



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ**

Eğitim Sorumlusu: Doç. Dr. Sibel ÖRSEL

**DEPRESYON HASTALARININ KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİNİN SAĞLIKLI KONTROL GRUBU
İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Bengü YÜCENS

**ANKARA
2013**



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
ANKARA DİŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ**

Eğitim Sorumlusu: Doç. Dr. Sibel ÖRSEL

**DEPRESYON HASTALARININ KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİNİN SAĞLIKLI KONTROL GRUBU
İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Bengü YÜCENS

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. M. Hakan TÜRKÇAPAR**

**ANKARA
2013**

T.C. Sağlık Bakanlığı'na;

Bu çalışma jürimiz tarafından, uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı:.....

(Ünvanı, Adı Soyadı) (Kurum)

Üye :.....

(Ünvanı, Adı Soyadı) (Kurum)

Üye :.....

(Ünvanı, Adı Soyadı) (Kurum)

Üye :.....

(Ünvanı, Adı Soyadı) (Kurum)

Üye :.....

(Ünvanı, Adı Soyadı) (Kurum)

Üye :.....

(Ünvanı, Adı Soyadı) (Kurum)

Bu tez, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve..... kararıyla kabul edilmiştir.

TEŞEKKÜR

Engin bilgi ve deneyimlerinden çok şey öğrendiğim Doç. Dr. M. Haluk Özbay’a, asistanlık eğitimimde ve tez sürecimde desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Hakan Türkçapar’a ve eğitime katkılarından dolayı hastanemiz Psikiyatri Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu Doç. Dr. Sibel Örsel’e,

Birlikte çalışma imkanı bulduğum değerli uzmanlarımız, Uzm. Dr. Nazmiye Ayhan, Uzm. Dr. Hasan Karadağ, Uzm. Dr. M. Sezai Berber, Uzm. Dr. Ş. Kaya Elverici, Uzm. Dr. S. Olga Güriz, Uzm. Dr. İbrahim Taymur, Uzm. Dr. Kadir Özdel’e

Sevgili asistan arkadaşlarıma ve bu süreçte birlikte yol aldığımız Dr. Berna Çağatay Kaya’ya,

Rotasyonlarım süresince eğitime katkılarından dolayı Doç. Dr. M. Fevzi Öztekin’e ve Doç. Dr. Mehmet Yıldız’a,

Kliniğimiz psikologlarına, hemşirelerine ve personellerine,

Desteğini hep hissettiğim eşime ve aileme teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Dr. Bengü YÜCENS

Ankara, 2012

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	v
ŞEKİLLER.....	vii
TABLolar	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. DEPRESYON	4
2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi	4
2.1.2. Epidemiyoloji.....	7
2.1.3. Etiyoloji.....	10
2.1.3.1. Psikolojik Modeller.....	10
2.1.3.2. Biyolojik Etkenler	13
2.1.3.3. Psikososyal Faktörler	16
2.1.4. Majör Depresyon Tanı Ölçütleri	17
2.1.5. Depresyonun Klinik Özellikleri	19
2.1.6. Majör Depresyonun Alt Tipleri.....	20
2.1.6.1. Melankolik (Endojen) tip depresyon.....	20
2.1.6.2. Atipik depresyon	21
2.1.6.3. Psikotik özellikli depresyon	21
2.1.6.4. Katotonik özellik gösteren	21
2.1.6.5. Mevsimsel özellikli depresyon.....	21
2.1.6.6. Postpartum depresyon	22
2.2. KİŞİLİK VE KİŞİLİK BOZUKLUKLARI	22
2.2.1. Kişilik Tanımı ve Öğeleri	22
2.2.2. Kişilik Bozukluğu Tanımı.....	23
2.2.3. Kişilik Bozukluğu Sınıflandırılması	27
2.2.4. Kişilik Bozukluğu Alt Tipleri ve Bilişsel özellikleri	30
2.2.4.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu	30
2.2.4.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu	32

2.2.4.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu	32
2.2.4.4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu	33
2.2.4.5. Borderline Kişilik Bozukluğu	34
2.2.4.6. Histriyonik Kişilik Bozukluğu	35
2.2.4.7. Narsisistik Kişilik Bozukluğu	36
2.2.4.8. Çekingen Kişilik Bozukluğu	37
2.2.4.9. Bağımlı Kişilik Bozukluğu	38
2.2.4.10. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	39
2.2.4.11. Başka Türlü Adlandırılmayan Kişilik Bozukluğu Türleri.....	40
2.3. DEPRESYON VE KİŞİLİK	41
3. GEREÇ VE YÖNTEM	45
3.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN SEÇİMİ	45
3.2. DEĞERLENDİRME GEREÇLERİ.....	45
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	46
4. BULGULAR.....	48
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	67
ÖZET.....	68
ABSTRACT.....	69
KAYNAKÇA.....	70
EKLER.....	85

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	: American Psychiatric Association
M.Ö.	: Milattan önce
M.S.	: Milattan sonra
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	: International Classification of Diseases and Related Health Problems
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ECA	: Epidemiologic Catchman Area
NCS	: National Comorbidity Survey
DIS	: Diagnostic Interview Schedule
CIDI	: Composite International Diagnostic Interview
NCS-R	: National Comorbidity Survey Replication
MAOI	: Monoamin oksidaz inhibitörleri
TSA	: Trisiklik antidepresan
5-HT	: 5- Hidroksitriptamin
NA	: Noradrenalin
DA	: Dopamin
GABA	: Gama aminobütirik asit
NO	: Nitrik oksit
DST	: Deksametazon supresyon testi
TSH	: Tiroid stimüle eden hormon
BDNF	: Beyin kökenli nörotrofik faktör
DAS	: Dysfunctional Attitude Scale
YSQ	: Young Schema Questionnaire

PBQ	: Personality Beliefs Questionnaire
KiÖ	: Kişilik İnanç Ölçeği
HPA	: Hipotalamo-pituiter-adrenal aks
SCID	: DSM IV-TR Eksen 1 Bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme Formu
SPSS	: Statistical Packages of Social Sciences
SS	: Standart sapma
Medy	: Medyan
Min	: Minimum
Maks	: Maksimum

ŞEKİLLER

Şekil 4.1.	Grupların cinsiyet dağılımlarına ait pasta grafikleri	48
Şekil 4.2.	İki gruptaki olguların KİÖ alt ölçek puanlarının ortalamalarına ait çubuk grafik	56



TABLÖLAR

Tablo 4.1.	İki grubun yaş ortalamalarının karşılaştırılması; cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve aylık gelir dağılımları	49
Tablo 4.2.	İki gruptaki bireylerin son bir ay içinde aile dışındaki bireyleri ile görüşme durumlarına ait dağılımlar ve değerler	50
Tablo 4.3.	İki gruptaki bireylerin annelerinin yaşama ve eğitim durumları dağılımları	51
Tablo 4.4.	İki gruptaki bireylerin annelerinin yaşama ve eğitim durumları dağılımları	52
Tablo 4.5.	İki gruptaki olguların sosyal, kültürel ve ailesel özelliklerinin; çocuklukta zorlu yaşam olaylarının sıklığının dağılımları	54
Tablo 4.6.	İki gruptaki olguların psikiyatrik özgeçmiş özelliklerinin dağılımları	55
Tablo 4.7.	İki gruptaki olguların KİÖ'nün bağımlı kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri.....	57
Tablo 4.8.	İki gruptaki olguların KİÖ'nün pasif agresif kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri.....	57
Tablo 4.9.	İki gruptaki olguların KİÖ'nün obsesif kompulsif kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri.....	58
Tablo 4.10.	İki gruptaki olguların KİÖ'nün antisosyal kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri.....	59
Tablo 4.11.	İki gruptaki olguların KİÖ'nün narsisistik kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri.....	59
Tablo 4.12.	İki gruptaki olguların KİÖ'nün histrionik kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri.....	60

Tablo 4.13. İki gruptaki olguların KIÖ'nün şizoid kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri.....	60
Tablo 4.14. İki gruptaki olguların KIÖ'nün paranoid kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri.....	61
Tablo 4.15. İki gruptaki olguların KIÖ'nün borderline kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri.....	62
Tablo 4.16. İki gruptaki olguların KIÖ'nün çekingen kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri.....	62



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon; çökkünlük, karamsarlık yanında keder ve elemi içeren duygudurumla birlikte olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan artık eskisi gibi zevk alamama, bunlara karşı ilginin kaybolmasıyla kendini gösterir. Normalde görülebilen çökkün duygudurumdan, bedensel işlevlerde belirgin bozulma, aile, iş, okul, evlilikte beklenen toplumsal rolleri yerine getirme isteği ve yetisinde azalma, intihar düşünceleri veya girişimlerinin görülmesi ile ayrılmaktadır.¹

Kişilik; biliş, duygulanım, insan ilişkileri, dürtü kontrolü alanlarında öznel iç yaşantı ve davranışlarından oluşan süreklilik gösteren bir örüntüdür ve bu örüntü her bireyde farklılıklar göstererek onun kişiliğini oluşturur.² Kişilik bozukluğu ise, kişiliğin birden çok alanında, kişisel ve sosyal olarak bozulmaya yol açacak biçimde ortaya çıkan bir örüntüdür. Kişilik özellikleri ve kişilik bozuklukları depresyon gelişiminde rol oynayabilir. Bu nedenle depresyon ile ilişkili kişilik özelliklerinin ve bu ilişkinin olası sonuçlarının açığa çıkarılması, depresyonun anlaşılması ve iyileştirilmesi için, bir çok ampirik çalışmanın odağı olmuştur. Depresyondaki kişilerde depresyonda olmayanlarla karşılaştırıldığında daha yüksek oranda kişilik bozukluğu saptanmıştır. Çalışmalar arasındaki örneklem özellikleri ve değerlendirme yöntemlerini içeren metodolojik farklılıklardan kaynaklanan, %15'ten %95'e kadar değişen, farklı komorbidite oranları bildirilmiştir.³

Kişilik bozukluğu depresyonun öncesinde ortaya çıkabilir ve bireyi depresyona karşı daha duyarlı hale getirebilir. Depresyon kişilik bozukluğunun öncülü olabilir ya da kişilik bozukluğunun gelişimini kolaylaştırabilir.⁴

Çoğu çalışmada kişilik bozukluğuna komorbid depresyonu olan hastaların, kişilik bozukluğu tanısı olmadan depresyonu olanlarla karşılaştırıldığında psikoterapilere ve ilaç tedavilerine daha kötü yanıt verdikleri gösterilmiştir.⁵ Hem depresyonu hem kişilik bozukluğu olanlarda psikiyatrist her ikisi için uygun tedaviyi planlamalıdır. Amerika Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association; APA) depresyon tedavi kılavuzunun da önerdiği üzere depresyon genelde ilk hedef olmalı, depresif belirtiler azaldıktan sonra da kişilik bozukluğu belirtileri sürüyorsa

psikoterapötik ve kombine farmakoterapötik yaklaşımlar faydalı olabilir. Gerçekte herhangi bir kişilik bozukluğu olanların, hem sosyal işlevsellik hem de rezidüel depresif belirtiler için yeterli antidepresan tedaviye yanıtı, kişilik bozukluğu olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur.⁶ Kişilik bozukluğu varlığı tedaviye uyumu ve psikoterapötik ilişki gelişimini bozmakla birlikte depresif epizod riskini artırır ve depresyonun remisyona girme süresini uzatır.

Bu araştırmalar ışığında, depresyon tedavisinde depresyona eşlik eden kişilik özelliklerinin ya da bozukluklarının tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesinde ve seçiminde önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Bilişsel terapi, depresyon tedavisinde yaygın olarak uygulanan ve etkinliği kanıtlanan bir tedavi yaklaşımıdır. Bilişsel terapi sürecinde, depresyonu olan hastanın kişilik özelliklerinin veya kişilik bozukluklarının belirlenmesi yapılacak bilişsel müdahalelerin seçimine ve terapinin etkinliğine katkıda bulunur.

Kişilik bozukluklarının temel bilişsel özelliği olan disfonksiyonel inançlar, terapide bilişsel vaka formülasyonunun merkezi komponentini oluşturur ve müdahalelerin asıl hedefidir.⁷ Anahtar disfonksiyonel inançlar doğru bir şekilde tanımlandığı zaman; hastanın gelişim öyküsünü, telafi edici stratejilerini ve mevcut durumlara yönelik disfonksiyonel tepkilerini gösteren kavramsal temalarını yansıtır.⁸ Terapist ve hasta bu anahtar bilişleri tanımlamak ve modifiye etmek için birlikte çalışırken birçok işlevsellik alanında gelişmeler kendiliğinden izlenebilir. Bu bilişsel özellikler, kişilik bozukluklarının bilişsel müdahalelerinde odaklanılacak temel kısmı içeriyor gibi görünmektedir.⁹

Depresyon ve kişilik bozukluğu birlikteliği, iki bozukluğun birbirinin gidişini etkilemesi ve tedavide kendine özgü sorunları beraberinde getirmesi nedeniyle klinik açıdan önemlidir. Depresyon hastalarında hangi kişilik özelliklerinin veya bozukluklarının daha sık olduğu ve bu birlikteliğin sonuçları ile ilgili çalışmalar metodolojik farklılıklar nedeniyle kısıtlıdır. Depresyon hastalarının tanınmasında, prognozlarının öngörülmesinde ve tedavi sürecinde kişilik özelliklerinin belirlenmesi bir gerekliliktir.

Biz bu çalışmada–Majör Depresif Bozukluk tanısı alan hastaların bilişsel alanda gösterdikleri kişilik özelliklerini ve eğer varsa bunların gösterdikleri farklılıkları saptamayı amaçladık. Bu amaçla DSM-IV'e göre Majör Depresif

Bozukluk tanısı alan hastalarla, aynı yaş ve özelliklere sahip sağlıklı kontrollerin kişilik özelliklerini, bilişsel alanda kişilik özelliklerini ölçen ölçekler aracılığıyla karşılaştırdık. Çalışmamızın varsayımı majör depresif bozukluk tanısı alan hastaların işlevsel olmayan inançları daha çok gösterecekleri şeklindeydi.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. DEPRESYON

2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi

Depresyon elem, keder duygularını içeren duygusal bir yaşantıdır. Her ne kadar bu gibi duygular, insanlarda bazı olumsuz yaşam olaylarına karşı yaygın olarak verilen bir tepki olarak görülebilmesi nedeniyle ortaya çıkan her benzer duygudurumunu, bir depresyon hastalığı olarak kabul etmemek gerekir. Gerçek bir depresyonda bu gibi duygular hem sürekli, hem de kişinin günlük yaşamını bozacak düzeyde yoğun olarak izlenir.¹⁰ Genel anlamda depresyon derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, değersizlik, suçluluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, isteksizlik, motivasyon azalması, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur¹¹

Antik çağlardan itibaren depresyon örneklerine ait kayıtlar bulunmaktadır. Tarih öncesi dönemlerde Niobe ağlayan bir taşla ölümsüz biçimde sembolleştirilmiştir. Manisa'nın Spil dağında yer alan Niobe'nin taş yüzü tarihte belki de ilk bildirilen stuporlu depresyon olgusudur.

Tarih öncesi dönem tedavileri içinde Troyalı Helena'nın keder ve üzüntüleri azaltmak için "nepenthes" adlı bitkiden elde edilen bir morfin türevini antidepresan amaçlı kullandığı bildirilir. Bu belki de depresyonun kaydedilmiş en eski farmakolojik tedavisidir. Ayrıca Homeros müzik ile katarsisden sıkça bahseder.^{12,13}

Eski çağlarda depresyonun oluşumunda doğa üstü, tanrısal güçlerin neden olduğu inancı hakimken, Hipokrat (M.Ö. 460-357) ile depresyona yaklaşım sistemli olarak fizyolojik mekanizmalar üzerinden olmuştur. Hipokrat depresyon gibi ruhsal fenomenlerin beyinden kaynakladığını söylemiştir. Beynin balgam ve safradan etkilendiğini, balgamın etkilediği kişilerin sakin kişiler olmasına rağmen safranın etkilediği kişileri ise sakin durmadıklarını, daima şaka yaptıkları, hileye başvurduklarını tanımlamıştır. Depresyon için melankoli (melan=siyah, cholé=safra)

kelimesini kullanmıştır. Melankolinin aşırı miktarda barsak ve dalakta biriken kara safra ile oluştuğu, toksik olan bu maddenin beyni etkilediğinden bahsetmiştir. Melankolinin uzun süreli stres yaratıcı durumlarda ortaya çıktığını söylemiştir.^{12,14}

Helenistik dönemde Hipokrat'ı takip eden diğer hekimler bu humoral yaklaşımı geliştirerek devam ettirmişlerdir. Efesli Soranus melankolide saldırganlık ve bununla ilişkili intihar üzerinde durmuş ve hastalıkta görülebilecek sanrısız özellikleri tanımlamıştır. Soranus hastaların tedavisinde bugün lityum içerdiğini bildiğimiz kaynak sularını kullanmıştır. Kapadokyalı Aretaeus (M.S. 150'lerde) reaktif depresyon ve melankoli arasında ayırıcı tanı yapmıştır ve mani ve melankoli (depresyon) arasında ilişkiyi, sirküler özelliğini gösteren ilk kişi olmuştur.^{12,13}

Galen (M.S. 131-201) melankoliyi korku ve depresyon, hayattan memnun olamama, insanlardan nefret olarak tanımlamış; genetik ve çevresel faktörlerin rolü üzerinde de durmuştur.

İbni Sina (M.S. 980-1037) ruhu beynin bir işlevi gibi görmüş, burada oluşan bir bozukluğun hastalığı ortaya çıkardığını söylemiştir. Melankolide farklı duygulanım durumlarını tanımlamış ve farklı depresif görünümünün vücut sıvılarının farklı oranlarda karışımından kaynaklandığı düşüncesi ile modern nörotransmitter varsayımlarının öncüsü olduğu söylenebilir.¹⁰

Duygulanım bozuklukları hakkında ilgili ilk İngilizce metin olan "Melankolinin Anatomisi" adlı eseri ile Robert Burton (1577-1640) depresyonun bugünkü tanımına yakın semptomatolojisinden bahsetmiştir. Onyedinci yüzyılın sonunda melankolinin oluşum mekanizmasında humoral yaklaşım etkisini yitirmiş ve Thomas Willis (1621-1675) ile kimyasal formülasyonlar hakim olmaya başlamıştır. Onsekizinci yüzyılda Newton ve Bellini'nin mekanik kuramları temel bilimleri olduğu gibi tıbbi da etkilemiştir. Depresyonda santral sinir sisteminin önemli rolü olduğunu ve sinir sıvılarında etkileşimin büyük olasılıkla elektriksel olduğunu ileri sürmüşlerdir.^{12,15}

İngiliz psikiyatrist Henry Maudsley (1745-1813) ilk kez duygulanım bozukluğu terimini kullanmıştır. Ondokuzuncu yüzyılın sonuna doğru Delasiauve (1860), William Gull (1868) ve Savage (1898) ile ruhsal bir düşkünlük hali, cesaret ve inisiyatif eksikliği, karamsar düşüncelere eğilim, heyecansal fonksiyonda

düşüklük, genel hareketlerde azalma anlamında mental depresyon kelimesi melankoli yerine kullanılmaya başlanmıştır.^{12,15}

Yirminci yüzyılın başlarında depresyon bir terim olarak bazen melankoli ile eşanlamlı, bazen de onun bir semptomu olarak kullanılmıştır. Ancak Alman psikiyatrist Emil Kraepelin (1856-1926) depresyonu bir semptom olarak değil depresif durumlar başlığı içinde bir kategori olarak kullanmıştır. Kraepelin klinik depresyonda ana patolojinin duygudurumda çökkünlük ve fiziksel, zihinsel süreçlerde yavaşlama olduğunu belirtmiştir ve dualistik bir yaklaşımla depresyonu psikolojik ve biyolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkanlar olarak sınıflandırmıştır. Adolf Meyer (1866-1950) de psikobiyoloji kavramını oluşturarak, gerek depresyonun gerekse diğer ruhsal bozuklukların gelişiminde hem psikolojik hem de biyolojik faktörlerin katkıda bulunabileceğini ileri sürmüştür.¹⁰ Yürüttüğü psikobiyolojik çalışmalar, düşünce ve duyguların kişinin fizyolojik halini etkileyebildiğini göstermiştir.¹⁶

1854'te J. Pierre Falret 'folie circulaire' terimini kullanarak depresyon ve maninin birbiriyle ilişkili iki rahatsızlık olduğunu belirtmiştir. Daha sonra benzer şekilde Emil Kraepelin mani ve depresyonun tek bir hastalığın farklı aşamaları olduğunu söyleyerek bu rahatsızlığa manik depresif psikoz adını vermiştir. 1962 yılında Leonhard ve arkadaşları tarafından depresyonun tekrarlayan biçimleri, monopolar depresyon ve bipolar depresyon olarak ikiye bölünmüştür.⁶ 1966 yılında monopolar deyimi yerini unipolarla bıraktı. Unipolar depresyon tekrarlayan depresif atakları olan hastalar için, bipolar depresyon ise depresyon ve mani ataklarının birlikte olduğu hastaları tanımlamak için kullanılmaya başlandı.¹⁷

Yirminci yüzyılda ise depresyon için psikanalitik, davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar gündemde olmuştur. Yüzyılın ikinci yarısından sonra gelişen teknolojinin katkısı ile genetik, beyin biyokimyası, elektrofizyolojik ve radyolojik çalışmalarla psikiyatrik bozukluklar yepyeni bir boyut kazanmıştır.

Depresyonu tanımlayan çağdaş görüşler, bunun biyopsikososyal bir durum olduğunu, yatkınlaştırıcı etmenler, tetikleyici zorlanmalar ve depresif nitelikteki düşünceleri içerdiğini öne sürmektedir. Tehlikeli ve zorluklarla dolu bir çevre depresyon gelişimi riskini artırsa da sonuçta depresyon beynin bir rahatsızlığıdır, ancak sadece beyni ilgilendirmez.¹⁶

2.1.2. Epidemiyoloji

Yaklaşık 2500 yıldır duygudurum bozuklukları insanoğlunun en sık hastalığı olarak tanımlanmış olmasına rağmen ancak son zamanlarda toplum sağlığının major sorunu olarak ilgi çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre depresyon işlev kaybına en çok neden olan hastalıklar arasındadır ve 2000 yılında dünyadaki en acil sağlık sorunları listesinde 4. sırada yer alırken 2020 yılında iskemik kalp hastalıklarından sonra 2. sıraya yükseleceği öngörülmektedir.¹⁵

Depresyonun seyri ve doğası ile ilgili bilgilerimiz son 20 yıl içinde oldukça değişim göstermiştir. Depresyon akut ve kendini sınırlayan bir hastalık olarak görülürken artık giderek berraklaşan bir şekilde kronik ve yaşam boyu süren bir hastalık olarak görülmeye başlanmıştır.

Yirminci yüzyılın son 10 yılında psikiyatrik epidemiyolojiye artan ilgi daha çok metodolojideki uluslararası gelişmeye bağlıdır. DSM-III (1980), DSM-IV-TR (2000) ve ICD-10 (1993)'da psikiyatrik tanı gruplarının kriterlerinin iyi tanımlanması ile ve bu kriterlerin tüm dünyada kullanılmaya başlanması ile psikiyatrik olmayan ortamlardaki hastalar üzerinde de geniş ölçekli, uluslararası, kesitsel izlem çalışmalarının yapılması mümkün olmuştur.¹⁵

Sıklık ve Yaygınlık: Major depresif bozukluğun DSM-IV-TR'de tanımlandığı şekliyle (erkeklerde %4.7, kadınlarda %6 prevelansla) en yaygın duygudurum bozukluğu olduğu bilinmektedir.¹⁸ A.B.D.' de yapılan en kapsamlı iki büyük epidemiyolojik çalışma 1981'deki Epidemiyolojik Alan Çalışması(ECA) ve 1991'deki Ulusal Eş Tanı Çalışması(NCS)'dir. ECA'da DSM-III kriterlerine göre geliştirilen Tanısal Görüşme Programı (DIS) kullanılmıştır ve major depresif bozukluk yaşam boyu prevelansı %4.9, yıllık yaygınlığı ise %2.7 bulunmuştur. NCS'de ise tanısal değerlendirme DSM-III-R modifiye versiyona göre geliştirilen Bileşik Uluslararası Tanısal Görüşme Programı (CIDI) ile yapılmış ve major depresif bozukluk yaşam boyu prevelansı %17.1, yıllık yaygınlığı %10.3, nokta prevelansı %4.9 bulunmuş. Sonuçlar arasındaki farklılık ECA'daki yaş aralığı 18 yaş ve üstü iken NCS'de 15-54 yaş arasında olmasına bağlı olduğu düşünülmüştür.^{19,20}

Major depresif bozukluğun en son gerçekleştirilen, DSM-IV kriterlerine göre yapılandırılmış görüşme yapılarak gerçekleştirilen Ulusal Eş Tanı Çalışması Tekrarı(NCS-R)'ndaki yaygınlığının ECA ve NCS oranları arasında olduğu

belirlenmektedir. NCS-R'deki yaşam boyu prevalans %16.2 ve yıllık yaygınlık ise %6.6'dır.¹⁹

Başka bir çalışmada, DSM-IV'te tanımlanan Major Depresif Epizodlar CIDI kullanılarak yüz yüze görüşmelerle değerlendirilmiş, 18 ülkeden gelen bilgiler analiz edilmiştir. Yüksek gelirli ülkelerde daha genç yaşta olmak daha yüksek 12 aylık yaygınlıkla ilişkiliyken, düşük-orta gelirli ülkelerde daha yaşlı olmakla ilişkiliydi. Retrospektif olarak tespit edilmiş başlangıç yaşı ortalaması yüksek gelirli ülkelerde 25,7, düşük-orta gelirli ülkelerde 24 olarak tespit edilmiştir. Kadın:erkek oranı 2:1'di. Yüksek gelirli ülkelerde daha genç yaşta olmak daha yüksek 12 aylık yaygınlıkla ilişkiliyken, düşük-orta gelirli ülkelerde daha yaşlı olmak ilişkiliydi. Yüksek gelirli ülkeler de en güçlü demografik ilişki partnerinden ayrılmış olmakken, düşük-orta gelirli ülkelerde boşanmış ya da dul olmaktı.²¹

Prevalans oranları ve cinsiyet farklılıklarının erişkinde yaşam boyu görece sabit olması ve başlangıç yaşının daha erken olması gelecek nesillerde yaşam boyu depresyon prevalansının daha yüksek olacağını öngörmektedir.²²

Risk Faktörleri: Major depresyon için risk faktörleri ile ilgili değişken etkenler bulunmakla birlikte toplum temelli az sayıdaki çalışmada; genç olmak, düşük sosyoekonomik düzey, aileyle ilişkili olumsuz ve stresli olayların depresyon riskini artırdığı bulunmuştur.²³ Başka çalışmalarda kadın olmanın^{24,25,26,27}, evlilik durumunun, ailede depresyon, suisid ya da alkolizm öyküsü varlığının, erken çocuklukta tistismara maruziyetin²⁸, bazı kişilik özelliklerinin (içe dönüklük, endişeli olma, başkalarına bağımlılık ve kişilerarası ilişkilerde güçlük yaşama)^{29,30,31,32,33}, ölüm ve yas gibi önemli yaşam olaylarının, ekonomik, ailevi ya da kişiler arası ilişkilerdeki güçlüklerle bağlı kronik stresin ve her gün karşılaşılan güçlüklerin^{34,35,36} depresyon için önemli risk faktörleri olduğu bulunmuştur.

