğin gecekondü bölgesinde uygulanması. Uzmanlık tezi. Ankara, 1982.
26. Blinder, M.G.: Hysterical personality. Psychiatry. 29:227-235, 1966.
27. Abse, D.W.: Hysterical conversion and dissociative syndromes and the hysterical character. Arieti, S.: American Handbook of Psychiatry. 4:155-194, 1974.
28. Lazare, A.: The hysterical character in psychoanalytic theory. Evaluation and confusion. Arc.Gen.Psychiat. 25:131-137, 1971.

29. Halleck, S.L.: Hysterical personality traits. Psychological, social and iatrogenic determinants. Arch. Gen. Psychiat. 16:750-757, 1967.
30. Lernier, H.E.: The hysterical personality: A woman's disease. Comprehensive Psychiatry. 15:157-163, 1974.
31. Jensen, R.A., Wert, A.D.: Conversion hysteria in Children. The Journal Lancet, 65:172-175, 1945.
32. Bleuler, E., Bleuler, M.: Lehrbuch der Psychiatrie (1911). Springer Verlag Berlin Heidelberg, New York, 1979.
33. Marmor, J.: Orality in the hysterical personality. J.Am.Psychoanal. Assoc., 1:655-671, 1953.
34. Kernberg, O.: Borderline personality organisation. J. Am.Psychoanal.Ass. 15:641-685, 1967.

35. Zetzel, E.: The so-called good hysterics. Int. J. Psycho-Anal. 49:256-260, 1968.
36. Chodoff, P., Lyons, H.; Hysteria, the hysterical personality and "hysterical" conversion. Am.J.Psychiatry. 114:734-740, 1958.
37. Lilienfeld, S.O., Valkenburg, C.V., Larntz, K., Akiskal, H.S.: The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders. Am.J.Psychiatry. 143:718-722, 1986.
38. Fleiss, J.L.: Statistical methods for rates and proportions. J.Wiley and Sons Publ. New York, 1973.
39. Özdamar, K.: Biyoistatistik. Bilim Teknik Yayınevi, İstanbul, 1985.

40. Templer, I.D., David, L.: Conversion disorder: A review of research findings. *Comprehen psych.* 15:285-294, 1974.
41. Lewis, W.C., Modison, B.: A study conversion hysteria coperalational study of diagnosis. *Arch. Gen. Psych.* 13:275-282, 1965.
42. Looff, D.H.: Psychophysiologie and conversion reactions in children. *J. of Acad Child Psychiat.* 9:318-331, 1970.
43. Luisada, P.V., Peele, R., Pittard, E.A.: The hysterical personality in men. *Am.J.Psychiatry.* 131:518-522, 1974.
44. Cloninger, C.R., Guze, S.B.: Hysteria and parental psychiatric illness. *Psychol. Med.* 5:27-31, 1975.

45. Goldney, R.D.: Are young women who attempt suicide hysterical? Brit.J.Psychiat. 138:141-146, 1981.
46. Vaill, G.E., Perry, J.C.: Personality disorders.
Kaplan, H.I., Freedman, B.J., Sadock: Comprehensive textbook of psychiatry. Ed.III. Williams and Wilkins Com., London, 1980,
47. Woerner, P.I., Guze, S.B.: A family and marital study of hysteria. Brit. J. Psychiatry. 114:161-168, 1968.

EK: I

BİLGİ TOPLAMA FORMU

1. Sıra numarası

2. Cinsiyet

3. Yaş

- 0. 15-19
- 1. 20-24
- 2. 25-29
- 3. 30-34
- 4. 35-39
- 5. 40-44
- 6. 45-49
- 7. 50-54
- 8. 55 ve üstü

4. Doğum yeri

- 0. Köy
- 1. Kasaba
- 2. Kent

5. Geldiği yer

- 0. Köy
- 1. Kasaba
- 2. Kent

6. Öğrenim durumu

- 0. Hiç öğrenim görmemiş
- 1. İlkokul mezunu
- 2. Ortaokul mezunu
- 3. Lise mezunu
- 4. Yüksek okul mezunu

7. Medeni durumu

0. Hiç evlenmemiş
1. Evli
2. Dul (boşanmış, eşi ölmüş)

8. Mesleği (Araştırmamızda gelen hastaların durumuna göre meslekleri sınıflandırılmıştır)

9. Sosyo-ekonomik durumu

0. Yoksul
1. Orta
2. Varlıklı

10. Evlenme yaşı:

0. 18 yaş altı
1. 18-20
2. 21-25
3. 26-29
4. 30 ve üstü

11. Premorbid kişilik

0. Histrionik
1. İmmatür ve bağımlı
2. Obsessif kişilik
3. Uysal uyum
4. Anti-sosyal kişilik
5. Pasif agresif kişilik
6. Dürtü kontrolü az, engellenme eşiği düşük

12. Annenin ruhsal sağlığı

0. Ruhsal bozukluğu yok
1. Histeri tipinde semptomlar
2. Depresyon
3. Obsessif kompulsif nevroz
4. Öteki nevrozlar
5. Kişilik sorunları

13. Annenin kişilik özellikleri

0. Obsessif
1. Uzak ve reddedici
2. Sessiz, uysal uyumda
3. Pasif ve yetersiz
4. Reddedici ve agresif
5. aşırı kollayıcılık
6. Histerik kişilik
7. Kronik depresif karakter
8. Anti-sosyal kişilik

14. Babanın bedensel sağlığı

0. Sağlıklı
1. Kronik hastalığı var
2. Şu sırada hasta
3. Ölmüş

15. Babanın kişilik özellikleri:

0. Pasif ve yetersiz
1. Eve, ailesine uzak
2. Kronik alkolik ve psikopat

3. Kronik alkolik
4. Psikopati
5. Sert ve otoriter, baskıcı
6. Aşırı titiz, katı
7. Otoriter, çalışkan
8. Uyumlu, ağırbaşlı

16. Anne ve babanın ilişkileri

0. Sürekli geçimsizlik
1. Düzenli ve uyumlu
2. Baba baskın; anne silik ve yetersiz
3. Baba baskın; anne silik ve yetersiz, sorunlar var
4. Anne baskın; baba silik ve yetersiz
5. Anne baskın; baba silik ve yetersiz, sorunlar var
6. Anne-baba boşanmış