

Miyokard İnfarktüsü Geçiren Kişilerde Mizaç ve Karakter Boyutları ve Öfke, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri

Temperament and Character Dimensions and Levels of Anger, Anxiety, and Depression in Persons with Myocardial Infarction

Haluk Arslan¹, Haluk Arkar², Zülfikar Danaoğlu³

¹Uz.Psk., Erzincan Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Erzincan, ²Doç.Dr., Ege Üniversitesi Psikoloji Bölümü, ³Uz.Dr., Kent Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, İzmir

ÖZET

Amaç: Koroner kalp hastalıklarının (KKH) pek çok tıbbi risk faktörlerinin yanı sıra, bu hastalıklarda rol oynayan psikolojik faktörler de bulunmaktadır. A tipi kişilik ve son zamanlarda öne çıkan D tipi kişilik gibi kişilik tiplerinin KKH ile ilişkili olduğunu gösteren birçok çok çalışma bulunmaktadır. Öfke de KKH için bir psikolojik risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Depresyonun ise çoğu zaman KKH'de mortaliteyi yordayabildiği birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, koroner kalp hastalıklarından miyokard infarktüsü (MI) ile mizaç ve karakter özellikleri, öfke, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. **Yöntem:** Bu çalışmaya MI geçirmiş 40 hasta ve hasta grubuna demografik özellikler açısından eşleştirilmiş 40 sağlıklı birey alınmıştır. Her iki gruba da Mizaç ve Karakter Envanteri, Durumluluk Sürekli Öfke Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği verilmiştir. Değişkenler açısından iki grup arasındaki ilişki çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ile analiz edilmiştir. **Bulgular:** MI hastaları ile sağlıklı gönüllüleri karşılaştırmak için yapılan varyans analizleri Ödül Bağımlılığı mizaç boyutu ve Sürekli Öfke, Dışa Vurulan Öfke, Kontrol Altına Alınmış Öfke değişkenlerinde anlamlı farklılık bulunmuştur. **Sonuç:** MI hastalarında, sağlıklı gönüllülere kıyasla, ödül bağımlılığı ve öfke düzeyi anlamlı olarak daha yüksektir. MI hastaları öfkelerini kolayca ifade edememekte ve öfkelerini kontrol etmekte güçlük çekmektedirler.

Anahtar Sözcükler: Miyokard infarktüsü, mizaç, karakter, öfke, anksiyete, depresyon.

SUMMARY

Objectives: There are psychological factors to play a part in Coronary Heart Disease (CHD), besides many of medical risk factors. There are too many studies which demonstrate personality types such as type-A or type-D personality that bring forward at recent times, related with CHD. Furthermore, anger is accepted one of psychological risk factor for CHD. A lot of studies had been exposed that depression can also predict mortality in CHD. In this study, we investigated the relationships between MI and temperament and character dimensions, levels of anger, anxiety, and depression of patients. **Method:** 40 patients with MI and demographic variables matched 40 healthy persons were included in this study. Each of groups had been given Temperament and Character Inventory for determination of personality features, The State Trait Anger Scale for anger conditions and Hospital Anxiety and Depression Scale for psychological well-being. In terms of temperament and character features, anger state, anxiety and depression, relation between MI patient group and normal group were statistically analyzed with MANOVA. **Results:** MI patients were characterized by higher rates of Reward Dependence temperament dimension, and trait anger and anger expression-out. **Conclusion:** When compared with healthy volunteers, MI patients have significantly higher reward dependence and anger scales scores. MI patients could not express their anger easily and have difficulty in anger control than did healthy volunteers.

Key Words: Myocardial infarction, temperament, character, anger, anxiety, depression.

(*Klinik Psikiyatri* 2011;14:143-149)

GİRİŞ

Koroner kalp hastalıkları (KKH), önde gelen ölüm nedenleri arasındadır ve tedavisi ve araştırılması ciddi emek ve maddi kaynak gerektirmektedir. Ülkemizde KKH araştırmalarında tıbbi risk faktörleri yeterince yer almakta, ancak, psikolojik faktörlerin KKH ile ilişkisini inceleyen araştırmalara çok fazla rastlanmamaktadır.