NCS-R verilerine göre duygudurum bozukluklarının yaşam boyu vakalarının yarısı 14 yaşında ve dörtte üçü de 24 yaşında başlıyor.^{3 7}ECA çalışması verilerinin analizi de 15-24 yaşlar arasında major depresyon için tedricen artmış oranlar olduğunu göstermektedir.³⁸

Geç başlangıç yaşı ile karşılaştırıldığında, diğer faktörlerle birlikte olduğunda erken başlangıç yaşının daha fazla işlev kaybına yol açtığı bulunmuş. Diğer faktörler arasında evlenmemiş olmak, sosyal ve mesleki yetersizlik, yaşam kalitesi düşüklüğü,

medikal ve psikiyatrik hastalık komorbiditesinin yanı sıra daha fazla sayıda geçirilmiş depresif epizod, artmış suicidal düşünce ve suicidal girişimi bulunmaktadır.³⁹

Depresyon kadınlarda belirgin olarak erkeklerden daha sık görülmektedir.⁴⁰ NCS'de erkeklerin %3.8'ine karşılık kadınların %6'sının halihazırda depresif bir epizodda olduğunu; kadınların %21.3'ünün, erkeklerinse %12.7'sinin ömürleri boyunca en az bir kez depresif epizod geçirdikleri bildirilmiştir.²⁰ Kadınlar için yüksek risk 20 yaş ile 30'ların başlangıcında varken 20 yaş öncesi ve 30 yaş sonrası dönemde ilk kez depresyon görülme riski her iki cinsiyette benzerdir. Hastalığın yeniden geçirilmesi riski açısından cinsiyetler arası fark yoktur.

Kadınlardaki daha yüksek oranda depresyon cinsiyete bağlı sosyalleşme, sosyal durumun daha düşük olması, yaşam stresleri ve uyumu bozan baş etme düzenekleri ile açıklanmaktadır.⁴¹ Kadınların kişiler arası ilişkilerinde duygusal yatırımlarının daha fazla olduğu, duygularını erkeklerden daha fazla içselleştirdikleri, hatalar için kendilerini suçlamaya yatkın olduklarından dolayı kadınlar yaşam olaylarından daha fazla acı çekmektedirler.⁴² Bunun için, stresli hayat koşullarını takiben depresyon geçirmeye daha yatkındırlar.⁴³ Çocukken cinsel istismar, şiddet, cinsel taciz ve tecavüze uğramış kadınlarda bunları yaşamamış olanlara nazaran depresyon geçirme olasılıkları daha fazladır. Erken ergenlikte cinsel istismarın artışı kadınlarda daha fazla depresyona ve bu zamanda ortaya çıkan depresyondaki cinsiyet farkına direkt olarak yol açmaktadır.⁴¹

Depresyon tanısı alan erişkinlerde intihar oranındaki cinsiyet farklılıkları araştırıldığında kadınların daha çok intihara eğilimli olduğu halde muhtemelen depresyonları için daha az çözüm aramaları ve daha öldürücü yöntemler kullanmaları nedeniyle erkeklerde tamamlanmış intihar oranı daha yüksektir.⁴⁴

Depresyonun kadınlarda daha yüksek görülmesini açıklamaya çalışan biyolojik kuramlar nörotransmitter, nöroendokrin ve sirkadyen sistemler; genetik transmisyon ve üreme işlevi ile beyin yapısı ve işlevleri açısından cinsiyet farklılıklarına yoğunlaşmıştır. Kadınların depresyona karşı daha zayıf oluşları konusunda en fazla kabul gören kuram ovaryan hormonlar olan östrojen ve progesteronun disregülasyonu üzerine kurulmuştur.⁴⁵

İngiltere’de depresif bozuklukların prevalansı üzerine yapılan çalışmada ayrılmış, boşanmış ve dul olanlarda depresyon riski daha yüksek bulunmuştur.⁴⁶ Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’nın çalışmasında depresif nöbetin yaygınlığı boşanmış ve dullarda daha yüksek oranda bulunmuştur. Sivas’ta yapılan bir çalışmada ise major depresyon; ayrı yaşayan, boşanmış ve dul olanlarda en yüksek oranda, evlilerde en düşük oranda bulunmuştur. Aynı çalışmada major depresif bozukluk en yüksek oranda düşük gelir düzeyindekilerde, okur yazar olmayan grupta, ev kadınlarında bulunmuştur.⁴⁷

Depresyonla birlikte görülen en sık komorbidite anksiyete bozukluklarıdır. Komorbid anksiyete bozukluğu oranı major depresyonu olanlarda %50 oranındadır.⁴⁸ Komorbidite daha şiddetli depresif semptomlar ve tedaviye daha az yanıt⁴⁹ yanı sıra daha çok mesleki ve sosyal işlev kaybına neden olur.⁵⁰ Komorbidite diğer depresyon formları (örneğin double depresyon olarak adlandırılan distimi üzerine depresif epizod)⁵¹, kişilik bozuklukları⁵² ve madde kötüye kullanımı⁵³ ile birlikte de tespit edilmektedir.

2.1.3. Etiyoloji

Psikiyatrik hastalıkların nedenleri antik çağlardan beri merak edilip etkenleri araştırılmış ve açıklamaya yönelik modeller oluşturulmuştur. Etiyolojide yer aldığı düşünülenler psikanalitik-psikodinamik, bilişsel ve davranışçı olmak üzere psikolojik modeller, biyolojik etkenler ve psikososyal faktörlerdir.

2.1.3.1. Psikolojik Modeller

2.1.3.1.1. Psikoanalitik ve Psikodinamik Modeller

Saldırganlığın İçe Yönelmesi Modeli: Bu model, Sigmund Freud ve Karl Abraham tarafından, fizikten psikolojiye ‘hidrolik zihin’ metaforuna dayanılarak öne sürülmüştür. Bu modelde, depresyonlu bireyin temelde “insanlardan nefret ediyorum,” diye hissettiği, ancak bilinç dışında bu duyguyu başkalarına yansıttığı ve “onlar benden nefret ediyor” sonucuna vardığı ileri sürülmüştür³⁴. Freud’a göre; içe yönelen öfke aslında bireyin bağımlılık ve sevgi ihtiyacını önleyen sevgi nesnesini cezalandırmaya yöneliktir. Nesne, örseleyici bir kaybı önlemek için zaten içe alınmış

olduğu için, hasta kendi cezalandırıcı dürtülerinin hedefi haline gelmektedir. Depresyonun temelinde yatan sorun, engelleyici bir ebeveyn olduğu kabul edilen içe alınmış bu nesneye karşı hissedilen ambivalan duygulardır. Sevilen nesneye (ebeveyn) yönelen saldırganlığa belirgin bir suçluluk da eşlik etmektedir ^{55,56}. Saldırganlığın içe yönelmesi modeli, depresif hastalardaki kendine güvensizlik ve öfkenin dışarıya yöneltilmesindeki yetersizliği açıklamakla birlikte, depresyonun tedavisinde öfkenin dışarıya yöneltilmesinin tedavi edici değeri olduğunu destekleyen çok az kanıt bulunmaktadır ⁵⁵

Nesne Kaybı Modeli: Nesne kaybı, bağlanılmış önemli nesnelerle yaşanan örseleyici ayrılıkları ifade etmektedir. Yaşamın erken dönemlerinde sevgi bağlarının kopması sonucunda depresyona yatkınlık geliştiği ve erişkinlikte yaşanan kayıpların çocuklukta örseleyici kaybı yeniden canlandırarak depresif dönemleri tetiklediği düşünülmüştür. Freud'a göre; yas dıştaki bir varlığın kaybına tepki iken, melankolik hastada nesne gerçek anlamda ölmemiş olsa bile sevgi nesnesi kaybedilmiştir. Bowlby, çocuğun gelişimi sırasında anne ya da anne yerine geçen kişilerle kurduğu bağların, yaşamın sonraki yıllarında başka sevgi nesneleri ile kurulacak bağların öncüsü olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, nesne kaybı teorisinin depresyon etiyolojisindeki rolünü inceleyen deneysel çalışmalar, önem verdiği kişilerle güvenli bağlar kuran bireyi çevresi ile kolayca uyum sağladığını ve bu bağların çözülmesi durumunda depresyon dışında birçok psikopatolojik sorunun ortaya çıktığını göstermiştir. ⁵⁴

Sonuç olarak nesne kaybı modeli, kişi ile çevresi arasında etkileşim olduğunu belirtmektedir. Ancak genetik yatkınlık, kişilik yapısı ve sosyal destek gibi ayrılık dışındaki diğer etiyolojik etkenleri açıklamakta yetersiz kalmaktadır. ^{54,56}

Benlik Saygısının Kaybı Modeli: Fenichel, depresyonlu bireyin erken çocukluk döneminde yaşadığı narsisistik örselenmeyi devam ettirdiğini, böylece benlik saygısı ile sevgiyi aynı şeyler olarak değerlendirdiğini ve depresyonun benliği tamir etme çabası olduğunu ileri sürmüştür.

Bibring, farklı psikoseksüel gelişim dönemlerindeki narsisistik arzuların doyurulmamasının farklı depresif belirtilere yol açtığını belirtmiştir. Bibring'e göre, çocuğun benlik ihtiyaçlarının sürekli biçimde engellenmesi çaresizliğine yol açacaktır, bu da depresyona yakınlaştırmacı en sık durumdur. ^{54,56}

Benlik saygısı, kişiliğin yapısı için gereklidir. Düşük benlik saygısının bireysel bir özellik haline geldiği kişilerin, çevresel sıkıntılarla karşılaştığında kolayca melankoliye kayması anlaşılabılır. Ancak, görünüşte benlik saygısı yüksek olan kişilerde (narsisistik kişilik gibi) depresyon gelişmesi ya da utangaçlık, güvensizlik ve distimi gibi özellikleri olan kişilerde iki uçlu bozukluk gelişmesi gibi durumların açıklanmasında benlik saygısı modeli yetersiz kalmaktadır.⁵⁵

2.1.3.1.2. Bilişsel Model

Bilişsel model Beck'in 1960'lı yıllarda psikoanalizden kopması ve ardından 1967 yılında 'Depression: Causes and Treatment'⁵⁷ kitabını yayınlaması ile ortaya çıkmıştır. Beck'in depresyon modelinin yenilikçi yanı o zamana dek duygudurum bozukluğunu merkeze alarak tanımlanan bir rahatsızlık olan depresyonda temel sorunun düşünce bozukluğu olduğunu öne sürmesidir. Buna göre depresyon bilişsel üçlü (cognitive triad) ile kavramsallaştırılmıştır. Bilişsel üçlüde depresif bireylerin kendilerini (hepsi benim hatam, yetersizim, suçluyum), çevrelerini ve dünyayı (hayatım berbat durumda, her şey çok kötü, kimse bana yardımcı olamaz) ve geleceği (bu hiç düzelmeyecek) olumsuz gördükleri öne sürülmektedir.⁵⁸ Bilişsel modele göre tüm psikolojik bozuklukların altında yatan ortak mekanizma, hastanın ruhsal durumunu ve davranışlarını etkileyen çarpıtılmış ya da işlevsel olmayan düşüncelerdir. Bu düşüncelerin gerçekçi bir şekilde yeniden değerlendirilip, değiştirilmesi, duygularda ve davranışlarda düzelmelere yol açar. Daha kalıcı düzelmeler ise hastanın işlevsel olmayan temel inançlarının değiştirilmesine bağlıdır.

59

2.1.3.1.3. Davranışçı Model

Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli: Hayvan deneylerine dayanan bu model, depresyonun baş edilemeyen geçmiş yaşantılardan öğrenilen bir davranış kalıbı olduğunu ileri sürmektedir. Geçmişteki olaylar; edilgenlik, hostilite eksikliği ve suçluluğu içeren kişilik profilini şekillendiriyor gibi görünmektedir.⁶⁰ Yapılan deneylerde, köpeklerin hoşla gitmeyen elektrik şokundan kaçmaları engellenmiş ve sonunda köpekler bu uyarandan kaçmak için hiçbir çaba göstermemeye başlamışlardır. Martin Seligman bu çalışmalar sonucunda "öğrenilmiş çaresizlik"

kavramını oluşturdu. Buna göre, depresyon geçmişte yaşanmış kontrol edilemeyen çaresizlik dönemlerinin birikimi sonucu oluşan bir özellik (istenmeyen durumlardan kurtulmak için kişisel olarak eyleme geçmenin yararsız olacağı inancı) olarak önermiştir. İnsanlardaki benzer tekrar çalışmalarında, kontrol edilemeyen olaylar bütün katılımcılarda olmasa da çaresizlikle sonuçlanmıştır. Abramson'a göre olumsuz bir olaya kişinin öznel yorumu hem çaresizlik tepkisi hem de takiben gelişen depresyonu açıklamaktadır.⁶¹

Pekiştirme Modeli: Pekiştirme modeline göre; depresyon için karakteristik olan davranışlar uygun ödüllerin eksikliği ve bağlantılı olmayan ödüllerin alınması sonucu gelişir.⁶¹ Davranışsal görüşe göre en küçük çevresel ve sosyal pekiştireç “sağlıklı” adaptif davranışların snmesine ve disforik duygudurum ve pasiviteyle karakterize depresyonla sonuçlanır. Depresif bireyler çok az kişiler arası dllandirici davranışlara bağlanır ve bu bireylerdeki yetersiz sosyal ilişkiler ve azalmış sosyal pekiştireçler olumsuz duyguların gelişmesini kolaylaştırabilir.⁶² Bu teori kişilik, düşük zgven ve öğrenilmiş çaresizlik ile sosyal evre arasında bir köprü kurmaktadır ancak klinik depresyondan çok sosyal içerikli sorunların yorumlanmasına uygun gibi görünmektedir.⁶¹

2.1.3.2. Biyolojik Etkenler

Depresyonun etiyolojisinde yer alan biyolojik etkenlerin varlığına ilişkin kuramlar uzun yıllardır ortaya konmaktadır. 1950'lerde monoamin oksidaz inhibitörlerinin (MAOI) ve trisiklik antidepresanların (TSA) psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılmaya başlaması ile birlikte "Monoamin Hipotezi" ortaya atılmıştır. Monoamin hipotezi  biyojenik aminden (serotonin/5-HT, noradrenalin/NA, dopamin/DA) birisinin eksikliğinin ve işlevlerinde ortaya çıkan azalmanın veya reseptörlerindeki sayı ve duyarlılıktaki artışın depresyonun altında yatan biyolojik düzenekler olduğunu ileri sürer.^{63,64} Zaman içinde duygudurum bozuklukları modeline kolinerjik-adrenerjik dengesizlik hipotezi ve daha sonra da DA, glutamat, GABA (gama aminobterik asit) ve nitrik oksiti (NO) içeren daha kompleks modeller ortaya çıkmıştır.⁶⁵

Depresyonun beyinde özellikle de limbik bölgelerde azalan nörotransmitter işlevleriyle ilişkilendirilmesi üzerine kurulan monoamin hipotezinden bu yana pek

çok araştırma yapılmış ve nörotransmitterler ile depresyon arasındaki ilişkinin temellerine dair büyük ölçüde bilgiye ulaşılmıştır. Noradrenalin içeren sinir hücrelerinin depresif duygudurum, uyanıklık, iştah, ödül ve güdülenme gibi pek çok işlev ile ilgili olduğu, dopaminin; güdülenme, hoşnutluk, cinsellik ve psikomotor aktivitelerin düzenlenmesinden sorumlu olduğu, serotoninin ise; duygulanım, saldırganlık, uyku, iştah, vücut ısı, ağrı, lökomotor etkinlik, nöroendokrin salgılama gibi farklı işlevlerin kontrolünü sağladığı anlaşılmıştır. Kolinerjik nöronlardan salınan asetikolinin, motor tonus ve koordinasyon, uyku ve rüya, analjezi, biliş, bellek ve hormonal düzenleme gibi birçok beyin işlevinin düzenlenmesine aracılık ettiği tespit edilmiştir. Yakın dönemde opiat sisteminin de duygudurum düzenlenmesinde rol aldığı, olumsuz olayların psikolojik etkisinin azaltılması ve ödül mekanizmasında aracı rolü üstlendiğini düşündüren kanıtlar elde edilmiştir. Beynin ana eksitator nörotransmitteri olan glutamat ve ana inhibitör nörotransmitteri GABA'nın da depresyonun ortaya çıkmasında rolü olduğu anlaşılmıştır. Bununla birlikte, depresyonda ortaya çıkan nörotransmitter işlevlerindeki değişikliklerin depresyonun nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu tartışmalıdır.^{54,55,66,67,68}

Çok sayıda biyolojik marker geliştirilmiş olmasına rağmen klinik pratikte tek başına kullanılabilecek düzeyde yeterliliği kanıtlanan bulunamamıştır.^{65,69,70} Deksametazon supresyon testi(DST) depresyon hastalarındaki hipotalamo-pituitar-adrenal aks bozuklukları için kullanıldığında hastanede yatan psikiyatri hastalarında melankolinin değerlendirilmesinde duyarlılığı %67, özgüllüğü %96 saptanmış ve anormal DST sonuçları hastalık şiddeti, aile öyküsü ve psikotik belirtilerin varlığı ile ilişkili bulunmuştur.⁷¹⁻⁷²

Glukokortikoidler dışında tiroid hormonları, büyüme hormonu ve melatonin de depresyonun etiyopatogenezinde yer alırlar. Major depresyonu olan hastaların yaklaşık 1/3'ünde tirotropine tiroid stimüle eden hormon(TSH) yanıtında düzleşme olduğu belirlenmiştir ama bu durum depresyona spesifik değildir. Bunun dışında depresyonlu hastaların % 9-20'sinde yine subklinik tiroid disfonksiyonu gösterecek biçimde antitiroid antikorlar tespit edilmektedir.⁷³ Azalmış nokturnal ve artmış diüurnal büyüme hormonu sekresyonu, azalmış nokturnal melatonin sekresyonu da saptanan diğer nöroendokrin anormallikler arasındadır.⁷⁴

Olası bir kapsayıcı model, duygudurum hastalarının sürekli ya da tekrarlayan stresle karşılaştıklarında nörotransmitterlerin harekete geçirilmesi konusunda yetmezlikleri olduğunu ve bunun sonucunda, bir ‘tutuşturma’ (kindling) etkisi üzerinden, şiddetli, uzamış ve kendi kendini sınırlamayan bir duygudurum değişimi gerçekleştiğini, değişimin önemsiz olaylar tarafından ilerleyici bir şekilde ve nihai olarak otomatik biçimde tetiklenmeye yatkın olabileceğini öne sürebilir.⁷⁵

Bu hipotezleri destekleyen diğer bir çalışma alanı da nörogörüntüleme çalışmalarıdır. Yapısal nörogörüntüleme çalışmaları, rekürren depresif epizodları olan bireylerin hippocampuslarının görece daha küçük olduğunu göstermiştir. Rekürrens veya rahatsızlığın direnci ve antidepresan tedavi alınmamasının, hippocampus hacminin ilerleyici bir şekilde azalmasına neden olduğu ve bu durumun diğer belirtileri olduğu kadar bu rahatsızlıktaki bellek problemlerini de açıklayabileceği düşünülmektedir.⁷⁶ Ayrıca, amigdala ve ventral striatum gibi subkortikal yapılarda ve anterior singulat korteks, orbitofrontal korteks ve prefrontal korteks gibi kortikal bölgelerde de hacimsel anormallikler saptanmıştır.^{76,77}

Duygudurum bozukluklarının ailesel özellik göstermesi bu hastalıklarda genetik etkenlerin rolü olduğuna dikkat çekmiştir. Unipolar depresyonluların birinci dereceden akrabalarında hastalanma riski genel popülasyona göre iki üç kat yüksektir. İkiz çalışmalarında eş hastalanma oranı % 40-50 arasında bulunmuştur. Monozigot ikizlerde unipolar depresyon konkordansı, üç veya daha çok nöbet geçirmiş hastalarda % 59 iken üçten az nöbet geçirenlerde bu oran % 33 olarak bulunmuştur. Tek yumurta ikizleri ile yapılan değişik çalışmalarda, birlikte hastalanma oranı (ortalama % 69) ile dizigot ikizlerin (ortalama % 20) 3,6 katı olarak bulunmuştur. Serotonin transporter geni, majör depresif bozuklukta en çok çalışılan genidir. Pek çok araştırma, stresten kaynaklanan nörotoksik etkiye karşı profilaktik etkisi olduğu öne sürülen ‘beyin kökenli nörotrofik faktör’ü (BDNF) düzenlediği düşünülen, serotonin transporter geninin promoter bölgesindeki işlevsel bir polimorfizme odaklanmıştır. Serotonin transporter geninde kısa allel varlığının bireyi depresyona yatkınlaştırdığı ile ilgili veriler tutarsız olmakla birlikte, psikososyal etkenler ve çoklu gen etkileşimleri karşılıklı etkileşerek bireyin depresyona yatkınlığını belirliyor olabilir. Serotonin transporter (SLC6A4) geni dışında, serotonin 2A reseptör (5HTR2A) geni, tirozin hidroksilaz (dopamin sentezinin hız

kısıtlayıcı basamağındaki enzim) geni, triptofan hidroksilaz 1 (TPH 1) (serotonin sentezi) geni ve katekol-o-metiltransferaz (COMT) (dopamin katabolizması) geni ile ilgili de çalışmalar yürütülmüştür. Sonuç olarak genetik veriler kalıtım özelliklerinin birden çok yatkınlık geninin ve çevresel etkenlerin birlikte rol oynadığı karmaşık genetik geçişe uyduğunu düşündürmüştür.⁷⁸⁻⁸¹

2.1.3.3. Psikososyal Faktörler

Çevresel streslerle karşılaşan pek çok bireyde depresyon gelişmediği halde, yatkınlığı olanlarda yaşam olaylarının tetikleyici bir rol oynadığı düşünülmektedir. Depresyonu olan hastaların yaşam olaylarına karşı duyarlı olmasının altında genetik etkenlerin bulunduğu işaret edilmektedir.⁸² Erken yaşta ebeveyn kaybı, daha sonra depresyon gelişebileceğinin öngörülmesini sağlayan en önemli yaşam olayıdır. Bir kişinin çocuğunu ya da eşini kaybetmesi ise depresyonun başlamasına neden olabilecek en önemli çevresel stres kaynağıdır. Depresyonun başlamasına en sık eşlik eden çevresel stresör ise eş kaybıdır. Bir diğer önemli faktör ise işsizliktir.^{55,83} Ev değiştirme, iş kaybı, sevilen birinin kaybı, bir ilişkinin bitmesi, aile/diğer insanlarla çatışma, işten memnuniyetsizlik, tükenme, yalnızlık, çocuk doğumu, alkol/ilaç kullanımı, mevsim değişikliği, bedensel hastalıklar olası tetikleyicilerdir. Çeşitli çalışmalarda ailesel genetik özellikler, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar majör depresyon için temel risk etkenleri olarak ileri sürülmüştür.⁸⁴

Bunun yanı sıra, yaşam olayları major depresyon riskini artırıyor olsa bile, major depresyon ile nedensel ilişkiden söz edilemeyeceği de belirtilmektedir. Psikolojik teorilerin çoğu duygudurum bozukluklarını olumsuz yaşam olaylarına bağlasa da, hayattaki stresli olayların depresyonun ortaya çıkışı ya da seyrindeki rolüne karşı çıkan pek çok çalışma da mevcuttur. Çocuklukta istismara uğramış olmak gibi erken olumsuz yaşantıların olası sonucu olan nörobiyolojik sistemlerdeki duyarlılaşma, duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde daha çok vurgulanmaktadır.⁸⁵ Depresyondaki hastaların olumsuz günlük stresörleri algılamaları daha yüksekken olumluları algılamalarının daha düşük olduğu, emosyon odaklı baş etme yöntemlerine daha çok başvurdukları ve yaşam kalitelerinin kontrollerden daha düşük olduğu saptanmıştır.⁸⁶ Bu bulgulara ortaya çıkan soru bunun

doğru bir bilgi mi olduğu yoksa muhtemelen kişilik patolojileri ve kişiler arası reddedilme hassasiyetleri daha yüksek olan bu hastaların hayattaki olayları bildirmeye daha mı yatkın olduğudur. Çoğu yazar, ciddi ve rekürren depresyonların sonraki seyrinde psikolojik faktörlerin etkisinin önemsiz olduğunu fakat hafif depresyonların hem başlangıcına hem de seyrine katkıda bulunduğunu öne sürüyor.⁸⁷

2.1.4. Majör Depresyon Tanı Ölçütleri

Günümüzde, majör depresyonun en geçerli ve yaygın olarak kullanılan tanı ölçütleri, DSM-IV ve ICD-10 sınıflama sistemlerinin her ikisinde de yer almaktadır.

DSM-IV tanı ölçütleri⁸⁸

Majör Depresif Epizod

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

(1) Hastanın kendi bildirmesi (örn. üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum olması. Not: çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

(2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da bu etkinliklerden zevk alamıyor olma (ya hastanın kendi bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlenir).

(3) Perhizde değilken önemli ölçüde kilo kaybetme ya da kilo alma (ör. Bir ayda beden ağırlığında % 5'den fazla değişim) ya da hemen her gün iştahta artma ya da azalma olması. Not: çocuklarda beklenen kilo artışının olmaması

(4) Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma olması

(5) Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon olması (sadece huzursuzluk ya da yavaşlama olduğu duygularının hasta tarafından belirtilmesi değil, bunların başkaları tarafından gözleniyor olması gerekir)

(6) Hemen her gün yorgunluk ya da enerji kaybı olması

(7)Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan dolayı kendini kınama ya da suçluluk duyma değil)

(8)Hemen her gün düşünme ya da yoğunlaşma yetisinde azalma ya da kararsızlık olması (ya hastanın söylemesi ya da başkaları tarafından gözlenmesi gerekir)

(9)Yineleyici ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), özgül bir plan olmaksızın yineleyici intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B.Bu belirtiler bir karışık atak belirtilerini karşılamamaktadır.

C.Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D.Bu belirtiler bir maddenin (örn. ilaç kötüye kullanımı, tedavi edici bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma (örn. hipotiroidizm) bağlı değildir.

