

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
BAKIRKÖY BÖLGESİ İSTANBUL İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH
SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**MAJÖR DEPRESYONDA ANTİDEPRESANLARIN
MİZAÇ, KARAKTER VE SAVUNMA MEKANİZMALARI
ÜZERİNE ETKİLERİ**

Dr. Abdulkadir Sencer TABAKCI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanlar: Doç. Dr. Umut Mert AKSOY
Doç. Dr. Murat ERKİRAN

İSTANBUL-2014

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
BAKIRKÖY BÖLGESİ İSTANBUL İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH
SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**MAJÖR DEPRESYONDA ANTİDEPRESANLARIN
MİZAÇ, KARAKTER VE SAVUNMA MEKANİZMALARI
ÜZERİNE ETKİLERİ**

Dr. Abdulkadir Sencer TABAKCI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanlar: Doç. Dr. Umut Mert AKSOY
Doç. Dr. Murat ERKİRAN

İSTANBUL-2014

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI: DR. ABDULKADİR SENCER TABAKCI

UZMANLIK DALI: RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

TEZİN ADI: MAJÖR DEPRESYONDA ANTİDEPRESANLARIN MİZAÇ KARAKTER SAVUNMA MEKANİZMALARI ÜZERİNE ETKİLERİ

1-Sayfa Sayısı:	: 115
2-Tablo Sayısı	: 34
3-Şekil Sayısı:	: 0
4-İstatistik Sayısı:	: 6
5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu	: 181
6-Yazı Tertibi	: BAŞARILI
7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet	: BAŞARILI
8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu	: BAŞARILI
9-Orijinal Olup Olmadığı	: ORJİNAL

SONUÇ: BAŞARILI

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye

Uz. Dr. Nesrin Buket TOMRUK
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Kliniği Koordinatörü
Eğitim Görevlisi
Sicil No: 28263

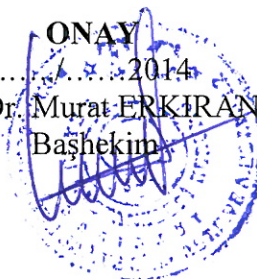
Üye

Uz. Dr. Nihat ALPAY
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş.Hast.
Psikiyatri Kliniği Eğitim ve İdari Sor.
Sicil No:17504

Üye

Doç. Dr. Ömer Akil ÖZER
Şişli Hamidiye Etfal Eğt. ve Arş Hast.
Psikiyatri Kliniği Eğitim ve İdari Sor.
Sicil No: 27449

ONAY
..... 2014
Doç. Dr. Murat ERKİRAN
Başhekim



I. ÖNSÖZ

Eğitimim süresince bilgi ve desteğinden yararlandığım Başhekimimiz Sayın Doç. Dr. Murat ERKIRAN'a,

Psikiyatri eğitimim boyunca engin bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum ilk klinik şeflerim Sayın Dr. Nihat ALPAY ve Sayın Dr. Nesrin Buket TOMRUK'a,

Tezimin oluşturulma aşamasında bilgi ve desteğini cömertçe sunan, beraber çalışma şansı bulduğum, psikiyatriye dair çok şey öğrendiğim tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Umut Mert AKSOY'a,

Klinik deneyimini ve görüşlerini her zaman içtenlikle paylaşan Sayın Dr. Armağan ÖZDEMİR ve Sayın Dr. Çağatay KARŞIDAĞ'a,

Mesleki gelişimimde önemli katkısı bulunan rotasyon eğitimlerimi yanlarında tamamladığım Sayın Doç. Dr. Erhan KURT, Sayın Doç. Dr. M. Cem İLNEM, Sayın Doç. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, Sayın Doç. Dr. Baki ARPACI, Sayın Doç. Dr. E. Cüneyt EVREN, Sayın Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Sayın Dr. Ahmet TÜRKCAN, Sayın Doç. Dr. Ayten ERDOĞAN'a,

Asistanlığım süresince beraber çalışma fırsatı bulduğum tüm çalışma arkadaşlarıma, kendilerinden çok şey öğrendiğim hastalarım,

Sevgili annem, babam ve kardeşlerime,

Teşekkürlerimi ve şükran duygularımı sunarım...

Dr. Abdulkadir Sencer TABAKCI
İstanbul 2014

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. ÖNSÖZ	I
I. İÇİNDEKİLER.....	II
III. ÖZET	IV
IV. ABSTRACT	V
V. KISALTMALAR.....	VI
VI. TABLO LİSTESİ	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
A. MİZAÇ, KARAKTER ve KİŞİLİK	3
1. Psikanalitik Model	4
1.1. Savunma Mekanizmaları ve Egonun Savunma işlevleri	5
1.2. Savunmaların Sınıflandırılması	6
1.3. Savunma Mekanizmalarının Değerlendirilmesi	12
2. Özellik ve Faktör Modelleri.....	13
2.1. Psikobiyolojik Model	14
3. Davranışçı-Bilişsel/Sosyal Öğrenme Modeli.....	18
4. Humanistik Model	18
B. DEPRESYON.....	19
1. Etiyolojisi.....	20
1.1. Biyolojik Etkenler.....	21
1.2. Psikososyal Etkenler	24
1.3. Genetik Etkenler	25
2. Klinik Bulgular ve Sınıflandırılma	26
3. Majör Depresif Bozukluk Farmakoterapisi	30
C. MİZAÇ-KARAKTER-KİŞİLİK-SAVUNMA MEKANİZMALARI VE DUYGUDURUM İLİŞKİSİ	32
1. Depresyonda Kişilik Özellikleri ve Tedavi İle Değişimi.....	33
2. Depresyonda Savunma Mekanizmaları ve Tedavi İle Değişimi.....	36
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	39
1. Olguların Seçimi	39
2. Değerlendirme Ölçekleri.....	41
3. Değerlendirme ve İstatistiksel Analiz	43

4. BULGULAR.....	44
5. TARTIŞMA.....	74
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	82
7. KAYNAKLAR	84
8. EKLER	98
EK 1-Etik Kurul Onayı	98
EK 2-Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	99
EK 3-Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu.....	100
EK 4-HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	101
EK 5-Beck-A: Beck Anksiyete Ölçeği	102
EK 6-CGİ: Klinik Global İzlenim Ölçeği	103
EK 7-SBT: Savunma Biçimleri Testi	104
EK 8-TCI: Mizaç Karakter Envanteri	107

III.ÖZET

MAJÖR DEPRESYONDA ANTİDEPRESANLARIN MİZAÇ, KARAKTER VE SAVUNMA MEKANİZMALARI ÜZERİNE ETKİLERİ

Dr. Abdulkadir Sencer TABAKCI

AMAÇ: Kişilik ve duygudurum bozuklukları arasındaki ilişkinin açığa kavuşturulması hastalığın ortaya çıkması, süregenleşmesi ve tedavisi ile ilgili önemli bilgiler sağlayabilir. Kişiliğin anlaşılmasına çalışılmasında Cloninger'in psikobiyolojik modelinin ve psikanalitik modelin önemli yeri vardır. Bu modeller temelinde geliştirilen Mizaç Karakter Envanteri ve Savunma Biçimleri Testi ile yapılacak çalışmaların önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir. Buna karşın konu ile ilgili literatürde henüz çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu noktadan hareketle mevcut çalışma majör depresyon tanısıyla izlenmekte olan hastaların kişilik özelliklerinin ve savunma mekanizmalarının değerlendirilmesi, antidepresan tedavi sonrası kişilik boyutundaki ve savunma mekanizmalarındaki olası değişikliklerin ortaya koyulması, remisyona giren hastaların kontrolleriyle karşılaştırılması ve antidepresan tedaviye yanıt özelliklerinin ortaya koyulması amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Majör depresyon tanısıyla ayaktan takip edilmekte olan 49 hasta, 51 sağlıklı kontrol ile karşılaştırılmış SCID-1, SCID-2, Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI), Savunma Biçimleri Testi-40 (DSQ-40), Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Klinik Global Değerlendirme Ölçeği (CGI) uygulanarak elde edilen veriler 36 haftalık izlem çalışmasında tekrarlı ölçümlerle değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışma başlangıcındaki vaka ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında vaka grubunun Zarardan Kaçınma ve Yenilik Arayışı puanları kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek, Kendini Yönetme puanları ve matür savunma skorları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Depresyon hastalarında tedavi öncesi ve tedavi sonrası mizaç ve karakter özelliklerindeki değişim incelendiğinde mizaç boyutlarında fark saptanmazken karakter özelliklerinden Kendini Yönetme boyutunda artış saptanmıştır. Tedavinin 12.haftasından sonra matür savunmalarda anlamlı bir artış ve immatür savunmalarda anlamlı azalma meydana gelmiştir. Nevrotik savunmalar ise değişmemiştir. İşbirliği yapma ile depresyon şiddeti arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Tedaviyle remisyona öngörülmesinde hastalık şiddetinin az olmasının ve yüksek matür savunma puanının remisyona ihtimalini arttırdığı saptanmıştır.

SONUÇ: Çalışmamızın kısıtlılıkları olmakla beraber bulguların depresyon ve kişilik ilişkisine dair ipuçları sağladığını düşünmekteyiz. Gelecekteki çalışmaların daha büyük örnekleme gerçekleştirilmesi ve hastalık ortaya çıkmadan önce kişilerin mizaç karakter ve savunma mekanizmalarını değerlendirip uzun süreli izlemesi, depresyon ve kişilik ilişkisinin aydınlatılmasına yarar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Mizaç, Karakter, Savunma Mekanizmaları, TCI

İletişim Adresi: sencer@mail.com

IV.ABSTRACT

EFFECTS OF ANTIDEPRESSANTS ON TEMPERAMENT, CHARACTER AND DEFENSE MECHANISMS IN MAJOR DEPRESSION

Dr. Abdulkadir Sencer TABAKCI

OBJECTIVE: Understanding the association between personality and depression has implications for elucidating etiology, chronicity and tailoring treatment. Psychoanalytic theory and Cloninger's psychobiological model have an important value in understanding personality. Temperament and Character Inventory and Defense Styles Questionnaire, which are developed based on these models are expected to provide a significant contribution. However, there are few prospective studies in related literature. Starting from this point the purpose of the present study was to evaluate personality traits and defense styles of major depressive disorder (MDD) patients, to compare personality traits and defense styles in depressed patients and healthy comparison subjects, to explore the relations between depressive mood and personality characteristics and defense styles, as well as investigate the potential changes in personality dimensions and defense styles after treatment , to compare patients in remission with controls, and to put forward the characteristics of therapy response.

METHODS: 49 MDD outpatients were compared with 51 healthy controls using SCID-1, SCID-2, Temperament and Character Inventory (TCI), Defense Styles Questionnaire-40 (DSQ-40), Hamilton Depression Rating Scale , Beck Anxiety Scale, The Clinical Global Impressions Scale(CGI) in 36 weeks follow-up repeated measures study.

RESULTS: In baseline comparisons, the major depression group reported significantly higher Harm Avoidance and Novelty Seeking scores, lower Self-directness and mature defense styles scores compared to healthy controls. In major depression, group, temperament dimensions remained unchanged throughout the study whereas there was significant increase in Self-directness. After 12 weeks of treatment mature defense styles revealed significant increase and immature defense styles revealed significant decrease whereas neurotic defenses remained unchanged. Negative correlation was detected between severity of depression and the cooperativeness scores. With regard to predicting treatment outcome high mature defense scores and lower severity of depression increases the likelihood of remission.

CONCLUSION: We believe that the findings of our study provide clues about the relation between personality and depression eventhough there are some limitations. To make further progress in elucidating the relation between personality and depression prospective studies utilizing larger samples, testing people's defenses and personality profiles before they develop depression and following them longitudinally are needed.

Keywords: Depression, Temperament, Character, Defense Mechanism, TCI

Contact Address: sencer@mail.com

V. KISALTMALAR

5-HT	: 5-Hidroksitriptamin
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
Beck-A	: Beck Anksiyete Ölçeği:
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
C	: İş Birliği Yapma
CGİ	: Klinik Global İzlenim Ölçeği
CRH	: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSQ	: Savunma Biçimleri Testi
HA	: Zarardan Kaçınma
HAM-D	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HPA	: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal
MAOI	: Monoamin Oksidaz İnhibitörü
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
NA	: Noradrenalin
NDRI	: Noradrenalin Dopamin Geri Alım İnhibitörü
NS	: Yenilik Arayışı
P	: Sebatkârlık
RD	: Ödül Bağımlılığı
RKÇ	: Randomize Kontrollü Çalışma
SBT	: Savunma Biçimleri Testi
SCID-1	: Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi
SCID-2	: Eksen 2 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi
SD	: Kendini Yönetme
SNRI	: Serotonin Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
ST	: Kendini Aşma
STAR*D	: Depresyon Tedavisi için Dizili Tedavi Alternatifleri çalışması
TCI	: Mizaç Karakter Envanteri