Koroner arter hastalık gelişimini etkileyen psikolojik veya davranışsal risk faktörleri sistematik olarak ilk kez 1884 yılında Dorlan ve Taylor tarafından sınıflandırılmıştır (aktaran, Gürel 2001). Bu sınıflama beş ana bölümden oluşmaktadır: (1) duygu durumları (stres, anksiyete, depresyon); (2) kişilik veya başa çıkma tarzları (A-tipi kişilik, öfkeyi bastırma, düşmanlık, aşırı kontrol eğilimi); (3) çevresel uyaranlara fizyolojik aşırı tepkisellik; (4) sosyo-kültürel faktörler (iş yerinde aşırı yüklenme, mesleki faktörler, iş stresi); ve (5) kişiler arası faktörler (sosyal destek yoksunluğu).

KKH'nın psikolojik faktörlerle bağlantısına ilişkin çağdaş kanıtlar Friedman (1969) ve Rosenman ve ark. (1975) tarafından yapılan incelemelerde edinilmiş ve bu çalışmacılar koroner-bağlantılı davranış örüntüsünü tanımlamışlardır. Bu davranış örüntüsü rekabetçilik, sabırsızlık, saldırganlık, düşmanlık, zaman darlığı duygusu, patolojik kontrol çabaları, hırs, öfke, elleri ve dişleri sıkma, aşırı hızlı beden hareketleri, gergin yüz ve gövde kasları, patlayıcı konuşma biçimi, aşırı yüksek performans standartları belirleme şeklinde sıralanmıştır (Taylor 1986). Kişilik özellikleri ile koroner arter hastalığı arasındaki bağlantılar oldukça karmaşık olmasına karşın yapılan epidemiyolojik ve anjiyografik çalışmalar bu kişilik özelliklerinin önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Bu durumu destekleyen çalışmalarda en önemli sonuç Framingham kalp çalışmasından gelmektedir. Bu çalışmaya göre, A-tipi davranışın sadece masa başı görevlerde çalışan erkeklerde 8 yıllık koroner arter hastalığı veya kalp krizi sıklığı için bağımsız bir belirleyici olduğu bulunmuştur (Stoudmire 1997). A-tipi kişilik özelliği ile bağlantılı kabul edilen bir başka faktör olan öfkede kalp hastalıklarında önemli bir etken olarak kabul edilmektedir. A-tipi kişiliğe sahip insanların öfkelenmeye uygun yapıları olduğu yaygın olarak kabul edilen bir görüştür.

Anksiyete ve depresyonda kalp hastalıklarıyla ilişkisine bakılan en başta gelen psikolojik faktörlerdir. Yapılan çalışmalar KKH ile depresyon arasında yüksek bir korelasyon olduğunu göstermektedir. Ayrıca depresyonun tek başına kötü prognozu anlamlı bir şekilde yordayabileceği öne sürülmektedir (Jiang ve ark. 2004).

KKH ile kişilik arasındaki ilişkiye odaklanan araştırmalarda farklı sonuçlara ulaşılmaktadır. A tipi davranışın KKH için bir risk faktörü olduğu görüşü yaygın olarak kabul gören bir görüştür. Ancak A tipi davranışın KKH ile ilişkisini desteklemeyen çalışmalar da mevcuttur (Eaker ve ark. 1992, Orth-Gomer ve Uden 1990, Shekelle ve ark. 1983). Yakın zamanlarda yapılan çalışmalarda farklı bulgulara rastlanmaktadır. Örneğin, anksiyöz, ümitsiz, üzüntülü, sosyal olarak beceriksiz, endişeli olarak tarif edilen, D tipi kişiliğin KKH ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Denolette ve ark. 1996, Appels ve ark. 2000).

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, genel bir psikobiyolojik kuram geliştirmiştir (Cloninger 1987, Cloninger ve ark. 1993). Bu kişilik kuramı, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta düzeyde durağan ve sosyokültürel etkiler karşısında değişmez oldukları varsayılan dört mizaç boyutunu (Yenilik Arayışı, Zarardan Kaçınma, Ödül Bağımlılığı ve Sebat Etme) ve yetişkinlikte olgunlaştıkları ve kendilik kavramları hakkında içgörü öğrenmesi ile kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu (Kendini Yönetme, İş Birliği Yapma ve Kendini Aşma) içermektedir.