E.Bu belirtiler yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin kaybından sonra bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler işlevsellikte belirgin bozulma, değersizlik düşünceleri ile hastalık düzeyinde uğraşma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

ICD-10 Tanı Ölçütleri

Depresif Nöbet

Tipik depresif nöbetin şiddeti, hafif, orta şiddetli ve ağır olarak karşımıza çıkabilir. Hasta, çökkün duygu durum, ilgisizlik, haz alamama ve enerji azlığından yakını; enerji azlığı çabuk yorulmaya ve etkinliklerin azalmasına yol açar. Hastanın biraz güç harcamasından sonra ortaya çıkan belirgin yorgunluk sık görülür. Sık görülen diğer belirtiler şunlardır;

- dikkatin azalması ve dikkati toplayamama,
- benlik saygısında düşüş ve kendine güvenin azalması,
- suçluluk ve değersizlik düşünceleri (bu hafif nöbetlerde bile görülebilir),
- geleceğe ilişkin karamsarlık ve güvensizlik,
- kendine zarar verme yada özkıyım düşünceleri veya eylemleri,
- uyku bozukluğu,

- iştah azalması.

Hafif Depresif Epizod:

- Aşağıdaki 3 belirtiden en az ikisi;
- Birey için kesinlikle anormal olacak derecede, büyük ölçüde çevre şartlarından etkilenmeyen hemen hemen günün tamamına hakim ve en az iki hafta boyunca süren deprese duygudurum.
- Normalde hoşlanılan etkinliklere karşı ilgi kaybı
- Enerji azalması veya kolay yorulma
- Toplam Belirti sayısı 4'e tamamlanacak şekilde aşağıdaki belirtilerin eşlik etmesi.
- Kendine güven ya da özsaygının azalması
- Makul olmayan bir şekilde aşırı pişmanlık veya suçluluk
- Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri ya da her tür intihar girişimi
- Düşünme kabiliyetinde dikkat toplamada azalma kararsızlık bocalama
- Psikomotor aktivitede değişme
- Her tür uyku bozukluğu
- İştahta değişme buna eşlik eden biçimde kiloda değişme.

Orta şiddette depresyon: 6 ölçüt karşılanıyorsa.

şiddetli depresif atak: İlk 3 belirtiyeye eşlik eden toplam 8 belirti varsa.

2.1.5. Depresyonun Klinik Özellikleri

Depresif duygudurum depresyonun temel özelliğidir ve yaşamdan zevk alamama, karamsarlık, kendini kederli ve elemli hissetme, moral bozukluğu, umutsuzluk, mutsuzluk, hüznün ve kendini boşlukta hissetme duygusu, kötümser düşüncelerle karakterizedir ve devamlılık gösterir.

İlgi kaybı ve anhedoni çoğunlukla depresif duygudurumla beraber bulunur. Hastalar işlerine ve çevrelerine önceki kadar ilgi gösteremezler ve daha önce yapmaktan zevk aldıkları etkinliklerden artık zevk alamaz hale gelirler. Anksiyete, depresyonun karakteristik özelliğı olmamasına rağmen klinik pratikte depresif duygudurum ve ilgi azlığından sonra üçüncü sırada gelir; depresyonu olan hastaların % 90'ına yakınını etkiler.⁷⁴

Düşünce içeriğinde; suçluluk, değersizlik, pişmanlık düşünceleri, bazen de hipokondriak uğraşlar olabilir. Depresyonu olan hastaların yaklaşık üçte ikisinin intihar düşünceleri vardır ve % 10-15'i girişimde bulunur. Düşünce sürecinde sözel anlatımda zorlanma, yavaşlama ve bazen de mutizm olabilir.

Konsantrasyon güçlüğü, istemli-istemli dikkatte azalma, dikkat ve düşünceleri belli bir konuya yoğunlaştıramama ile ilgili olarak ortaya çıkan unutkanlık da depresyonda görülen diğer bilişsel bozukluklardır.^{55,74,90}

Hemen tüm depresif hastalar belirgin bir enerji azalması (anergi), alışılmadık bir yorgunluk ve bitkinlik hali tanımlarlar. Basit görevleri yerine getirmek bile büyük bir çaba gerektirir. Birçok hastanın iştahı azdır ve kilo kaybı vardır ancak artmış iştah ve kilo alımı da gözlenebilir. Cinsel istek kaybı, depresyonun başlangıç aşamasında ortaya çıkan ve tedaviyle en geç düzelen cinsel belirtidir. Bunun yanı sıra ereksiyon güçlüğü, ejakülasyonun gerçekleşmemesi veya empotans da olabilir. % 90 hastada uyku sorunu vardır. Genellikle uykuya dalmada güçlük, uyku bölünmeleri ve sabah erken uyanma gibi uyku sorunlarından yakınır. Küçük bir kısım hastada(%20) ise aşırı uyuma görülür.⁹⁰

Psikomotor retardasyon, genç hastalarda yaşlılara oranla daha sık görülür ve belirgin hale geldiğinde hastanın mimiklerinde, jestlerinde, konuşma hızında ve hareketlerinde yavaşlama izlenebilir. Psikotik ve melankolik tip depresyonlarda, bipolar bozukluğun depresyonunda daha sık görülür ve çoğunlukla toplumsal geri çekilme ile birliktedir. Psikomotor ajitasyon ise yaşlılarda gençlerden daha sık görülür. Hastanın yaşadığı sıkıntı ve bunaltı duygusunun yerinde duramama, tedirginlik ve devamlı gezinme gibi motor davranışlarla dışa vurumudur.^{55,74,89}

2.1.6. Majör Depresyonun Alt Tipleri

2.1.6.1. Melankolik (Endojen) tip depresyon

Major depresyonun ağır tablosudur, etiyolojisinde nörobiyolojik bozukluklar yer alır. Melankolinin ayırt edici özelliği reaktif olmayan depresif duygudurumu ve anhedonidir. Sadece alışılmış aktivitelerine ilgilerini kaybetmekle kalmaz, haz duygusunu yaşayamaz hale gelirler. Kişi özellikle sabah saatlerinde kendini çok kötü hisseder. Sabah çok erken uyanma, belirgin psikomotor retardasyon veya ajitasyon,

belirgin iřtah azalması veya kilo kaybı gibi vejetatif belirtiler daha sıktır. Ařırı suçluluk dūřünceleri ile birlikte kiřinin intihar eęilimi yūksektir.^{15,91,92}

2.1.6.2. Atipik depresyon

Atipik depresyon genellikle 15-40 yařları arasında gōrūlūr. Olumlu yařam olayları ile depresif duygudurum bir sūrelięine ortadan kalkabilir. Uyku ve iřtah deęiřiklikleri melankolik depresyonda olanlarla ters yōndedir. Ters nōrovejetatif belirtiler olarak adlandırılan belirtiler, uyku, iřtah ve libido artıřı řeklinde-dir. Akřamları artan depresif duygudurum ve alkol ve benzeri maddelere eęilim gōrūlūr. Kimi hastalar reddedilme ve eleřtiriye ařırı duyarlılıktan (histeroid disfori) yakınabilirler.^{15,67,92}

2.1.6.3. Psikotik özellikli depresyon

Psikotik depresyon major depresyona varsanı ve/veya sanrıların eşlik ettiği duruma verilen addır. Eřlik eden sanrılar; depresif duygudurumla uyumlu olarak değersizlik, yetersizlik, suçluluk, hastalık, nihilistik sanrılar veya duygudurumla uyumsuz olabilirler. Varsanılar olduğunda, iğeriği çoğunlukla suçlayıcı ve aşağılayıcı niteliktedir ve genellikle işitsel tūrdedir. Psikotik depresyonda intihar riski, psikotik olmayanlara gōre daha fazladır.^{15,67,92}

2.1.6.4. Katotonik özellik gōsteren

Tūm depresif tablolar ięindeki oranı yaklaşık %10'dur.⁷⁴ Balmumu esneklięi ile motor hareketsizlik veya amaęsız artmıř motor aktivite, ařırı negativizm veya stereotipik hareketlerin eřlik ettięi tuhaf gōrūnūmlū istemli hareketler ve ekolali-ekopraksi ile giden bir klinik tablodur.¹⁵

2.1.6.5. Mevsimsel özellikli depresyon

Genellikle 20'li yaşlarda başlar.⁹¹ Mevsimsel duygulanım bozukluğunun bir alt tipi olarak kullanılan bu terim birbirini izleyen en az iki yıl içinde yineleyen biçimde sonbahar ve kiş aylarında depresif atağın ortaya çıktığı ve atakların arasındaki bahar ve yaz aylarında depresyonun olmadığı durumları tanımlar. Bu tanı kategorisi DSM-IV'te depresif atak belirleyicisi olarak yerini almıştır.¹⁵ Aşırı uyku,

karbonhidrat arama davranışı, aşırı yemek yeme ve yorgunluk gibi belirtiler gösterir.⁸⁹

2.1.6.6. Postpartum depresyon

Postpartum depresyon, doğumdan sonraki ilk dört haftada ortaya çıkan major depresyon olarak tanımlanmaktadır ve sıklığı % 8 ile % 15 arasındadır. Belirtileri duygusal oynamalar, ağlama, karamsarlık, suçluluk, bebek bakımında yetersizlik, doğum ve annelik becerisi konusunda kendini suçlu hissetme ile karakterize olup genel halsizlik, konsantrasyon bozukluğu, irritabilite, anksiyete, unutkanlık gibi belirtilerdir ve aileye karşı ilgisizlik ve bebeğe karşı zıt duygular besleme ön plandadır. Zayıf aile ve evlilik ilişkileri, yakın geçmişte olan önemli yaşam olayları, sosyal destek yetersizliği, çocukluk döneminde aile ilişkilerinde bozukluklar, menstrüasyon ile ilgili problemler, düşük sosyoekonomik düzey, düşük doğum ağırlığı, erken doğum gibi faktörlerin postpartum depresyon riskini arttırdığı düşünülmektedir.^{93,94}

2.2. KİŞİLİK VE KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

2.2.1. Kişilik Tanımı ve Öğeleri

Kişilik Tanımı: Kişilik, her insanın kendine özgü olan, çocukluktan beri edinegeldiği davranış, alışkanlık ve tepki tarzlarının tümüdür. Bireylerin düşünce, duygu ve davranış gibi psikolojik tepkilerindeki farklılıkları belirleyen; sadece yaşanan an, içinde bulunulan biyolojik durum veya sosyal ortam ile açıklanamayan biçimde süreklilik gösteren özellikler ve eğilimlerdir.^{95,96}

Yaygın olarak, çevresel etkilerin ve kalıtsal yapının birlikte etkileşerek kişiliğin geliştiği kabul görür. Waddington'un 'epigenetik düzen' görüşü, davranışların gelişiminde çevresel uyaranların ve genetik donanımın gereksinimlerinin karşılıklı etkileşimini içine alacak şekilde yeniden düzenlendiğini ileri sürer. Genetik farklılıklar, çoğunlukla normal şekilde dağılan mizaç özelliklerinin yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Geriye kalan %50'nin %30-35'i kişiye özgül deneyimler gibi çevrenin katılmadığı etkiler, %10-15'i ise ölçümsel hatalar ve kişilik özelliği olmayan dalgalanmalar olarak yorumlanmaktadır.⁹⁷

Kişilik Öğeleri: Kavramsal olarak kişiliğin ana hatlarını oluşturan öğeler; mizaç, karakter ve bireyin zihinsel yapısıdır.⁹⁷

Mizaç: Kişiliğin biyolojik temellerinden oluşur ve kişiliğin emosyonel boyutu yani duygudurumdur. Heyecan, öfke, korku, sevinç, keder gibi temel emosyonlar bir insanın mizacını oluştururlar. Cloninger'e göre mizaç; duygulardan temel alan alışkanlık ve becerilerin birleşmesinin altında yatan güdü, çağrışım ve algılama süreçlerine karşılık gelmektedir. Cloninger, birbirinden genetik olarak bağımsız üç ana mizaç boyutundan bahsetmiştir: Zarardan kaçınma, yenilik arayışı ve ödül bağımlılığı. Zaman içinde bunlara 4. olarak 'sebatkarlık' da eklenmiştir. Bu özellikler kısmen kalıtsaldır ve çocukluğun erken dönemlerinde gözlemlenebilmekle beraber ergenlik ve erişkinlik dönemindeki davranışları da orta derecede öngörebilmektedir.⁹⁷

Karakter: Kişiliğin çekirdek yapısıdır. Sosyal öğrenmeden, kültürden, bireyin özgür yaşantılarından etkilenir ve mizaca göre daha az kalıtsaldır. Mizacın tam tersi olarak yaşla ve olgunlaşma ile birlikte karakter özellikleri değişmektedir. Mizaç duygusal durumların, karakter akılcı ve istençli durumların ifadesidir. Mizaç ve karakter arasındaki etkileşimler sayesinde birey kendisi ile dış dünya arasında bir denge sağlar.⁹⁷ Karakter; sembolik yorumlama, mantık, özetleme ve muhakeme yeteneğini içeren yüksek bilişsel işlevleri kapsamaktadır. Karakterin 3 ana boyutu; kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşmadır.⁹⁸

Zihinsel Yapı: Zeka, dikkat, algı, düşünce ve bellek sistemlerinden oluşan bir bilinçlilik durumudur.

2.2.2. Kişilik Bozukluğu Tanımı

Kişilik özellikleri, çok çeşitli toplumsal ve kişisel ortamlarda sergilenen, kişinin kendisini ve çevresini algılaması, ilişki kurma biçimi ve düşünceleri ile ilgili süregiden bir örüntüdür. Hem normal hem patolojik kişilik yapılarında rastlanabilen pek çok kişilik özelliği olduğundan kişilik bozukluğunun tanımlanması zordur. Ancak normal insanlarda kişilik özellikleri düzenli bir karışım halindedir ve uyum bozuklukları yoktur. Kişilik özellikleri esneklikten yoksun ve uyumu bozucu olduğunda ve işlevsellikte belirgin bir bozulmaya ya da öznel bir sıkıntıya neden

olduğunda ancak o zaman kişilik bozukluklarını oluşturur. Kişilik bozukluklarında görülen özellikler kapsamlıdır ve süreklilik gösterir.^{95,88}

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin ruhsal hastalıkları sınıflandırma sistemi olan DSM-IV'te kişilik bozukluğu, bireyde kendisini öznel sıkıntı ve/veya toplumsal - mesleki işlevsel bozuklukla ortaya koyan biçimde, uzun süreli uyum bozukluğu ve katı eğilimlerin var olması şeklinde tanımlanmıştır.⁸⁸ Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-10 sınıflama sisteminde ise kişilik bozukluğu, kişiliğin birden çok alanını kapsayan biçimde bireyin karakter oluşumunda ve davranış eğilimlerinde kişisel ve sosyal olarak bozulmaya yol açacak biçimde ortaya çıkan şiddetli bozukluk olarak tanımlanmaktadır. ICD-10'a göre kişilik bozukluğu kendisini süreklilik gösteren biçimde duygulanım, uyarılma, dürtü kontrolü, algılama ve düşünme biçimi ve diğerleriyle kurulan ilişkiler gibi alanlarda belirgin biçimde uyumsuz tutum ve davranışlarla gösterir.⁹⁶

DSM-IV'e Göre, Bir Kişilik Bozukluğu İçin Genel Tanı Ölçütleri⁸⁸

A. Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süregiden bir davranış ve iç yaşantı örüntüsü. Bu örüntü aşağıdaki alanlardan ikisinde (ya da daha fazlasında) kendini belli eder;

(1)Biliş (kognisyon) (yani kendini, başka insanları ve olayları algılama ve yorumlama yolları)

(2)Duygulanım (affektivite) (yani, duygusal tepkilerin görülme aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu)

(3)Kişilerarası işlevsellik

(4)Dürtü kontrolü

B. Bu sürekli örüntü esneklik göstermez ve çok çeşitli kişisel ve toplumsal durumları kapsar.

C. Bu sürekli örüntü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ve önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar.

D. Bu örüntü değişmez, uzun bir süredir vardır ve başlangıç en azından ergenlik ya da genç erişkinlik dönemine uzanır.

E. Bu sürekli örüntü başka bir mental bozukluğun bir görünümü ya da sonucu olarak açıklanamaz.

F. Bu sürekli örüntü bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. kafa travması) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

ICD-10'a Göre Kişilik Bozukluğu İçin Genel Tanı Ölçütleri: Beyin zedelenmesine veya hastalığına ya da ruhsal bir hastalığa bağlı olmayan ve aşağıdaki ölçütlere uyan durumlar:

a) Tutum ve davranışlarda, sıklıkla duygulanım, uyarılma, dürtü denetim, algılama, düşünme, ilişki kurma gibi işlev alanlarında belirgin dengesizlik vardır;

b) Anormal davranış kalıbı kalıcı ve uzun sürelidir; ruhsal bozukluk nöbetleri ile sınırlı değildir;

c) Anormal davranış kalıbı yaygındır; kişisel ve sosyal uyumu belirgin derecede bozar;

d) Yukarıdaki belirtiler çocuklukta ve delikanlılık çağında ortaya çıkar ve erişkinlikte devam eder;

e) Bozukluk belirgin kişisel huzursuzluğa yol açar; fakat bu durum geç dönemde ortaya çıkar;

f) Bozukluk, her zaman olmamakla birlikte sıklıkla, sosyal ve mesleki başarıda önemli sorunlara yol açar.

Kişilik Bozukluklarının Bilişsel Kuramı: Kişilik bozukluklarının bilişsel kuramının en temel gelen özelliği disfonksiyonel inançların rolüne yaptığı vurgudur. Bu kurama göre her kişilik bozukluğunun karakteristik bir disfonksiyonel inanç grubu vardır. Farklı kişilik bozukluklarının davranış paternleri altta yatan bilişsel yapıların açık belirtileri olarak görünmektedir.⁷ 1990'da Beck ve arkadaşları, kişilik bozukluklarının karakteristik disfonksiyonel inançlarını temsil ettiklerine inandıkları bir grup bilişsel özellik öne sürdüler. Örneğin çekingen kişilik bozukluğu olan bir hastanın davranışlarını açıklayacak asıl inançlar 'Toplumsal açıdan beceriksiz biriyim, iş yerinde ya da toplumsal durumlarda aranan biri değilim' ve 'Hoş olmayan duygulara katlanamam' iken paranoid kişilikli bir hastanınkilerin tipik olarak içerdikleri 'Eğer insanlara şans verirsem beni kullanırlar' ve 'Her zaman tetikte olmalıyım'. İnançların değerlendirilmesi kişilik bozukluğu bilişsel terapisinin önemli bir komponentidir.⁷

Ayrıca bu inançların değerlendirilmesinin tanıya yönelik bir işlevi de olabilir. Bu tür inançların sınıflandırılması DSM-IV-TR’de listelenen kişilik bozukluklarının ayırıcı tanısı için de önemli bir veri kaynağı oluşturur. Kişilik bozukluklarını kapsayan DSM tanı kriteri gruplarının çoğunun içeriği; birincil olarak kaçınma davranışları (önemli kişilerarası teması içeren mesleki aktivitelerden kaçınmak), kişilerarası ilişkilerde yararsız tutumlar (kin tutmak), durumsal değişkenler (yakın arkadaşı olmaması) ve emosyonel durumlar (affektif instabilite) gibi davranışsal belirleyicileri içerir. Kişilik bozuklukları DSM-IV-TR kriterleri büyük çoğunlukla davranışsal terimlerle tanımlanmış olsa da pek çok kriter de indirekt olarak davranışları açıklayabilecek inançlara atıfta bulunur. Mesela bağımlı kişilik bozukluğu için ‘başkalarıyla farklı fikirde olduğunu söyleyememe’ davranışsal kriteri birisinin ‘destek veya onaylanma kaybı’ korkusunun sonucu olarak açıklanabilir. Bireyin kişilik bozukluğu için davranışsal kriterleri karşıladığını tespit etmeye yardımcı olacağından inançların değerlendirilmesi, bu tür korkuların varlığının tanımlanması için iddia edildiği üzere faydalı olabilir.⁹⁹

Inançların değerlendirilmesi, ampirik ilgisi yetersiz kabul edilen kişilik prototiplerinin kurgu geçerliliğini de incelemeye izin verir. Eğer davranışsal kriterler temelinde tanımlanan her prototipin kesin inançları olduğu ayrıca gösterilebilirse bu tür bulgular, prototiplerin geçerliliği için zorunlu desteği sağlayabilir. Dahası inançların değerlendirilmesi, DSM 5’te de önerilen kişiliğin özellik-temelli modeli için de yeterli olur. Bu değerlendirmeler, patolojik kişilik tiplerinin özelliklerinin tanımlanmasında göz önüne alınan disfonksiyonel inanç niceliklendirilmesine de izin verir.⁹⁹

Bilişsel disfonksiyonları değerlendirmek için Disfonksiyonel Tutum Ölçeği (Dysfunctional Attitude Scale-DAS: Beck, Brown, Steer, & Weissman, 1991) ve Young Şema Ölçeği (Young Schema Questionnaire-YSQ: Young, 1994) gibi bazı öz bildirim ölçekleri geliştirilmiştir. Kontrollerle karşılaştırıldığında bu ölçeklerin skorları kişilik bozukluklarında belirgin daha yüksek bulunmuştur.¹⁰⁰ Disfonksiyonel inançların ve davranışsal paternlerin bir karışımını içerdiğinden (örn. YSQ) veya spesifik bir DSM-IV kişilik bozukluğunu doğrudan karşılamaya yönelik geliştirilmediğinden bu tür öz bildirim ölçekleri kısıtlıdır. Örneğin DAS, kişiyi

depresyona yatkınlaştıran tutumları değerlendirmeye yönelik geliştirilmiştir ve kişilik bozukluğu olanlarla olmayanları ayırt edemez.¹⁰¹

Kişilik İnanç Ölçeği (Personality Disorder Beliefs Questionnaire-PBQ) 12 ayrı kişilik bozukluğuyla ilişkili inançları ölçmeye yönelik geliştirilmiştir.¹⁰² Her birinde 20 inanç olan 12 alt ölçekten oluşur, bu inançlar yazarın klinik deneyimlerinden ve Beck ve arkadaşlarının hipotez ettiği inançların listesinden oluşturulmuştur. Bu çalışmadan bağımsız olarak Beck AT. ve Beck JS. 1991’de KİÖ’yü geliştirdi. Her ikisi de Beck ve arkadaşlarının hazırladığı aynı inanç listesinden oluşturulmasına rağmen KİÖ, daha çok ampirik incelenmeden geçmiş ve kişilik bozuklukları için daha geniş kapsamda geçerliliği denetlenmiştir.⁹⁹

2.2.3. Kişilik Bozukluğu Sınıflandırılması

Kişilik bozukluklarının sınıflandırılması da tanımlanması gibi zor ve karmaşıktır. Tanı kategorisi olarak geçerlilikleri en düşük olan grubu oluştururlar. Kişilik bozukluklarının kendi aralarındaki sınırlar da kesin değildir. Birçok özellikleri bakımından birbirleri ile örtüşükleri görülür.

Kişilik bozukluğu sınıflandırmasında temel olarak iki farklı yaklaşım olduğu söylenebilir. İlki; kişilik bozukluklarını diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi birbirlerinden ve normal kişilikten oldukça kesin sınırlarla ayrılmış farklı kategoriler olarak ele alan kategorik yaklaşımdır. Diğeri ise; kişiliğin, farklı özelliklerini temsil eden çok sayıda boyuttan oluştuğunu varsayan boyutsal yaklaşımdır.¹⁰³

DSM ve ICD’de kategorik sınıflandırma yapılmıştır. DSM-IV’te 10 kişilik bozukluğuna yönelik yaklaşık 7 ile 9 soruluk politetik ölçüt oluşturulmuş ve yaklaşık olarak 5 ölçütün karşılanması kişilik bozukluğu için kesme noktası olmuştur. Hiyerarşik sınıflandırma kapsamında kişilik bozuklukları üç kümede toplanmıştır⁸⁸:

A grubu: Paranoid, şizoid, şizotipal kişilik bozuklukları (Soğuk, garip, farklı)

B grubu: Antisosyal, borderline, histrionik, narsistik kişilik bozuklukları (Dramatik, impulsif, değişken)

C grubu: Çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif kişilik bozuklukları (Anksiyöz, korkulu)

DSM IV’te başka türlü adlandırılmayan kişilik bozukluğu ayrı kategori olarak verilmiştir. Birden çok kişilik bozukluğu özelliğini kapsar.

ICD-10'a G6re

- Paranoid kişilik bozukluğu
- şizoid kişilik bozukluğu
- Topluma aykırı (dissosyal) kişilik bozukluğu
- Duygusal y6nden dengesiz (sınır kişilik) kişilik bozukluğu
- Histrionik kişilik bozukluğu
- Anankastik (Obsesif-kompulsif) kişilik bozukluğu
- Bunaltılı (ęekingen) kişilik bozukluğu
- Bağımlı kişilik bozukluğu
- Başka 6zg6l kişilik bozuklukları (narsisistik, pasif agresif, ps6don6rotik).
- Belirlenmemiş ve karışık tip'ler olarak sınıflandırılmıştır.