Tablo 1: Sosyodemografik Verilerin Vaka ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması	46
Tablo 2: Vaka Grubunda Hastalık Ve Tedavi Özelliklerinin Dağılımları	47
Tablo 3: Mizaç ve Karakter Envanteri ve Savunma Biçimleri Testi 1. Ölçümde Alınan Minimum-Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerlerinin Dağılımı.....	48
Tablo 4: Vaka ve Kontrol Grubunun Birinci Ölçümlerde Savunma Mekanizmaları Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	49
Tablo 5: Mizaç ve Karakter Envanteri Ödül Bağımlılığı Alt Ölçeklerinden 1. Ölçümde Alınan Puanların Çalışma Ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması	49
Tablo 6: Mizaç ve Karakter Envanteri Yenilik Arayışı Alt Ölçeklerinden 1. Ölçümde Alınan Puanların Çalışma Ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması.....	50
Tablo 7: Mizaç ve Karakter Envanteri Zarardan Kaçınma Alt Ölçeklerinden 1. Ölçümde Alınan Puanların Çalışma Ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması	51
Tablo 8: Mizaç ve Karakter Envanteri Sebat Etme Alt Ölçeğinden 1. Ölçümde Alınan Puanların Çalışma Ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması.....	51
Tablo 9: Mizaç ve Karakter Envanteri Kendini Yönetme Alt Ölçeklerinden 1. Ölçümde Alınan Puanların Çalışma Ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması.....	52
Tablo 10: Mizaç ve Karakter Envanteri Kendi Kendini Aşma Alt Ölçeklerinden 1. Ölçümde Alınan Puanların Çalışma ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması ..	53
Tablo 11: Mizaç ve Karakter Envanteri İşbirliği Alt Ölçeklerinden 1. Ölçümde Alınan Puanların Çalışma ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması.....	53
Tablo 12: Vaka Grubunun Mizaç Karakter Değişkenlerinin HAM-D1 Skoruyla Tespit Edilen Hastalık Şiddetiyle Korelasyonu	54
Tablo 13: Vaka Grubunun Savunma Mekanizmaları Değişkenlerinin HAM-D1 Skoruyla Tespit Edilen Hastalık Şiddetiyle Korelasyonu	55
Tablo 14: Vaka Grubunun Birinci, İkinci ve Üçüncü Ölçümlerde HAM-D, CGİ ve Beck Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puanların Zamana Göre Karşılaştırılması.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.6
Tablo 15: Vaka Grubuna Uygulanan Ham-D 1-2-3, Beck-A 1-2-3 ve CGİ-SI 1-2-3 ölçüm dağılımları.....	56
Tablo 16: Vaka Grubunda 3. ayda ve 9. ayda Tedaviye Yanıt Verenlerin ve Remisyondakilerin Dağılımları.....	57

Tablo 17: Vaka Grubunun Birinci, İkinci ve Üçüncü Ölçümlerde Savunma Mekanizmaları Ölçeğinden Aldıkları Puanların Zamana Göre Karşılaştırılması.....	57
Tablo 18: Vaka Grubunun 3. Kontrol Grubunun Birinci Ölçümlerde Savunma Mekanizmaları Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	58
Tablo 19: Vaka Grubunun Birinci, İkinci Ve Üçüncü Ölçümlerde Mizaç Ve Karakter Envanteri Mizaç Boyutları Ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Zaman İçindeki Değişimlerinin Karşılaştırılması	59
Tablo 20: Vaka Grubunun Birinci, İkinci Ve Üçüncü Ölçümlerde Mizaç Ve Karakter Envanteri Karakter Boyutları Ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Zaman İçindeki Değişimlerinin Karşılaştırılması	60
Tablo 21: Vaka Grubunun Hastalık Ve Diğer Değişkenlerinin Düzelmeye Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması.....	61
Tablo 22: Vaka Grubunun Sosyodemografik Verilerinin Düzelmeye Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması	62
Tablo 23: Düzelmeye Olup Olmaması Durumuna Göre HAM-D ve Beck-A 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması	64
Tablo 24: Mizaç ve Karakter Envanteri Yenilik Arayışı Alt Ölçeklerinden Düzelmeye Olup Olmamasına Göre 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	64
Tablo 25: Mizaç ve Karakter Envanteri Ödül Bağımlılığı Alt Ölçeklerinden Düzelmeye Olup Olmamasına Göre 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	65
Tablo 26: Mizaç ve Karakter Envanteri Zarardan Kaçınma Alt Ölçeklerinden Düzelmeye Olup Olmamasına Göre 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	66
Tablo 27: Mizaç Ve Karakter Envanteri Sebatsızlık Alt Ölçeklerinden Düzelmeye Olup Olmamasına Göre 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	67
Tablo 28: Mizaç ve Karakter Envanteri Kendini Yönetme Alt Ölçeklerinden Düzelmeye Olup Olmamasına Göre 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	68
Tablo 29: Mizaç ve Karakter Envanteri İşbirliği Yapma Alt Ölçeklerinden Düzelmeye Olup Olmamasına Göre 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	69
Tablo 30: Mizaç ve Karakter Envanteri Kendi Kendini Aşma Alt Ölçeklerinden Düzelmeye Olup Olmamasına Göre 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	70
Tablo 31: Düzelmeye Olup Olmamasına Göre Savunma Mekanizmaları Ölçeği Alt Bölümlerinden 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması	71
Tablo 32: Düzelen ve Düzelmeyen Depresyon Hastalarının Yordanmasına Yardımcı Olduğu Düşünülen Değişken ve Ölçeklerin Tek Değişkenli Lojistik Regresyonu	72
Tablo 33: Düzelen ve Düzelmeyen Depresyon Hastalarının Yordanmasına Etki Edebilecek Değişkenlerin Adımsal Geri Çıkarmalı Çok Değişkenli Lojistik Regresyonu	73

Tablo 34: Düzelen ve Düzelmeyen Depresyon Hastalarının Yordanmasına Etki Edebilecek Değişkenlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinden Elde Edilen Sınıflama Tablosu	73
--	----

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Depresyon psikiyatrik bozuklukların en eski ve en sık görülenlerinden olmasına karşın ancak yakın zamanda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. İyi seyirli olduğuna yönelik önceki gözlemler yerini, yüksek tekrarlama oranlarının, süreğenliğin ve kalıntı belirtilerin görülebildiği, bilişsel, işlevsel bozulma ve psikososyal yeti yitiminin çok yüksek ve sonlanmanın kötü olabildiğine ilişkin yeni çalışma sonuçlarına bırakmıştır. Ülkemizde Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından yürütülen Ulusal Hastalık Yüğü Maliyet-Etkililik Projesi(1) kapsamında en fazla yeti yitimi yaratan hastalık olarak ilk sırada yer almıştır. Buna karşın depresyon tedavisinde klinik sonuçlar tatmin edici düzeyde değildir. Hastaların yalnızca yarısı ilk antidepresan tedaviye yeterli yanıt vermektedir ve ancak üçte biri remisyona ulaşabilmektedir(2). Pek çok majör depresyon hastasının kullandıkları ilk antidepresan tedavisi ile remisyona ulaşamaması, bir dizi deneme yanılma ile ilaçların değiştirilmesi ya da kombine edilmesi sürecine girilmesine neden olmaktadır. Bu da büyük bir psikososyal ve sosyoekonomik kaybı beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla antidepresan tedaviye yanıt vermeyecek hastaların daha erkenden tespit edilmesi ve alternatif tedavi seçeneklerine yönlendirilmeleri önemlidir. Depresyonun etiyolojisi, seyri ve sonlanması üzerinde etkili olan faktörlerinin daha iyi tanınmasıyla depresyonun daha iyi anlaşılması mümkün olacaktır. Halen bu bozuklukta altta yatan etiyoloji, patofizyoloji ve tedavi ile ilgili bilgi birikimi yetersizdir.

Eski çağlardan beri doğuştan gelen bazı yapısal özelliklerin depresyon ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Bu yapısal özelliklerden en çok araştırılmış olanı muhtemelen kişilik ve bileşenleri olan mizaç ve karakterdir. Depresyon ve kişilik arasındaki ilişkinin niteliğini anlamak, hastalığın ortaya çıkması, süreğenleşmesi ve tedavisi konularında yararlı bilgiler sağlayabilir. Bununla birlikte kişiliği anlama ve açıklama çabası, insan doğasını anlama çabasıdır ve insanlık kültürü kadar eskidir. Platon, Aristo, Hipokrat ve

Galen gibi erken kişilik kuramcılarını insan davranışlarındaki benzerlikler, farklılıklar, anormallikleri açıklamaya yönelik teoriler ortaya koymuşlarsa da kişisel farklılıklar uzun zaman sosyal statü, sınıf ya da tabakadaki farklılıklarla açıklanmaya çalışılmıştır. Kişilik yapılanmasını aydınlatmaya yönelik en önemli katkılardan biri yirminci yüzyılın başında psikodinamik kuram ile Sigmund Freud tarafından yapılmıştır. Freud'un 1894 yılında yayınladığı "Savunmaların Nöropsikozu" adlı çalışmasıyla ortaya koyduğu savunma mekanizmaları kavramı psikanaliz, dinamik psikiyatri, psikoloji ve ilgili tedavi ve araştırmaların merkezi ve en ilgi çekici yapılanmalarından biri olmuştur. Gelişen teori ve klinik deneyimlerle birlikte bireyde belirli bir savunma veya savunma takımının sürekli işleyişinin saptanmasının ardından kişilik tiplerinin belirlenmesinde savunma mekanizmaları merkezi yer edinmiştir. Bireyin kaygıyla başa çıkmaya yönelik bilinçli farkındalığının dışında kullandığı kognitif paketler olan savunma mekanizmalarının kuramsal olarak üzerinde çok durulmuş olmasına karşın ampirik olarak araştırılması sınırlı olmuştur.

Kişiliği açıklamaya yönelik bir diğer önemli katkı 20. yüzyılın ikinci yarısında psikobiyolojik model ile Cloninger ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cloninger'ın boyutsal psikobiyolojik kişilik kuramı; kişiliği, kişiliğin genetiği, davranışın nörobiyolojik temelleri, bilişsel, duygusal yapı ve kişiliğin gelişimi, kişilik boyutlarındaki bireysel farklılıkların davranışsal karşılıkları ve kişilik yapılarıyla gelişimsel etmenlerin etkileşiminin psikiyatrik bozukluklara yatkınlığa yol açması gibi çok katlı düzeyde anlayabilmek için fikir verir(3). Depresyon ile mizaç arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi için kişiliği psikobiyolojik modele göre değerlendirme olanağı veren Mizaç ve Karakter Envanteri ile yapılan çalışmaların önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, majör depresyon tanısıyla izlenmekte olan hastalarda savunma mekanizmalarının ve Cloninger'ın psikobiyolojik kişilik kuramı bağlamında kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi, kontrol grubuyla karşılaştırılması, hastalık şiddetiyle ilişkili özelliklerin belirlenmesi, antidepresan tedavi sonrası kişilik boyutundaki ve savunma mekanizmalarındaki olası değişikliklerin saptanması ve tedavi sonrası remisyona giren hastaların özelliklerinin ortaya koyulması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

A. Mizaç, Karakter ve Kişilik

Kişilik içsel kaynaklardan ortaya çıkan, kişiyi diğerlerinden ayıran, süreklilik gösteren ve yaygın olarak kişinin davranışlarına hâkim olan, biyolojik tabiatı ve deneysel olarak öğrenilenleri kapsayan, kişinin algılama, öğrenme, düşünme, başa çıkma ve davranış örüntülerini anlatmaktadır. Kişiliği tanımlamak davranışların motivasyonunu ve organizmanın çevreye ruhsal adaptasyonunu açıklamaya çalışmaktadır. Kişiliğin temel işlevi algılamak, hissetmek, düşünmek ve bütün bunları bütünleştirerek amaçlı davranışlara dönüştürmektir(4). Birçok yazara göre, mizaç ve karakterin yanında zeka da kişiliğin yapısına katılır. Mizacın biyolojik, karakterin sosyal ve kültürel katkılarından bahsedilirken, zekanın hem yapısal, hem de sosyal özellikleri ile kişiliğin her fonksiyonunda değişiklik yaptığı vurgulanmaktadır(5).

Yirminci yüzyılın başlarında egemen paradigmayı yıkan Sigmund Freud'un "psikoseksüel kuramı" daha çok çocukluk yaşantıları ve örselenmelerinin gelecek yaşama ve kişilik gelişimi üzerine olan etkisi üzerinde durmuştur. Freud'a göre yaşamın ilk beş yılı kişilik gelişimi için belirleyicidir ve çocuğun psikoseksüel dönemleri nasıl aştığı gelecekteki psikoseksüel ve karakter bozukluklarını belirler. Freud'un kişilik gelişimi tanımları, süperegounun ortaya çıktığı dönem olan altı yaş civarında son bulmaktadır. Freud'un kuramına göre yetişkin kişiliğinin temel özellikleri bu dönemlerde son şeklini alır. Freud'un ardılları çizdiği çerçeveyi genişletmiş ve ayrıntılandırmıştır. Karl Abraham karakter formasyonu üzerine odaklanarak anne ve çocuk arasındaki erken dönem ilişkilerin önemini vurgulamış ve Freud'un psikoseksüel gelişim dönemlerini daha ayrıntılı olarak tanımlamıştır(6). Erikson'un psikososyal gelişim kuramı psikodinamik yaklaşımın sosyal gelişim ve iletişim boyutları ile çocukluk sonrası etkilerini ele almıştır. Freud'un aksine Erikson, kişilik gelişiminin kişinin yaşamı boyunca devam ettiğini belirtmiştir. Öğrenme ilkelerinin popüler olmasıyla beraber gelişen bilişsel/sosyal

öğrenme kuramları kişiliği yaşam boyu süren bir öğrenme süreci olarak değerlendirme eğilimine girmiştir. Piaget'in bilişsel gelişim kuramına göre davranışçı kuramcıların, davranışta değişim olarak tanımladıkları olay, aslında kişinin zihninde meydana gelen öğrenmenin dışavurumudur.

Kişiliğin gelişim sürecini açıklamak için geliştirilen çok sayıda kuramın her biri çeşitli alt parçalara bölünmüştür ve farklı değerlendirme ölçütleri ve terminolojileri kullanmaktadır. Her bir gelişim kuramı, insan gelişiminin özellikle bir alanını odak noktası olarak kabul ederek bu gelişimi genel olarak diğer alanlarla da bütünleştirecek biçimde ortaya koymuşlardır. Hepsi de birbiriyle ilişkili olsa da farklı bakış açılarıyla bu karmaşık süreci açıklamaya çalışmışlardır. Bu çeşitlilik ve farklılık belki de insan kişiliğinin eşsiz doğasını yansıtmaktadır. Kişilik yapılanmasındaki çeşitlilik zenginlik olarak değerlendirilebilirse de aynı zamanda farklı teorilerden elde edilen sonuçların beraber değerlendirilememesi sorununu da beraberinde taşır. Birbirleriyle örtüşmeyen farklı teorilerden elde edilen veriler sonuca varma noktasında sıklıkla yetersizdir.