Koroner kalp hastalıklarının değiştirilebilir risk faktörleri içinde yer alan psikolojik faktörlerin daha zengin çalışmalarla ortaya koyulması, koroner kalp hastalıklarının önlenmesi ve bu hastalıklarla mücadele açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramı bağlamında, miyokard infarktüsü (MI) geçiren kişilerin mizaç ve karakter özelliklerini ve depresyon, anksiyete ve öfke düzeylerini araştırmaktır. Özgül olarak, MI hastaları ile demografik özellikler açısından eşleştirilmiş sağlıklı gönüllüler arasında yukarıda anılan psikolojik faktörler bakımından anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı araştırılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örneklem

Çalışmanın örnekleme, İzmir Özel Kent Hastanesi ve Antakya Özel Doğu Akdeniz Hastanesi'ne başvurarak tedavi gören 40 MI geçirmiş gönüllü ile MI hasta grubuna demografik özellikler açısından eşleştirilmiş 40 sağlıklı gönüllünün oluşturduğu iki gruptan oluşmuştur. 10 kadın ve 30 erkek'ten oluşan MI hastalarının yaş ortalaması 55.8, standart sapması 11.5 (yaş aralığı; 26-76) idi. Tamamına yakını (40 kişiden 38'i) evli kimselerdi. Eğitim düzeyi olarak ağırlık ilköğretim mezunlarındaydı (lise mezunu, 5 kişi; üniversite mezunu, 2 kişi). Sağlıklı gönüllülerin oluşturduğu grubun yaş ortalaması 57.5, standart sapması 11.2 (yaş aralığı; 26-76) idi. Ağırlıklı olarak (40 kişiden 32'si) evli kimselerdi. Hasta grubuna benzer olarak bu grupta eğitim düzeyi olarak ağırlık ilköğretim mezunlarındaydı (lise mezunu, 4 kişi; üniversite mezunu, 3 kişi). Çalışmaya katılım gönüllülük temeline dayanıyordu.

MI grubu ve sağlıklı gönüllüler risk faktörleri bakımından değerlendirildiğinde, sürekli olarak sigara kullanan MI grubunda 9 kişi (%22.5'i) ve sağlıklı grupta 12 kişi (%30'u) vardı. Her iki grupta sürekli alkol kullanan kişi sayısı eşitti (4 kişi). Hasta grubunun %35'inin diyabet sorunu varken, sağlıklı grupta bu soruna sahip kimse yoktu. MI grubunun %55'inin ailesinde kalp rahatsızlığı öyküsü var iken bu oran sağlıklı grupta %15 idi. MI grubunda hipertansiyon sorunu olanların yüzdesi 42.5 iken diğer grubun %5'inde bu sorun vardı.

Çalışmaya MI tanısı almış ve katılmaya gönüllü olan hastaların tümü alınmıştır. Herhangi bir dışlama ölçütü yoktur. Hastaların 30'u bir defa, 7'si 2 defa, 2'si üç defa ve 1'i beş defa kalp krizi geçirmişlerdir. Hasta grubunda, sağlıklı grupta olduğu gibi, psikiyatrik ilaç kullanan veya herhangi bir psikiyatrik/psikolojik tedavi gören kimse yok idi.

Sağlıklı grup, herhangi bir fiziksel veya psikiyatrik sorunu olmayan ve katılmaya gönüllü olan kişilerden oluşmuştur. Yukarıda anılan hastanelere ziyaretçi olarak gelen kişiler arasından hasta grubuna demografik özellikler açısından benzer kişilerden çalışmaya katılımları istenmiştir. Tüm katılımcılardan sözlü onay alınmıştır. Çalışmaya

katılımları istenen kişilerin büyük bir bölümü çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Araçlar:

Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory; TCI). Envanter, doğru/yanlış olarak doldurulan 240 maddeden oluşan, kendi bildirim tarzı bir ölçektir. Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramına dayalı olarak, dört mizaç (Zarardan Kaçınma (ZK), Yenilik Arayışı (YA), Ödül Bağımlılığı (ÖB) ve Sebat Etme (SE)) ve üç karakter (Kendini Yönetme (KY), İş Birliği Yapma (İY) ve Kendini Aşma (KA)) boyutunu ölçmektedir. Psikometrik özelliklerini ve klinik kullanımını destekleyen ampirik veriler Arkar ve ark. (2005) tarafından bildirilmiştir.