DSM'nin sınıflandırmalarında yer bulan kategorik sınıflandırmanın en 6nemli dezavantajları, klinik pratikte hastaları anlamada ve değerlendirmede doyurucu olmaması, eştanı dağılımının fazla olması, belirti ve 6zelliklere y6nelik heterojen dağılım g6stermeleridir.¹⁰²

Kategorik yaklaşım bir kişilik bozukluğu var veya yok, birey etkilenmiş veya etkilenmemiş şeklindeki tıbbi tanı modelini benimsediğinden kişilik 6zellikleri gibi normalin farklı varyasyonları s6z konusu olduğunda yetersiz kalmaktadır.⁹⁹

Boyutsal yaklaşım genel kişilik yapısının uyumuna y6nelik değerlendirmede bulunur ve kişilik 6zelliklerini değerlendirir. Boyutsal yaklaşımı savunanlar doğadaki haliyle kişilikteki bozulma denen şeyin normalin bir uzantısı olabileceğini savunmaktadırlar. Buna g6re normalle anormal arasında kategorik bir ayrım yoktur, bir s6reklilik s6z konusudur.¹⁰⁴

Kişilik yapısını tanımlamadaki deneysel yaklaşımlar ilk olarak dil 6zerine yapılan ęalıřmalarla başlamıştır. Kişilikle ilgili 6zelliklerin bir s6zl6k niteliğinde ilk kapsamlı listesini oluşturulmuş ve yıllar içerisinde yapılan ęalıřmalarla bu 6zellikleri tanımlayan binlerce kelime elde edilmiştir. Daha sonrasında bu kelimeler fakt6r analizi y6ntemi ile beş fakt6rde (big five) tanımlanacak biçimde şekillendirilmiştir. Bu s6recin başlarında Eysenck, kişiliğin 'dışad6n6kl6k-ied6n6kl6k' ve 'n6rotizm-stabilite' biçiminde iki boyutunu tanımlamıştır. Sonrasında Costa ve McCrae 66nc6 fakt6r olarak 'yaşantıya açıklık'ı, daha sonra da 'uzlaşmacılık' ve 'vicdanlılık' olarak iki fakt6r daha eklemiştir. B6y6k beş fakt6r ile ilgili sonraki ęalıřmacılardan Costa

ve McCrae bu sözcüksel faktörlere karşı oluşturulmuş eleştiriler doğrultusunda çalışmalarını genişleterek beş faktör modelini oluşturmuşlardır. Bu faktörler; ‘nörotizm (anksiyöz, kaygılı, kötümser, kendine güvende eksiklik), dışa dönüklük (aktif, sosyal, arkadaş çevresi geniş, sempatik), yaşantıya açıklık (farklı ilgi alanlarına yönelme, meraklı, yeni fikirleri eğlenceli görme), vicdanlılık (organize olma, güvenilir olma, mükemmelliyetçi), uzlaşmacılık (kuşku duymayan, alçak gönüllü, yumuşak başlı, yardım sever, kolayca yararlanılabilir)’ olarak tanımlanmıştır.^{96,104,105}

DSM 5’e göre: 2013’te yayınlanması planlanan DSM 5’te ise kişilik, kişilik bozuklukları değerlendirilmesinde ve tanı konulmasında hibrid bir kategorik-boyutsal yaklaşım modeli önerilmektedir. Kişilik patolojisi tanımlamasının kişilik işlevlerinde çekirdek bozulmalar, patolojik kişilik özellikleri ve belirgin patolojik kişilik tipleri içermesi önerilmektedir. Önemli bir yenilik olarak da tek ve genel bir kişilik bozukluğu tanımı getirmekte, farklılıkları "tip" olarak adlandırmaktadır.^{99,106,107}

DSM 5’te kişilik bozukluğu için önerilen yeni tanımlaması ‘Bireyin kültürel normları ve beklentileri bağlamında uyumsal olan bir kendilik kimliği duygusunu geliştirmede ve kişilerarası işlev kapasitesinde yetersizlik göstermesi’ şeklindedir. A ölçütünde de uyumsal yetersizliğin hangi alanlarda ortaya çıkabileceğini tanımlamaktadır. Genel kişilik bozukluğu tanımında görüldüğü üzere A ölçütünü ilgilendiren iki alan bulunmaktadır: Kendilik kimliği duygusunda bozulma ve etkili kişilerarası işlevsellik geliştirmede yetersizlik. Kendilik kimliği duygusunda bozulma kimlik entegrasyonu, kendilik kavramının entegrasyonu ya da kendini (amaçlara) yöneltme ile ilgili olabilmektedir. Etkili kişilerarası işlevsellik geliştirmede bozulma ise empati, yakınlık kurma, işbirliği kurma ya da başkalarının temsillerinin karmaşıklığı ve entegrasyonu açısından olmaktadır. Bu uyumsal eksiklik bir ya da birden fazla aşırılık derecesindeki kişilik özelliği ya da kişilik yönü ile bağlantı gösteriyor olmalıdır (B ölçütü). Bu eksiklik adölesansa kadar uzanıyor olmalı ve zaman süreci içerisinde görece stabil olmalıdır. Diğer ölçütler ise bu durumun başka bir ruhsal ya da fizyolojik bozuklukla açıklanamaz olmasını, zaman içinde stabil olduğunu ve durumlar arasında kararlılık gösterdiği ve durumlar arasında tutarlılık gösterdiğini belirtmektedir.^{99,106,107}

DSM-5 bu genel kişilik bozukluğu tanımı altında, DSM-IV-TR’de yer alan ve çalışma gruplarında ampirik geçerliliği ve klinik yararı yeterli bulunmayan paranoid, bağımlı, şizoid ve histrionik kişilik bozuklukları çıkarıp 6 adet alt tip tanımlamaktadır: Kaçıngan, obsesif kompulsif, sınırdan, antisosyal, narsisistik ve şizotipal. Bu tipler kişilik işlevselliğindeki tipik yetersizlikler ve bir ya da daha fazla özellik alanındaki patolojik kişilik özelliklerini esas alarak tanımlanmış. Kişiliğin işlevselliğinde bozulmanın da 5 adet düzeyi önerilmektedir. 0 hiçbir bozulma yok anlamına gelirken, 1 hafif, 2 orta, 3 ciddi, ve 4 ileri derecede bozulma anlamına gelmektedir. Altı adet geniş ve üst kategori anlamında kişilik özelliği alanı tanımlanmaktadır. Kişilik özelliği alanları olumsuz duygusallık, içe dönüklük, karşıtlık, disinhibisyon, kompulsivite ve psikotizm oluşmaktadır. Kişilik alanı düzeyleri 0 ile 3 arasında, hiç yoktan tam olarak var seçeneğine dek dört basamakta değerlendirilmektedir. Kişilik alanlarının her biri için de çok sayıda daha alt seviyede nitelermeler olarak kullanılabilecek kişilik yönleri önerilmektedir. Örneğin olumsuz duygusallık alanı için duygusal labilite, anksiyetelilik, boyun eğicilik, ayrılma güvensizliği, karamsarlık, düşük benlik saygısı, utanç/suçluluk, kendine zarar verme, depressiflik ve şüphencilik olası kişilik yönleri olarak bildirilmektedir. Diğer kişilik alanları için de o alana uyan değişik seçenekler sunulmaktadır.^{99,106,107}

2.2.4. Kişilik Bozukluğu Alt Tipleri ve Bilişsel özellikleri

2.2.4.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu

Paranoid kişilik bozukluğu olan bireyler kuşkucu, alıngan, kuruntulu kişilerdir. Başkalarının tutum ve davranışlarından kendilerine bir kötülük gelebileceği kuşkusu ile aşırı dikkatli, tetikte ve savunucudurlar. Çabuk alınırlar, başkalarının söz, bakış ve hareketlerini kendilerine karşı olumsuz yorumlamaya eğilim gösterirler. Aşırı kinici, kıskanç ve tartışmaya eğilimli, yakın ilişkilerden kaçınan, başkalarına karşı soğuk ve tepeden bakan, eleştiriyi kaldıramayan özellikleri vardır.^{108,109}

Prevalansı genel popülasyonda %0.5-2.5, psikiyatriye ayaktan başvurularda %2-10, psikiyatri kliniklerinde yatan hastalarda %10-30 olarak tahmin edilmektedir. Erkek: Kadın oranı 7:5 olduğu öne sürülmektedir. Hastaların nadiren paranoid kişilik

bozukluğu nedeniyle psikiyatrik başvuruda bulunmaları nedeniyle, bu bozukluğun sıklığı gerçek oranlarından çok daha az saptanabilmektedir.¹¹⁰

Bilişsel teoriye göre Beck ve arkadaşları paranoid kişilikli bireylerdeki şemaların önde geleninin, başkalarının eline fırsat geçtiği taktirde bu kişilerin kötü kalpli, aldatıcı ve yanıltıcı olacağına inanmaları olduğunu ifade etmişlerdir. İkinci inanç ise; güçsüzlük saldırıya geçilmesini cesaretlendirir ve affetmek güçsüzlüğün tehlikeli bir işaretidir şeklindedir. Paranoid kişilik bozukluğuna sahip kişiler ısrarcı, katı ve değişmesi çok güç bilişsel düşüncelere sahiptirler. Başkalarına güvenmeyi başaramazlar ve patolojik olarak kıskançtırlar.¹¹¹

Paranoid kişilik bozukluğu olan bireylerin sahip olduğu yerleşik düşünceler¹¹²:

- Başka insanlara güven duymam.
- Başka insanların gizledikleri bir takım amaçları vardır.
- Dikkat etmezsem başkaları beni kullanacak ya da istedikleri gibi yönlendirecek.
- Her an tetikte olmalıyım.
- Başkalarına güvenmek çok tehlikelidir.
- İnsanlar arkadaşça davranıyorlarsa beni kendi çıkarlarına kullanmak, beni sömürmek ya da benden yararlanmak istiyorlardır.
- Şans verirsem insanlar her türlü fırsattan yararlanırlar.
- Çoğu zaman insanlar içten davranmıyorlar, arkadaşlığa yakışmayan bir tutum içindedirler.
- İnsanlar beni aşağılamaya çalışıyorlar.
- İnsanlar beni isteyerek kızdırmaya çalışıyorlar.
- Başkaları bana kötü davranabileceklerini düşünmeye başlarsa bu beni çok zora sokar.
- İnsanlar benim hakkımda bir şey öğrenirlerse bunu hemen bana karşı kullanırlar.
- Yakın olduğum kişi içten bağlılığı olmayan, sadaktsiz ve güvenilmez biri olabilir.¹¹¹

2.2.4.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu

Şizoid kişilik bozukluğu olan bireyler yakın ilişkiler kurmaktan, topluma girmekten kaçınan, duygularını belli etmeyen içe dönük kişilerdir. Sessiz, uzak, yalnız kalmaya meyilli ve sosyal olmayan yapıdadırlar. Belirgin duygusal dalgalanma göstermezler; sevinçleri, üzüntüleri, öfkeleri dışardan pek belli olmaz. İlgileri ve eylemleri kısıtlıdır, tek başlarına rekabete dayanmayan işlerle uğraşabilirler. Kendilerine yakınlık gösterenlere soğuk davranarak uzaklaştırırlar.¹⁰³

Prevelansı tam bilinmemekle birlikte genel toplumun %7.5 kadarının etkilendiği düşünülmektedir. Erkeklerde 2 kat daha fazla görüldüğünü belirten çalışmalar vardır.⁹⁷

Şizoid kişilik bozukluğu olan bireylerin sahip olduğu yerleşik düşünceler¹¹²:

- Başkalarının benim hakkımda ne düşündüğü hiç önemli değil.
- Benim için özgür olmak ve başkalarından bağımsız olmak çok önemli.
- Birşeyi kendi başıma yapmak, başkalarıyla yapmaktan daha çok zevk veriyor.
- Benim durumumda yalnız kalmak çok daha iyi.
- Neye karar vermem gerektiği konusunda başkalarından etkilenmem.
- Başkalarıyla yakın ilişkiler kurmak benim için önemli değildir.
- Benim kendime özgü amaçlarım ve standartlarım var.
- Benim özel yaşamım başkalarına yakın olmamdan çok daha önemli.
- Başkalarının ne düşündüğü beni hiç ilgilendirmiyor.
- Başkalarının yardımı olmadan, ben kendi başıma olayların üstesinden gelebilirim.
- Başkalarına yapışıp kalmaktansa yalnız kalmak isterim.
- Başkalarına güvenemem.
- Ben işin içine karışmadıkça başkalarını kendi amaçlarım için kullanabilirim.
- İlişkiler karmakarışık ve insanın özgürlüğünü elinden alıyor.

2.2.4.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Şizotipal kişilik bozukluğu hastaları, dikkat çekecek derecede tuhaftırlar. Büyüsel düşünceler, garip görüşler, referans fikirler, illüzyonlar ve çevreyi yanlış

algılamalar günlük yaşamlarının bir parçasıdır. Başkalarının görmediği şeyleri görme, duyma güçleri olduğuna, düşünme ve kavrama ile ilgili özel güçlerinin olduğuna inanabilirler. Dünyaları çok canlı, hayali ilişkilerle dolu olabilir. Bu durumdaki kişilerde düşünce ve iletişim kurma bozulmuştur.^{108,109}

Bilişsel modele göre; şizotipal kişilik bozukluğunda temel inanç kişinin yalnızca kendi düşünce ve duygularını dikkate alması gerektiği inancıdır. Bu doğrultuda kullanılan strateji tuhafıktır. Olayları yanlış yorumlamaya eğilimlidirler. Anlamlara ve sembollere gerçek delillerden daha fazla önem verirler. Benzer iki durumla karşılaştıklarında yeni durumu eski benzerine atfetmede güçlük yaşarlar. Aşırı somutlaştırma ve esprileri anlamada güçlük olur.

Şizotipal kişilik bozukluğu olan bireylerin sahip olduğu yerleşik düşünceler¹¹²:

- Korkutucu bir çevre içinde kendimi ürkütücü bir yaratık gibi hissediyorum.
- Dünya tehlikelerle dolu olduğundan her zaman adımlarıma dikkat etmeliyim.
- Olagelen herşeyin bir nedeni vardır ve hiçbirsey şansa bağlı olarak ortaya çıkmaz.
- Çoğunlukla benim içgüdülerim ortada neyin döndüğü konusunda en güçlü ipuçlarını verir.
- İnsan ilişkileri korkutucudur.
- Ben yetersizim.

2.2.4.4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Antisosyal kişilik bozukluklu bireyler yaşamlarının birçok alanında bozukluk gösterirler. Çocukluk çağından itibaren yalancılık, hırsızlık, evden kaçma, kavgacılık, hayvanlara eziyet etme davranışları gösterirler. Çocukluk çağında davranım bozukluğu tanısı alan bu kişilere 18 yaşından sonra antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konabilir. Yetişkin yaşta da süren antisosyal davranışlar nedeniyle sık sık karakollara düşerler, tutuklanırlar. Gördükleri cezalardan ders almazlar. Kurdukları ilişkilerde kısa sürede aldatıcı olurlar, dürtülerini engelleyemezler ve tüm bunları yaparken vicdan azabı duymazlar.⁹⁷

Antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerin sahip olduğu yerleşik düşünceler¹¹²:

- Kendime dikkat etmeliyim.
- İşlerin yapılabilmesi için en iyi yol zorlamak ya da kurnazlık yapmaktır.
- Ben insanları ele geçiremezsem onlar beni ele geçirir.
- Verilen sözlerin tutulması ya da borçların ödenmesi önemli değildir.
- Yakalanmadığın sürece yalan söyleyebilirsin ve insanları aldatabilirsin.
- Bana adaletsiz davranıldı, hangi yolla olursa olsun hakkımı almak istiyorum.
- Başka insanların çok büyük zayıflıkları var ve kandırılmayı hak ediyorlar.
- Yakalanmadan atlatabileceğim her şeyi yapabilirim.
- Başkalarının benim hakkımda ne düşündüğü beni hiç ilgilendirmez.
- Bir şeyi istersem onu elde etmek için her şeyi yaparım.
- İnsanlar kendilerine bakamıyorlarsa bu onların sorunu.

2.2.4.5. Borderline Kişilik Bozukluğu

Bu kişilik bozukluğunda, bireyin kimlik duygusunda, ilişkilerinde, duygulanımında yaygın ve süregelen dengesizlik belirgindir. Sağlam bir kimlik duygusu gelişmemiştir. Çabucak düş kırıklığına uğrarlar, bunaltı, çökkünlük belirtileri gösterirler. Zaman zaman antisosyal davranışlar, madde kullanımı, kendilerine zarar verme eğilimleri gösterirler. Bağımlılık ve öfke hisleri nedeniyle kişiler arası ilişkilerinde düzensizlikler görülür. Yalnızlığı tolere edemezler ve bu nedenle tuhaf arkadaşlıklar ve gelişigüzel cinsel ilişkilerde bulunabilirler, daha çok kadınlarda görülür.¹⁰⁹

Genel toplumdaki yaygınlığı, farklı çalışmalarda %1-3 arasında bildirilmektedir. Psikiyatri poliklinik hastalarındaki sıklığı %20, kişilik bozukluğu olan hastalarda ise %30-60 arasında olduğu bildirilmiştir. Tanı konulan hastaların yaklaşık %75'i kadındır.^{88,97}

Bilişsel yaklaşıma göre borderline kişilik bozukluğunda üç varsayımın önemli olduğu düşünülmektedir:

- Dünya tehlikeli ve kötü niyetlidir.
- Ben güçsüz ve savunmasızım.

- Ben doğal olarak kabul edilmezim.

2.2.4.6. Histriyonik Kişilik Bozukluğu

Histriyonik kişilik bozukluğunda dikkati üzerine çekme isteği ve çabaları, olayları büyütmeye, dramatize etmeye, hatta yalan öyküler anlatmaya eğilim, abartılmış duygusal tepkiler ve beden, yüz hareketleri, çabuk etkilenme gibi özellikler bulunur. Gösterişli, çekici olmaya çalışırlar. Karşı cinsin ilgisini cezbederek kendilerini rahatlatmak için baştan çıkarıcı davranışlarda bulunabilirler. İnsanların dikkatleri kendi üstlerinde olmaz, onaylanma ve övgü görmezlerse sinir krizleri geçirirler, ağlarlar ve etrafı suçlarlar, kadınlarda görülme oranı daha fazladır.^{108,109}

Yaygınlığının genel nüfusta %2-3, yatarak ya da ayaktan tedavi alan psikiyatrik hastalarda ise %10-15 olduğu tahmin edilmektedir. DSM-IV'te bu bozukluğun kadın ve erkeklerde eşit sıklıkta görüldüğü belirtilmektedir.⁸⁸

Histriyonik kişilik bozukluğu olan bireylerin sahip olduğu yerleşik düşünceler¹¹²:

- İlgi uyandıran, dikkatleri üzerine çeken bir insanım.
- Mutlu olabilmem için başkalarının bana ilgi göstermesi gerekir.
- İnsanlara eğlendiremiyor ya da etkileyemiyorsam ben bir hiçim.
- Başkalarının bana karşı olan ilgilerini sıcak tutmazsam beni sevmeyecekler.
- İstedığımı elde etmenin yolu insanların gözünü kamaştırmak ya da onları eğlendirmektir.
- İnsanlar bana karşı çok olumlu davranmıyorlarsa bu onların kokuşmuşluğundan ileri gelmektedir.
- İlgi odağı olmalıyım.
- Herşeyi enine boyuna düşünmem gerekmez, sezgilerim her zaman doğruyu söyler.
- Sıkıntıya katlanamam.
- Birşeyi yapacak gibi hissedersen, durmam yaparım.
- Aşırılığa kaçmadıkça insanlar bana ilgi göstermiyor.

- Duygular ve sezgiler, akılcı düşünmekten ve tasarlamaktan çok daha önemlidir.

2.2.4.7. Narsisistik Kişilik Bozukluğu

Narsisistik kişilik bozukluğu kendini aşırı derecede önemseme ve benzerinin olmadığı ile ilgili büyüklük hisleriyle karakterizedir. Böylesine yoğun beklentiler içinde kuşkusuz hayal kırıklıkları, incinmeler de sık olabilir. Bireyin benlik saygısı sanki hep dışardan gelecek ilgi, beğeni, onaylarla beslenmektedir. Eleştiriyi kaldıramazlar ve birisi onları eleştirdiği zaman öfkelenebilirler. Farklı olmak isterler, ünlü ve zengin olmak için, genellikle hırslı davranırlar. İlişkileri kırılgandır, yeterince empati gösteremezler ve ilişkileri yalnız kendi çıkarları üzerine kurulmuştur.¹⁰⁹

DSM-IV-TR'ye göre genel toplumdaki sıklığı %1'den azken bu oran klinik örnekleme %2-16 arasında değişmektedir ve erkeklerde daha fazla tanı almaktadır.⁸⁸

Narsisistik kişilik bozukluğu olan bireylerin sahip olduğu yerleşik düşünceler¹¹²:

- Ben çok özel bir insanım.
- Üstün biri olduğum için özel davranılmayı ve bir takım ayrıcalıklar tanınmasını hak ediyorum.
- Başkalarına uygulanan kurallar beni bağlamaz.
- Tanınmak, övülmek ve hayran olunma çok önemlidir.
- Benim konumuma saygı göstermeyenlerin cezalandırılması gerekir.
- Diğer insanlar benim gereksinimlerimi karşılamalıdır.
- Başkaları benim ne kadar önemli birisi olduğumu anlamalıdır.
- Hak ettiğim saygıyı görmemem ya da hak ettiklerimin verilmemesi bağışlanamaz.
- Başkaları kendilerine duyulan hayranlığı ve sahip oldukları varlığı hak etmiyor.
- İnsanların beni eleştirme hakları yok.
- Ben çok yetenekliyim, başkalarının benim durumuma gelebilmeleri için kendilerine yeni yollar bulmaları gerekir.

- Ancak benim kadar zeki ve parlak olanlar beni anlayabilir.
- Büyük şeyler istemek için her türlü nedenim var.

2.2.4.8. Çekingen Kişilik Bozukluğu

Çekingen kişilik bozukluğunun temel klinik özelliği başkaları tarafından reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık göstermeleri ve cesaretsizliktir. Sevildiğinden emin olmadıkça insanlarla ilişkiye girmek istemezler, mahcup olacağı ya da alay konusu olacağı korkusuyla yakın ilişkilerde tutukluk gösterirler. Yüzleri kızarır, elleri titrer ve bu durumu farkedilecek diye endişe ederler. Çekingen kişilik bozukluğu olanlar çoğunlukla kenar işlerde, sorumluluk gerektirmeyen meslek alanlarında çalışırlar ve sıklıkla yakın arkadaşları ve dostları olmaz.¹⁰⁸

Yaygınlığı toplum içinde, kadın ve erkeklerde benzer sıklıkta olmak üzere, %0.5-1 arasında, psikiyatri kliniklerine başvuran hastalar arasında ise %10 dolaylarındadır. Kadın ve erkeklerde eşit oranda tanı konmaktadır.⁹⁷

Çekingen kişilik bozukluğu olan bireylerin sahip olduğu yerleşik düşünceler¹¹²:

- Toplumsal açıdan beceriksiz biriyim, iş yerinde ya da toplumsal durumlarda aranan biri değilim.
- Diğer insanlar eleştirici, aldırılmaz, başkalarını aşağılayıcı ya da dışlayıcıdır.
- Hoş olmayan duygulara katlanamam.
- İnsanlar bana yakınlaşırlarsa 'gerçek' beni bulup çıkaracaklar ve beni dışlayacaklardır.
- Aşırı ya da yetersiz görünmek katlanılabilir değil.
- Her ne pahasına olursa olsun hoş olmayan durumlara düşmekten kaçınıyorum.
- İlgi çektiğim ortamlardan uzak durmalıyım ya da olabildiğince göze çarpmamalıyım.
- Hoşa gitmeyen duygular giderek artar ve denetimimiz dışına çıkar.
- Başkaları beni eleştiriyorlarsa kesinlikle haklıdırlar.
- Başarısızlıkla sonuçlanacak bir şey yapmaktansa hiçbir şey yapmamak daha iyidir.

- Bir sorunu düşünmezsem bunun için birşeyler yapmak zorunda kalmam.
- İlişkilerde yaşanan herhangi bir gerginlik belirtisi, ilişkinin kötü gittiğini gösterir, dolayısıyla ilişkiyi sonlandırmalıyım.
- Bir sorunu görmezden gelirim sorun olmaktan çıkar.

2.2.4.9. Bağımlı Kişilik Bozukluğu

Yalnız başlarına karar veremeyen, özerk girişim yapamayan, eyleme geçemeyen, sorumluluk alamayan bu kişiler yetişkin çağın doğal beklentileri karşısında bir çocuk gibi çaresiz kalabilirler. Yaşamlarındaki önemli durumların sorumluluğunu başkalarına bırakırlar, kendilerine güvenleri yoktur. Karamsarlık, kendine güvensizlik, pasiflik, cinsellik ve öfke duygularını ifade etme korkusu bağımlı kişilik bozukluğu hastalarının karakterize davranışlarıdır.^{108,109}

Bağımlı kişilik bozukluğu tüm kişilik bozukluklarının %2.5'ini oluşturmaktadır ve kadınlarda daha sık görülür.¹¹²

Bağımlı kişilik bozukluğu olan bireylerin sahip olduğu yerleşik düşünceler¹¹²:

- Zayıf biriyim ve başkalarına muhtacım.
- Ne yapmam gerektiğini söyleyecek ya da kötü bir şey olduğunda bana yardımcı olacak birinin hep yanımda olmasını isterim.
- Bana yardımcı olacak kişi, isterse destekleyici ve güven verici biri olabilir.
- Kendi başıma bırakıldığımda kendimi çaresiz hissediyorum.
- Daha güçlü birine bağlanmadıkça kendimi yalnız hissediyorum.
- Olabilecek en kötü şey terk edilmektir.
- Sevilmezsem hep mutsuz olurum.
- Bana yardım eden ya da destekleyen kişiyi gücendirecek, kızdıracak hiçbirşey yapmamalıyım.
- Onun benim için iyi dileklerini sürdürmesini sağlamak için hep boyun eğmeliyim, ona yaranmalıyım, ona her zaman ulaşabilmeli, olabildiğince yakın ilişki kurmalıyım.
- Kendi başıma karar veremem.
- Başkaları gibi baş edemem.
- Karar vermek için ya da ne yapmamı söylemeleri için başkalarına gereksiniyorum.

2.2.4.10. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan hastalar, aşırı şekilde, kurallarla, düzenlilikle, intizamla, temizlikle, ayrıntılarla ve mükemmeli başarıma ile uğraşırlar. Bu kişiler tipik olarak düzenlilik endişelerini ve mükemmeliyetçiliklerini, onları diğerlerinden daha üstün yapan olumlu bir özellik olarak görürler. Şekilci, ciddi ve gülme hislerinden yoksundurlar. İnsanlara karşı soğukturlar, uzlaşamazlar ve isteklerinin karşılanması için başkalarını zorlarlar çünkü başkalarının yaptıklarını beğenmezler ve başkaları ile beraber çalışmayı reddedebilirler.¹⁰⁸

Yaygınlığının genel toplumda %1, psikiyatrik hastalar arasında ise %3-10 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Erkeklerde kadınlara oranla iki kat daha fazla görülmekte ve çoğunlukla da geç çocukluk döneminde tanı konmaktadır.⁹⁷

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan bireylerin sahip olduğu yerleşik düşünceler¹¹²:

- Ben hem kendimden hem de başkalarından sorumluyum.
- İşlerin yapıldığını görmek için kendime güvenmeliyim.
- Başkaları çok savsak, işlerine gereken önemi vermiyorlar, işlerini boşluyorlar, çoğu zaman sorumsuzluk gösteriyorlar, yetersiz kalıyorlar ve kendi isteklerine öncelik tanıyorlar.
- Herşeyin en iyisini yapmak önemlidir.
- İşin doğru yapılabilmesi için bir düzene, yol, yöneme ve kurallara ihtiyaç duyarım.
- Yol yöntemim olmazsa her şey darmadağın olur.
- Gereği gibi yapılmayan bir iş felaketle sonuçlanabilir.
- Her zaman en yüksek standartların tutturulması gerekir, yoksa her şey birbirine girer.
- Duygularımı tam anlamıyla denetim altında tutmam gerekir.
- İnsanlar benim yol ve yöntemlerime göre işlerinin gereğini yerine getirmelidir.
- En yüksek düzeye ulaşamazsam bunu başarısızlık olarak kabul ederim.
- Yapılan hatalar, kusurlar ve yanlışlar bağışlanmaz.
- Benim yapış tarzım genellikle en iyisidir.