1. Psikanalitik Model

Kişiliğin psikodinamik tanımlanması yapısal model üzerine inşa edilmiş olmakla birlikte, nesne ilişkileri teorisi, kendilik psikolojisi ve bağlanma kuramı bağlamında değerlendirilebilir(7). Psikanalizde karakter kavramı, bireyin kişilik organizasyonu ve stilinin temel unsurlarını yansıtan benzersiz bileşimi olarak kişinin içindeki güçleri kendine özgü ve sürekli olarak dengede tutma ve bunları çevreyle uyumlu kılma tarzı anlamına gelmektedir. Psikanalitik karakter biyolojik donanımın kişisel yaratıcılığın ve ebeveynlerimizden öğrendiğimiz ve model aldığımız şeylerin bileşiminden oluşmaktadır(8). Biyolojik yatkınlıklar karakter oluşumunda hem içgüdüsel hem de ego temellerinde rol oynarlar. İd güçlerinin erken ego savunmalarıyla ve çevresel etkilerle, özel olarak ebeveynlerle etkileşimleri karakterin gelişiminde büyük belirleyicileri tayin eder. Değişik erken özdeşimler ve nesnelerin taklitleri karakter oluşumunda kalıcı izlerini bırakırlar(9).

Psikanalitik karakter ve kişilik incelemesinin kökleri erken dürtü teorisinden köken almıştır. Freud cinsel dürtülerin gelişiminde biyolojik gelişme, çevresel ve sosyal yapının etkisinin önemini vurgulamış ve psikoseksüel gelişim dönemlerini tanımlamıştır.

Freud'un ilk dürtü teorisinin kullanıldığı dönemde teorisyenler kişiliği saplanma temelinde anlamaya ve açıklamaya çalışmışlar ve gelişimin çeşitli evrelerinde ortaya çıkan saplanmaların karakter tiplerinin temelinde yer aldığını savunmuşlardır. Karakteri tamamen içgüdüsel saplanma temelinde anlama çabası yetersiz görülmüş ve Freud “ *Ego ve İd (1923)* ” kitabıyla yapısal modeli ortaya koymuştur.

1.1. Savunma Mekanizmaları ve Egonun Savunma İşlevleri

Savunma mekanizmaları kavramı İlk olarak Sigmund Freud'un (1894) “Savunmaların Nöropsikozu” adlı çalışmasında tanımlanmıştır. 1896 yılında yayınladığı “Savunmaların Nöropsikozu Üzerine İleri Açıklamalar” isimli çalışmasının ardından Freud'un ilgisi başka konulara kaymış ve başlangıçtaki psikanalitik formülasyonlarında ve daha sonra uzun zaman boyunca, Freud represyonu savunmayla hemen hemen eş anlamlı olarak kullanmıştır. Yaklaşık 30 yıl sonra 1926'da yayınladığı “İnhibisyon, Semptomlar ve Anksiyete” kitabı ile izolasyonun represyondan ayrımını yapmıştır ve kişinin psikolojik denge durumunu korumanın egonun temel işlevlerinden olduğunu belirtmiştir.

Freud'un savunma mekanizmalarına yönelik ilk fikirleri savunmaların özellikle de bastırmanın, kaygılı tepkilere neden olduğu görüşünü içermektedir. Bu görüşe göre içeride sıkışıp kalmış duygular boşalmaya yönelik basınç uygulayarak içsel bir gerilime neden oluyor, içsel gerilim de kaygı olarak deneyimleniyordu. Yapısal teoriye geçilmesiyle birlikte Freud ilk fikirlerini, savunma mekanizmalarının bireyin akıl dışı korku duygusundan kaçınmaya çalışmakta kullandıkları metodlar olduğu ve bastırmanın kaygıya bir tepki olduğu şeklinde revize etti. Böylece psikopatolojiyi savunma işlevinin işe yaramadığı bir durum olarak yorumlamaya başladı(10).

Freud yazılarında egonun biliş, hafıza, öğrenme, duygudurum düzenlenmesi, bunalı ve savunma mekanizmaları gibi çeşitli fonksiyonları yöneten ruhsal aygıt olduğunu iddia etmiş(11,12) ve savunma mekanizmalarının gerçeği değerlendirme, yargılama, biliş, ego fonksiyonları, psikopatoloji ve adaptasyon alanlarında rol oynadığının altını çizmiştir(13). Yazıları boyunca savunma mekanizmalarını tanımlamada 5 önemli kriter tanımlamıştır; 1.savunmalar dürtü ve affektlerin yönetiminde etkilidir ve bu konuda egonun en etkili silahıdır, 2.savunma mekanizmaları

kullanım esnasında bilinçdışıdır, 3.çok sayıda savunma vardır ve bu savunmalar diğerlerinden ayrılabilir, 4. her ne kadar savunma mekanizmaları ana psikiyatrik belirtilerin sıklıkla karakteristik özelliğiye de dinamik ve tersinirdirler. Son olarak tüm savunmalar adaptif olabildiği gibi patolojik de olabilir(14).

Anna Freud egonun çeşitli savunma sistemlerini sınıflandırıp inceleyerek hem işleyiş biçimlerini belirterek hem de çıkış zamanlarını ve işleyişlerini gelişimsel bir süreklilik boyunca yerleştirerek savunma mekanizmaları kavramını büyük oranda genişletmiştir. “*Ego ve Savunma Mekanizmaları*” isimli eserinde herkesin, normal ya da nevrotik, değişik derecelerde, karakteristik bir savunma mekanizmaları repertuarı kullandığını iddia etmiştir. A. Freud’a göre savunma mekanizmaları egonun istenmeyen ve kaygı yaratan durumlardan uzaklaşması işlevinin yanı sıra dürtüsel davranışlar, duygular ve içgüdüsel istekler üzerinde kontrol sahibi olmasını sağlayan psikolojik süreçlerdir. Anna Freud ego işlemlerinin kişilik işlevselliğinin tüm alanlarına yayılmışlığını tarif ederek egoyu bir başına incelemeye değer bir psikanalitik araştırma nesnesi haline getirmiştir. Aynı zamanda psikanalitik düşüncelerin uygulama sınırlarını semptomlardan karakter stillerine ve psikopatolojiden normal kişilik işlevselliğinin çeşitlerine doğru genişletmiştir(15,10).

Savunma mekanizmalarının ego gelişimi ve psikopatoloji ile yakın ilişki içinde olması doğrultusunda ilk kez, ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi ve tanımlanmasında kullanılan Amerikan Psikiyatri Birliği’nin Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nın üçüncü revize edilmiş formunda (DSM III-R) yer almıştır(16). DSM IV TR ’e göre savunma mekanizmaları, kişileri iç ve dış tehlikelere ve anksiyeteye karşı koruyan ancak, kişilerin sıklıkla bu süreçlerin işleyişlerinin farkında olmadığı otomatik psikolojik süreçler olarak tanıtılmaktadır. (17)

1.2. Savunmaların Sınıflandırılması

Egonun savunma mekanizmalarını sınıflandırmaya yönelik verilebilecek her liste ilgili tüm faktörleri kapsamadaki zorluk sebepli kaçınılmaz olarak eksik ve tartışmalı olacaktır. Anna Freud savunma mekanizmalarını sınıflandırmayıp savunma yaratan durumların ayrıntılı değerlendirilmesi gerektiğini iddia etmiştir(18). Bununla birlikte savunma mekanizmaları ortaya çıktıkları gelişimsel evre bağlamında, bağlantılı oldukları

psikopatolojilerin temelinde, basit mekanizmalar veya basit mekanizmaların kombinasyonundan oluşan karmaşık mekanizmalar olmalarına göre gibi çok farklı şekillerde sınıflandırılmışlardır(9). Otto Fenichel ego savunmalarını bastırılmış dürtülerin kesilmesini sağlayan başarılı savunmalarla, bastırılmış dürtülerin ortaya çıkmasını önleyen ama bastırma sürecinin tekrarını veya devamını gerektiren başarısız savunmalar olmak üzere ikiye ayırmıştır. Ona göre nevrozların temelinde bulunan patolojik savunmalar ikinci gruba girer(19). Başarılı savunmalar aynı zamanda adaptif savunmalardır ve adaptif savunmalar bilişsel açıdan genellikle daha karmaşık olduğundan matürite ve adaptiflik sıklıkla sınıflandırmalarda birbirinin yerine kullanılır(20). Yaygın olarak savunma mekanizmaları anksiyetenin yönetilmesinde görece etkili olanlar(matür/adaptif), etkili olmasına rağmen problematik olanlar(nevrotik) ve etkisiz veya birey için ek zorluklar oluşturanlar(immatür/maladaptif) olarak sınıflandırılmışlardır(21,22). Her ne kadar savunma mekanizmalarının matür olması için genel olarak kabul edilen bir seviye varsa da tüm savunma mekanizmaları farklı koşullar altında matür veya immatür olabilir. En matür savunmanın rijid kullanımı savunmayı immatür hale getirebilir(23,24).

İmmatür savunmalar hayatın erken dönemlerinde ortaya çıkarlar, olayın anlam ve önemini ağır şekilde çarpıtarak anksiyeteyi azaltırlar(21,22). İmmatür savunmalar nesnenin algılanmasında bu kadar şiddetli çarpıtmaya neden olduğundan bilinçli farkındalık oluşmayabilir. Ağır çarpıtmanın sonucu olarak bilinçli farkındalık eksikliği ile immatür savunmalar sıklıkla eylemsizlik veya uygunsuz eyleme sebep olurlar(25). Nevrotik savunmalar da tehlikenin kabulü ile sonuçlanırlar fakat tehlikenin yönetimi, anlamı ve kişiye olan etkisi ağır şekilde çarpıtılır(21,22). Bu savunmaların kullanılması tipik olarak bir şekilde anksiyetenin azaltılmasında etkili olsa da matür savunmalara göre daha olumsuz sonuçlara veya daha az etkili çözümlere neden olur(26). Matür savunmalar yaşamın ileri dönemlerinde ortaya çıkarlar ve tehlikenin doğasının ve kapsamının en geniş şekilde tanınmasıyla sonuçlanırlar. Tehlikeyle başa çıkılmasıyla sonuçlanacak şekilde doğrudan anksiyetenin sınırlandırılmasını sağlarlar(21,22). Anksiyetenin sınırlandırılmasına sıklıkla büyük bir çarpıtmadansa küçük bir ekleme veya dönüşüm ile ulaşılır. Matür savunmalar gerçeğin farkında olmayı içerdiğinden bu durum sıklıkla yapıcı eylem ile sonuçlanır(25).

Baskılama(Suppression): Bilinçli bir dürtü ya da çatışmadaki dikkatin bilinçli veya yarı bilinçli olarak ertelenmesi kararıdır.

Yüceltme(Sublimation): Hedefi korunan ancak amacı veya nesnesi sosyal olarak karşı çıkılabilir olandan değerli olana değiştirilen dürtünün doyurulmasıdır. Sublimasyonda duygular kabul edilir, dönüştürülür ve görece önemli bir kişiye ya da hedefe doğru yöneltilir. *Libidinal sublimasyon* dürtü impulslarının deseksüalize edilmesi ve süperego veya toplum tarafından değer verilenin yerine geçebilecek değer yargısı yerleştirmeyi içerir. *Agresif dürtülerin sublimasyonu* haz veren oyunlar ve spor aracılığıyla gerçekleşir. Nevrotik savunmalardan farklı olarak sublimasyon içgüdülerin biriktirilmesi veya saptırılmasından çok kanalize olmasına izin verir.

Mizah(Humor): Kişisel rahatsızlık olmadan başkalarında da hoş olmayan bir etki yaratmayacak biçimde duyguların açıkça ifade edilmesidir. Her zaman duygulanımsal çatışmadan uzaklaşmayı ve dikkati dağıtmayı içeren *nükteye* tezat olarak mizah kişinin katlanılması zor olanı tolere ederken üzerinde odaklanabilmesini de sağlar.

Beklenti(Anticipation): Gelecekteki iç huzursuzluğu gerçekçi bir şekilde öngörerek plânlayarak beklemektir. Amaca yönelik olarak olacakların kestirilmesini, gerekli tavrın veya tedbirlerin alınmasını sağlar.

Diğerkâmlık(Altruism): Başkalarının yerine yapıcı ve içgüdüsel olarak doyum verici hizmette bulunmaktır. Bu doğrudan doyumun ya da içgüdüsel ihtiyaçların diğerlerinin ihtiyaçlarını karşılamak için feda edildiği, kendi zararına, başkasının yerine doyumun, ancak introjeksiyon yoluyla kazanıldığı diğerkâm fedakârlıktan ayırt edilmelidir.

Çilecilik(Asceticism): Bir yaşantıya atfedilebilecek doğrudan zevkli duygulanımları ayırıp çıkarmaktır. Bazı zevklere değer atfetmenin içinde ahlaki bir unsur vardır ve çilecilik bilinçli algılanan bütün "*temel*" zevklere karşı yöneltilmiştir ve doyum bunlardan feragat edilerek sağlanır.

Bastırma(Represyon): Bir düşünce ya da duygunun bilinçli farkındalığının, bilinçten uzaklaştırılması veya uzak tutulmasıdır. Duygu bileşeni ilişkili düşüncelerden ayrılarak bilinçte kalabilir. Birincil bastırmada impuls ve düşünceler bilince çıkmadan bastırılırken, ikincil bastırmada bir zamanlar bilinç düzeyinde yaşanılmış olanın bilinçten uzaklaştırılması söz konusudur. Bastırılan şey tam anlamıyla unutulmamıştır ve sembolik davranışlar hâlinde gözlenebilir.