ZK'sı yüksek kişiler tedbirli, korkulu, gergin, vesveseli, utangaç, pasif veya kötümser olma eğilimindedirler. Kronik olarak yorgun hissederler veya kolaylıkla yorulurlar. Eleştiriye ve cezaya duyarlıdır. Bu mizaç boyutunda düşük puan alan kişiler, rahat, cesur, sakin ve iyimser olma eğilimindedirler. Sempatik, kendinden emin, dinamik ve güçlü kişilerdir. YA'sı yüksek kişiler, çabuk hiddetlenen, tahrik olabilen, meraklı, gayretli, kolayca sıkılan, dürtüsel ve düzensiz olma eğilimindedirler. Tam tersi olarak, YA'sı düşük olan kişiler, kolay kolay hiddetlenmeyen, lakayt, meraksız, duygusuz, tutumlu, ağzı sıkı, monoton, sistematik ve düzenli olarak tanımlanırlar. ÖB'si yüksek kişiler, müşfik, sevecen, sıcak, duyarlı, bağımlı ve sosyal olma eğilimindedirler. ÖB'si düşük olan kişiler, pratik, katı, soğuk ve sosyal olarak duyarsızdır. Yalnız olmaktan hoşnutturlar ve mesafeli kalmayı tercih ederler. SE'si yüksek olan kişiler çalışkan, azimli, hırslı ve mükemmeliyetçidir. Düşük olan kişiler, üşengeç, hareketsiz, kararsız ve düzensiz olarak görülürler. KY'si yüksek kişiler, olgun, kendine yeten, sorumlu, güvenilir, hedef yönelimli, yapıcı ve bütünleşmiş kişiler olarak tanımlanmaktadır. Benlik saygıları ve kendilerine güvenleri yüksektir. KY'si düşük olan kişiler, zayıf, kırılabilir, suçlayıcı, yıkıcı, etkisiz, sorumsuz, güvenilmez ve bütünleşmemiş olarak tanımlanırlar. İY'si yüksek kişiler, başkalarıyla işbirliğine girmeye çabalayan, empatik, hoşgörülü, merhametli, destekleyici, adil ve ilkeli kişilerdir. İY'si düşük olanlar, hoşgörüsüz, eleştirici, yardım-

sever olmayan, kinci ve fırsatçı olarak tanımlanırlar. KA'sı yüksek kişiler, gösterişsiz, doyumlu, sabırlı, yaratıcı, kendini düşünmeyen ve ruhani olarak tanımlanırlar. Tam tersi olarak, KA'da düşük puan alanlar, kibirli, sabırsız, yaratıcı olmayan, sanatın değerini bilmeyen, materyalist ve kendini gerçekleştirememiş olma eğilimindedirler (Arkar 2005).

Durumluluk-Sürekli Öfke Ölçeği (The State Trait Anger Scale; STAS). Spielberger ve ark. tarafından geliştirilen bu ölçek, öfke duygusu ve niteliğini ölçen öz bildirim bir ölçektir. Türkiye uyarlanması Özer (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin altölçeklerinden, Sürekli Öfke'den alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu; Öfke Kontrol ölçeğindeki yüksek puanlar, öfkenin kontrol edilebildiğini; Öfke Dışa ölçeğindeki yüksek puanlar, öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu ve Öfke İçte ölçeğinde yüksek puanlar, öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale; HAD). Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla, Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen bu ölçeğin uyarlama çalışmaları Aydemir ve ark. (1997) tarafından yapılmıştır.

İşlem

Ölçek uygulamalarından önce katılımcıların sosyodemografik soruların olduğu kısa bir formun doldurulması istenmiştir. Ölçek uygulamaları için gerekli yönergeler ölçeklerde yer almasına rağmen, gerekli yönergeler sözel olarak da verilmiştir. Hasta grubu uygulamaları, hastaların onayı alınarak hastanede ki odalarında yapılmış ve hastaların isteği doğrultusunda aralar verilerek hastanede kaldıkları süre içinde uygulamalar bitirilmiştir

Veri analizi olarak, MI hastaları ile sağlıklı gönüllüler arasındaki farklılıkları test etmek için, 2 (MI hastaları vs. sağlıklı gönüllüler) x 2 (kadın vs. erkek) çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapıldı. Analiz, SPSS'in uygun alt programı kullanılarak gerçekleştirildi.