2.2.4.11. Başka Türli Adlandırılmayan Kişilik Bozukluğu Türleri

Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu: Pasif agresif kişilik bozukluğuna sahip bireyler kendisinden birşeyler talep eden kişilere karşı pasif direniş ve olumsuz tutumlar sergilerler. Bu isteklere dolaylı olarak kızarlar ve karşı çıkarlar. İşleri ağırdan alıp, inatçılık, kasıtlı verimsizlik ve bellek yanılsamaları sergilerler. Bu bireyler sürekli somurtkan, tartışmacı ve alaycıdırlar. Başkaları tarafından taktir edilmemekten, yanlış anlaşılmaktan yakınırırlar ve eleştirileri mantıksız bulurlar. Kişiler arası ilişkilerde mutsuz olurlar, yaşamdan gerçekten ne istediklerini hiçbir zaman bilemezler.^{108,109}

Pasif agresif kişilik bozukluğu olan bireylerin sahip olduğu yerleşik düşünceler¹¹²:

- Kendime yeterim ancak amaçlarıma ulaşmak için başkalarına gereksiniyorum.
- Kendime saygımı koruyabilmemin tek yolu kendimi dolaylı olarak ortaya koymaktır, söz gelimi yönergelere tam uymayarak.
- İnsanlara bağlanmayı severim ancak başkalarının yönetiminde olmanın pahasına katlanmak istemiyorum.
- Yönetimdekiler, dünyamıza giren, isteklerde bulunan ve işimize karışan, denetim altında tutmaya çalışan kişilerdir.
- Yönetimdekilerin egemenliğine karşı koymalıyım ancak onlar tarafından kabul de görmeliyim.
- Başkalarının denetimi altında olmak ya da onlarca yönetilmek katlanılası bir şey değil.
- Herşeyi kendi bildiğim gibi yapmalıyım.
- İşleri başkalarının tasarladığı zamanda yapmak, başkalarının isteklerini karşılamak, onlara boyun eğmek onurumu zedeliyor ve kendi yeterliliğime gölge düşürüyor.
- İnsanların beklediği kurallara uyarsam özgür davranmamı kısıtlamış olurum.
- Kızgınlığımı doğrudan göstermem gerekir, hoşnutsuzluğumu başkalarına boyun eğmeyerek gösterebilirim.

- Benim için en iyisinin ne olduğunu ancak ben bilirim, ne yapmam gerektiğini bana başkaları söylememeli
- İnsanlar hep beklenti içindedirler.
- İnsanları çok buyurgan olarak görürsem isteklerini önemseyebilirim.

2.3. DEPRESYON VE KİŞİLİK

Preklinik ve klinik çalışmalar depresyon patofizyolojisinde rol oynayan hipotalamo-pituiter-adrenal aks değişimleri, anahtar beyin bölgelerinde nöroanatomik değişiklikleri ve nörotrofin ve serotonerjik sinyal sistemlerindeki değişimleri içeren nörobiyolojik mekanizmalara vurgu yapıyor. Kanıtlar HPA fonksiyonundaki nöroendokrin değişimlerin kişilik özelliklerine de katkıda bulunabileceğini öne sürüyor. Depresyonla ilişkisi olduğu gösterilen hipokampus, anterior singulat korteks gibi beyin bölgeleri kişilikte de rol oynuyor olabilir. Günümüze kadar olan fizyolojik ölçümlerde kişilik ile ilişkisi olduğuna yönelik en güçlü kanıtlar BDNF'ye ait fakat genetik kanıtlar daha az ikna edici. Sonuç olarak kişilik ve depresyon arasında nörobiyolojik bir bağlantı da bulunmaktadır fakat bu ilişkinin doğasını ve kişilik faktörlerinin depresyon üzerindeki etkisini anlamak için daha çok klinik çalışmaya ihtiyaç vardır.¹¹³

Depresyon-kişilik bozukluğu ilişkisi etiyolojisinde başka bir yaklaşımla 5 model ortaya konmuştur. Bunlardan 1.si 'Kırılganlık/Hassasiyet Modeli'dir. Bu modelde kişilik özelliklerinin bireyi depresyon geliştirmeye yatkın hale getirdiği öne sürülür. Bu açıdan kişilik içeriği depresyon geçirme olasılığını artırır ve bu bozukluk için risk faktörüdür. Nörotisizm örnek alınırsa fazla nörotisizm depresyon geçirme olasılığını artırır. 2. model olan 'Patoplasti Modeli'nde kişilik özelliklerinin depresyonun ifade ediliş/açığa vuruluş yolunu yani kişiliğin depresyonun ortaya çıkışını, şiddetini, tedaviye yanıtı da içeren seyrini etkilediğini önerir. Bu model ile nörotisizm mutlaka depresyon geçirme olasılığını artırmayabilirken fazla nörotisizm depresyonun daha ciddi ve kötü prognozla kronik seyretmesine yol açabilir. 3. model 'Karmaşa/Skar(iz) modeli depresyonun kişilik değişikliğine yol açtığını ve bu etkinin geçici (Karmaşa Modeli) ya da kalıcı (İz Modeli) olabileceğini öne sürüyor. Önceden kişilik değişiminin depresyonun beraberinde oluştuğunu ve remisyonla birlikte azalacağı öne sürülürken sonradan depresyona bağlı kişilik değişiminin uzun süreli

ve yerleşik olduğu varsayılmaya başlanmıştır. Bu öneriye göre de fazla nörotisizm; depresyonun sonucu olarak depresyonla birlikte iyileşir(karmaşa) ya da remisyonu takiben yüksek bir düzeyde devam eder (iz). Spektrum Modeli denilen 4. modelde normal süreçten hafif, orta, şiddetli patolojik sürece uzanan altta yatan bir boyut ya da süreklilik vardır. Normatif kişilik özellikleri normal süreci gösterirken patolojik kişilik özellikleri psikopatolojinin subklinik dışavurumunu gösterir. Bu modelle nörotisizmin normatif düzeyinden, subklinik depresif semptomlarla ilişkili artmış düzeyine ve klinik olarak anlamlı patoloji olan depresyon ile ilişkili ciddi düzeye kadar bir boyut kapsanır. Bu spektrumda depresif kişilik kronik ve normal uca yakinken, distimik bozukluk orta safhalarda ve depresyon da ciddi ve akut uçtadır. 5. model olan ‘Paylaşılmış Neden-Yatkınlık ya da Faktör Modeli’ denilen ‘Ortak Neden Modeli’nde paylaşılmış etiyolojik faktörlerin kişilik özellikleri ve depresyonu meydana getirdiği ileri sürülüyor. Örneğin genetik yatkınlığın sadece depresyonda sık görülen kişilik özelliklerine değil aynı zamanda depresyonun kendisine de yol açtığını ifade ediliyor. Bu varsayımın serotonin işlevi gibi genetik ve biyolojik temeller, kişilik özellikleri ve depresyon semptomatolojisi ile sonuçlanıyor olabilir.³

Depresyonu olan hastalarda herhangi bir kişilik bozukluğu eş tanısının yaygınlık oranı %30-80 arasında değişir. Yapılan bu çalışmalarda süregelen depresyonla yüksek oranlarda kişilik bozukluğu birlikteliği bildirilmiştir. Bundan dolayı özellikle uzun süren depresyon dönemlerinin kişilik üzerine etkide bulunması akla yatkın bir varsayımdır. Benzer şekilde uzamış bir depresyon dönemi yaşanması, kişinin kendisini ve etrafındakileri algılamasında ve diğerleriyle ilişki kurma şeklinde belirgin değişikliklere neden olabileceğinden, uzun depresyon dönemlerini takiben kötümserlik ve bağımlılık kişiliğin kalıcı özellikleri haline gelebilir.¹¹⁴

Akut psikiyatrik durumlar kişilik bozukluğu tahminlerini etkileyebilir, yarı yapılandırılmış görüşmeler bu önyargıyı azaltmada kendi kendine doldurulan anketlerden daha etkindir. Bununla birlikte eksen 1 bozukluğu belirtileri azaldıkça kişilik patolojisi seviyesi genellikle azalır. Akut olarak semptomatik hastalarda kişilik bozukluğunu değerlendirirken bir yanlış pozitiflik problemi ortaya çıkar. Bu nedenle bazı araştırmacılar kişilik bozukluğunu belirtilerini eksen 1 patoloji düzeldikten sonra değerlendirirler. Diğer yandan da semptomlar gerileyene kadar değerlendirmeyi erteleme yaklaşımı, hastaların belirtileri gerilemediğinde ya da hafif

düzelme periyodu sonrası hala semptomatik olanları ve relaps olanları hariç tutmadahil etmeme sorunu ile sonuçlanabilir. Eksen 2 patolojileri eksen 1 patolojilerinin kronisitesi ile de ilgili olduğundan bu tür bir çalışma çoğu kişilik bozukluğunu dahil etmemiş olur ve kişilik bozukluğu prevalansı olduğundan düşük çıkar. Psikiyatrik hastalardaki kişilik bozukluklarını araştıran çalışmalarda, psikiyatrik durumun potansiyel karıştırıcı etkisiyle birlikte tedavi ile iyileşen hastalar temelinde sonuçların genellenebilirlik eksikliğinin dengelenmesine ihtiyaç vardır.¹¹⁵

Klinik epidemiyolojik çalışmalarda diğer tanısal araştırmalardakine benzer olarak yapılandırılmış değerlendirmeler kullanılmalıdır, çünkü yapılandırılmamış tanı değerlendirmeleriyle karşılaştırıldıklarında tanıyı ortaya çıkarma açısından daha iyidir. Bu literatürün bir gözden geçirmesinde yapılandırılmamış tanısal değerlendirmelerde yapılandırılmışlarla karşılaştırıldığında çok daha düşük komorbidite oranları bulunmuş. Zimmerman ve Mattia yaptıkları çalışmada, komorbidite oranlarının sıklığının rutin klinik değerlendirmelerde yarı yapılandırılmış görüşmelerle olandan daha az olduğunu ve sonuçta rutin klinik uygulamada klinisyenlerin komorbiditeyi atladıklarını bulmuşlar.¹¹⁶ Yine Zimmerman ve Mattia'nın borderline kişilik bozukluğunun değerlendirme metodolojisinin prevalans üzerindeki etkisini inceledikleri başka bir çalışmada bozukluğun yarı yapılandırılmış görüşmelerle karşılaştırıldığında, yapılandırılmamış klinik değerlendirmelerle çok daha az sıklıkta tanı konduğunu saptanmış.¹¹⁷

Önceki çalışmalarda ancak tanılandırılabilir kişilik bozukluklarının depresyonun gidişini etkileyebileceği öne sürülürken son çalışmalarda bozukluk seviyesinden düşük şiddetteki kişilik özelliklerinin davranışsal ölçütleri daha iyi öngörmeyi sağladıklarından daha etkili olduğu iddia ediliyor.¹¹⁸

Kişilik bozuklukları kavramının, etiyolojik açıdan olduğu kadar tedavi için de olumsuz sonuçlar doğurduğu görüşü hakimdir. Tedavideki zorluğun ötesinde, mortalite ve morbidite açısından eştanıların depresyonda önemi tartışmasızdır. Bir yandan depresyon nedeniyle düşük benlik saygıları, çaresizlik duyguları, isteksizlik ve kararsızlıkları diğer yandan kişilik bozukluğunun ortaya çıkardığı baş etme güçlüğü, kişiler arası ilişki sorunları ve yardım aramadaki sıradışılık hasta hekim ilişkisi ve tedavi sürecini olumsuz etkileyebilir.

C küme kişilik bozuklukları depresyonun kronisitesinde, B küme kişilik bozuklukları ise depresyonun şiddetinde ve süresinde prospektif öngörücü olduğu bulunmuş. Hart ve arkadaşlarının 2001’de yaptığı çalışmada B küme kişilik bozukluklarının depresyon rekürrens riskini ve depresif semptomların şiddetini artırdığını bulmuşlar.¹¹⁹ Olumsuz geribildirim ya da güvence arayan bağımlı kişiler daha çok kişiler arası aksaklık yaşıyorlar, bu da durumlarını kötüleştiriyor ve depresyonları şiddetleniyor.¹²⁰

Ayrıca kişilik bozukluklarının depresyon hastalarındaki intihar düşüncelerini, girişimlerini ve tamamlanmış intiharları da etkilediği gösterilmiş. Borderline kişilik bozukluğunun depresyondaki hastaların intihar düşüncelerine ve girişimlerine etkilerini gösteren çok sayıda çalışma varsa da C küme kişilik bozuklukları ile ilgili bu konuda pek çalışma yoktur. Bu konuda yapılan 2 çalışmada; depresyonlu hastalarda bağımlı kişilik bozukluğunun intihar girişimleri ile yüksek oranda ilişkili olduğu hatta 3 yıllık izlemde sonraki olabilecek intihar girişimlerini öngörebileceği bulunmuş.¹²¹

Mulder ve arkadaşlarının yaptığı bir tedavi çalışmasında; 149 ayaktan depresyon hastası tedaviden önce ve 18 ay tedavi sonrası SCID-II ile kişilik bozukluğu açısından değerlendirilmiş. 18 aylık tedavi sonunda genel olarak kişilik bozukluğu tanısı ve semptomlarının azaldığı gözlenmiş. Tedavi ilk 6 hafta için fluoksetin ya da nortriptilin kullanımı olarak belirlenmiş; yanıt verenlerde başlanan tedavi devam edilmiş, vermeyenlerde de başka bir ilaca geçilmiş ya da kombinasyon yapılmış. Tedaviye daha iyi yanıt veren hastalarda kişilik bozukluğu semptomlarının belirgin azalması çoğunlukta olsa da ortalama 3 kişilik bozukluğu semptomu olan ve depresyonu hiç geçmeyenler de olmuş. Sonuç olarak kişilik bozuklukları ne özellikle stabil ne de tedaviye dirençlidir fikri ortaya atılmış. Depresyonu olan ayaktan hastalarda kişilik bozukluğu semptomlarının, depresif belirtilere yönelik tedaviye yanıtları az olanlarda bile, genelde önemli oranda iyileştiği ve duygudurum belirtilerinin agresif tedavisinin kişilik patolojisi üzerinde olumlu etkisi olduğu sonucuna varılmış. Çalışmanın kısıtlılığı bazı duygudurum belirtilerinin kişilik bozukluğu belirtilerinden ayrımının yapay olmuş olabileceği ve kişilik bozukluğu belirtilerinin değişiminin nonspesifik etkilere bağlı olmuş olabileceği olarak belirtilmiş.¹²²

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN SEÇİMİ

Bu çalışmaya Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri kliniğine başvuran hastalardan DSM-IV tanı ölçütlerine göre Majör Depresif Bozukluk tanısı almış olan 70 hasta ile benzer sosyodemografik özelliklere sahip 73 sağlıklı kontrol alındı. Çalışmaya alınan hastalar ve sağlıklı gruptaki kişiler, çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında aydınlatıldı ve kendilerinden onam alındı. Çalışmayla ilgili olarak Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurul onayı alındı.

Çalışmaya alınma ölçütleri aşağıdaki gibidir;

- 18-65 yaş arasında olup DSM-IV tanı ölçütlerine göre Major Depresif Bozukluk tanı ölçütlerini karşılaması,
- Eğitim durumunun en az ilkokul mezunu olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi
- Çalışmaya alınmama kriterleri aşağıdaki gibidir;
- Komorbid psikotik bir bozukluğu olması
- Mental retardasyonu olması
- Ciddi nörolojik ve genel tıbbi durumu ilgilendiren hastalığı olması

Hastalar ve sağlıklıların tümüyle yüz yüze görüşüldü. Eksen-I psikiyatrik bozuklukların tanılarını tespit etmek ya da dışlamak için DSM-IV'e göre yapılandırılmış klinik görüşme formu SCID-I kullanıldı. İki gruba, kişilere ait bilgi ve demografik özelliklerin belirlenmesi için hazırlanmış olan Sosyodemografik Veri Formu ve kişilikle ilgili inanç düzeyindeki bilişsel özellikleri saptamak için Kişilik ve İnanç Ölçeği-Kısa Form uygulandı.

3.2. DEĞERLENDİRME GEREÇLERİ

Sosyodemografik Veri Formu (EK I): Tarafımızdan geliştirilen bu form deneklerin yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, intihar girişimini sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

DSM-IV TR Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme Formu (SCID I / Klinik Versiyon): Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından, 1994 yılında DSM-IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış bir klinik görüşme ve major DSM-IV Eksen-I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir. Hem psikiyatri hem de genel tıp hastalarına uygulanabilir. Dil ve tanı kapsamı ile çoğunlukla erişkinler için kullanımı uygundur. Altı modülden oluşmaktadır. Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları; Dr. Aytül Özkürkçügil, Dr. Ömer Aydemir, Dr. Mustafa Yıldız ve Dr. Ertuğrul Koroğlu tarafından yapılmıştır.¹²³

Kişilik İnanç Ölçeği; KİÖ (Personality Belief Questionnaire; PBQ): Türkçe'ye Kişilik İnanç Ölçeği (KİÖ) olarak çevrilen ölçek, bilişsel kurama ve klinik gözlemlere dayanarak Beck ve arkadaşları tarafından eksen-II bozuklukları için geliştirilen, özel inanç ve varsayımlardan oluşmuş şemalar içermektedir. Bu şemalar DSM-IV'teki 9 kişilik bozukluğuna karşılık gelmektedir. Her bir kişilik bozukluğu için 14 sorudan oluşan toplamda 126 madde içermektedir. Kişilik inançları ölçeği klinikte; bilişsel bir profil çıkartmak ve tedavide kullanılabilecek disfonksiyonel inançları tanımlamada kullanılabilir. KİÖ geliştirildiği 1991 yılından bu yana hem normal popülasyonda hem de psikiyatrik hastalarda kullanılmıştır. KİÖ'nün orijinal formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Türkçapar ve arkadaşları tarafından yapılmış olup 0.67 ile 0.90 arasında iç tutarlılık elde edilmiştir.¹²⁴ Ölçeğin orijinal formunu geliştiren çalışmacılar aynı değerlendirme özelliğine sahip ancak daha kısa ve pratik bir ölçek elde etmek amacıyla KİÖ orijinal formunun ayırt edici özelliği yüksek olan maddelerini seçerek 65 maddeden oluşan KİÖ - kısa formu geliştirmişlerdir.¹²⁵

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmadan elde edilen tüm veriler bilgisayarda Windows işletim sisteminde, "Statistical Packages for the Social Science" (SPSS) 11.5 kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı istatistiksel analizler yapıldıktan sonra (frekans, yüzde dağılımı, ortalama±standart sapma; medyan [minimum-maksimum]), değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu *Shapiro Wilks testi* ile değerlendirildi. İki grubun sürekli değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediği; parametrik varsayımlar

karşılandığında *Student t testi*, parametrik varsayımlar karşılanmadığında *Mann Whitney U testi* ile değerlendirildi. Kesikli değişkenlerin gruplardaki dağılımları arasında fark olup olmadığı, *Fisher Exact test*, *Yates Ki-kare testi* ve *Pearson Ki-kare testi* ile değerlendirildi.

Tüm analizlerde, $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

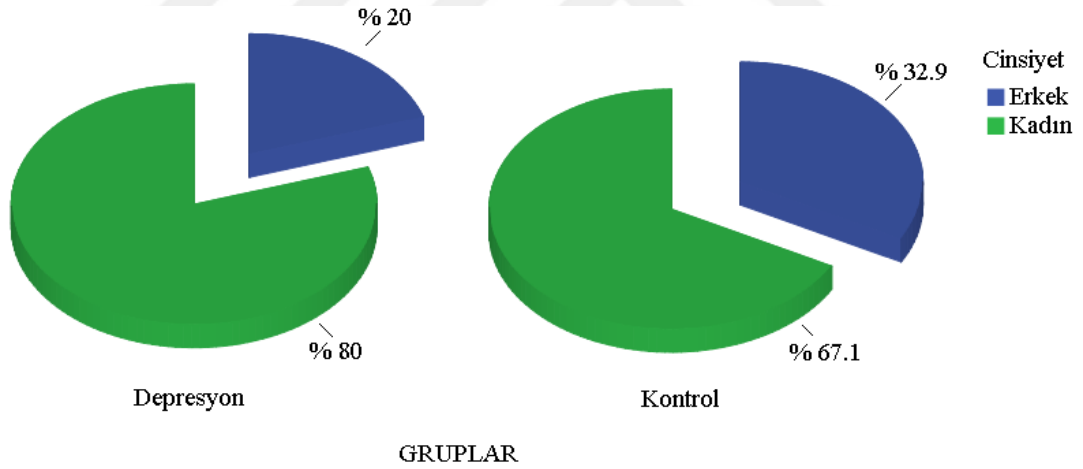


4. BULGULAR

Depresyon grubunun yaş ortalaması ($\pm$ SS) 37.69 ± 10.53 yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması ($\pm$ SS) 43.19 ± 16.02 yıl olarak bulundu. İki grubun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı ($p=0.061$) (**Tablo 4.1**).

Depresyon grubunun çocuk sayısı ortalama ($\pm$ SS) 1.60 ± 1.52 , kontrol grubunun çocuk sayısı ortalama ($\pm$ SS) 1.60 ± 1.82 olarak saptandı. İki grubun çocuk sayısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p=0.740$) (**Tablo 4.1**).

Depresyon grubunda 14 (% 20) erkek, 56 (% 80) kadın olgu vardı. Kontrol grubunda 24 (% 32.9) erkek, 49 (% 67.1) kadın olgu vardı. Grupların cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktu ($p=0.120$) (**Tablo 4.1** ve **Şekil 4.1**).



Şekil 4.1. Grupların cinsiyet dağılımlarına ait pasta grafikleri

Depresyon grubundaki olgulardan 23'ü (% 32.9) ilkokul mezunu, 17'si (% 24.3) ortaokul mezunu, 18'i (% 25.7) lise mezunu ve 12'si (% 17.1) üniversite mezunuydu. Kontrol grubundaki olgulardan 31'i (% 42.5) ilkokul mezunu, 10'u (% 13.7) ortaokul mezunu, 21'i (% 28.8) lise mezunu ve 11'i (% 15.1) üniversite mezunuydu. Grupların eğitim düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı ($p=0.360$) (**Tablo 4.1**).

Depresyon grubundaki olgulardan 19'sunun (% 27.1) aylık geliri 0-500 TL arasında, 35'inin (% 50) aylık geliri 501-1000 TL arasında ve 16'sının (% 22.9) aylık geliri 1001 TL ve üzerindeydi. Kontrol grubundaki olgulardan 23'ünün (% 31.5) aylık geliri 0-500 TL arasında, 31'inin (% 42.5) aylık geliri 501-1000 TL arasında ve 19'unun (% 26) aylık geliri 1001 TL ve üzerindeydi. İki grubun gelir dağılımı açısından istatistiksel olarak farklılık göstermediği bulundu ($p=0.664$) (**Tablo 4.1**).

Tablo 4.1. İki grubun yaş ortalamalarının karşılaştırılması; cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve aylık gelir dağılımları

		GRUPLAR				P
		Depresyon (n=70)		Kontrol (n=73)		
		Ort±SS		Ort±SS		
Yaş (yıl)		37.69±10.53		43.19±16.02		0.061*
Çocuk sayısı		1.60±1.52		1.60±1.82		0.740*
		n	Sütun % n	n	Sütun % n	
Cinsiyet	Erkek	14	20	24	32.9	0.120**
	Kadın	56	80	49	67.1	
Eğitim Düzeyi	İlkokul mezunu	23	32.9	31	42.5	0.360▼
	Ortaokul mezunu	17	24.3	10	13.7	
	Lise mezunu	18	25.7	21	28.8	
	Üniversite mezunu	12	17.1	11	15.1	
Aylık Gelir	0-500 TL	19	27.1	23	31.5	0.664▼
	501-1000 TL	35	50	31	42.5	
	1001 TL ve Üzeri	16	22.9	19	26	

*Mann-Whitney U Test

** Yate's Ki-kare Test

▼ Pearson Ki-kare Test

Depresyon grubunda, son bir ay içinde aile dışındaki bireylerle görüşen 44 (% 62.9) olgu, görüşmeyen 26 (% 37.1) olgu saptandı. Kontrol grubunda, son bir ay içinde aile dışındaki bireylerle görüşen 53 (% 72.9) olgu, görüşmeyen 20 (% 27.4) olgu saptandı. Grupların aile dışındaki bireylerle görüşme dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p=0.285$). Depresyon grubunun

aile dışındaki bireylerle görüşme sayısı ortalaması, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü ($p=0.004$) (**Tablo 4.2**).

Tablo 4.2. İki gruptaki bireylerin son bir ay içinde aile dışındaki bireyleri ile görüşme durumlarına ait dağılımlar ve değerler

	GRUPLAR										p	
	Depresyon (n=70)					Kontrol (n=73)						
	n	Sütun % n				n	Sütun % n					
Aile dışındaki bireylerle görüşme (son 1 ay içinde)	Evet	44	62.9				53	72.9				0.285*
	Hayır	26	37.1				20	27.4				
	Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Medy	Min	Maks	0.004**	
Aile dışındaki bireylerle görüşme sayısı (son 1 ay içinde)	0.83	1.38	0	0	5.00	4.59	5.97	3.00	0	30.00		

* Yate's Ki-kare Test

**Mann-Whitney U Test

Depresyon grubunda annesi sağ olan 52 (% 74.3) olgu, annesi ölmüş olan 18 (% 25.7) olgu vardı. Kontrol grubunda annesi sağ olan 44 (% 60.3) olgu, annesi ölmüş olan 29 (% 39.7) olgu vardı. İki gruptaki annesi yaşayan bireylerin sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktu ($p=0.108$) (**Tablo 4.3**).

Olguların annelerinin eğitim durumu dağılımları şöyleydi; depresyon grubunda okur yazar olmayan 37 (% 52.9) anne, ilkokul mezunu olan 24 (% 34.3) anne, ortaokul mezunu olan 6 (% 8.6) anne ve lise mezunu olan 3 (% 4.3) anne vardı. Kontrol grubunda okur yazar olmayan 28 (% 38.4) anne, ilkokul mezunu olan 24 (% 32.4) anne, ortaokul mezunu olan 12 (% 16.4) anne ve lise mezunu olan 9 (% 12.3) anne vardı. Grupların anne eğitim durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı ($p=0.103$) (**Tablo 4.3**).

Tablo 4.3. İki gruptaki bireylerin annelerinin yaşama ve eğitim durumları dağılımları

Anne		GRUPLAR				p
		Depresyon (n=70)		Kontrol (n=73)		
		n	Sütun % n	n	Sütun % n	
Yaşama durumu	Sağ	52	74.3	44	60.3	0.108*
	Olü	18	25.7	29	39.7	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	37	52.9	28	38.4	0.103**
	İlkokul mezunu	24	34.3	24	32.9	
	Ortaokul mezunu	6	8.6	12	16.4	
	Lise mezunu	3	4.3	9	12.3	

* Yate's Ki-kare Test

**Pearson Ki-kare Test

Depresyon grubunda babası sağ olan 45 (% 64.3) olgu, babası ölmüş olan 25 (% 35.7) olgu vardı. Kontrol grubunda babası sağ olan 35 (% 47.9) olgu, babası ölmüş olan 38 (% 52.1) olgu vardı. Depresyon grubunda, babası sağ olan olguların sıklığı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0.049$) (**Tablo 4.4**).