Yalıtma(İsolation): Duygulanımın içerikten intrapsişik olarak ayrılması ya da bölünmesidir. Düşüncenin veya duygulanımın represyonu ya da duygulanımın farklı ya da yerine geçen içeriğe yer değiştirilmesiyle sonuçlanır.

Entellektüalizasyon: Duygulanımların ve dürtülerin onları yaşamak yerine onları düşünerek kontrol edilmesidir. Kabul edilemez dürtülerden kaynaklanmış olan anksiyeteye karşı korunmak için düşünmenin duygulanımdan arınmış karşılığıdır.

Rasyonalizasyon: Gerekçelerin doğru olmayan biçimde uygulanması yoluyla ya da ikna edici bir aldatmaca icat edilerek, başka türlü kabul edilemez olan tutum, inanç, ya da davranışın haklı gösterilmesidir.

Seksualizasyon: Yasaklanmış dürtülerle bağlantılı anksiyeteleri uzak tutmak için nesne ya da fonksiyona daha önce sahip olmadığı ya da daha az sahip olduğu cinsel bir önem verilmesidir.

Kontrol Etme: Anksiyeteyi en aza indirmek ve içsel çatışmaları çözümlemek için çevredeki olayları veya nesneleri düzenlemeye ya da baş etmeye aşırı biçimde çalışmaktır.

Yer Değiştirme(Displacement): Bir çatışmayı çözümlemek amacıyla bir nesneden bazı özellikleri sebebiyle orijinaline benzeyen diğerine bilinçdışı olarak yönelmedir. Nesne değiştiği halde dürtünün içgüdüsel doğası ve amacı değişmeden kalır.

Yaptığını Bozma(Undoing):Kişinin duygusal çatışma veya içsel ya da dışsal stres etkenlerini, kabul edilemez düşünceleri, duyguları veya eylemleri sembolik olarak etkisizleştirmek ya da telafi etmek için hazırlanmış kelimeler ya da davranışlar ile ele almasıdır.

Karşıt Tepki Kurma(Reaction Formation): Dürtünün tezat bir biçimde ifade edilmesine izin vererek, kabul edilemez dürtülerle baş etmektir. Dürtünün negatifiyle ifade edilmesiyle eştir. İçgüdüsel çatışma ısrarcı olduğunda genellikle obsesyonel bir karakterin bir yönü olarak, karşıt tepki kurma kalıcı biçimde bir karakter durumu haline gelebilir.

Dışsallaştırma: Kişinin dış dünyada ve dış nesnelerde içgüdüsel dürtüleri, çatışmaları, duygudurumları, tutumları ve düşünce stillerini içeren kendi kişiliğinin bileşenlerini algılama eğilimiyle bağlantılıdır. Özel intrajektlerden kaynaklanması ve onlarla eşzamanlı olmasıyla tanımlanan yansıtmadan daha genel bir terimdir.

Özdeşleşme(Identification): Bir başkasının özelliklerinin ve davranışlarının kısmen veya büyük ölçüde benimsenmesi hâlidir.

Splitting (Bölmeleme): Birey duygusal çatışma veya içsel ya da dışsal stres etkenlerini, zıt duygulanım durumlarını bölmelere ayırarak veya kendinin veya başkalarının olumlu ya da olumsuz niteliklerini bağlı imgelerde bütünleştiremeyerek ele alır. Ambivalan duygulanımlar eşzamanlı olarak yaşanamayacağından dolayı kendi ya da başkaları konusunda daha dengeli görüşler veya beklentiler duygusal farkındalıktan dışlanır. Kendilik ve nesne imgeleri zıt kutuplar arasında değişme eğilimindedir.

İdealizasyon: Kişinin gerçek veya hayalî sevgi nesnesine gerektiğinden çok fazla yatırım yapmasıdır. Birey duygusal çatışma veya içsel ya da dışsal stres etkenlerini başkalarına abartılı olumlu özellikler yükleyerek ele alır.

Değersizleştirme(Devaluation): Birey duygusal çatışma veya içsel ya da dışsal stres etkenlerini benliğine ya da başkalarına abartılı olumsuz nitelikler yükleyerek ele alır.

Gerileme(Regresyon): Kişinin daha sonraki evrelerde yer alan anksiyete ve hostiliteden kaçınmak için daha önceki bir gelişim ya da işlev evresine geri dönmesidir. Bırakılmış olan davranış kalıplarını barındıran daha önceki fiksasyon noktalarına geri dönüştür. Bu genellikle daha sonraki bir gelişme evresindeki denge bozulduğunda bir içgüdüsel tatmine erişme ya da daha önceki tatmin kalıplarına ve seviyelerine dönerek içgüdüsel kaçma temel eğilimini yansıtır.

İnkâr(Denial): Kişinin duygusal çatışma veya içsel ya da dışsal stres etkenlerini başkalarına açık gelebilecek dışsal gerçekliğin ya da öznel yaşantının acı veren bazı yönlerini kabul etmeyi reddederek ele almasıdır.

Çarpıtma(Distortion): Dışsal gerçekliği, içsel ihtiyaçlara uya cak şekilde büyük ölçüde yeniden şekillendirmek, gerçekçi olmayan megalomanik inançlar, varsanılar, arzusunun yerine getirilmesi şeklinde hezeyanlar ve sanrılı bir üstünlük ya da haklı olma duygularını kullanmayı içerir.

Tüm güçlülük(Omnipotans): Birey duygusal çatışma veya içsel ya da dışsal stres etkenlerini sanki özel güçlere ya da yeteneklere sahipmiş ve başkalarına üstünmüş gibi hissederek ya da eylemde bulunarak ele alır.

Şizoid Fantezi(Autistic fantasy) : Bireyin duygusal çatışma veya içsel ya da dışsal stres etkenlerini çözme ve doyum amacıyla fanteziyi kullanma ve otistik geri çekilme eğilimidir.

İçe Atım(Introjection): Bir nesnenin (özellikle de bir sevgi nesnesinin) niteliklerinin tamamının veya bir kısmının sanki yenilip yutulurcasına içeri atılması fakat bir

psşik yabancı cisim gibi orada tutulmasıdır. İe atımda nesnenin yok edilmek yâda benlik içinde yaşatılmak amacıyla benliğe alınması ve onun sanki ayrı bir nesne imiş gibi içerde tutulması, gerekirse yok edilmesi söz konusudur. Sevgi nesnesinin kabul edilemeyecek veya istenmeyen özelliklerinin ie atılıp saklanmasıdır. Bu saklanan “kompleks” hiç bir zaman özümsemez (enkorpare edilmez) ve müstakbel ilişkilerdeki ikircikliğe zemin hazırlar.

Yansıtma(Projection): Kişinin duygusal çatışmayı ya da içsel ya da dışsal stres etkenlerini, kendi kabul edilmez duygularını, dürtülerini ya da düşüncelerini benliğin dışındaymış gibi algılaması ve reaksiyon göstermesidir. Yansıtma introjeksiyon ile korelasyon içinde işler. Öyle ki yansıtma materyali introjektlerinin içselleştirilmiş görünüşünden alınır. Daha üst düzey işlev düzeylerinde yansıtma diğerlerinin güdülerinin, tutumlarının, duygularının ya da niyetlerinin yanlış yorumlanması ya da yanlış atfedilmesi şeklini alabilir.

Yansıtma Özdeşleşme(Projective İdentification): Yansıtma olduğu gibi birey duygusal çatışmayı ya da içsel ya da dışsal stres etkenlerini kendi kabul edilmez duygularını, dürtülerini ya da düşüncelerini başkalarına hatalı biçimde yükleyerek ele alırken bir yandan da kendisiyle projeksiyon nesnesi arasında özdeşleşme kurulur. Sıklıkla birey önce kimin neyi ne için yaptığını açığa kavuşturmayı zorlaştırarak başta hatalı biçimde orada olduğuna inandığı başkalarındaki gerçek duyguları teşvik eder.

Eyleme Vurma(Acting Out): Kişinin bilinç dışı bir isteği ya da dürtüyü eşlik eden bir duygulanımın farkındalığından kaçınmak için yansıtmalardan ya da duygulardan çok eylemlerle doğrudan ifade etmesidir. Bilinç dışı fantezi dürtüsel bir davranış yoluyla yaşanılır, böylelikle dürtü yasaklanmak yerine doyurulmuş olur. Kronik düzeyde dışa vurma, ifade edilmelerinin ertelenmesinin yaratacağı gerilimden kaçınmak için dürtülere boyun eğmeyi de içerir.

Tutulup Kalma(Blocking): Özellikle duygulanımlar olmak üzere düşünce ve dürtülerin genellikle geçici olarak engellenmeleridir. Represyona benziyorsa da, dürtü, duygulanım ya da düşüncenin engellenmesiyle kişideki gerilimin, sıkıntının artmasıyla ondan ayrılır.

Çözölme(Dissociation): Kişinin duygusal çatışmayı ya da içsel ya da dışsal stres etkenlerini bütünleşmiş bilinçlilik, bellek, kendilik, çevre algısı veya duyusal motor davranış işlevlerinin parçalanması ile ele almasıdır.

Pasif Agresyon: Kişinin duygusal çatışmayı ya da içsel ya da dışsal stres etkenlerini, nesneye karşı agresyonu dolaylı yoldan ve etkisiz biçimde pasiflik, mazoşizm ve kendine karşı dönme yoluyla ifade etmesidir.

Bedenselleştirme (Somatization): İntrapsişik çatışmaların beden diliyle ifade edilmesi, bedensel şikâyetlere döndürmesidir(konversiyon). Stres ve duygusal çatışmalar otonom sinir sisteminin herhangi bir parçasının fazla çalışmasına yol açar. Fizyolojik işlevlerde bozulma görülebilir. Gelişme (desomatizasyon) sırasında infantil somatik cevaplar düşünceyle ve duygulanımla yer değiştirir. Daha önceki somatik formlara ya da cevaba regresyon (resomatizasyon), çözümlenmemiş çatışmalardan kaynaklanabilir ve psikofizyolojik reaksiyonlarda önemli rol oynayabilir.

(Savunma Mekanizmaları: 9, 17, 27 kaynaklardan derlenmiştir.)

1.3. Savunma Mekanizmalarının Değerlendirilmesi

Kullanılan savunma mekanizmalarını bilinçdışı süreçler olduğundan ampirik olarak değerlendirmek zorluklar içerir. Buna ek olarak Savunma mekanizması araştırmacıları ve teorisyenlerinin savunma mekanizmaları sınıflandırılması konusunda hemfikir oldukları temel bir liste veya sınıflandırma sistemi yoktur. Savunma mekanizmaları kavramının ve savunma mekanizmalarının psikopatoloji ile olan ilişkisinin değerlendirilmesinde klinik araştırmalarda projektif testler, özbildirim testleri ve gözlemci bildirim testleri olmak üzere 3 temel yöntem kullanılır (28).

Projektif testler psikanalitik literatürden köken alan savunma mekanizmalarının sıklıkla değerlendirildiği Tematik Algı Testleridir. Gözlemci bildirim testleri erken savunma mekanizmaları araştırmalarında en sık kullanılan yöntemlerdir(28). Bu yöntemlerden bazıları; Vaillant'ın (29) kısa hikâyeler kullandığı görüşmeye dayalı değerlendirme yöntemi, Perry ve Cooper'ın (30) kullandığı gözlemci değerlendirmesine dayanan savunma mekanizmaları değerlendirme ölçekleridir. Bu metodlar eğitim almış gözlemcinin katılımcıları değerlendirdiği metodlardır. Avantajı bireyin farkında olmadığı zihinsel işlemlerin davranışsal tezahürlerinin saptanabilmesi iken, daha fazla zaman ve para gerektirirler ve değerlendiriciler arası güvenilirlik sorunları oluşabilir.

Savunma mekanizmalarının değerlendirilmesinde diğer metod ise öz bildirim testleridir. Bunlardan en sık kullanılan öz bildirim testi Savunma Biçimleri Testidir(SBT). Savunma Biçimleri Testi kolay uygulanan düşük maliyetli, değerlendiriciler arası güvenilirliği yüksek bir testtir ancak kişinin bilinç dışı savunma mekanizmalarının bilinçteki yansımaları kişinin öz bildirimine dayandığından bireyin cevap çarpıtmasına karşı hassastır.

Bond ve arkadaşları savunma mekanizmalarının bilinçli türevlerini ölçmek için öz bildirim testi olan Savunma Biçimleri Testini geliştirmiştir(31,32). Andrews ve arkadaşları SBT'nin 40 maddelik formunu (SBT- 40) geliştirmişlerdir(33). Savunma Biçimleri Testi, bu konuda yapılmış tüm dünyadaki çalışmaların büyük bölümünde kullanılmıştır. İşlevsel olan ve olmayan savunma biçimlerini değerlendirmesi kapsamında psikopatolojiyi aydınlatması bakımından önem taşımaktadır. Savunma Biçimleri Testinde 20 savunma biçimi ele alınmış ve bunlar immatür, nevrotik ve matür savunma biçimleri şeklinde 3 boyutta toplanmıştır. Matür savunma biçimleri yüceltme, mizah, beklenti, baskılamayı içerir. Nevrotik savunma biçimleri yaptığını bozma, psödoaltruizm, idealleştirme, karşıt tepki geliştirmeyi içerirken, immatür savunma biçimleri yansıtma, pasif saldırganlık, dışa vurma, yalıtım, değersizleştirme, otistik fantezi, inkâr, yer değiştirme, dissosiasyon, bölünme, rasyonalizasyon, bedenselleştirmeyi içerir(34).