BULGULAR

Katılımcıların Mizaç ve Karakter Envanteri ölçek,

Durumluk-Sürekli Öfke Ölçeği altölçek ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Envanteri puanlarının ortalama ve standart sapmaları Tablo 1'de verilmiştir.

MI hastaları ile sağlıklı gönüllüler arasındaki farklılıkları test etmek için, 2 (MI hastaları vs. sağlıklı gönüllüler) x 2 (kadın vs. erkek) çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapıldı. TCI'nın 7 ölçeği; Zarardan Kaçınma (ZK), Yenilik Arayışı (YA), Ödül Bağımlılığı (ÖB), Sebat Etme (SE), Kendini Yönetme (KY), İş Birliği Yapma (İY), Kendini Aşma (KA), STAS'nin 4 ölçeği; Sürekli Öfke, Öfke İçte, Öfke Dışa, Öfke Kontrol ve HAD'nin 2 ölçeği; Anksiyete ve Depresyon bağımlı değişkendi. Wilks kriterleri kullanılarak yapılan analiz, anlamlı grup ana etkisi (main effect) ve cinsiyet ana etkisi olduğunu gösterdi. Grup ve cinsiyet ortak etkisi (interaction effect) çıkmadı. Ödül Bağımlılığı (ÖB) bağımlı değişkeninde, iki yönlü varyans analizi anlamlı "grup" ve "cinsiyet" ana etkisi gösterdi (F değerleri, serbestlik dereceleri ve olasılıklar için Tablo 2'ye bakınız). Yani, MI hastalarında, sağlıklı olanlara kıyasla ödül bağımlılığı anlamlı olarak daha fazladır. Yine, kadınlar, erkeklerle göre daha fazla ödül bağımlılığı göstermektedir.

Sürekli Öfke bağımlı değişkeninde, iki yönlü varyans analizi anlamlı "grup" ana etkisi gösterdi (Tablo 2). Anlamlı "cinsiyet" ve ortak etki bu değişkende gösterilemedi. Yani, MI hastalarında, sağlıklı gruba kıyasla öfke düzeyi anlamlı olarak daha yüksektir. Öfke Dışa bağımlı değişkeninde, iki yönlü varyans analizi anlamlı "grup" ana etkisi gösterdi. MI hastaları, sağlıklı gruba kıyasla öfkelerini kolayca ifade edememektedirler. Öfke Kontrol bağımlı değişkeninde, iki yönlü varyans analizi anlamlı "grup" ana etkisi gösterdi (Tablo 2). MI hastaları, sağlıklı gruba kıyasla öfkelerini kontrol etmekte daha fazla güçlük çekmektedir.

Zarardan Kaçınma, Yenilik Arayışı ve Sebat Etme mizaç boyutlarında, Kendini Yönetme, İş Birliği Yapma ve Kendini Aşma karakter boyutlarında, öfkenin bastırılmış olması boyutunda ve anksiyete ve depresyon düzeylerinde iki yönlü varyans analizi anlamlı "grup" ana etkisi veya "grup*cinsiyet" ortak etkisi vermedi. Yani, yukarıda anılan özelliklerde MI hastaları sağlıklılarından farklılık göstermemektedir.

Tablo 1. MI hastaları ve sağlıklı gönüllülerin ölçek ortalamaları ve standart sapmaları

Ölçek	MI Hasta (n=40)	Sağlıklı (n=40)
TCI Yenilik Arayışı	15.72 (4.67)	16.98 (4.36)
TCI Zarardan Kaçınma	19.05 (4.09)	18.12 (6.36)
TCI Ödül Bağımlılığı	14.35 (2.79)	13.07 (3.23)
TCI Sebat Etme	5.37 (2.11)	5.05 (1.84)
TCI Kendini Yönetme	26.67 (6.50)	27.75 (5.56)
TCI İş Birliği Yapma	28.00 (5.88)	30.22 (5.81)
TCI Kendini Aşma	21.45 (4.76)	19.00 (6.24)
STAS Sürekli Öfke	24.60 (5.37)	20.85 (5.50)
STAS Öfke İçte	18.58 (4.39)	17.32 (4.12)
STAS Öfke Dışa	17.53 (4.47)	14.25 (3.38)
STAS Öfke Kontrol	21.35 (5.16)	23.70 (5.60)
HAD Anksiyete	7.56 (3.78)	8.65 (4.17)
HAD Depresyon	6.93 (2.81)	7.75 (3.44)

Standart sapmalar parantez içinde verilmiştir.