Olguların babalarının eğitim durumu dağılımları şöyleydi; depresyon grubunda okur yazar olmayan 9 (% 12.9) baba, ilkokul mezunu olan 33 (% 47.1) baba, ortaokul mezunu olan 20 (% 28.6) baba, lise mezunu olan 5 (% 7.1) baba ve üniversite mezunu olan 3 (% 4.3) baba vardı. Kontrol grubunda okur yazar olmayan 8 (% 11) baba, ilkokul mezunu olan 39 (% 53.4) baba, ortaokul mezunu olan 12 (% 16.4) baba, lise mezunu olan 10 (% 13.7) baba ve üniversite mezunu olan 4 (% 5.5) baba vardı. Grupların baba eğitim dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p=0.366$) (**Tablo 4.4**).

Tablo 4.4. İki gruptaki bireylerin annelerinin yaşama ve eğitim durumları dağılımları

		GRUPLAR				P
		Depresyon (n=70)		Kontrol (n=73)		
		n	Sütun % n	n	Sütun % n	
Baba						
Yaşama durumu	Sağ	45	64.3	35	47.9	0.049*
	Olü	25	35.7	38	52.1	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	9	12.9	8	11	0.366*
	İlkokul mezunu	33	47.1	39	53.4	
	Ortaokul mezunu	20	28.6	12	16.4	
	Lise mezunu	5	7.1	10	13.7	
	Üniversite mezunu	3	4.3	4	5.5	

*Pearson Ki-kare Test

Depresyon grubundaki olguların kardeş sayısı ortalama ($\pm$ SS) 4.43 ± 1.55 olarak saptandı. Kontrol grubundaki olguların kardeş sayısı ortalama ($\pm$ SS) 4.76 ± 1.92 olarak bulundu. Grupların kardeş sayısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktu ($p=0.513$) (**Tablo 4.5**).

Depresyon grubunda anne ve babası boşanmış olan 6 (% 8.6) olgu, anne ve babası evli olan 64 (% 91.4) olgu vardı. Kontrol grubunda anne ve babası boşanmış olan 3 (% 4.1) olgu, anne ve babası evli olan 70 (% 95.9) olgu vardı. İki gruptaki olguların anne ve babalarının medeni durumları açısından farklılık göstermediği saptandı ($p=0.320$) (**Tablo 4.5**).

Depresyon grubunda göç öyküsü olan 22 (% 31.4) olgu, göç öyküsü olmayan 48 (% 68.6) olgu vardı. Kontrol grubunda göç öyküsü olan 12 (% 16.4) olgu, göç öyküsü olmayan 61 (% 83.6) olgu vardı. İki gruptaki olguların göç öyküsü sıklığı arasında anlamlı fark yoktu ($p=0.056$) (**Tablo 4.5**).

Depresyon grubundaki olgulardan 26'sı (% 37.1) çocuklukta ebeveynlerden ayrı kalma öyküsü verirken, 44'ünde (% 62.9) çocuklukta ebeveynlerden ayrı kalma öyküsü yoktu. Kontrol grubundaki olgulardan 12'si (% 16.4) çocuklukta ebeveynlerden ayrı kalma öyküsü verirken, 61'inde (% 83.6) çocuklukta ebeveynlerden ayrı kalma öyküsü yoktu. Depresyon grubundaki olgulardan çocukluklarında ebeveynlerinden ayrı kalanların sıklığı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0.009$) (**Tablo 4.5**).

Depresyon grubunda doğum yeri köy olan 18 (% 25.7) olgu, doğum yeri ilçe olan 16 (% 22.9) olgu ve doğum yeri şehir olan 36 (% 51.4) olgu vardı. Kontrol grubunda doğum yeri köy olan 27 (% 37) olgu, doğum yeri ilçe olan 16 (% 21.9) olgu ve doğum yeri şehir olan 30 (% 41.1) olgu vardı. Grupların doğum yeri dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktu ($p=0.319$) (**Tablo 4.5**).

Depresyon grubunda anne-babasıyla büyüyen 66 (% 94.3) olgu, akrabası tarafından ya da kurumda büyütülen 4 (% 5.7) olgu vardı. Kontrol grubunda anne-babasıyla büyüyen 69 (% 94.5) olgu, akrabası tarafından ya da kurumda büyütülen 4 (% 5.5) olgu vardı. İki grubun bakım veren (0-6 yaş arası) dağılımları arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı ($p=1.000$) (**Tablo 4.5**).

Depresyon grubunda köyde yaşayan 1 (% 1.4) olgu, ilçede yaşayan 4 (% 5.7) olgu ve şehirde yaşayan 65 (% 92.9) olgu vardı. Bu grupta büyükşehirde yaşayan olgu yoktu. Kontrol grubunda köyde yaşayan 5 (% 6.8) olgu, ilçede yaşayan 6 (% 8.2) olgu, şehirde yaşayan 61 (% 83.6) olgu ve büyükşehirde yaşayan 1 (% 1.4) olgu vardı. Grupların yaşadığı yer dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p=0.248$). Depresyon grubundaki olguların son taşındığı yerde yaşama süresinin ortalaması, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü ($p=0.016$) (**Tablo 4.5**).

Depresyon grubundaki olgulardan 13'ü (% 18.6) farklı dinsel ve/veya etnik kökene sahipti. Kontrol grubundaki olgulardan 5'i (% 6.8) farklı dinsel ve/veya etnik kökene sahipti. İki grubun dinsel ve/veya etnik köken dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktu ($p=0.063$) (**Tablo 4.5**).

Depresyon grubundaki olgulardan 30'unun (% 42.9) babanın anneye şiddet uygulamasına tanıklık ettiği, 40'nin (% 57.1) babanın anneye şiddet uygulamasına tanıklık etmediği saptandı. Kontrol grubundaki olgulardan 16'sının (% 21.9) babanın anneye şiddet uygulamasına tanıklık ettiği, 57'sinin (% 78.1) babanın anneye şiddet uygulamasına tanıklık etmediği saptandı. Depresyon grubundaki olguların babanın anneye şiddet uygulamasına tanıklık etme sıklığı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0.012$) (**Tablo 4.5**).

Depresyon grubunda çocuklukta fiziksel şiddete maruziyet öyküsü olan 34 (% 48.6) olgu, çocuklukta fiziksel şiddete maruziyet öyküsü olmayan 36 (% 51.4) olgu vardı. Kontrol grubunda çocuklukta fiziksel şiddete maruziyet öyküsü olan 24

(% 32.9) olgu, çocuklukta fiziksel şiddete maruziyet öyküsü olmayan 49 (% 67.1) olgu vardı. Grupların, çocuklukta fiziksel şiddete maruziyet sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktu ($p=0.056$) (**Tablo 4.5**).

Depresyon grubundaki olgulardan 20'sinde (% 28.6) ailede ruhsal rahatsızlık öyküsü pozitif, 50'sinde (% 71.4) ailede ruhsal rahatsızlık öyküsü negatifti. Kontrol grubundaki olgulardan 6'sında (% 8.2) ailede ruhsal rahatsızlık öyküsü pozitif, 67'sinde (% 91.8) ailede ruhsal rahatsızlık öyküsü negatifti. Depresyon grubundaki olguların ailede ruhsal rahatsızlık öyküsü sıklığının, kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulundu ($p=0.003$) (**Tablo 4.5**).

Tablo 4.5. İki gruptaki olguların sosyal, kültürel ve ailesel özelliklerinin; çocuklukta zorlu yaşam olaylarının sıklığının dağılımları

		GRUPLAR				p
		Depresyon (n=70)		Kontrol (n=73)		
		Ort±SS		Ort±SS		
Kardeş sayısı		4.43±1.55		4.76±1.92		0.513*
Son taşındığı yerde yaşama süresi (yıl)		19.71±12.09		26.42±16.97		0.016*
		n	Sütun % n	n	Sütun % n	
Anne-babanın medeni durumu	Boşanmış	6	8.6	3	4.1	0.320* *
	Evli	64	91.4	70	95.9	
Göç öyküsü	Var	22	31.4	12	16.4	0.056▼
	Yok	48	68.6	61	83.6	
Çocuklukta ebeveynlerden ayrı kalma öyküsü	Var	26	37.1	12	16.4	0.009▼
	Yok	44	62.9	61	83.6	
Doğum yeri	Köy	18	25.7	27	37	0.319▼▼
	İlçe	16	22.9	16	21.9	
	Şehir	36	51.4	30	41.1	
Bakım veren (0-6 yaş arası)	Anne-baba	66	94.3	69	94.5	1.000* *
	Akraba veya kurum	4	5.7	4	5.5	
Yaşadığı yer	Köy	1	1.4	5	6.8	0.248▼▼
	İlçe	4	5.7	6	8.2	
	Şehir	65	92.9	61	83.6	
	Büyükşehir	0	0	1	1.4	
Farklı dinsel ve/veya etnik köken	Evet	13	18.6	5	6.8	0.063▼
	Hayır	57	81.4	68	93.2	
Babanın anneye şiddet uygulamasına şahit olma	Evet	30	42.9	16	21.9	0.012▼
	Hayır	40	57.1	57	78.1	
Çocuklukta fiziksel şiddete maruziyet öyküsü	Evet	34	48.6	24	32.9	0.056▼▼
	Hayır	36	51.4	49	67.1	
Ailede ruhsal rahatsızlık öyküsü	Evet	20	28.6	6	8.2	0.003▼
	Hayır	50	71.4	67	91.8	

* Mann-Whitney U Test

**Fisher's Exact Test

*Yate's Ki-kare Test

**Pearson Ki-kare Test

Depresyon grubunda sigara kullanım öyküsü olan 44 (% 62.9) olgu, sigara kullanım öyküsü olmayan 26 (% 37.1) olgu vardı. Kontrol grubunda sigara kullanım öyküsü olan 31 (% 42.5) olgu, sigara kullanım öyküsü olmayan 42 (% 57.1) olgu vardı. Depresyon grubundaki olguların sigara kullanım öykü sıklığı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0.015$) (**Tablo 4.6**).

Depresyon grubunda madde kullanım öyküsü olan 8 (% 11.4) olgu, madde kullanım öyküsü olmayan 62 (% 88.6) olgu vardı. Kontrol grubunda madde kullanım öyküsü olan 2 (% 2.7) olgu, madde kullanım öyküsü olmayan 71 (% 97.3) olgu vardı. İki grubun madde kullanım öyküsü sıklığı açısından farklı olmadığı saptandı ($p=0.052$) (**Tablo 4.6**).

Depresyon grubunda intihar girişimi öyküsü olan 26 (% 37.1) olgu, intihar girişimi öyküsü olmayan 44 (% 62.9) olgu vardı. Kontrol grubunda intihar girişimi öyküsü olan 11 (% 15.1) olgu, intihar girişimi öyküsü olmayan 62 (% 84.9) olgu vardı. Depresyon grubundaki olguların intihar girişimi öykü sıklığı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0.015$) (**Tablo 4.6**).

Tablo 4.6. İki gruptaki olguların psikiyatrik özgeçmiş özelliklerinin dağılımları

		GRUPLAR				p
		Depresyon (n=70)		Kontrol (n=73)		
		n	Sütun % n	n	Sütun % n	
Sigara kullanımı	Evet	44	62.9	31	42.5	0.015**
	Hayır	26	37.1	42	57.5	
Madde kullanımı	Evet	8	11.4	2	2.7	0.052▼
	Hayır	62	88.6	71	97.3	
İntihar girişimi	Evet	26	37.1	11	15.1	0.005*
	Hayır	44	62.9	62	84.9	

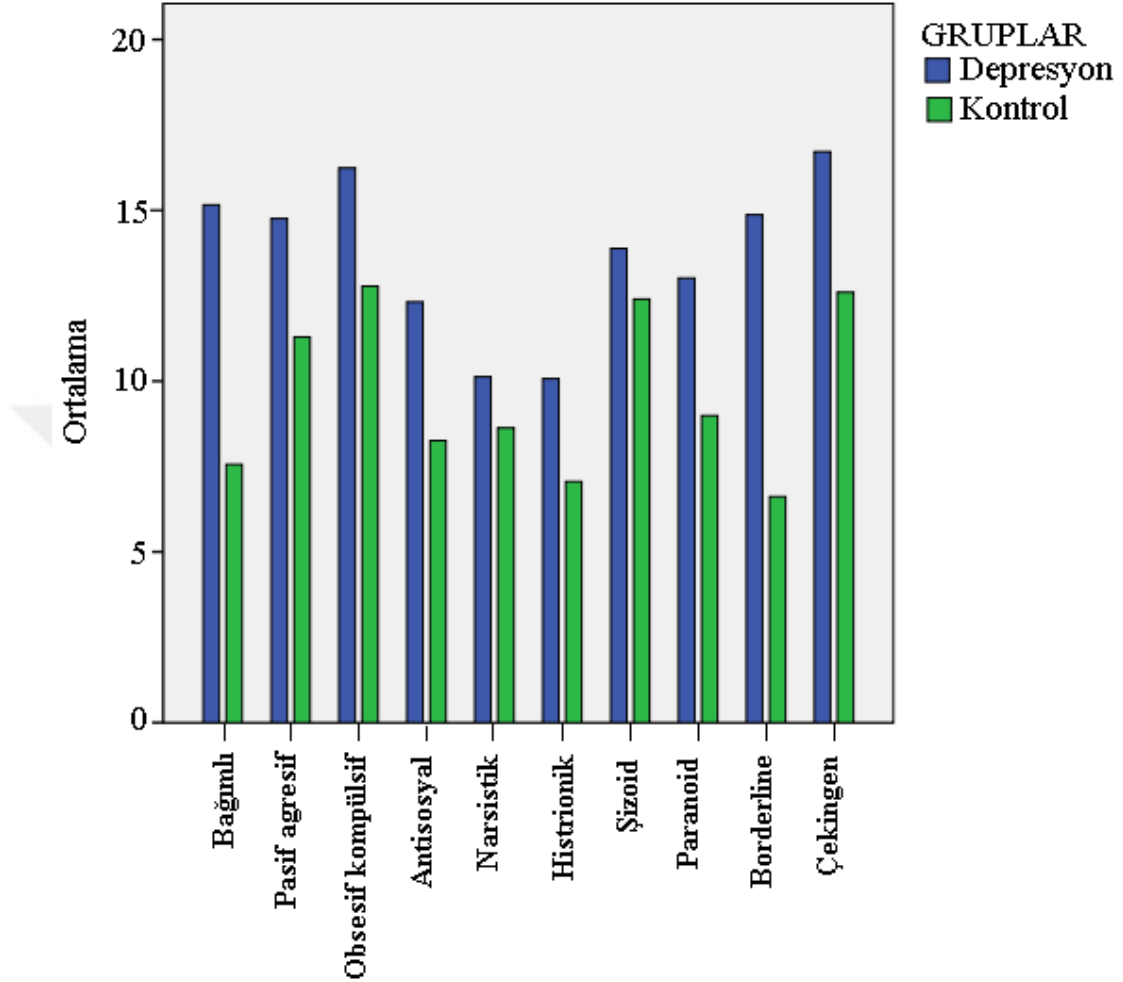
*Yate's Ki-kare Test

**Pearson Ki-kare Test

*Fisher's Exact Test

Depresyon grubunun bağımlı ($p<0.001$), pasif agresif ($p<0.001$), obsesif kompulsif ($p=0.002$), antisosyal ($p<0.001$), histrionik ($p=0.009$), paranoid ($p<0.001$), borderline ($p<0.001$) ve çekingen ($p<0.001$) kişilik alt ölçek puanları depresyon grubunda kontrol grubundan daha yüksekken narsistik ($p=0.160$) ve şizoid

($p=0.139$) alt ölçeklerde depresyon ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık yoktu (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. İki gruptaki olguların KIÖ alt ölçek puanlarının ortalamalarına ait çubuk grafik

Depresyon grubundaki olguların KIÖ'nün bağımlı kişilik inançları alt ölçeği puanı ($p<0.001$), KIÖ-15 ($p=0.001$), KIÖ-18 ($p<0.001$), KIÖ-44 ($p<0.001$), KIÖ-45 ($p<0.001$), KIÖ-56 ($p<0.001$), KIÖ-62 ($p=0.015$) ve KIÖ-63 ($p<0.001$) madde puanları, kontrol grubunun puanlarından anlamlı düzeyde yüksekti (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. İki gruptaki olguların KİÖ'nün bağımlı kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri

KİÖ	GRUPLAR										p
	Depresyon (n=70)					Kontrol (n=73)					
	Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Medy	Min	Maks	
Bağımlı	15.16	6.64	15.50	0	28.00	7.56	4.42	8.00	0	22.00	<0.001*
KİÖ-15	2.71	1.41	3.00	0	4.00	1.85	1.54	2.00	0	4.00	0.001**
KİÖ -18	2.30	1.39	2.50	0	4.00	1.16	1.30	1.00	0	4.00	<0.001**
KİÖ -44	1.50	1.51	1.00	0	4.00	0.25	0.72	0	0	4.00	<0.001**
KİÖ -45	1.79	1.54	2.00	0	4.00	0.32	0.78	0	0	4.00	<0.001**
KİÖ -56	2.46	1.37	3.00	0	4.00	1.21	1.18	1.00	0	4.00	<0.001**
KİÖ -62	2.61	1.38	3.00	0	4.00	2.07	1.33	2.00	0	4.00	0.015**
KİÖ -63	1.79	1.59	1.50	0	4.00	0.71	1.11	0	0	4.00	<0.001**

*Student t Test

**Mann-Whitney U Test

Depresyon grubundaki olguların KİÖ'nün pasif agresif kişilik inançları alt ölçeği puanı ($p<0.001$), KİÖ-7 ($p=0.028$), KİÖ-20 ($p=0.008$), KİÖ-21 ($p=0.026$), KİÖ-41 ($p=0.006$) ve KİÖ-47 ($p=0.007$) madde puanları, kontrol grubunun puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. İki grubun KİÖ-4 ($p=0.051$) ve KİÖ-51 ($p=0.137$) madde puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktu (**Tablo 4.8**).

Tablo 4.8. İki gruptaki olguların KİÖ'nün pasif agresif kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri

	GRUPLAR										p
	Depresyon (n=70)					Kontrol (n=73)					
	Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Medy	Min	Maks	
Pasif agresif	14.76	5.08	15.00	2.00	25.00	11.29	5.17	10.00	1.00	24.00	<0.001
KİÖ-4	2.27	1.39	2.00	0	4.00	1.84	1.21	2.00	0	4.00	0.051
KİÖ-7	2.06	1.28	2.00	0	4.00	1.59	1.13	2.00	0	4.00	0.028
KİÖ-20	2.73	1.27	3.00	0	4.00	2.18	1.27	2.00	0	4.00	0.008
KİÖ-21	2.46	1.27	2.00	0	4.00	1.97	1.28	2.00	0	4.00	0.026
KİÖ-41	1.54	1.34	1.00	0	4.00	0.96	1.11	1.00	0	4.00	0.006
KİÖ-47	1.89	1.38	2.00	0	4.00	1.27	1.22	1.00	0	4.00	0.007
KİÖ-51	1.81	1.37	2.00	0	4.00	1.48	1.33	1.00	0	4.00	0.137

Mann-Whitney U Test

Depresyon grubundaki olguların KIÖ'nün obsesif kompulsif kişilik inançları alt ölçeği puanı ($p=0.002$), KIÖ-6 ($p=0.043$), KIÖ-9 ($p<0.001$), KIÖ-19 ($p=0.005$) ve KIÖ-57 ($p<0.001$) madde puanları, kontrol grubunun puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. İki grubun KIÖ-11 ($p=0.557$), KIÖ-30 ($p=0.332$) ve KIÖ-40 ($p=0.224$) madde puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı (**Tablo 4.9**).

Tablo 4.9. İki gruptaki olguların KIÖ'nün obsesif kompulsif kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri

	GRUPLAR										P
	Depresyon (n=70)					Kontrol (n=73)					
	Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Medy	Min	Maks	
Obsesif kompulsif	16.24	5.80	16.00	4.00	27.00	12.78	6.02	13.00	1.00	26.00	0.002
KİÖ-6	2.10	1.47	2.00	0	4.00	1.60	1.44	1.00	0	4.00	0.043
KİÖ-9	2.83	1.20	3.00	0	4.00	1.99	1.44	2.00	0	4.00	<0.001
KİÖ-11	2.90	1.23	3.00	0	4.00	2.78	1.27	3.00	0	4.00	0.557
KİÖ-19	3.00	1.12	3.00	0	4.00	2.41	1.28	2.00	0	4.00	0.005
KİÖ-30	1.93	1.43	2.00	0	4.00	1.67	1.19	2.00	0	4.00	0.332
KİÖ-40	1.53	1.40	1.00	0	4.00	1.21	1.15	1.00	0	4.00	0.224
KİÖ-57	1.96	1.38	2.00	0	4.00	1.12	1.21	1.00	0	4.00	<0.001

Mann-Whitney U Test

Depresyon grubundaki olguların KIÖ'nün antisosyal kişilik inançları alt ölçeği puanı ($p<0.001$), KIÖ-23 ($p=0.002$), KIÖ-32 ($p=0.006$), KIÖ-38 ($p<0.001$), KIÖ-42 ($p=0.044$) ve KIÖ-61 ($p=0.019$) madde puanları, kontrol grubunun puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Grupların KIÖ-35 ($p=0.350$) ve KIÖ-59 ($p=0.068$) madde puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı (**Tablo 4.10**).

Tablo 4.10. İki gruptaki olguların KİÖ'nün antisosyal kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri

	GRUPLAR										P
	Depresyon (n=70)					Kontrol (n=73)					
	Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Medy	Min	Maks	
Antisosyal	12.31	6.48	12.00	0	25.00	8.26	4.90	8.00	0	20.00	<0.001
KİÖ-23	1.80	1.44	2.00	0	4.00	1.07	1.13	1.00	0	4.00	0.002
KİÖ-32	2.47	1.44	3.00	0	4.00	1.78	1.46	2.00	0	4.00	0.006
KİÖ-35	2.36	1.44	2.50	0	4.00	2.15	1.35	2.00	0	4.00	0.350
KİÖ-38	1.91	1.42	2.00	0	4.00	0.81	1.02	0	0	4.00	<0.001
KİÖ-42	1.86	1.53	1.50	0	4.00	1.36	1.42	1.00	0	4.00	0.044
KİÖ-59	1.33	1.41	1.00	0	4.00	0.85	1.02	1.00	0	4.00	0.068
KİÖ-61	0.59	1.04	0	0	4.00	0.25	0.64	0	0	3.00	0.019

Mann-Whitney U Test

İki grubun KİÖ'nün narsistik kişilik inançları alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı ($p=0.160$). Depresyon grubundaki olguların KİÖ-46 ($p=0.033$) madde puanları, kontrol grubunun puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Grupların KİÖ-10 ($p=0.924$), KİÖ-16 ($p=0.184$), KİÖ-26 ($p=0.339$), KİÖ-27 ($p=0.077$), KİÖ-58 ($p=0.659$) ve KİÖ-60 ($p=0.771$) madde puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı (**Tablo 4.11**).

Tablo 4.11. İki gruptaki olguların KİÖ'nün narsistik kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri

	GRUPLAR										P
	Depresyon (n=70)					Kontrol (n=73)					
	Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Medy	Min	Maks	
Narsistik	10.13	6.03	10.00	0	24.00	8.63	5.44	8.00	0	22.00	0.160
KİÖ-10	2.89	1.23	3.00	0	4.00	2.85	1.35	3.00	0	4.00	0.924
KİÖ-16	1.54	1.38	1.00	0	4.00	1.22	1.19	1.00	0	4.00	0.184
KİÖ-26	1.69	1.50	2.00	0	4.00	1.47	1.52	1.00	0	4.00	0.339
KİÖ-27	1.06	1.43	0	0	4.00	0.64	1.10	0	0	4.00	0.077
KİÖ-46	0.73	1.14	0	0	4.00	0.33	0.75	0	0	4.00	0.033
KİÖ-58	1.00	1.31	0	0	4.00	0.82	1.10	0	0	4.00	0.659
KİÖ-60	1.23	1.33	1.00	0	4.00	1.30	1.38	1.00	0	4.00	0.771

Mann-Whitney U Test

Depresyon grubundaki olguların KİÖ'nün histrionik kişilik inançları alt ölçeği puanı ($p=0.009$), KİÖ-52 ($p=0.011$), KİÖ-54 ($p=0.004$), KİÖ-55 ($p<0.001$) ve KİÖ-37 ($p=0.007$) madde puanları, kontrol grubunun puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Grupların KİÖ-8 ($p=0.737$), KİÖ-22 ($p=0.434$) ve KİÖ-34 ($p=0.747$) madde puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı (**Tablo 4.12**).

Tablo 4.12. İki gruptaki olguların KİÖ'nün histrionik kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri

	GRUPLAR										P
	Depresyon (n=70)					Kontrol (n=73)					
	Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Medy	Min	Maks	
Histrionik	10.07	6.77	9.50	0	24.00	7.05	5.18	5.00	0	22.00	0.009
KiÖ-8	1.29	1.19	1.00	0	4.00	1.21	1.11	1.00	0	4.00	0.737
KiÖ-22	1.39	1.45	1.00	0	4.00	1.10	1.07	1.00	0	4.00	0.434
KiÖ-34	1.40	1.44	1.00	0	4.00	1.33	1.42	1.00	0	4.00	0.747
KiÖ-37	1.11	1.31	1.00	0	4.00	0.63	1.09	0	0	4.00	0.007
KiÖ-52	2.43	1.41	3.00	0	4.00	1.84	1.38	2.00	0	4.00	0.011
KiÖ-54	1.24	1.44	1.00	0	4.00	0.56	0.91	0	0	4.00	0.004
KiÖ-55	1.21	1.35	1.00	0	4.00	0.40	0.89	0	0	4.00	<0.001

Mann-Whitney U Test

Grupların KİÖ'nün şizoid kişilik inançları alt ölçeği puanı ($p=0.139$), KİÖ-12 ($p=0.796$), KİÖ-25 ($p=0.316$), KİÖ-28 ($p=0.249$) ve KİÖ-29 ($p=0.623$), KİÖ-36 ($p=0.179$), KİÖ-50 ($p=0.532$) ve KİÖ-53 ($p=0.383$) madde puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı (**Tablo 4.13**).