2. Özellik ve Faktör Modelleri

İnsan kişiliğinden söz ederken onu bir bütün olarak düşündüğümüz halde insana bir birey olarak bakarken onu değişik özellikleri ile değerlendiririz. Kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla üzerinde çalışılabilir özellikler saptamanın bir yolu da, linguistik evrim sayesinde en çok dilin, kişiler arasında gündelik yaşamdaki önemli farklılıkları kodlayacağı varsayımıyla sözlüğe başvurmaktır. Dil birikmiş kültür deneyimini cisimleştirir ve kapsamlı bir sözlük de bu deneyimin yazılı kaydıdır. Bu düşünceden hareketle kişilikteki bireysel farklılıklar ile ilgili erken araştırmalar yürüten Allport özelliği "birçok uyararı işlevsel olarak eşit duruma getirme kapasitesine sahip olan, uyumsal ve anlamlı davranışın eşdeğer formlarını başlatan ve rehberlik eden nöropsişik yapı" olarak tanımlamıştır. Allport ve Odbert kısaltılmamış tam bir sözlükten çıkardığı, insanları tanımlamak için kullanabilecek davranış özelliklerine atıfta bulunan

ve bazıları sadece değerlendirme olan, 18.000 terimi listelemişler, sonrasında eşanlamlıları ve belirsiz olanları eleyerek 4500 sözcüğe indirgemişler ve listeyi anlamlı alt gruplar halinde düzenlemişlerdir(35).

Allport-Odbert özellik listesini faktör analizi yöntemiyle kişilik değişkenlerinden korelasyon gösterenlerini ortak başlıklar altında toplayarak 12 faktör tanımlayan Raymond Cattell ilk ve en geçerli faktör modellerinden bir tanesini geliştirmiştir. Kendini değerlendirme anketleri kullanılarak bulunan diğer 4 faktör ile birlikte, bu 16 faktör Kişilik Faktör Anketinin temelini oluşturmuştur. (36). Yine faktör analizi yöntemini kullanan Hans Eysenck dışa dönüklük ve nörotisizm olmak üzere 2 temel kişilik faktörü tanımlamıştır(37). Catell ve Eysenck'in belirledikleri özellikler ile yapılan faktör analizi çalışmaları sonucunda 5 faktör önemli bulunarak "Big Five" olarak adlandırılmıştır. Beş faktör modeli nörotisizm, dışa dönüklük, açıklık, cana yakınlık, vicdanlılık alt boyutlarını tanımlamaktadır(38).

2.1 Psikobiyolojik Model

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, boyutsal bir psikobiyolojik kişilik modeli geliştirmiştir. Bu model, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyokültürel etkiler karşısında değişmez oldukları ve işlemsel bellekte presemantik duyuları içerdikleri varsayılan dört mizaç ve yetişkinlikte olgunlaştıkları ve kendilik kavramları hakkında içgörü kazanılması ile kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu içermektedir. Mizaç ve karakter özellikleri etiyolojik olarak ayrı oluşumlar olmasına karşın işlevsel olarak bağlantılıdır ve aralarındaki etkileşim dinamik bir kişilik organizasyonu ortaya çıkarmaktadır. Psikobiyolojik model önceki kişilik modellerinden farklı olarak altta yatan sosyal ve biyolojik belirleyicileri dikkate almış ve belleğin tiplerini ayırt etmiştir(39-41).

Mizaç ya da kişiliğin "emosyonel çekirdeği", kortiko-striato-limbik sistemde bulunan kompleks döngüler, birincil sensorikortikal bölge, amigdala, putamen ve kaudat nükleuslar tarafından kontrol edilen işlemsel(prosedürel) ya da örtülü(implicit) belleği kapsamaktadır. İşlemsel bellek öğrenme ile ilişki temelinde oluşmaktadır ve bilinç dışının farkında olmadan yaşadığı öğrenme ile duygulanım değerini, algılama sürecinin anlam öncesini içermektedir. Bir kişinin tehlike, yenilik, ödül ve cezaya otomatik olarak vereceği yanıt mizaç özellikleri ile doğuştan getirilmiştir. Mizaç, duygu ve öğrenme sisteminde kalıtılabilir ön özellikler oluşturarak duygulara dayanan otomatik davranışlar

ve alışkanlıkların gelişiminde rol oynar. Mizaç özellikleri kalıtlabilir niteliktedir ve tüm kültürlerde, etnik gruplarda benzerdir. Bu özellikler kişinin yaşamının ilk yıllarında belirginleşir ve hayat boyu değişmeden kalır. 4 temel duygu ile ilişki göstermektedir. Yapılan ikiz çalışmalarında bu dört mizaç özelliğinin birbirinden bağımsız olarak aktarıldığı gösterilmiştir(5, 41, 42).

Karakter kişiliğin kavramsal çekirdeğidir ve neokorteks ile hipokampus tarafından düzenlenen soyutlama, sembolizasyon, yorumlama, çözümleme, mantık süreçleri gibi daha yüksek bilişsel işlevleri içeren semantik (anlamsal) bellek ile ilişkilidir(41, 43, 44). Bu işlevler, mizaçla düzenlenen duygulanım, duysal algılar ve bilişsel süreçler için önemlidirler ve dış dünya ile benlik hakkındaki kavramların gelişmesine yol açarlar.

Cloninger'in psikobiyolojik kişilik modelinde, dört temel mizaç boyutu; yenilik, tehlike, ceza ve ödüle yanıt olarak çağrışimsal öğrenmedeki bireysel farklılıklara göre tanımlanmaktadır. Temel duyguların algısal bilgi süreçlerini değiştirdiği, özellikle şartlı uyarılara verilen bilinçdışı yanıtlar gibi erken öğrenme özelliklerini biçimlendirdiği tespit edilmiş ve bellek sistemleri tarafından işlenen bilginin kalıtsal eğilimleri yansıtılmıştır (3). Mizaç boyutları olan Yenilik Arayışı (NS), Ödül Bağımlılığı (RD), Zarardan Kaçınma (HA) ve Sebatkârlık (P); her biri kendisinin temel duyguları olan öfke, bağlanma, korku ve hırs ile erken gelişimsel dönemde gözlenebilir özelliktedirler. Erken gelişimsel dönemde insan davranışında gözlenen diğer birçok karmaşık sosyal işlevler, özellikle frontal, temporal ve limbik kortikal bölgelerdeki yoğun sinapslar ve nöronal devrenin düzenlenmesinde rol oynayan bazı aktif ve pasif değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Daha sonra korku, öfke, bezginlik, heyecan gibi temel duygular, daha karmaşık sevgi, empati, sevecenlik, beceriklilik gibi pozitif ikincil duygulara dönüşür(43).

Zarardan Kaçınma(Harm Avoidance); davranışsal inhibisyon sistemi ile ilişkilidir ve cezalandırılma ve hayal kırıklığı uyarılarına cevap olarak davranışın baskılanmasına kalıtsal bir eğilimdir. Kendisini gelecek sorunlara ilişkin kötümser bir endişelilik hali, belirsiz bir korku, utangaçlık ve sosyal engellenmişlik, sorunlardan veya tehlikeden pasif kaçınma, çabuk yorulma ile gösterir. Zarardan Kaçınması yüksek olan bireyler ihtiyatlı ve dikkatli planlama yapan, kaygılı bireylerken, düşük zarardan

kaçınması olan bireyler kaygısız, enerjik, cesur, sempatik ve iyimser, tehlikeye karşı tepkisizlik, olası bir zarar görme durumunda ciddi sonuç riski ile ilişkili olmasıdır(42-44).

Yenilik Arayışı (Novelty Seeking); davranışsal aktivasyon sistemi ile bağlantılıdır ve ödül dürtüsüne yaklaşma, cezalandırılma dürtüsüne karşı kaçınma davranışına kalıtsal bir eğilimi yansıtmaktadır. Yenilik arayışı yüksekliği yenilik karşısında dürtüsellik, ödül ipuçlarına yaklaşımda aşırıya kaçma, çabucak öfkelenme ile engellenmeden aktif kaçınmayı içerir. Düşük yenilik arayışı olan bireyler yavaş mizaçlı, meraksız, soğukkanlı, tutumlu, çekingen, tekdüzeliğe karşı sabırlı ve düzenli kimselerdir(42-44).

Ödül Bağımlılığı (Reward Dependence); davranışsal sürdürme sistemi ile ilişkilidir ve ödül ipuçlarına cevapta davranışı sürdürmede kalıtsal bir eğilimi yansıtmaktadır. Aşırı duygusallık, sosyal duyarlılık, bağlanma ve başkalarının onayına bağımlılık ile karakterizedir. Ödül bağımlılığı yüksek olan bireyler merhametli, adanmış, bağımlı ve girişken kişiler iken, düşük ödül bağımlılığı olan bireyler pratik, inatçı, soğuk, topluma karşı duyarsız, tereddütlü ve yalnızlarsa bu duruma kayıtsız kişilerdir(42-44).

Sebat Etme (Persistence); zorlanmalara, yorgunluk ve engellenmelere karşın davranışın sürdürülmesindeki kalıtsal bir yatkınlığı yansıtmaktadır. Sebatkâr bireyler insanı engelleyen ödül yokluğu durumlarıyla karşılaştıklarında bu davranışın sönmesine karşı direnç sergilerler. Sebatkârlığı yüksek olanlar çalışkandır, kararlılık gösterirler ve yüksek başarı hırsları vardır, Bu yüksek başarı hırsı, onların ödül beklentisine aşırı bir çaba ile tepki verme ve bitkinlik veya engellenmelere meydan okuyan bir kişi olma eğilimlerini yansıtmaktadır. Yüksek sebatkârlık ödülleri aralıklı, ancak öngörülemeyenler sabit olarak kaldığından uyumsal bir davranış stratejisidir. Öngörülemeyenler hızla değiştiğinde ise uyumsal olmayan bir davranış haline gelmektedir. Düşük sebatkârlık gösteren bireyler tembel, aktif olmayan, dengesiz ve istikrarsızdırlar. Ayrıca engellenmeyle karşılaştıklarında kolaylıkla pes etme eğilimindedirler. Aralıklı ödüllendirilme için nadiren çabalarlar ve çok az inat ederler. Bu nedenle, düşük düzeyde sebatkârlık, hızlı değişen ödül şansında uyumsal bir stratejidir. Ödüller sık olmayarak uzun dönemde verildiğinde bu özellik uyumsal olmayabilir(42-44).

Cloninger'in modeli ayrıca Kendini Yönetme (SD), İş Birliği Yapma (C) ile Kendini Aşma (ST) olmak üzere üç boyutlu bir karakter tanımı içerir. Karakter, kişisel değer ve amaçların yansıdığı nesne ilişkilerine ve kendilik kavramındaki bireysel farklılıklara karşılık gelmektedir. Kendilik kavramlarının üç yönü; bir kişinin kendini ne ölçüde bir otonom kişi (Kendini Yönetme), toplumun bütünleşmiş bir parçası (İş Birliği Yapma) ve evrenin bütünleşmiş bir parçası (Kendini Aşma) olarak tanımladığına göre farklılaşmaktadır. İnsanın yaşı ilerledikçe bu karakter bileşenleri benlik kavramları ile ya da erişkinlikteki kişisel veya sosyal etkinliklerle olgunlaşır. Karakter özellikleri uyuma yöneliktir ve mizacın aksine kalıtsal yönü daha az, belirgin biçimde sosyal öğrenme, kültür ve bireye özgü yaşam olaylarından etkilenen bir yapıdır(42-44).

Kendini Yönetme (Self-Directness), kişinin kendi tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi, bireysel açıdan anlamlı amaçların belirlenmesi ve sorunları çözmede beceri ve güvenin gelişimi ile kendini kabullenmeden oluşur. Kendini yöneten birey otonom bir bireydir, sorumludur, amaçları vardır, beceriklidir, kendini kabul edicidir ve aydınlanmış ikinci mizaç ile kodlanan uzun süreli hedefler ile uyumlu alışkanlıklar geliştirmişlerdir(42-44). **İş Birliği Yapma** sosyal kabul, empati, yararlılık, sevecenlik ve erdemli-vicdanlı olmayı içerir. İş birliği yapan insanlar hoşgörülü, empati yeteneği olan, yararlı, sevecen ve erdemlidirler. **Kendini Aşma** kendilik kaybı, kişilerarası özdeşim ve manevi kabulden oluşur. Kendini aşan bireyler yaratıcı, bencil olmayan, inançlı, manevi duyguları olan, idealist bireylerdir(42-44).

Mizaç bileşenlerinin genetik olarak bağımsız oldukları ve %40–60 kalıtsal özellik gösterdikleri düşünülmektedir. Karakter ölçeğinde genetik etkilerin %10–15, yaşanan çevresel etkilerin %30–35 oranlarında etkili olduğu öne sürülmektedir(5, 39, 43). Cloninger, belirli birincil habercilerin ve bunlarla ilgili genlerin spesifik mizaç özellikleri ile bağlantısı olduğunu iddia etmiştir. Cloninger'in kişilik modeli davranış görünümleri ile nörotransmitterler arasında bağlantı kurma olanağı da verir. Yenilik Arayışı (davranışsal aktivasyon) ile dopamin, Zarardan Kaçınma (davranışsal inhibisyon) ile serotonin ve Ödül Bağımlılığı (davranışı sürdürme) ile norepinefrin, Sebat Etme (davranışta ısrar etme) ile glutamaterjik aktivite arasında ilişki olduğu bildirilmiştir(39, 44-46). Zarardan Kaçınma ile santral serotonerjik aktivite arasındaki teorik ilişki

biyokimyasal analizler ve serotonin geri alım inhibitörlerini kullanarak yapılan klinik çalışmalar ile desteklenmiştir (46-48).