Tablo 2. Anlamlı MANOVA sonuçları

Kaynak	Faktör	F	Df	P
Yenilik Arayışı	Cinsiyet	4.80	1	<0.05
Ödül Bağımlılığı	Grup	5.40	1	<0.05
	Cinsiyet	8.86	1	<0.005
Kendini Yönetme	Cinsiyet	4.16	1	<0.05
İş Birliği Yapma	Cinsiyet	17.09	1	<0.001
Kendini-Aşma	Cinsiyet	4.55	1	<0.05
Sürekli Öfke	Grup	4.40	1	<0.05
Öfke Dışa	Grup	5.85	1	<0.05
Öfke Kontrol	Grup	4.22	1	<0.05
Anksiyete	Cinsiyet	5.45	1	<0.05

TARTIŞMA

MI hastaları ile sağlıklı gönüllüleri karşılaştırmak için yapılan varyans analizleri Ödül Bağımlılığı mizaç boyutu ve Sürekli Öfke, Dışa Vurulan Öfke, Kontrol Altına Alınmış Öfke değişkenlerinde anlamlı farklılık verdi. MI hastalarında, sağlıklı gönüllülere kıyasla, ödül bağımlılığı ve öfke düzeyi

anlamlı olarak daha yüksektir. MI hastaları öfkelerini kolayca ifade edememekte ve öfkelerini kontrol etmekte güçlük çekmektedirler.

Ödül Bağımlılığı mizaç boyutu yüksek kişiler, müşfik, sevecen, sıcak, duyarlı, bağımlı ve sosyal olma eğiliminde olan kişiler olarak tanımlanırlar. Sosyal ilişki ararlar ve başka kişilerle iletişime açıktırlar.

Yüksek ödül bağımlılığının en önemli avantajı, sıcak sosyal ilişkiler kurabilme ise, en önemli dezavantajıda diğer insanların bağımlı kişilerin görüşlerini ve duygularını etkilemesindeki kolaylıktır. Başkalarını memnun etme çabaları ödül bağımlılığı yüksek kişilerin üzerinde büyük bir yükür.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, özellikle kişilik açısından KKH için öngörülen A tipi kişilik ve özellikle son zamanlarda öne çıkan D tipi kişiliği destekleyici yönde bulgulara ulaşılamamıştır. Bu çalışmada öne çıkan kişilik boyutu ön görülen iki kişilik tipinden farklı görünmektedir. Bu sonuç A tipi davranışın, MI ile ilişkisini desteklemeyen çalışmalara bir örnek teşkil etmektedir. Örneğin, Williams (1987) yaptığı araştırmada koroner kalp hastalığıyla A tipi kişilik arasında bir ilişki bulamamıştır. Aynı şekilde, A tipi davranışın MI'ı ve ölümü yordayamadığı çalışmalarda mevcuttur (Eaker ve ark. 1992, Orth-Gomer ve Unden 1990, Shekelle ve ark. 1983).

Öfke durumları açısından, MI grubu ve sağlıklı grup arasında gözlenen farklılık literatürle uyum göstermektedir. Öfkenin kalp hastalıklarıyla ilişkili olduğunu gösteren pek çok çalışma vardır (Seigman 1993, Bitti 1995, Martin ve Watson 1997). Ayrıca, Ellis (1997), hem bastırılan hem de ifade edilen öfkenin, yüksek kan basıncı, kalp problemleri, ülser gibi psikosomatik sonuçları olacağını vurgulamaktadır.

Bu çalışmada elde edilen kişilik boyutu (ödül

bağımlılığı) ile öfke düzeylerine dair bulguları birlikte ele aldığımızda sonuç oldukça tutarlı görünmektedir. Ödül Bağımlılığı mizaç boyutu yüksek kişiler, duyarlı, bağımlı ve sosyal kişilerdir. Başkalarını memnun etmek için çabalarlar. Bu durum uzun vadede ciddi bir stres ve öfke kaynağı haline gelebilir.