Tablo 4.13. İki gruptaki olguların KİÖ'nün şizoid kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri

	GRUPLAR										P
	Depresyon (n=70)					Kontrol (n=73)					
	Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Medy	Min	Maks	
Şizoid	13.89	5.60	14.00	3.00	27.00	12.40	6.23	13.00	2.00	28.00	0.139
KİÖ-12	2.06	1.41	2.00	0	4.00	1.99	1.38	2.00	0	4.00	0.796
KİÖ-25	1.90	1.42	2.00	0	4.00	1.67	1.33	2.00	0	4.00	0.316
KİÖ-28	2.04	1.48	2.00	0	4.00	1.75	1.47	2.00	0	4.00	0.249
KİÖ-29	2.11	1.46	2.00	0	4.00	1.99	1.41	2.00	0	4.00	0.623
KİÖ-36	1.87	1.58	2.00	0	4.00	1.49	1.41	1.00	0	4.00	0.179
KİÖ-50	2.37	1.34	3.00	0	4.00	2.21	1.46	2.00	0	4.00	0.532
KİÖ-53	1.53	1.40	1.00	0	4.00	1.30	1.27	1.00	0	4.00	0.383

Mann-Whitney U Test

Depresyon grubundaki olguların KİÖ'nün paranoid kişilik inançları alt ölçeği puanı ($p<0.001$), KİÖ-13 ($p=0.037$), KİÖ-17 ($p<0.001$), KİÖ-24 ($p=0.001$) ve KİÖ-49 ($p=0.007$) madde puanları, kontrol grubunun puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Grupların KİÖ-3 ($p=0.077$), KİÖ-14 ($p=0.060$) ve KİÖ-48 ($p=0.070$) madde puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktu (**Tablo 4.14**).

Tablo 4.14. İki gruptaki olguların KİÖ'nün paranoid kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri

	GRUPLAR										P
	Depresyon (n=70)					Kontrol (n=73)					
	Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Medy	Min	Maks	
Paranoid	13.01	6.73	13.00	0	26.00	8.99	6.20	10.00	0	25.00	<0.001*
KiÖ-3	1.50	1.32	1.00	0	4.00	1.11	1.16	1.00	0	4.00	0.077**
KiÖ-13	2.37	1.46	3.00	0	4.00	1.85	1.49	2.00	0	4.00	0.037**
KiÖ-14	1.66	1.40	1.00	0	4.00	1.19	1.13	1.00	0	4.00	0.060**
KiÖ-17	1.20	1.39	1.00	0	4.00	.45	0.87	.00	0	4.00	<0.001**
KiÖ-24	2.06	1.42	2.00	0	4.00	1.23	1.37	1.00	0	4.00	0.001**
KiÖ-48	2.04	1.38	2.00	0	4.00	1.63	1.42	1.00	0	4.00	0.070**
KiÖ-49	2.19	1.47	2.00	0	4.00	1.52	1.43	1.00	0	4.00	0.007**

*Student t Test

**Mann-Whitney U Test

Depresyon grubundaki olguların KİÖ'nün borderline kişilik inançları alt ölçeği puanı ($p<0.001$), KİÖ-31 ($p<0.001$), KİÖ-44 ($p<0.001$), KİÖ-45 ($p<0.001$), KİÖ-49 ($p=0.007$), KİÖ-56 ($p<0.001$), KİÖ-64 ($p<0.001$) ve KİÖ-65 ($p<0.001$) madde puanları, kontrol grubunun puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (**Tablo 4.15**).

Tablo 4.15. İki gruptaki olguların KİÖ'nün borderline kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri

	GRUPLAR										P
	Depresyon (n=70)					Kontrol (n=73)					
	Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Medy	Min	Maks	
Borderline	14.87	6.63	15.50	1.00	28.00	6.62	4.50	6.00	0	19.00	<0.001*
KİÖ-31	2.49	1.40	3.00	0	4.00	1.38	1.36	1.00	0	4.00	<0.001**
KİÖ-44	1.50	1.51	1.00	0	4.00	0.25	0.72	0	0	4.00	<0.001**
KİÖ-45	1.79	1.54	2.00	0	4.00	0.32	0.78	0	0	4.00	<0.001**
KİÖ-49	2.19	1.47	2.00	0	4.00	1.52	1.43	1.00	0	4.00	0.007**
KİÖ -56	2.46	1.37	3.00	0	4.00	1.21	1.18	1.00	0	4.00	<0.001**
KİÖ-64	2.06	1.27	2.00	0	4.00	1.16	1.17	1.00	0	4.00	<0.001**
KİÖ-65	2.40	1.43	2.50	0	4.00	0.78	1.13	0	0	4.00	<0.001**

*Student t Test

**Mann-Whitney U Test

Depresyon grubundaki olguların KİÖ'nün çekingen kişilik inançları alt ölçeği puanı ($p<0.001$), KİÖ-1 ($p=0.040$), KİÖ-2 ($p=0.050$), KİÖ-5 ($p=0.021$), KİÖ-31 ($p<0.001$) ve KİÖ-39 ($p=0.001$) madde puanları, kontrol grubunun puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. İki grubun KİÖ-33 ($p=0.101$) ve KİÖ-43 ($p=0.051$) madde puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. İki gruptaki olguların KİÖ'nün çekingen kişilik inançları alt ölçeği ve ilgili ölçek maddelerinin puan değerleri

	GRUPLAR										P
	Depresyon (n=70)					Kontrol (n=73)					
	Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Medy	Min	Maks	
Çekingen	16.71	5.52	17.00	3.00	28.00	12.60	5.22	12.00	4.00	23.00	<0.001*
KİÖ-1	3.30	1.07	4.00	0	4.00	2.89	1.26	3.00	0	4.00	0.040**
KİÖ-2	3.06	1.18	4.00	0	4.00	2.63	1.35	3.00	0	4.00	0.050**
KİÖ-5	2.91	1.19	3.00	0	4.00	2.37	1.40	2.00	0	4.00	0.021**
KİÖ-31	2.49	1.40	3.00	0	4.00	1.38	1.36	1.00	0	4.00	<0.001**
KİÖ-33	2.06	1.34	2.00	0	4.00	1.70	1.38	2.00	0	4.00	0.101**
KİÖ-39	2.01	1.49	2.00	0	4.00	1.21	1.15	1.00	0	4.00	0.001**
KİÖ-43	0.89	1.29	0	0	4.00	0.42	0.82	0	0	4.00	0.051**

*Student t Test

**Mann-Whitney U Test

5. TARTIŞMA

Depresyon ve kişilik bozuklukları ilişkisi klinik, terapötik ve prognostik açıdan önem taşımaktadır. Bu tez çalışmasının amacı depresyon tanısı alan hastaların, sağlıklı kontrollere göre patolojik düzeyde kişilik özelliklerini daha çok gösterdiklerini ve bu özelliklerinin tiplerini Kişilik İnanç Ölçeği aracılığıyla saptamaktı.

Herhangi bir psikopatolojinin ortaya çıkışında kalıtsal ve kazanılmış etkenlerin rolü olduğu¹²⁶; kronik depresyonu olan hastaların, yaşamın erken dönemlerinde travma veya olumsuz aile ilişkilerine maruz kaldığı bilinmektedir.^{127,128} Genç erişkinlerde depresyona yatkınlık oluşturan psikososyal etkenler; aile patolojisi, aile etkileşimleri¹²⁹, sosyal destek ve yaşam stresörleridir.¹³⁰ Çalışmamıza katılan depresyon hastalarından, çocukluklarında babalarının annelerine şiddet uygulamasına en az bir kez tanıklık edenlerin kontrol grubundakilerin sayısından anlamlı düzeyde yüksek olması beklenen bir bulgu olmakla birlikte çocuklukta şiddete maruz kalma açısından gruplar arasında farklılık olmaması literatürden farklı bir bulguydu. Ayrıca depresyon grubundaki bekar olguların, çalışmayanların, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanların ve çocuklukta ebeveynlerinden ayrı kalanların sıklıklarının kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olması da benzer nedenlerle beklenen bir bulgudur. Daha önceki çalışmalarda kişilik bozukluklarının depresyon hastalarındaki intihar düşüncelerini, girişimlerini ve tamamlanmış intiharları da etkilediği gösterilmiş. Borderline kişilik bozukluğunun depresyondaki hastaların intihar düşüncelerine ve girişimlerine etkilerini gösteren çok sayıda çalışma varsa da C küme kişilik bozuklukları ile ilgili bu konuda pek çalışma yoktur. Bu konuda yapılan 2 çalışmada; depresyonlu hastalarda bağımlı kişilik bozukluğunun intihar girişimleri ile yüksek oranda ilişkili olduğu hatta 3 yıllık izlemde sonraki olabilecek intihar girişimlerini öngörebileceği bulunmuş.¹³¹ Bizim çalışmamızda da daha önce intihar girişimi olma durumu, işlevsel olmayan inanç puanları yüksek olan depresyon grubunda sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti.

Kişilik inançları ölçeği klinikte; bilişsel bir profil çıkartmak ve tedavide kullanılabilecek disfonksiyonel inançları tanımlamada kullanılabilir. İnançların değerlendirilmesi, ampirik ilgisi yetersiz kabul edilen kişilik prototiplerinin kurgu geçerliliğini de incelemeye izin verir. Eğer davranışsal kriterler temelinde tanımlanan her prototipin kesin inançları olduğu ayrıca gösterilebilirse bu tür bulgular, prototiplerin geçerliliği için zorunlu desteği sağlayabilir. Dahası inançların değerlendirilmesi, DSM 5'te de önerilen kişiliğin özellik-temelli modeli için de yeterli olur. Bu değerlendirmeler, patolojik kişilik tiplerinin özelliklerinin tanımlanmasında göz önüne alınan disfonksiyonel inanç niceliklendirilmesine de izin verir.⁹⁹

Depresyon ve kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiyi içeren araştırmalarda; kişilik bozukluğunun farklı kavramları ve tanı geçerliliği, duygudurumun tanı üzerindeki etkisi, duygudurum semptomları ile kişilik bozukluğu belirtilerinin örtüşmesi gibi metodolojik faktörler nedeniyle farklılıklar mevcuttur. Pek çok kişilik özellikleri ve bozuklukları depresyonun psikopatolojisinin bir parçası olabilir ve ortak bir kökeni paylaşıyor olabilir.¹³²

Depresyona komorbid kişilik bozukluğu oranı son çalışmalarda %43 ile %64 arasındadır. Bu oranlar yapılandırılmış görüşme kullanılan önceki çalışmalarla benzerdir. Bu da komorbid kişilik patolojisinin depresyondaki hastalarda sık bir durum olduğunu ve potansiyel olarak önemli olduğunu gösterir. En sık görülen kişilik bozuklukları çekingen, borderline ve daha değişken olarak da paranoid ve obsesif kompulsif tipler olarak görülüyor.¹³²

Corruble ve arkadaşlarının yaptığı bir gözden geçirmeye göre depresyonu olan yatan hastalarda %20-50, ayaktan hastalarda %50-85 oranlarında kişilik bozukluğu olduğu tahmin edilmektedir. B küme kişilik bozuklukları, özellikle borderline (%1-30), histrionik (%2-20) ve antisosyal (%0-10) yüksek orandayken narsisistik (%5'ten az) nadir olarak saptanmış. C küme kişilik bozukluklarının asıl karakteristiği de çalışmalar arasında obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (prevelansı tutarlı ve %0-20 arasında yüksek) dışında çok değişken oranları olmasıdır. A küme kişilik bozuklukları ile ilgili sonuçlar da heterojen. Şizotipal k.b. yüksekçe (%0-20) iken paranoid kişilik bozukluğu düşük (%5'ten az), şizoid kişilik bozukluğu sonuçları ise çalışmalar arasında farklılık gösteriyor.¹³³ Bizim çalışmamızda da B

kümede yer alan borderline, histrionik ve antisosyal kişilik özellikleri depresyonu olanlarda daha belirgindi ancak Corruble'nin gözden geçirmesinin sonuçlarından farklı olarak C kümede yer alan tüm kişilik özellikleri (çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif özellikler) ve A kümede yer alan paranoid kişilik özelliği istatistiksel anlamlılığı yüksek düzeyde depresyon grubunda daha belirgindi. Narsisistik ve şizoid kişilik özellikleri açısından depresyon grubuyla sağlıklı grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmaması da bu gözden geçirmenin sonuçlarıyla paralellik gösteriyor. Skodol ve arkadaşlarının çalışmasında ise; mevcut ve yaşam boyu olan duygudurum bozuklukları ile kişilik bozuklukları birlikteliği oranları hesaplanmış, diğer DSM-IV kişilik bozuklukları ile karşılaştırıldığında depresyondaki kişilerde borderline, çekingen, bağımlı kişilik bozukluklarının daha çok olduğu öne sürülmüş.¹³⁴

Rossi ve arkadaşlarının çalışmasında 117 depresif ve 71 bipolar hasta SCID-II ile kişilik bozukluğu açısından değerlendirilmiş. Depresif hastalarda çekingen kişilik bozukluğu %31.6, borderline kişilik bozukluğu %30.8 ile en sık kişilik bozuklukları olarak bulunmuş. Bipolar grupta ise obsesif kompulsif kişilik bozukluğu %32.4, borderline kişilik bozukluğu %29.6 ve çekingen kişilik bozukluğu %19.7 saptanmış.¹³⁵ Bu sonuç da bizim çalışmamızda olduğu gibi çekingen ve borderline kişilik özelliklerinin depresyon ile ilişkisinin kuvvetli olduğunu düşüncesini destekliyor.

Çok merkezli bir çalışmada süregelen majör depresyonlu ve çifte depresyonlu hastalarda her hangi bir kişilik bozukluğu eş hastalanma oranı %51 olarak bulunmuştur. Şiddetli borderline kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu ve şizotipal kişilik bozukluğu olan bireylerin dışlandığı başka bir çalışmada Keller ve ark. (1998) süregelen depresyonla en sık birlikte görülen kişilik bozukluğunu çekingen kişilik bozukluğu olarak bulmuşlardır (%25). Onu, obsesif kompulsif (%18) ve self-defeating kişilik bozukluğu (%16) izlemiştir.¹³⁶

Daha yeni bir çalışma olan 'National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions' (NESARC, N = 43,093) çalışmasında Amerika'da genel popülasyonda %7.88 oranı ile obsesif kompulsif kişilik bozukluğun en sık kişilik bozukluğu tipi olduğu ve son 1 yıl içinde depresyon tanısı alanlarda da en sık

komorbid kişilik bozukluğunun %22.5 oranı ile yine obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olduğu bulunmuş.¹³⁷

Grant ve arkadaşlarının çalışmasında da depresyondaki hastalarda tüm kişilik bozukluklarının daha fazla olduğunu ve en yüksek prevalansın paranoid kişilik bozukluğu ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olduğunu öne sürdüler.¹³⁸

Bu çalışmalardan farklı olarak bizim çalışmamızda depresyon grubunda daha belirgin görülen kişilik özelliklerinden istatistiksel anlamlılığı diğerlerine göre daha yüksek olanlar da paranoid, borderline, çekingen bağımlı, pasif agresif ve antisosyal özelliklerdi. Literatürdeki çalışmalarda obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun depresyonu olan hastalarda diğerlerine göre daha çok görüldüğü sık tekrarlanan bir bulgu olmasına rağmen bizim çalışmamızda depresyon grubundaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte anlamlılık düzeyi diğer özelliklere göre daha düşüktü.

Bizim çalışmamızda şizoid ve narsisistik kişilik özellikleri bakımından depresyonu olanlarla olmayanlar arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Narsisistik kişilik bozukluğu tanısı diğer kişilik bozuklukları içinde ampirik dikkati en az çeken kişilik bozukluğudur ve uzun yıllardır komorbid durumlarla ilgili yeterince çalışılmamıştır. 2009'da Stinson ve arkadaşlarının 2. dalga National Epidemiological Survey sonuçlarını değerlendirdiği çalışmada; genel olarak psikiyatrik hastalığı olanlarda narsisistik kişilik bozukluğu oranı, narsisistik kişilik bozukluğu olanlarda psikiyatrik hastalık birlikteliği oranlarından daha yüksek bulunmuş. Narsisistik kişilik bozukluğu olan erkeklerde daha çok bipolar 1 bozukluk ve madde kullanım bozukluğunun, kadınlarda ise daha çok anksiyete bozukluklarının görüldüğü saptanmış, bu bulgular da depresyon ile narsisistik kişilik özellikleri arasında zayıf bir ilişki olduğunu destekliyor.¹³⁹ Klinik olarak da depresyonu olan kişilerdeki işlevsel olmayan inançlar; narsisistik kişilik özelliklerindeki gibi kendini aşırı derecede önemseme ve şizoid kişilik özelliklerindeki gibi çevre tarafından nasıl değerlendirileceğini önemsememe tarzındaki inançlardan nitelik olarak da farklılık gösterir. Depresif hastalarda narsisistik ve şizoid kişilik özelliklerine uygun inançlara daha az rastlanması bu türden inançların depresyona yatkınlıkla ilişkili olmadığını düşündürülebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonucunda depresyon grubunun bağımlı, pasif agresif, obsesif kompulsif, antisosyal, histrionik, paranoid, borderline ve çekingen kişilik alt ölçek puanları kontrol grubundan daha yüksekken narsisistik ve şizoid alt ölçeklerde her iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık yoktu.

Bekar olma, çalışmama-işsizlik, çocukluklarında babalarının annelerine şiddet uygulamasına tanıklık etme, çocuklukta ebeveynlerinden ayrı kalma, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması durumlarının depresyon grubunda kontrol grubundan daha yüksek olması da depresyon hastalarında kişilik patolojilerinin daha belirgin olması ile ilişkilendirilebilir.

Depresyondaki hastalara durum etkisi yüzünden kişilik bozukluğu tanısı konması hatalı olduğundan, kişilik bozukluğu ve depresyon semptomlarının örtüşmesi nedeniyle kişilik bozukluğu semptomlarının değişiminin duygudurum semptomlarının değişmesinden etkilendiğinden, kişilik bozukluğu semptomları depresyondaki bir kişide maskelenebileceğinden ve antidepresanlar kişilik bozukluğu tedavisinde de etkili olduğundan depresyonlu hastalarda kişilik bozukluğu tanısı koymak ve tedaviye yanıtını izlemek çok geçerli değildir.¹⁴⁰

Bu çalışmanın kısıtlılıkları arasında; çalışmaya alınan kişilerdeki kişilik özelliklerinin başka bir değerlendirme yöntemi ile karşılaştırılmaması, hastaların psikiyatrik bir tedavi almakta olmaları ve kesitsel bir süreçte değerlendirme yapılmış olması yer alabilir. Diğer değerlendirme yöntemleri aracılığıyla da depresyona eşlik eden kişilik özelliklerinin saptanması, bu yöntemlerin birbiriyle tutarlılıklarının araştırılması klinik açıdan yarar sağlayabilir ancak bunların ötesinde depresyona eşlik eden kişilik özelliklerini saptamada temel motivasyonun eşanı koymaya çalışmaktansa hastayı anlamaya ve tedavide bütüncül yaklaşımı sağlamaya yöneltilmesi uygun olabilir.

ÖZET

Yücens B. Depresyon hastalarının kişilik özelliklerinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması. S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2012.

Depresyon; çökkünlük, karamsarlığı içeren duygudurumla birlikte olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan artık eskisi gibi zevk alamama, bunlara karşı ilginin kaybolmasıyla kendini gösterir. Kişilik özellikleri depresyon tanısında ve tedavisinde rol oynayabilir. Depresyon ile ilişkili kişilik özelliklerinin ve bu ilişkinin olası sonuçlarının açığa çıkarılması, depresyonun anlaşılması ve iyileştirilmesi için önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, depresyon tanısı alan hastaların, sağlıklı kontrollere göre patolojik düzeyde kişilik özelliklerini daha çok gösterip göstermediklerini ve bu hastalarda hangi kişilik özelliklerinin daha sık olduğunu saptamaktır. Bu amaçla çalışmaya Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri kliniğine başvuran hastalardan DSM-IV tanı ölçütlerine göre Majör Depresif Bozukluk tanısı almış olan 70 hasta ile 73 sağlıklı kontrol alındı. Çalışmaya alınanlara Sosyodemografik Veri Formu ve Kişilik İnanç Ölçeği uygulandı. Sonuçlar SPSS 11.5 kullanılarak analiz edilmiştir.

Depresyon grubu ve sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında depresyon grubunda bağımlı, pasif agresif, obsesif kompulsif, antisosyal, histrionik, paranoid, borderline ve çekingen kişilik alt ölçek puanları kontrol grubundan daha yüksekti.

Bu bulgular ile depresyon hastalarında patolojik düzeyde olan kişilik özelliklerinin daha çok bulunmasının, hastalığın gidişini öngörmede ve tedavi yöntemini belirlemede önemli bir rol oynayacağından bu özellikleri saptamanın faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

ABSTRACT

Yücens. B. Comparison of personality characteristics between patients with depression and healthy controls. Ankara Dışkapı YB Training and Research Hospital Dept. of Psychiatry, MD Thesis, Ankara, Turkey, 2012.

Depression is a state of low mood and pessimism, depressed people lose interest in activities that once were pleasurable. Personality traits play a role in the diagnosis and treatment of depression. It is important to reveal that personality traits associated with depression and the possible consequences of this relationship.

The purpose of this study was to determine that the patients with depression have shown personality traits in more pathological levels when compared with healthy controls and which personality traits are more common in these patients. For this purpose, 73 patients diagnosed with depression according to DSM-IV diagnostic criterias and 70 healthy controls who applied to Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital Psychiatry Clinic were included in this study. And people in the study were given a sociodemographic questionnaire and the Personality Belief Questionnaire. Results were analyzed with SPSS 11.5.

In the findings; when compared with the healthy group dependent, passive-aggressive, obsessive compulsive, antisocial, histrionic, paranoid, borderline and avoidant personality subscale scores were higher in the depression group.

As a result of these findings; we think that would be useful to recognise the prominent personality traits in the patients with depression because of the reason that this can play an important role for the prognosis and treatment method of depression.

KAYNAKÇA

1. Uluşahin A. Depresyona genel yaklaşım. Türkiye Tıp Dergisi 2003;10:79-88.
2. Millon T. Personality Disorders in Modern Life. Second Edition John Wiley & Sons, Inc., New Jersey; 2004
3. Bagby RM, Quilty LC, Ryder AC. Personality and Depression. The Canadian Journal of Psychiatry, Vol 53, No 1, January 2008
4. Robert MA. Hirschfeld MD. Personality Disorders and Depression: Comorbidity Depression and Anxiety 1999;10:142-6.
5. Parke G, Wilhelm K, Mitchell P, Gladstone G. Predictors of 1-year outcome in depression Australian and New Zealand. Journal of Psychiatry 2000;34:56-64.
6. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T: Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. Br J Psychiatry 2006; 188:13–20
7. Beck, AT. Freeman A. Davis DD. Cognitive therapy of personality disorders 2nd ed. New York: The Guildford Press; 2004
8. Beck JS. Complex cognitive therapy treatment for personality disorder patients. Bulletin of the Menninger Clinic 1998; 62(2), 170–194
9. Hoboken, NJ Cognitive therapy for the personality disorders. Handbook of personology and psychopathology In S. Strack (Ed.), John Wiley & Sons, Inc. pp. 442–461.
10. Akiskal HS. Mood Disorders: Historical Introduction and Conceptual Overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins; 2005.p.1559-75.
11. Preskorn SH. Depresyonun Ayaktan Tedavisi. 2nd ed. Bursa; 1999.

12. Çifter İ. Depresyon Kavramının Gelişimi. Depresyon Monografı Serisi 1, Hekimler Yayın Birliği; 1993. p.5-18.
13. Ceylan E, Oral T. Tarihçe, Mani ve Depresyon Kavramlarının Oluşumu. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, 4. Cilt, Duygudurum Bozuklukları, İstanbul: 2001. p.1-10.
14. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times; conception, birth and rebirth. Journal of Affective Disorders 2001; 67;3-19
15. Akiskal HS. 13.1 Duygudurum Bozuklukları: Tarihsel Gelişimi ve Kavramın Tanıtımı. In: Sadock B, Sadock V, eds. Aydın H, Bozkurt A, (çev. eds). Türkçe Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı. Ankara: Öncü Basımevi; 2007. p.1559-75.
16. Goodwin, F.K. and Jamison, K.R. (2007) Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression, Oxford University Press, New York.
17. Hamilton M: Mood Disorders: clinical features. Comprehensive Textbook of Psychiatry/V. (Eds.) Kaplan HI, Sadock BJ; Baltimore, Williams & Wilkins Company, 1989
18. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubin-Stiper M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. Journal of the American Medical Association, 1996; 276: 293-9.
19. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS; The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. 2003 Jun 18;289(23):3095-105
20. Blazer, Dan G.; Kessler, Ronald C.; McGonagle, Katherine A.; Swartz, Marvin S; The prevalence and distribution of major depression in a national community

sample: The National Comorbidity Survey. *The American Journal of Psychiatry*, Vol 151(7), Jul 1994, 979-986.

21. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine* 2011;9(1): 90.
22. Craighead, W. E., Sheets, E. S., Brosse, A. L., & Ilardi, S. S. (2007). Psychosocial treatments for major depressive disorder. In P. E. Nathan, & Gorman, J.M. (Ed.), *A guide to treatments that work* (3 ed.). New York: Oxford University Press.
23. Friis R, Wittchen H, Pfister H, Lieb R: Life events and changes in the course of depression in young adults. *Eur Psychiatry* 2002, 17:241-253.
24. Tennant C: Female vulnerability to depression. *Psychol Med* 1985, 15:733-24
25. Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL, Blazer DG, Karno M, Bruce ML, Florio LP: Affective disorders in five United States communities. *Psychol Med* 1988, 18:141-153.
26. Kessler R, McGonagle K, Swartz M, Blazer D, Nelson C: Sex and depression in the National Comorbidity Survey 1: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993, 29:85-96.
27. Coryell W, Endicott J, Andreasen N, Keller M: Bipolar I, bipolar II and non bipolar major depression among the relatives of affectively ill probands. *Am J Psychiatry* 1985, 142:817-821.
28. Heim C, Newport D, Wagner D, Wilcox M, Miller A, Nemeroff CB: The role of early adverse experience and adulthood stress in the prediction of neuroendocrine stress reactivity in women: a multiple regression analysis. *Depress Anxiety* 2002, 15:117-125.