3.Davranışçı Model- Bilişsel/Sosyal Öğrenme Modeli

Davranışçılık, bilinçliliğin içeriğini ve işlemlerini belirlemekte iç gözlemin kullanıldığı geçerli zihin modeline tepki olarak gelişmiş ve davranışın çevresel veya durumsal belirleyicilerinin önemini vurgulamıştır. John B. Watson (1878-1958) bilimsel bir psikolojinin gözlemlenebilir davranışın incelenmesi ile yetinmesi gerektiğini ve insan davranışının, uyaran ve öğrenilmiş yanıtlara göre açıklanması gerektiğini öne sürmüştür. Ivan Petrovich Pavlov'un koşullu yanıt deneyleri bu türden bir bilimin başarılı olacağı umudunu vermiş ve Clark L. Hull (1884-1952) gibi kuramcılar, öğrenmenin üst düzey matematiksel modellerini sağlamışlardır. Skinner "*Davranışçılık Hakkında*" isimli eserinde "Bir kendilik ya da kişilik, olsa olsa, olasılıkların düzenlenmiş bir dizi olasılıkla ifade edilebilen bir davranış repertuarıdır" demektedir(49).

Sosyal öğrenme kuramı köklerini erken davranışçılıktan alır. Albert Bandura'nın sosyal biliş kuramı olarak adlandırdığı kuram karşılıklı determinizm üzerine kuruludur ve içsel bilişsel süreçlerin önemini kabul etmektedir. Davranışın dışsal belirleyicileri ile içsel belirleyicileri hem davranışı hem de sistemin diğer parçalarını etkileyen bir etkileşim sistemidir. Davranış kişisel ve çevresel değişkenler arasındaki sürekli bir etkileşimin sonucudur. Çevresel koşullar öğrenme yoluyla davranışı biçimlendirir, kişinin davranışı da çevreyi biçimlendirir. Kişiler ve durumlar birbirlerini karşılıklı olarak etkiler. Bireyler yalnızca kendi deneyimleri temelinde değil, aynı zamanda başkalarını gözlemlerken oluşan pekiştirmeler yoluyla da öğrenirler. Bandura'nın 1960'lardaki deneylerinde model olma etkilerinin gösterilmesi, toplumsal öğrenme bakış açısına geçerlilik kazandırmıştır. Bandura'ya göre davranışı kestirmek için kişinin özelliklerinin durumun özellikleriyle nasıl etkileştiğini bilmemiz gerekir ve kişilik, öğrenilmiş davranışların biriktirilmesinden daha fazla şey ifade eder (49).

4.Humanistik Model

20. yüzyılın ikinci yarısında psikanalitik ve davranışçı yaklaşımlara alternatif olarak humanistik yaklaşım oluşturulmuştur. Hümanistik yaklaşımların kişiliği açıklamaya dair yaklaşımları birbirinden farklı olmasına karşın insan doğasının olumlu değerlendirilmesinde ortaklaşırlar ve insan doğasının eşsiz ve ayırt edici olan insani

yönlerine vurgu yaparlar. Humanistik modele göre kişilik; örgütlenmeyi, rasyonaliteyi, tutarlılığı, geleceğe yönelimi, planlılığı, kendini ifade etmeyi, bilişsel karmaşıklığı ve uyum sağlama yeteneğini üretir ve yansıtır. Hümanist kuramcılarının çoğu insan aklına ve özgür iradeye, gelişme ve değişme yeteneğine, sevgi gereksinimine ve kendini aşmaya büyük önem verir. Sosyal öğrenme kuramları davranışçılığın hümanize edilmiş bir formu olarak görülebilir (49).

Hümanistik modelin önde gelen kuramcılarından Carl Rogers insan organizmasını güdüleyen asıl gücün kendini gerçekleştirme, geliştirme eğilimi olduğunu iddia etmiştir. Rogers'a göre psikopatoloji, bu gerçekleştirme işleminin savunmaya yönelik bir çarpıtmasıdır ve psikoterapi savunmanın gereksiz olduğu koşullar yaratmaktan oluşur. Rogers'ın kuramında benlik kavramı önemli yer tutar ve benlik beni tanımlayan bütün fikir, algı ve değerlerden oluşur ve "ben kimim" ve "ne yapabilirim" in farkında olmayı kapsar. Algılanan benlik ise kişinin hem dünyayı hem de kendi davranışını algılayışını etkiler. Rogers'ın kuramındaki diğer benlik ideal benliktir ve herkesin hoşuna gidecek kişiliği tanımlar. İdeal benlik gerçek benliğe yaklaştıkça kişi daha doyumlu ve mutlu olur. Bazı yönlerden Rogers'ın kuramı Freud'unkine benzer: ikisi de psikopatolojiyi savunmaya yönelik çarpıtmaların bir sonucu olarak görürler ve ideal olan durumun bireylerin çatışmaları kabul edebildiği ve onlarla rasyonel olarak baş edebildiği durum olarak görürler. Rogers insan doğasının esas olarak iyi olduğunu ve bu savunmaların eninde sonunda gereksiz olduğunu varsayarken, Freud için idden gelen dürtüler daima ilkel ve bencildir ve onların tam olarak gerçekleştirilmesi toplumsal olarak felaket olabilir (49).

B. DEPRESYON

Majör depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülenlerden biridir. Orta yaşlarda daha sık izlenen bir hastalıktır ve ortalama başlangıç yaşı sıklıkla 30-35'tir. Kadınlarda yaklaşık olarak 2 kat sık görülmektedir. Majör depresif bozukluğun kadınlardaki yaşam boyu yaygınlığı 10-25%, erkeklerde ise 5-12% arasındadır. 1 yıllık prevalans kadınlarda %8, erkeklerde %3 civarındadır. Toplum örneklemelerindeki nokta prevalansı kadınlar için 5-9% arasında, erkekler için ise % 2-3 arasındadır (50). Yaşam boyu majör depresyon prevalansını Angst 1992' deki çalışmasında 4,4-19,6%, Kessler 1994' deki çalışmasıyla 17%, Hasin 2005 yılında 13,23%, Kessler 2005 yılında 16,6%

olarak belirtmiştir(51-54). Doğan ve arkadaşları'nın 1995 yılında Türkiye'de gerçekleştirdiği çalışmada depresyon yaygınlığı 8-20% olarak, diğer ülkelerdeki oranlara benzer bulunmuştur(55). Kayahan ve arkadaşları 2003 yılında İzmir'de gerçekleştirdiği çalışmada 15-49 yaşları arasındaki kadınlarda depresyon yaygınlığını 25,8% oranında saptamıştır(56). Solmaz ve arkadaşlarının 2009 yılındaki çalışmasında erkeklerin %21'inde, kadınların %27'sinde depresyon tanısı saptanmıştır(57). Keskin ve arkadaşlarının 2013 yılındaki çalışmasında depresyon yaygınlığını 24,9% olarak saptanmış, tanı dağılımı cinsiyetlere göre incelendiğinde kadınların 31,9%'unun, erkek bireylerin ise 17,9%'unun majör depresif bozukluk tanısı aldığı bulunmuştur(58). Kessler 1994' deki çalışmasında 1 yıllık süre içinde toplumun % 10,3'ünde, yine Kessler 2003 yılındaki çalışmasında toplumun yüzde 6,6'sında majör depresyon saptarken, Hasin 2005 yılındaki çalışmasında yüzde 5.28'ünde majör depresyon tespit edilmiştir(52, 53, 59).

Medeni durum ve duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır. Bekâr olmak, boşanmak ya da ayrılmak depresyon için risk faktörü olabilir ya da olumsuz yaşam olaylarının sonuçları depresif tabloya neden olabilir. Majör Depresif Bozukluk(MDB) boşanmış, ayrılmış veya dul bireylerde en siktir. Bekâr kadınlarda evlilere göre daha düşük depresyon oranları mevcut iken, erkekler için bu durumun tersidir. Irk ve etnik köken yönünden farklılık görülmemektedir (50).

Sosyal stresörler duygudurum bozuklukları için iyi bilinen risk faktörleridir. Buna karşın farklı tipte sosyal stresörler (çocukluk, erişkinlik dönemleri, akut veya kronik stresörler, olumlu-olumsuz yaşam olayları) depresif bozukluğa yatkınlıkta farklı roller oynarlar. Yaşam olaylarının etkisinin hastalığa sebep olduğu kararının verilmesi oldukça zordur. Yaşam olaylarının bireysel olarak algılanma biçimi olayın kendisinden daha önemlidir. Ani ve olumlu yaşam olaylarının da duyarlı bireylerde majör depresyon veya maniyi ortaya çıkardığı gösterilmiştir (50).

1. Etiyoloji

20. yüzyıl boyunca birbiriyle rekabet eden teorik bakış açılarının ürettiği yaklaşımlar duygudurum bozukluklarının, özellikle de depresif bozuklukların farklı yönlerini anlamak için modeller ortaya koymuşlar ve depresyonun patofizyolojisinde nörotransmitterlerin ve nöromodülatörlerin rolü yıllar boyunca pek çok çalışmanın

konusu olmuştur. 1950’li yıllardan bu yana gelişen tedavi seçenekleri ve antidepresanların etki mekanizmaları ile ilgili artan bilgi birikimine rağmen, depresyonun altında yatan özgül biyolojiyi açıklığa kavuşturmakta yetersiz kalmışlardır(60). Buna karşın pek çok kanıt MDB’un çeşitli yatkınlık genlerinin, biyolojik ve psikososyal faktörlerle karmaşık etkileşmesi sonucunda ortaya çıktığını düşündürmektedir.

1.1.Biyolojik Etkenler

Biyojenik Amin Varsayımları

Depresyonun monoamin işlevlerinde azalma nedeni ile ortaya çıktığını öne süren monoamin hipotezi erken klinik gözlemlerden köken almaktadır. 1950’li yıllarda monoamin oksidaz inhibitörlerinin(MAOI) ve trisiklik antidepresanların depresyon tedavisinde etkili olduğunun keşfedilmesi sonrasında Joseph Schildkraut, 1965 yılında “Affektif Bozuklukların Katekolamin Hipotezi” isimli makalesinde düşük monoamin seviyesini depresyonla ilişkilendirmiştir. Orijinal hipotez monoamin nörotransmitterlerin normal miktarının bir şekilde azalmasının depresyona neden olduğu fikrine dayanıyorken, araştırmalardan çelişkili sonuçlar elde edilmesi sonrasında depresyonda nörotransmitter-reseptör etkileşimi hipotezi ortaya atılmıştır. Nörotransmitter-reseptör etkileşimi hipotezi reseptörlerle monoamin nörotransmitterlerin etkileşimindeki bir bozukluğun depresyona yol açtığını varsaymaktadır. Buna göre nörotransmitterlerin eksikliği postsinaptik nörotransmitter reseptörlerinde telafi edici bir mekanizma ile sayılarında artışa (upregülasyon) neden olur(61,62).

Serotonerjik ve adrenerjik reseptörlerin duyarlılığında azalma olması ile klinikte elde edilen antidepresan yanıtlar arasında karşılıklı bir ilişkinin olması depresyonda serotonerjik ve noradrenerjik sistemin doğrudan rolünün olduğunu gösteren en önemli kanıttır. Merkezi noradrenerjik aktivite azalması bazı hastalarda idrarda ya da BOS’ta, Noradrenalin(NA) metaboliti olan 3-metoksi-4-hidroksi-fenilglukol(MHPG) düşüklüğü ile gösterilebilmektedir. Öte yandan bazı hastalarda da NA ya da metaboliti artmış olarak bulunmaktadır (63). Plazma, idrar ve BOS’ta yapılan serotonin metabolitleri çalışmaları ve ayrıca kadavrada serotonerjik sistem üzerine yapılan çalışmalar tutarlı sonuçlar vermemiştir (64). Postmortem çalışmalar, intihar eden hastaların frontal korteksinde 5HT-2 reseptörlerinin sayısında artış olduğunu göstermekte ve bazı nörogörüntüleme

alışmaları depresyondaki hastaların serotonin reseptörlerinde bazı anormallikler tespit etmişse de bu yaklaşım için doğrudan bir kanıt bulunmamaktadır. Depresyonda monoamin reseptörlerindeki kalıcı ve yinelenen moleküler lezyonların saptanmasında henüz başarılı olunmamıştır(62).

Sonuç olarak, monoamin eksikliğinin depresyonun nedenini açıkladığına dair kesin ve ikna edici bir kanıt yoktur; yani, "gerçek" monoamin eksikliği yoktur. Aynı şekilde, monoamin reseptörlerindeki anomalilerin de, depresyonun nedenini açıkladığına dair yine kesin ve ikna edici bir kanıt yoktur. Depresyonun güncel olası moleküler temeli üzerine teoriler depresyonda normal miktarda nörotransmitter ve reseptör varlığında ortaya çıkan postsinaptik nöronun sinyal iletiminde meydana gelen bir yetersizlik olabileceği olasılığına dönmektedir. Böylece depresyonda varsayılan moleküler problem reseptörün distalindeki moleküler olaylar, sinyal iletim sistemi ve uygun gen ekspresyonu ile ilişkili olabilir. Monoamin hipotezi depresyonla ilgili çok basit bir kavram olmasına rağmen, üç monoamin nörotransmitter sistemi üzerine dikkati çekmiş ve değerli veriler elde edilmesini sağlamıştır. Bu veriler, bahse konu üç nörotransmitterin fizyolojik işleyişinin ve özellikle de bunların birinde veya daha fazlasında nöronal iletiyi artırdığı bilinen tüm antidepresanların etki mekanizmalarının daha iyi anlaşılmasına yol açmıştır(62).

Nöroendokrin Veriler

Sürekli ya da tekrarlayan stresle karşılaşıldığında nörotransmitterlerin işlevsel yetersizliğinin, nörotransmitter reseptör işlevlerindeki patolojik değişikliklerin ve homeostatik bir düzensizliğin son ortak nörokimyasal yolağı olabileceği düşünölmektedir. Aşırı steroid üretimiyle karakterize hipotalamo-hipofiz-adrenal(HPA) eksen disinhibisyonunun depresif bozuklukta en yaygın çalışılan psikoendokrin işlev bozukluklarındandır. HPA disinhibisyonunun altında nörotransmitterlerde olduğu varsayılan eksikliklerin yatıyor olabileceği düşünölmektedir. Değişmiş olan eksenin deksametazon verildiğinde baskılanmaya direnç göstermesi Bernard Carroll ve ekibinin depresyonda Deksametazon Supresyon Testini geliştirmesine olarak sağlamıştır (61).