Sonuç olarak, bu çalışmada ortaya çıkan bulgular Koroner kalp hastalıkları için öngörülen A-tipi ve D-tipi kişilik tiplerini desteklememiş, ödül bağımlılığının ön planda olduğu, farklı bir kişilik yapısına işaret etmektedir.

MI hastaları ile sağlıklı gönüllüleri karşılaştırmak için yapılan varyans analizleri depresyon ve anksiyete düzeyleri değişkenlerinde anlamlı farklılık vermedi. MI hastaları ile sağlıklı gönüllülerin depresyon ve anksiyete düzeyleri birbirine benzer bulundu. MI hastalarında görülen depresyon ve anksiyetenin, hastaların yaşadıkları ağır hastalığa verdikleri doğal bir tepki olduğunu söylemek mümkün görünmektedir. Glassman ve ark. (2002), MI sonrası tespit edilen depresyonların büyük bir çoğunluğunun kendiliğinden remisyona girdiğini veya placebo ile etkin bir şekilde tedavi edilebildiğini bulmuşlardır.

Yazışma adresi: Dr. Haluk Arkar, Ege Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İzmir, haluk.arkar@ege.edu.tr

KAYNAKLAR

- Arkar H (2005) Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramı. Türk Psikoloji Bülteni, 36: 82-94.
- Arkar H, Sorias O, Tunca Z ve ark. (2005) Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 16: 190-204.
- Appels A, Golombek B, Gorgels A., De Vreede J, Van Breukelen G (2000) Behavioral risk factors of sudden cardiac arrest. J Psychosom Res, 48: 463-469.
- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L ve ark. (1997) Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 8: 280-287.
- Balkaya F (2001) Öfke: Temel Boyutları, Nedenler ve Sonuçlar. Türk Psikoloji Yazıları, 4:21-45.
- Bitti PER, Gremigni P, Bertolotti G ve ark. (1995) Dimension of anger and hostility in cardiac patients, Hypertensive patients and controls. Psychother Psychosom, 64: 162-172.
- Cloninger CR (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Arch Gen Psychiatry, 44: 573-588.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993) A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry, 50: 975-990.
- Denollet J, Sys SU, Stroobant N ve ark. (1996) Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. Lancet, 347: 417-421.
- Eaker ED, Pinsky J, Castelli WP (1992) Myocardial infarction and coronary death among women: Psychosocial predictors from a 20 year follow-up of women in the Framingham study. Am J Epidemiol, 135:854-864.
- Ellis A (1997) How to Control your anger before it controls you. Secaucus, NJ: Carol Publishing Group.
- Freidman M (1969) Pathogenesis of Coronary Artery Disease. New York, Mc Graw Hill.

- Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM ve ark. (2002) Sertralin treatment for major depression with myocardial infarction or unstable angina. *J Am Med Assoc*, 288:701-709.
- Jiang W, Kuchibhatla M, Cuffe MS ve ark. (2004) Prognostic value of anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Circulation*, 110:3452-3456.
- Martin R, Watson D (1997) Style of anger expression and its relation to daily experience. *Pers Soc Psychol Bull*, 23:285-294.
- Orth-Gomer K, Unden A (1990) Type A behavior, social support and coronary risk. interaction and significance for mortality in cardiac patients. *Psychosom Med*, 52: 59-72.
- Özer AK (1994) Sürekli öfke (SL-Öfke) ve öfke ifade tarzı (Öfke-tarz) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9: 26-35.
- Rosenman RH, Brand RJ, Jenkins CD ve ark. (1975) Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8 years. *J Am Medical Assoc*, 233: 872-877.
- Seigman AW (1993) Cardiovascular consequences of expressing, experiencing and repressing anger. *J Behav Med*, 16:539-569.
- Shekelle RB, Honey SB, Neaton J ve ark. (1983) Type a behavior pattern and coronary death in MRFIT. *Am Heart Assoc Cardiovascular Dis*, 33-34.
- Stoudemire, A (1997) Tıbbi Sorunları Etkileyen Psikolojik Faktörler. Ankara, Compos Mentis.
- Taylor SE (1986) *Health Psychology*. New York, Random House Press.
- Williams RB (1987) Psychological factors in coronary artery disease: Epidemiological evidence. *Circulation*, 76: 117-123.