29. Farmer A, Redman K, Harris T, Mahmood A, Sadler S, McGuffin P: Sensation-seeking, life events and depression. The Cardiff Depression Study. *Br J Psychiatry* 2001, 178:549-552.
30. Paykel E: The evolution of life events research in psychiatry. *J Affect Disord* 2001, 62:141-149.
31. Paykel E: Stress and affective disorders in humans. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2001, 6:4-11.
32. Paykel E: Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand* 1994, 377(Suppl):50-58.
33. Iacovides A, Fountoulakis K, Fotiou F, Kaprinis G: Relationship of personality disorders to DSM-IV subtypes of major depression. *Can J Psychiatry* 2002, 47:196-197.
34. Fotiou F, Fountoulakis K, Iacovides A, Kaprinis G: Pattern-reversed visual evoked potentials in subtypes of major depression. *Psychiatry Res* 2003, 15:259-271.
35. Rijdsdijk FV, Sham PC, Sterne A, Purcell S, McGuffin P, Farmer A, Goldberg D, Mann A, Cherny SS, Webster M, Ball D, Eley TC, Plomin R: Life events and depression in a community sample of siblings. *Psychol Med* 2001, 31:401-410.
36. Pine D, Cohen P, Johnson J, Brook J: Adolescent life events as predictors of adult depression. *J Affect Disord* 2002, 68:49-57.
37. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
38. Burke, K. C., Burke, J. D., Jr, Rae, D. S., & Regier, D. A. (1991). Comparing age at onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts

in five US community populations. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 789-795. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810330013002

39. Zisook, S., Lesser, I., Stewart, J. W., Wisniewski, S. R., Balasubramani, G. K., Fava, M. Rush, A. J. (2007). Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1539-1546. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06101757
40. Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184(5), 386-392. doi: 10.1192/bjp.184.5.386
41. Nolen-Hoeksema S, GigusJS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychol Bull* 1994;115:424-43.
42. Seeman MV. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *Am J Psychiatr* 1997;154:1641-7.
43. Kornstein SG. Gender differences in depression: implications for treatment. *J Clin Psychiatry* 1997;(suppl 15) 58:12-8.
44. Roy A. Suicide, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, VI. Edited by Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, MD, Williams & Wilkins; 1995. p. 1739-51.
45. Legato MJ. Gender-specific physiology: how real is it? How important is it? *Int J Ferdi Womens Med* 1997;42:19-29
46. Ohayon MM, Priest RG, Guilleminault C, Caulet M. The prevalance of depressive disorders in the United Kingdom. *Biol Psychi atry* 1999;45(3):300-7.
47. Doğan O. Bölüm 19: Depresif Bozuklukların Epidemiyolojisi. 1. Baskı. Sivas: Es form Ofset; 2011. p.267-83.

48. Fava, M., Uelbacker, L., Alpert, J.E., Nierenberg, A.A., Pava, J.A., Rosenbaum, J.F.(1997). Major depressive subtypes and treatment response. *Biological Psychiatry*, 42, 568-576. doi: 10.1016/S0006-3223(96)00440-4
49. Young, J. F., Mufson, L., & Davies, M. (2006). Impact of comorbid anxiety in an effectiveness study of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 904- 912. doi: 10.1097/01.chi.0000222791.23927.5f
50. Ansseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Albert, A., Leyman, S., & Mignon, A. (2008). Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: The GADIS II study (Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II). *Depression and Anxiety*, 25(6), 506-513. doi: 10.1002/da.2030629.
51. Keller, M. B., Lavori, P. W., Lewis, C. E., & Klerman, G. L. (1983). Predictors of relapse in major depressive disorder. *JAMA*, 250(24), 3299-3304. doi: 10.1001/jama.250.24.3299
52. Reich, J. H., & Green, A. I. (1991). Effect of personality disorders on outcome of treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(2), 74-82. doi: 10.1097/00005053-199102000-00003
53. Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W., Maser, J. D. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1000-1006.
54. Aşkın R. Depresyon El Kitabı. 2nd ed. Konya; 1999.
55. Akiskal HS. Mood Disorders: Introduction and Overview. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 2000. p. 1284-98.
56. Özmen M. Depresyonda Dinamik Nedenler. *Duygudurum Dizisi* 2001;6(283-7)

57. Beck AT. Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania, 1967
58. Türkçapar MH. Depresyon. HYB Basım Yayın, Ankara, 2009
59. Beck J. Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi. 1. Basım. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 2001
60. Fountoulakis KN. The emerging modern face of mood disorders: a didactic editorial with a detailed presentation of data and definitions. *Annals of General Psychiatry* 2010, 9:14
61. Abramson LY, Seligman ME, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 1978;87(1): 49-74.
62. Carvalho JP, Hopko DR. Behavioral theory of depression: reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011;42(2):154- 62.
63. Racagni G, Brunella N. Physiology to functionality: the brain and neurotransmitter activity. *Int Clin Psychopharmacol* 1999;14(Suppl 1):3-7
64. Stahl SM. Basic psychopharmacology of antidepressant, part 1: Antidepressants have seven distinct mechanism of action. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 4):5-14
65. Evans D, Golden R: The dexamethasone suppression test: a review. In *Handbook of Clinical Psychoneuroendocrinology* Edited by: Nemeroff C, Loosen P. New York, USA: John Wiley and Sons; 1987:313-335.
66. Tarhan N, Çetin M. Depresyonda Biyolojik Göstergeler. *Depresyon Monografileri Serisi* 4. Köroğlu E, ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1993. s.175-200.
67. Kırılı S. Depresyonun Biyolojik Oluşumu ve Farmakolojik Tedavisi. F. İstanbul: Özsan Matbaacılık; 2000.

68. Ceylan E, Abay E. Nörotransmitterler ve Depresyon. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 1988.
69. Green H, Kane J: The dexamethasone suppression test in depression. Clin Neuropharmacol 1983, 6:7-24.
70. Stokes P, Stoll P, Koslow S, Maas J, Davis J, Swann A, Robins E: Pretreatment DST and hypothalamic-pituitary-adrenocortical function in depressed patients and comparison groups. Arch Gen Psychiatry 1984, 41:257-267.
71. Rihmer Z, Arato M: The DST as a clinical aid and research tool in patients with affective disorders. Psychopharmacol Bull 1984, 20:174-177.
72. Rihmer Z, Arato M, Szadoczky E, Revai K, Demeter E, Gyorgy S, Udvarhelyi P: The dexamethasone suppression test in psychotic versus nonpsychotic endogenous depression. Br J Psychiatry 1984, 145:508-511.
73. Musselman DL, Nemeroff CB. Depression and endocrine disorders: Focus on the thyroid and adrenal system. Br J Psychiatry 1996;168(Suppl 30):123-8.
74. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003.
75. Monroe, Scott M., Harkness, Kate L. Life Stress, the "Kindling" Hypothesis, and the Recurrence of Depression: Considerations From a Life Stress Perspective. Psychological Review, Vol 112(2), Apr 2005, 417-445
76. Campbell S, MacQueen G. An update on regional brain volume differences associated with mood disorders. Curr Opin Psychiatry 2006 Jan;19(1):25-33.
77. Hajek T, Kozeny J, Kopecek M, Alda M, Hoschl C. Reduced subgenual cingulate volumes in mood disorders: a meta-analysis. J Psychiatry Neurosci 2008 Mar;33(2):91-9.
78. Levinson DF. The genetics of depression: a review. Biol Psychiatry 2006 Jul 15;60(2):84-92

79. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R: Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003, 301:386-389.
80. Belmaker RH, Agam G: Major depressive disorder. *N Engl J Med* 2008, 358:55-68.
81. Kato T: Molecular genetics of bipolar disorder and depression. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007, 61:3-19.
82. Kendler KS, Kessler RC, Ellen E, et al. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Am J Psychiatry* 1995;152:833-45.
83. Sadock BJ, M.D. Virginia A, Sadock MD. *Klinik Psikiyatri*. 2 ed. Ankara: Güneş Kitabevi; 2005.
84. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M. Depresif bozukluklarda risk etmenleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002;8:5-15.
85. Heim C, Newport D, Wagner D, Wilcox M, Miller A, Nemerof CB: The role of early adverse experience and adulthood stress in the prediction of neuroendocrine stress reactivity in women: a multiple regression analysis. *Depress Anxiety* 2002, 15:117-125.
86. Ravindran A, Matheson K, Griffiths J, Merali Z, Anisman H: Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *J Affect Disord* 2002, 71:121-130.
87. Paykel E, Cooper Z, Ramana R, Hayhurst H: Life events, social support and marital relationships in the outcome of severe depression. *Psychol Med* 1996, 26:121-133.
88. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fourth ed. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.

89. Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı 1. cilt. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 1997: 389-428
90. Pedro L, Delgador MD, Francisco A. Duygudurum Bozukluklarının Nörokimyası. In: Stain DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF, editors. Duygudurum Bozuldukları Temel Kitabı. 1.Baskı. İstanbul: Sigma Publishing; 2007. p. 101-16.
91. Schatzberg AF. Duygudurum Bozukluklarının Altıpları. In: Stain DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF, eds. Duygudurum Bozuldukları Temel Kitabı. 1.Baskı. İstanbul: Sigma Publishing; 2007. p.527-47.
92. Sheldon HP. Depresyonun Ayaktan Tedavisi. 2nd ed. Bursa; 1999.
93. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry. 2004 ; 26 : 289-295.
94. Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL, Van Son MJ, Pop VJ. Patient preference for counselling predicts postpartum depression: a prospective 1-year follow up study in high-risk women.J Affect Disord. 2004; 83 : 43-48.
95. Güney M. Kişilik Bozukluklarına Giriş. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2007, 3(12)
96. Taymur İ, Türkçapar MH. Kişilik: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2012; 4(2):154-177
97. Svrakic DM, Cloninger CR. Kişilik Bozuklukları. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 8th ed. Baskı, Çev. Ed. Aydın H., Bozkurt A., 3 cilt, Ankara: Güneş Kitabevi; 2007. p.2063-4.
98. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry. 1993 Dec;50(12):975-90

99. Bhar SS, Beck AT, Butler AC. Beliefs and personality disorders: An overview of the personality beliefs questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 68(1), 88–100 (2012)
100. Arntz, A., Dreessen, L., Schouten, E., & Weertman, A. (2004). Beliefs in personality disorders: A test with the Personality Disorder Belief Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1215-1225.
101. Farabaugh, A., Mischoulon, D., Schwartz, F., Pender, M., Fava, M., & Alpert, J. (2007). Dysfunctional attitudes and personality disorder comorbidity during long term treatment of MDD. *Depression and Anxiety*, 24(6), 433–439.
102. Dreessen L. Arntz A. (1995). The personality disorder beliefs questionnaire (short version) Maastricht: Author.
103. Sorias S. Kişilik Bozuklukları. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2007, 2. Baskı, 502-519
104. Trull TJ, Durrett CA. Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1:355-380.
105. Farmer A, McGuffin P, Williams J. *Measuring Psychopathology*. New York, Oxford University Press, 2002.
106. American Psychiatric Association DSM-5 Task Force (2011) www.dsm5.org. Washington DC: American Psychiatric Association
107. Şar V. DSM-5 Taslak Tanı Ölçütlerine Genel bir Bakış: "Batı Cephesinde Yeni bir şey Yok" mu? *Klinik Psikiyatri* 2010;13:196-208
108. Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* 8. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi 2001: 305-310., 427-440.
109. Elbert M, Loosen P.T, Nurcombe B. *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi Birsöz* S, Karaman T (çevirenler) Ankara Güneş Kitapevi 2003 : 467-484., 290-298.
110. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:590-6.

111. Beck AT, Freeman A, Davis DD. Cognitive Therapy of Personality Disorders, 2th. Ed., The Guilford Pres, New York
112. Köroğlu E, Bayraktar S. Kişilik Bozuklukları 2.Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2010.
113. Fosre JA, MacQueen G. Neurobiological Factors Linking Personality Traits and Major Depression. The Canadian Journal of Psychiatry, January 2008, Vol 53, No 1.
114. Feske U at al. Clinical Outcome of ECT in Patients With Major Depression and Comorbid Borderline Personality Disorder Am J Psychiatry 2004;161:2073-80.
115. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. The Frequency of Personality Disorders in Psychiatric Patients. Psychiatr Clin N Am 31 (2008) 405–420
116. Zimmerman M, Mattia JI. Psychiatric diagnosis in clinical practice: Is comorbidity being missed? Compr Psychiatry 1999;40:182–91.
117. Zimmerman M, Mattia JI. Differences between clinical and research practice in diagnosing borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1999;156:1570–4.
118. Iacoviello BM, Alloy L, Abramson LY. The Role Of Cluster B And C Personality Disturbance In The Course Of Depression: A Prospective Study Journal of Personality Disorders, 21(4), 371–383, 2007
119. Hart A., Craighead, W., & Craighead, L(2001). Predicting recurrence of major depressive disorder in young adults: A prospective study. Journal of Abnormal Psychology, 110, 633–643.
120. Joiner, T., Metalsky, G., Katz, J., & Beach, S. (1999). Depression and excessive reassurance-seeking. Psychological Inquiry, 10, 269–278.
121. Bolton, J. M., Belik, S., Enns, M. W., Cox, B. J., & Sareen, J. (2008). Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major

- depressive disorder: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1139–1149
122. Mulder RT, Joyce PR, Frampton CMA. Personality disorders improve in patients treated for major depression.. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122: 219–225
123. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe’ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:233-6.
124. Türkçapar MH, Örsel S, Uğurlu M, Sargın E, Turhan M, Akkoyunlu S et al. Kişilik inanç ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2007;10:177-191.
125. Butler AC, Beck AT, Cohen LH. The Personality Belief Questionnaire-Short Form: development and preliminary findings. *Cogn Ther Res* 2007; 31:357-370.
126. Zubin J, Spring B. Vulnerability - A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 1977;86:103-26.
127. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord* 2004 Oct 15;82(2):217-25.
128. Lizardi H, Klein DN, Ouimette PC, Riso LP, Anderson RL, Donaldson SK. Reports of the childhood home environment in early-onset dysthymia and episodic major depression. *J Abnorm Psychol* 1995 Feb;104(1):132-9.
129. Keitner GI, Miller IW. Family functioning and major depression: an overview. *Am J Psychiatry* 1990 Sep;147(9):1128-37.
130. Kessler RC, Price RH, Wortman CB. Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. *Annu Rev Psychol* 1985;36:531-72.

131. Bolton, J. M., Belik, S., Enns, M. W., Cox, B. J., & Sareen, J. (2008). Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1139–1149
132. Mulder RT. Depression and Personality. *Current Psychiatry Reports* 2004, 6:51–57
133. Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *J Affect Disord*. 1996;37(2–3):157–170.
134. Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH, et al. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depress Anxiety*. 1999;10:175–182.
135. Rossi A, Marinangeli MG, Butti G. Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders* Volume 65, Issue 1, June 2001, p3–8
136. Tsuang TM, Tohen M. *Textbook in Psychiatric Epidemiology* 2nd ed. New Jersey: Published by John Wiley & Sons, Inc, Hoboken: 2002. p.564-565,311.
137. Oleski J, Cox BJ, Robinson J, Grant B, The Predictive Validity of Cluster C Personality Disorders on the Persistence of Major Depression in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Personality Disorders*, 26(3), 322-333, 2012
138. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Psychiatr Res*. 2005;39(1):1–9.
139. Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Narcissistic Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008 July; 69(7): 1033–1045.

140. Mulder RT, Joyce PR, Frampton CMA. Personality disorders improve in patients treated for major depression. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122: 219–225.



EKLER

EK I: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. ADI-SOYADI: TARİH:
NO:
2. DOĞUM TARİHİ: CİNSİYETİ: Erkek () Kadın()
3. MEDENİ DURUM: Bekar () Evli () Boşanmış () Birlikte yaşıyor ()
Ayrı yaşıyor () Çocuk varsa sayısı:
4. SON BİTİRDİĞİ OKUL: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
Sınıfta kaldı mı? : Evet () Hayır () Okuldan ayrıldıysa ayrıldığı sınıf:
5. MESLEK: İşsiz (çalışmıyor) () Serbest meslek () Memur () İşçi ()
Öğrenci () Diğer ()
6. ORTALAMA AYLIK GELİRİNİZ: 0-500TL() 500-1000TL() 1000-3000TL()
3000TL Üzeri()
7. SON 1 AY İÇERİSİNDE AİLESİ DIŞINDA HERHANGİ BİRİYLE GÖRÜŞTÜ
MÜ?
Evet () Hayır () Evetse kaç kez?
8. ANNE: Sağ () Yaş: Eğitim: Meslek:
Ölü () Öldüğündeki yaşı:
9. BABA: Sağ () Yaş: Eğitim: Meslek:
Ölü () Öldüğündeki yaşı:
10. ANNE BABA DURUMU: Beraber yaşıyor () Boşanmış ()
11. KARDEŞ SAYISI: Kız: Erkek () Kaçınıcı çocuk:
12. DOĞUM YERİ: Köy () İlçe () Şehir () Büyükşehir ()
13. 0-6 yaş arasında sizi kim büyüttü?: Anne-baba () Akrabalar () Kurum ()
14. Çocukken önemli bir ayrılık /göç/yer değiştirme yaşandı mı? Evet () Hayır ()
Evetse kaç yaşında- nasıl?:
15. Çocukken anne babadan ayrı kaldı mı ? Evet () Hayır ()
Evetse kaç yaşında- nasıl?:
16. Ailenin içinde yaşadığı toplumdan farklı bir dinsel yada etnik özelliği var mıydı?
Evet () Hayır ()
17. Şuan nerede yaşıyor? Kaç yıldır?
18. Yetiştirdiği ailede baba anneye şiddet uygular mıydı? Evet ()
Hayır ()
19. Çocukluk döneminde aile içi şiddete uğradı mı? Evet () Hayır ()
20. Ailede ruhsal rahatsızlığı olan veya bu nedenle tedavi gören var mı? Evet ()
Hayır ()
Evetse kim- rahatsızlığı:
21. Hiç intihar girişiminde bulundu mu? Evet () Hayır () Kaç kez:
22. Esrar/eroin/kokain/hap/tiner/bally vb. kullanır mı? Evet () Hayır ()
Hangileri: Ne zamandır- ne kadar:
23. Sigara kullanır mı? Evet () Hayır () Ne zamandır- ne kadar:
24. Alkol kullanır mı? Evet () hayır ()

PBQ-S1

Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Form-V.1

Adı-Soyadı: _____ Tarih: _____

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve HER BİRİNE NE KADAR İNANDIĞINIZI belirtiniz. Her bir ifadeyle ilgili olarak ÇOĞU ZAMAN nasıl hissettiğinize göre karar veriniz.

4	3	2	1	0
Tümüyle inanıyorum	Çok fazla inanıyorum	Orta derecede inanıyorum	Biraz inanıyorum	Hiç inanmıyorum

Örnek

1.Dünya tehlikeli bir yerdir.
(Lütfen daire içine alınız.)

NE KADAR İNANIYORSUNUZ?

4	3	2	1	0
Tümüyle	Çok	Orta	Biraz	Hiç
İnanıyorum	Fazla	Derecede		

NE KADAR İNANIYORSUNUZ?

	4	3	2	1	0
	Tümüyle	Çok	Orta	Biraz	Hiç
	İnanıyorum	Fazla	Derecede		
1. Aşağılanma veya yetersizlikle karşılaşmak katlanılamaz bir şeydir.	4	3	2	1	0
2. Ne pahasına olursa olsun rahatsızlık verici durumlardan kaçınmalıyım.	4	3	2	1	0
3. Eğer insanlar dostça davranıyorlarsa beni kullanmaya ya da sömürmeye çalışıyor olabilirler.	4	3	2	1	0
4. Bir yandan yetkili kişilerin hakimiyetine karşı direnmeli ama aynı zamanda takdir ve benimsemelerini sağlamalıyım.	4	3	2	1	0
5. Rahatsızlık verici durumlara katlanamam.	4	3	2	1	0
6. Kusurlar, eksikler ya da yanlışlar hoş görülemez.	4	3	2	1	0
7. Diğer insanlar sıklıkla çok şey isterler.	4	3	2	1	0
8. İlgi merkezi olmalıyım.	4	3	2	1	0

NE KADAR İNANİYORSUNUZ?

	4	3	2	1	0
	Herşeyi İnanıyorum	Çok Kötü İnanıyorum	Orta Derecede İnanıyorum	Kötü İnanıyorum	Hiç İnanmıyorum
9. Eğer bir sistemim olmazsa herşey darmadağın olur.	4	3	2	1	0
10. Hak ettiğim saygının gösterilmemesi veya hakkım olanı alamamak katlanılmaz bir durumdur.	4	3	2	1	0
11. Her şeyde kusursuz iş çıkarmak önemlidir.	4	3	2	1	0
12. Diğer insanlarla birlikte bir şeyler yaptıktan sonra kendi başıma yaptıktan daha çok hoşlanırım	4	3	2	1	0
13. Eğer dikkat etmezsem başkaları beni kullanmaya ya da yönlendirmeye çalışır.	4	3	2	1	0
14. Diğer insanların gizli amaçları vardır.	4	3	2	1	0
15. Olabilecek en kötü şey terk edilmektir.	4	3	2	1	0
16. Diğer insanlar ne kadar özel biri olduğumu fark etmelidirler.	4	3	2	1	0
17. Diğer insanlar bilerek beni aşağılıyorlar.	4	3	2	1	0
18. Karar verirken diğer insanların yardımına ya da bana ne yapacağımı söylemelerine gereksinim duyarım.	4	3	2	1	0
19. Ayrıntılar son derece önemlidir.	4	3	2	1	0
20. İnsanlar çok fazla patronluk tasarlarsa onların isteklerini dikkate almamaya hakkım vardır.	4	3	2	1	0
21. Yetkili kişiler sınırlarımı bilmeyen, sürekli iş isteyen, müdahaleci ve denetleyicidirler.	4	3	2	1	0
22. İstedikimi almanın yolu, insanları etkilemek ya da eğlendirmektir.	4	3	2	1	0
23. Kârlı çıkabilmek için elimden gelen her şeyi yapmıyorum.	4	3	2	1	0

NE KADAR İNANTYORSUNUZ?

	4	3	2	1	0
	Her zaman İnanıyorum	Çok Bazen İnanıyorum	Orta Sıklıkla İnanıyorum	Kısmen İnanıyorum	Hiç İnanmıyorum
24. Eğer insanlar benimle ilgili bir şeyler açığa çıkarırlarsa, bunu bana karşı kullanacaklardır.	4	3	2	1	0
25. İnsan ilişkileri karışıktır ve özgürlüğe engeldir.	4	3	2	1	0
26. Beni ancak benim gibi zeki insanlar anlayabilirler.	4	3	2	1	0
27. Çok üstün biri olduğum için özel muamele ve ayrıcalıkları hak ediyorum.	4	3	2	1	0
28. Benim için başkalarından bağımsız ve özgür olmak önemlidir.	4	3	2	1	0
29. Çoğu durumda yalnız başıma kaldığımda kendimi daha iyi hissederim.	4	3	2	1	0
30. Her zaman en yüksek standartlara ulaşmaya çalışmak gereklidir yoksa her şey darmadağın olur.	4	3	2	1	0
31. Rahatsız edici duygular giderek artar ve kontrolden çıkar.	4	3	2	1	0
32. Vahşi bir ortamda yaşıyoruz ve güçlü olan hayatta kalır.	4	3	2	1	0
33. Başkalarının dikkatini çektiğim durumlardan kaçınılmalı ve mümkün olduğunca göze çarpmamalıyım.	4	3	2	1	0
34. Başkalarının bana olan ilgilerini sürdürmezsem benden hoşlanmazlar.	4	3	2	1	0
35. Eğer bir şey istiyorsam onu elde etmek için ne gerekirse yapmalıyım.	4	3	2	1	0
36. Diğer bir insana "bağlanıp" kalmaktansa yalnız olmak daha iyidir.	4	3	2	1	0
37. İnsanları eğlendirmedikçe ya da etkilemedikçe bir hiçbirim.	4	3	2	1	0

NE KADAR İNANYORSUNUZ?

	4	3	2	1	0
	Herhiç İnanyorum	Çok Az İnanyorum	Orta Düzeyde İnanyorum	Fazla İnanyorum	Her İnanyorum
38. Eğer ilk önce harekete geçip üstünlük kurmazsam karşımdaki bana üstünlük kurar.	4	3	2	1	0
39. İnsanlarla ilişkilerimde herhangi bir gerginlik işareti bu ilişkinin kötüye gideceğini gösterir bu nedenle o ilişkiyi bitirmeliyim.	4	3	2	1	0
40. Eğer en yüksek düzeyde iş yapmıyorsam başarısız olurum.	4	3	2	1	0
41. Zaman sınırlarına uymak, istenenlere itaat etmek ve uyumlu olmak onuruma ve kendi yeterliliğime doğrudan bir darbedir.	4	3	2	1	0
42. Genellikle bana haksız davranılıyor. Bu nedenle ne şekilde olursa olsun payımı almak hakkımdır.	4	3	2	1	0
43. İnsanlar bana yaklaşırlarsa benim “gerçekten” ne olduğum ortaya çıkar ve benden uzaklaşırlar.	4	3	2	1	0
44. Muhtaç ve zayıfım.	4	3	2	1	0
45. Yalnız başıma bırakıldığımda çaresizim.	4	3	2	1	0
46. Diğer insanlar benim ihtiyaçlarımı gidermelidir.	4	3	2	1	0
47. İnsanların beklediği şekilde kurallara uyarsam bu benim davranış özgürlüğüme engel olacaktır.	4	3	2	1	0
48. Eğer fırsat verirsem insanlar beni kullanırlar.	4	3	2	1	0
49. Her zaman hazırlıklı olmalıyım.	4	3	2	1	0
50. Özel hayatım insanlara yakın olmaktan çok daha fazla önemlidir.	4	3	2	1	0
51. Kurallar keyfidir ve beni sıkar.	4	3	2	1	0

NE KADAR İNANYORSUNUZ?

	4	3	2	1	0
	Hiçlikle İnanıyorum	Çok Azla İnanıyorum	Orta Oranla İnanıyorum	Azla İnanıyorum	Hiç İnanmıyorum
52. İnsanların beni görmezden gelmeleri berbat bir durumdur.	4	3	2	1	0
53. İnsanların ne düşündüğünü önemsemem.	4	3	2	1	0
54. Mutlu olabilmek için diğer insanların dikkatini çekmeye ihtiyacım var.	4	3	2	1	0
55. Eğer insanları eğlendirirsem benim güçsüzlüğümü farketmezler.	4	3	2	1	0
56. İşimi yaparken ya da kötü bir durumla karşılaştığımda bana yardım etmesi için her zaman yanımda birilerinin olmasına gereksinim duyarım.	4	3	2	1	0
57. Yaptığım bir işte herhangi bir hata ya da kusur felakete yol açabilir.	4	3	2	1	0
58. Çok yetenekli olduğum için mesleğimde ilerlerken insanlar benim yolumdan çekilmelidir.	4	3	2	1	0
59. Eğer başkalarını ben sıkıştırmazsam, onlar beni boyun eğmeye zorlar.	4	3	2	1	0
60. Diğer insanlara uygulanan kurallara uymak zorunda değilim.	4	3	2	1	0
61. Bir şeyi yapmanın en iyi yolu zor kullanmak ve kurnazlıktır.	4	3	2	1	0
62. Her zaman birilerine ulaşabilecek durumda olmalıyım.	4	3	2	1	0
63. Temelde yalnızım- kendimi daha güçlü bir kişiye bağlayamadığım müddetçe.	4	3	2	1	0
64. Diğer insanlara güvenemem.	4	3	2	1	0
65. Diğer insanlar kadar mücadele gücüm yok.	4	3	2	1	0