Tehdit algılarına karşı uyum yanıtının düzenlenmesi için HPA eksen aktive olmaktadır. Akut stres sonrası HPA eksenini aktive olarak hipotalamusun paraventriküler

çekirdeğinden kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) ve arjinin-vazopresin (AVP) salınır. CRH ve AVP sinerjik olarak ön hipofizden adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve β endorfin salınmasına neden olur. Dolaşımda ACTH artışı adrenal korteksten glukokortikoid salınımına yol açar. Glukokortikoidlerin metabolizma, inflamasyon, bağışıklık yanıtının yanı sıra hipokampal nöroenez ve apoptozu düzenleyici görevleri de vardır. Depresif bozukluklarda HPA eksen sık araştırılmış ve tutarlı sonuçlar bulunmuştur. Cushing hastalığı veya ekzojen glukokortikoid nedeniyle kortizol düzeyleri yükselmiş hastaların yarıdan fazlasında geri dönüşlü duygudurum bozuklukları, yaklaşık %10'unda ise intihar fikirleri ve psikoz gelişmektedir. Hiperkortizolemide enerji yitimi, anhedoni, depresif duygudurum gibi psikiyatrik belirtiler görülmekte, antiglukokortikoid ajanlarla tedavi sonrası düzelebilmektedir(65). Depresyonda kan kortizol yüksekliği kendini, glukokortikoid reseptörleri aracılığıyla negatif geri bildirim döngüsünde bozukluk, adrenokortikotropik hormon (ACTH)'a adrenal yanıtta artış ve kortikotropin salıverici hormon (CRH)'un fazla salgılanması gibi çeşitli düzeylerde gösterebilir. Kortikotropin salıcı hormonun bazı depresyon tiplerinin patogeneğinde önemli bir rol oynadığına dair kanıtlar vardır(61).

Nörofizyolojik Yaklaşımlar

1960'lı yıllarda Alec Coppen ve arkadaşları nöronların elektrolit dengesindeki anormallikler ve ikincil nörofizyolojik bozukluklarla ilgili çalışmalar yapmışlardır. Öne sürdükleri, duygudurum bozukluğu atağı sırasında aşırı miktarda sodyumun hücre içine girdiği ve iyileşme sırasında da hastalık öncesi elektrolit dengesine ulaşacak şekilde hücre zarı yoluyla dağıldığı bilgisi güncel verilerle uyumludur. Manik bozuklukta daha şiddetli olmak üzere hem depresif hem de manik bozukluklarda sinir hücreleri arasına sodyumun sızdığı düşünülmektedir. Sinir hücrelerinin düzenli işlev gösterebilmesi ve dolayısıyla da sinir hücre gruplarının uyumlu çalışması, sodyum dağılımındaki farklılıklar sonucu oluşan hücre zarındaki elektrik gradiente bağlıdır. Bu nedenle hipotetik olarak, sodyum konsantrasyonu ve taşınmasındaki anormallikler kararsız bir nörofizyolojik aşırı uyarılabilirlik halinin gelişmesiyle ilgilidir. 1990'larda Frederick Goodwin ve arkadaşları bipolar depresyonu olan hastaların bir kısmının lityum tuzlarına yanıt verdiklerini görmüşlerdir. Bu bulgu mani ve depresyonun altında ortak bir nörofizyolojik payda olduğu görüşünü desteklemektedir. Yapılan çalışmalarda uykunun ilk hızlı göz

hareketleri evresi (REM) latansı da dâhil olmak üzere depresif hastaların pek çok biyolojik ritimlerinin bozulduğu gösterilmiştir(61).

1.2.Psikososyal etkenler

Psikanalitik kuram incelendiğinde depresyonla ilgili ilk görüşler Freud ve Karl Abraham'a aittir. *Saldırganlığın içe yönelmesi modelinde* Abraham ve Freud'un varsayımına göre depresyon öldürücü enerjinin kişiye yönelmesinden kaynaklanır ve içe yönelen öfkenin amacı depresyonlu hastanın bağımlılık ve sevgi ihtiyacını hüsrana uğratan sevgi nesnesini cezalandırmaktır. Nesne, örseleyici bir kaybı önlemek için zaten içe alınmış olduğu için, hasta kendi öldürücü itkilerinin hedefi haline gelmektedir. Früstüre eden bir ebeveyn olduğu kabul edilen bu nesneye karşı ambivalans depresyonlu hastalarda psişik işlemlerin merkezi bir ögesidir. Sevilen nesneye yönelen saldırganlığa suçluluk hissi de eşlik eder(61).

Nesne kaybı ve depresyon modelinde nesne kaybı ifadesiyle anlatılmak istenen, bağlanılmış önemli nesnelerle yaşanan örseleyici ayrılıklardır. Aşk melankolisi antik çağlardan beri tanımlanagelmiş olmasına rağmen, yas ve depresyon ilk kez 1917'de Freud'un *Yas ve Melankoli* adlı çalışmasında karşılaştırılmıştır. Son verilere göre erişkinlerin yüzde 10'dan ve çocukların yüzde 20'den fazlasında yastan patolojik depresyona geçiş söz konusu olmaktadır. John Bowlby, çocuğun gelişimi sırasında anne ya da anne yerine geçen kişilerle kurduğu bağlar üzerinde geniş kapsamlı klinik çalışmalar yürütmüştür ve bu bağların yaşamın ileriki yıllarında başka sevgi nesneleriyle kurulacak bağların öncülü olduğu kabul edilmektedir. Erişkinlerde belirti gelişimi, nesne kaybı modelinde erken dönemde sevgi bağlarının kopması sonucunda gelişen depresyona davranışsal yatkınlık sonrasında erişkinlikte yaşanan kayıpların, çocukluktaki örseleyici kaybı yeniden canlandırarak depresif dönemle de presipite etmesi şeklinde iki basamaklı bir varsayım olarak formüle edilmiştir. Bowlby, erken dönemdeki yoksunluğa bağlı olarak çocuklukta gelişen duyarlılaşmanın, erişkin yaşamdaki psikopatolojik durumlar için genel bir karakterolojik yatkınlık yarattığını kabul etmiştir(61).

Kendilik değerinin kaybı ve depresyon modelinde depresyonun kaynağının egonun ulaşılabilir amaç ve ideallerden vazgeçememesi olduğu iddia edilmektedir. Bu model daha da ileri giderek depresyondaki hastanın kendilik değerini zedeleyen narsisistik yaralanmayı, egonun içselleştirdiği değerleri zorla kabul ettirmesine bağlamıştır. Egonun

temelleri sosyal ve kültürel gerçeklikte olduğu için, kendilik değerindeki kaybın nedeni, güç, statü, rol, kimlik, değerler ya da var olmanın amacı gibi konulardaki sembolik kayıplar da olabilir. Kendilik değeri bireyin daimi hale gelmiş özü, nüvesidir ve kişiliğin yapısı için gereklidir(61).

Bilişsel kurama göre depresyonda temel patoloji bilişsel alandadır. Bireyin çevresi ve kendisi ile ilgili algılamaları, değerlendirmeleri ve yorumlarında yanlışlıklar, çarpıklıklar, yanlışlıklar mevcuttur. Bu kalıplaşmış düşünce şemaları kişide karamsarlık, çaresizlik duyguları uyandırır. Aaron Beck bilişsel üçleme bağlamında depresyonu yeniden tanımlamıştır, Buna göre hastalar kendilerini çaresiz hissetmekte, olayları kendine karşı olarak yorumlamakta ve gelecekte umudu kesmektedirler. Bilişsel modelin teorideki önemi depresyonun ego psikolojisi ve davranışsal modeller arasında oluşturduğu kavramsal köprüdür(61).

Öğrenilmiş çaresizlik modeli bazı yönlerden bilişsel modelin deneysel bir benzeridir. Bu modele göre depresif duruş kişinin istemediği bir takım olayları sonlandırmayı başaramadığı geçmiş yaşantılardan öğrenilmiştir. Model köpeklerde yapılan deneylere dayanmaktadır. Martin Seligman, öğrenilmiş çaresizliği geçmişte yaşanan kontrol edilemeyen çaresizlik dönemlerinin birikimi sonucu oluşan bir özellik olarak önermiştir(61).

Pekiştirme Modeline göre depresif davranışlar uygun ödüllerin eksikliğine ve daha özgül olarak da tesadüfi ödüller alınmasına bağlıdır. Kişinin hak etmediğini düşündüğü ödülleri bedavadan elde etmesi kendilik değerinde düşmeyle sonuçlanabilir. Depresyona yatkınlık sosyal becerilerde yetersizlik bağlamında tanımlanmakta ve bu yetersizlik nedeniyle kişinin çevresinde gelişen ve kendisini ödüllendirme potansiyeli bulunan beklenmedik durumlara uygun yanıt verme olasılığının azaldığı varsayılmaktadır (61).

1.3. Genetik Etkenler

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları MDB'un ailesel bir bozukluk olduğu ve bu aileselliğin de, çoğunlukla ya da tümüyle genetik faktörlere bağlı olduğuna dair hayli somut ve tutarlı kanıtlar sunmaktadır. Bu çalışmalar genetik faktörlerin etkisinin %30-40 civarında olduğunu tutarlı bir biçimde göstermiştir(66). Depresyon hastalarının birinci

derece akrabalarında depresyon ortaya çıkma olasılığı %5-25 arasında değişmektedir. Monozigot ikizlerde eş hastalanma oranı yaklaşık %50, dizigot ikizlerde ise %5-25 arasındadır. Majör depresyonun yaşam boyu kalıtsallığı %38'dir. Özellikle erken yaşlarda başlayan ve tekrarlama eğilimi gösteren depresyonlarda genetik yüklülük olasılığı daha yüksektir. MDB yatkinlığındaki değişikliğin geri kalan %60-70'ini genetik olmayan faktörler açıklamaktadır; bu faktörler çoğunlukla, çocukluktaki cinsel taciz ve diğer olumsuz olaylar, kişilerarası sorunlar, diğer yaşam boyu travmalar, yetersiz sosyal destek, evlilik sorunları ve boşanma gibi, yakın zamanda ortaya çıkan ya da süregiden zorlanmalardır (67, 68).

2. Klinik Bulgular ve Sınıflandırma

Depresyon hastalarında sıklıkla önceden yaptığı ve keyif aldığı işlere karşı isteksizlik ve zevk alamama bulunmaktadır ve depresyonun en önemli belirtilerindendir. Anhedoninin depresyonda bir ara endofenotip özelliği taşıyor olabileceği düşünülmektedir(69, 70). Anhedoni ve depresif duygudurum beraber tarama amaçlı kullanıldıklarında SCID ile tanı konulmuş depresyon hastalarını %83 duyarlılık ve %92 özgünlük ile ayırt edebilmektedir(71). Anksiyete, depresyonun sık görülen bir semptomudur ve özellikle sabahları görülen anksiyete ağır depresyon tanısında önemli bir bulgu olabilir. Ayrıca ağır depresyonda aktivitelerde belirgin azalma görülebilir. Hastalar genel olarak çökkün görünürler ve kendine bakımları azalmış, konuşmaları alçak sesle ve yavaşlamıştır, hatta çok ağır depresyonda hiç konuşmama da görülebilir. DEPRES II çalışmasında Avrupa ülkelerinde 2000'den fazla hastanın belirtileri sorgulanmış ve bitkinlik en fazla bildirilen belirti olmuştur(72). Bazen depresyonda retardasyon (gerileme) yerine hem konuşma ve tutumunda, hem de vücut hareketlerinde ajitasyon görülebilir (73).

Hastaların çoğunda uyku bozulur, hastalarda uykuya dalmada güçlük, uykunun sık bölünmesi ya da erken uyanma olur. Depresyonda diğer yaygın belirtiler ise iştahsızlık veya kilo kaybı, kolay ve sık ağlama, cinsel isteksizlik, sinirlilik, değersizlik veya suçluluk duygusudur. Genelde herhangi bir bilinç bozukluğu belirtisi göstermezler, ancak ileri derecede ağır depresif hastalarda bilinç sislenmesi görülebilir. Hastaların çoğunun kişi, yer ve zamana karşı yönelimleri yerindedir. Depresyon hastalarında unutkanlık sık

görülmektedir. Unutkanlığın dikkatini ve düşüncelerini toparlama ve belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma güçlüğü ile ilişkisi olduğu düşünülebilir (74).

Depresyonun en önemli komplikasyonu ise intihardır. Majör depresyon tanısı almış hastaların %56'sının yaşamlarının bir döneminde intihar girişiminde bulunduğu ve %7-11'inin intihar girişimi sonucu öldüğü bildirilmektedir. Depresyon araştırmalarında depresif hastalardaki umutsuzluk duygusunun, depresyonun şiddeti ve intihar riskini belirlemede önemli olduğu bulunmuştur(75).

Depresyonun sınıflandırılmasında erken dönemde Kraepelin'in etkisiyle depresyonun reaktif veya psikojenik tipi endojen tipinden ayrılmıştır. Endojen depresyon streten çok biyolojik etkenlerin ortaya çıkardığı genetik kökenli ve biyokimyasal değişikliklerin eşlik ettiği tipi tanımlarken, ekzojen tip çevresel olaylara bağlı depresyonu ifade eder. Buna karşın kalıtsal yönden yüklü bir hastada ortaya çıkan çökkünlük dönemi belirgin çevresel stresle başlamış olabileceği gibi, daha önce çökkünlük dönemi geçirmemiş bir kişide psikososyal zorlanmaların etkisiyle birçok kez yineleyerek endojen yanı ağır basan bir hastalık olduğu zamanla anlaşılabilir(74).

Birçok araştırmacı çoğu depresyon formunun, endojen ve ekzojen etiyolojik komponentleri içerdiği konusunda fikir birliği içinde olduğundan dolayı, bugün büyük ölçüde Endojen/ekzojen (benzer şekilde; otonom/reaktif, biyolojik/karakterolojik, vb) depresyon ayrımı, terk edilmiştir. Bugün üzerinde fikir birliğine varılması çok daha zor gibi görünen durum, komorbid durumlar olan anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları ile depresif bozukluklar arasındaki sınırları netleştirmektir (76).

DSM-IV TR'e göre majör depresyon tanısı, iki haftalık bir dönem sırasında depresif duygudurum veya ilgi kaybı ve anhedoni belirtilerinin en az birinin ve işlevsellik kaybının varlığında; iştah değişiklikleri, uykusuzluk veya uykuda artış, psikomotor ajitasyon veya retardasyonun olması, enerji kaybı, değersizlik ve suçluluk duyguları, konsantrasyon kaybı, ölüm düşünceleri veya planlarının en az beşinin bulunduğu; bu belirtilerin tıbbi bir durum ya da yas ile daha iyi açıklanamadığı durumda konulmaktadır(17).

Majör depresif epizod için DSM-IV-TR tanı ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir. Not: Açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan sanrı ya da varsanı belirtilerini katmayınız.

1.Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hissederek) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. 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 artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

3.Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun % 5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

4.Hemen her gün, insomnia ya da hipersomninin olması

5.Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)

6.Hemen her gün yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

7.Hemen her gün değersizlik, aşın ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrı düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

8.Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir)

9.Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması

B. Bu belirtiler bir mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler “Yas” ile daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitilmesinden sonra bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla belirlidir. (17).

Majör depresif bozukluk için DSM-IV TR tanı ölçütleri

A. Tek bir majör depresif epizodun varlığı.

B. Bu majör depresif epizod şizoaffectif bozukluk olarak daha iyi açıklanamaz ve şizofreni, şizofreniform bozukluk, hezeyanlı bozukluk ya da başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk üzerine binmiş değildir.

C. Daha önce bir manik epizod, bir mikst epizod ya da bir hipomanik epizod geçirilmemiştir. Not: Bütün manik benzeri, mikst benzeri ya da hipomanik benzeri epizodlar madde kullanımına bağlı ya da tedavi sonucu ortaya çıkmışsa ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı ise bu dışlama ölçütü uygulanmaz.

2013 yılında yayınlanan DSM-5’ te majör depresif epizod çekirdek belirtileri ve en az 2 haftalık süre kriteri değişmemiştir. A kriteri DSM-4 ile aynıdır. Semptomların klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olması kriteri B kriteri olarak değerlendirilmiştir. Epizodun madde kullanımının veya tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmasını dışlayan kriter genel tıbbi durum yerine başka tıbbi durum tanımlaması dışında değişmemiş ve c kriterinde kodlanmıştır. DSM-IV’de yas için bulunan dışlama kriteri DSM-5’den çıkarılmış ve ayrıntılı bir dipnot ile Yas ve majör depresif epizodun ayrılmasında değerlendirilmesi önerilen semptom özellikleri belirtilmiştir. İlk 3 kriterle kodlanan majör depresif epizod tanımlanmıştır. Şizofreni spektrumundan dışlayan kriter aynı kalarak d kriterini oluşturmuştur. Majör depresif epizod ile beraber manik epizodu karşılamayacak şekil de en az 3 manik semptomun olması karma özellikler gösteren tip olarak tanımlanmıştır. E kriterinde manik epizod ya da hipomanik epizod geçirilmemiş olması şartı kodlanmıştır(77).

Majör Depresyonun Alt Tipleri

Majör depresyonun kliniğine ve bozukluğun gidişine göre bazı alt tipleri tanımlanmıştır.

Katatonik özellik gösteren: Hareketsizlik, aşırı motor etkinlik, negativizm ya da mutizm, istemli davranışlarda acayiplikler olması ya da ekolali/ekopraksi gibi belirtiler görülür. Nadir olmakla birlikte hasta açısından yaşamsal tehlike oluşturması nedeniyle en ağır alt tip olarak kabul edilmektedir ve ilk sağaltım seçeneği olarak elektrokonvülsif terapi önerilmektedir (76).

Melankolik özellik gösteren: Hemen hiçbir şeyden zevk alamama veya geçici olarak bile olsa kendini iyi hissetmeme ile belirlidir. Çok ağır bir depresif duygudurumun olmasının yanı sıra sabah erken uyanma olur, hasta sabahları kendini çok daha kötü hisseder, psikomotor retardasyon veya ajitasyon, iştahsızlık veya kilo kaybı ve suçluluk duyguları gibi belirtiler görülür (76).

Atipik özellik gösteren: Klasik olarak atipik özellikler aşırı yeme ve aşırı uyumadır; ters vejetatif semptomlar olarak da adlandırılan bu tür semptomları olanlar için histeroid disfori tanısı da kullanılmaktadır. Atipik özellikler gösteren hastaların şikâyetleri daha erken yaşlarda başlar, daha fazla psikomotor yavaşlama görülür. Atipik depresyon sıklığı kadınlarda erkeklere göre üç kat fazla görülmektedir (76).

Postpartum Başlangıçlı: Depresyon doğum sonrası 4 hafta içinde başlarsa “postpartum başlangıçlı” olarak değerlendirilmektedir (17).

Mevsimsel özellik gösteren: Depresyon başlangıcı ve düzelme döneminin yılın belirli zamanlarında tutarlı olarak görülmesi ve tam iyilik halinin olması tipiktir (17). Aşırı uyuma, aşırı tatlı isteği, aşırı yeme, kilo alma, yorgunluk ve bitkinlikle belirlidir (76).

3. Majör Depresif Bozukluğun Farmakoterapisi

Depresyonun tedavisinde etkin olduğu gösterilen ilk antidepresan olan trisikliklerin klinik etkilerinin keşfi şans eseri olmuştur. 1957 yılında İsviçreli psikiyatrist Roland Kuhn imipraminin antidepresan etkinliğini göstermiştir. Günümüzde çok sayıda

etkin klinik müdahalelerin varlığına rağmen, ilaç tedavisi etkin depresyon tedavisi için köşe taşdır. İlaç tedavisi özellikle şiddetli depresif hastalarda ilk tedavi seçeneğidir. Depresyon tedavisinde akut hedef iyileşme, orta vadede hedef depresmeyi engellemek, uzun vadede ise hedef profilaksidir. Pek çok tedavi kılavuzunda Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü(SSRI) grubu ilaçlar ilk basamak antidepresan ilaçlar olarak önerilmektedir. Teorik olarak hiçbir antidepresan ilacın diğerine etkinlik yönünden kesin olarak üstün olduğunu söylemek mümkün değildir (78). Üstünlük daha çok yan etki ve uyum gibi faktörlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır(79). Antidepresan ilaçların etkin dozlarında benzer düzeyde etkili oldukları göz önüne alındığında, ilaç seçimi hastanın bireysel özelliklerine göre yapılmalıdır (80). Depresyon tedavisine genel olarak tek ilaç ile başlanması önerilmektedir (81) . İlk ilaca beklenen yanıt oranı % 50-75 arasındadır(82).

Günümüzde tedavi altına alınan depresyon hastalarının yaklaşık üçte ikisine SSRI ilaçlar reçete edilmektedir(83). Bunun en önemli nedeni SSRI'ların yan etkilerinin görece az olması ve dolayısıyla hasta uyumunu artırarak etkin doz ve sürelerde tedaviyi sürdürme şansını arttırmalarıdır. Depresif epizodlarda SSRI ile akut tedaviye yanıt oranları diğer antidepresan ilaç sınıflarındakilere benzer şekilde 55-70%, remisyon oranları ise 30-50% aralığında değişmektedir(84).

Serotonin Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü(SNRI) grubu ilaçlar Avrupa ülkelerinde SSRI'lardan sonra en sık yazılan (13,6%) ikinci antidepresan ilaç grubunu oluşturmaktadırlar(83). Tüm SNRI'lar depresyon belirtilerinin giderilmesinde hem homojen tek tanımlı örneklerde etkili, hem natüralistik ek tanımlı heterojen örneklerde etkin oldukları gösterilmiş olan ilaçlardır. Depresif epizodlarda, SNRI'larla akut dönem depresyon tedavisine yanıt oranları %55- 70, remisyon oranları ise 40-50% aralığında değişmektedir (85).

Yetişkinlerdeki depresyonda, SSRI'ları kendi aralarında ve diğer yeni nesil antidepresanlar ile karşılaştıran 72 çalışmanın meta analizinde de ilaç grupları arasında hem etkinliğin hem de etkililiğin benzer olduğu bildirilmiştir(86). SSRI'lar ile diğer ikinci kuşak antidepresanlar karşılaştırıldıklarında; yan etkiler, etkinliğin olmayışı gibi nedenler de dâhil olmak üzere ilaç kesme oranlarında, ilaç grupları arasında anlamlı bir farklılık yoktur (87).

Bupropion hem noradrenalin hem de dopamin üzerine çifte etki gösterebilen tek antidepresandır. Noradrenalin ve dopamin taşıyıcılarını bloke ederek, prefrontal kortekste noradrenalin ve dopamin konsantrasyonlarını arttırdığı ancak serotonerjik iletiye etkisiz olduğu gösterilmiştir(88). Bupropion XL'nin birincil etkinlik ölçümleri (MADRS) bakımından 6 Randomize Kontrollü Çalışmanın(RKÇ) ikisinde plasebodan üstün olduğu; ikincil etkinlik ölçümleri açısından ise bu 6 çalışmanın 5'inde yararlanımlar sağladığı bildirilmiştir (89). Üç RKÇ'da bupropion XL'nin mevsimsel affektif bozukluğu olan hastalarda depresif epizodların yinleme oranlarını düşürdüğü (n=1042) gösterilmiştir(90). Bir meta-analizde (7 RKÇ; n=2030), bupropion SR, plasebodan üstün ve fluoksetin, sertralin ve paroksetin ile eşit etkililikte bulunmuştur. Bu meta-analize göre yanıt verenlerin oranı %62, remisyona girenlerin oranı 47%'dir(91). Bupropion SR, ardışık depresyon tedavilerinin kullanıldığı STAR*D çalışmasında sitaloprama yanıt vermeyen depresyon hastalarında ikinci sırada kullanılan ilaçlardan biridir. Ve bu çalışmada bupropion, remisyon oranları açısından, sertralin ve venlafaksin kadar etkili bulunmuştur (92).

C. MİZAÇ-KARAKTER-KİŞİLİK-SAVUNMA MEKANİZMALARI VE DUYGUDURUM İLİŞKİSİ

Türk psikiyatri pratiğinde zaman zaman mizaç ve affekt, duygudurum ile eşanlımlı kullanılmaktadır. Bu durum psikiyatrinin tarihsel gelişiminde erken mizaç ve affekt tanımlamalarının ve Aubrey Lewis ve takipçilerinin affektif bozukluk terimini duygudurum ve anksiyete bozukluklarını kapsayacak şekilde süreklilik modeli kapsamında kullanmasıyla ilgili olabileceği gibi, duygudurumun mizaç ile yakın ilişkisinin bir göstergesi de olabilir.

Kişilik ile depresif duygudurum arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır ve yıllardır kişilik psikolojisi ve kişilik psikopatolojisi bağlamında tartışılmaktadır (93). Depresyon ve kişilik arasındaki ilişkiyi anlamak, belki de ruhsal hastalıkların ortaya çıkması, iyileşmesi, süregenleşmesi ile ilgili kuramların ve bu kuramlarda yer alan genetik yatkınlık, çevresel etkileşimler, erken yaşantılar, öğrenme, strese duyarlılık, stresle başa çıkma yetisi, bağlanma, bağımlılık, benlik saygısı gibi kavramların yeniden değerlendirilmesini gerektirir.

1. Depresyonda Kişilik Özellikleri ve Tedavi İle Değişimi

Kişilik üzerinde psikopatolojinin uzun süreli etkileri ile ilgili yeterli veri olmamakla birlikte psikobiyojik model kapsamında kişilik ve duygudurum ilişkisi daha çok depresif duygudurum odaklı olmak üzere uzun yıllardır tartışılmaktadır. Bu alanda, kişiliğin depresyonun sonucu üzerine hiç etkisi olmadığını bildiren yayınlar (94, 95) olduğu gibi prognostik değer taşıdığını belirten çalışmalar da (96-98) bulunmaktadır.

Psikobiyojik kişilik kuramına dayalı olarak Mizaç Karakter Envanteri kullanılarak yapılan çalışmalarda; Zarardan Kaçınma ölçeğinden yüksek puan almak çeşitli psikiyatrik bozuklukların genel bir özelliği gibi görünmektedir (99-102). Literatürde Zarardan Kaçınma puanlarındaki yükseklik ile Kendini Yönetme puanlarındaki düşüklük depresyon veya depresif duygudurum ile tutarlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur(94, 103-112). Depresif durum ile ilişkili bozukluklarda Zarardan Kaçınma puanında artış ve Kendini Yönetme puanlarındaki düşüklük ile beraber İşbirliği Yapma puanlarında azalma da bildirilmiştir.(41, 107, 113-117).

Çelikel ve arkadaşları 81 majör depresyon hastasını sağlıklı kontrollerle karşılaştırdıkları çalışmada depresyon hastalarında Zarardan Kaçınma puanlarında yükseklik ve Kendini Yönetme puanlarında düşüklük saptamışlardır(118). Fabiano ve arkadaşları 60 majör depresyon hastasını sağlıklı kontrollerle karşılaştırmış, Zarardan Kaçınma, Yenilik Arayışı ve Kendini Aşma puanlarında yükseklik ile Kendini Yönetme, Ödül Bağımlılığı, İşbirliği Yapma puanlarında düşüklük saptamışlardır(119). Kimura ve arkadaşları 131 majör depresyon hastasını 154 sağlıklı kontrol ile karşılaştırmış, remisyonadaki majör depresyon hastalarında anlamlı derecede yüksek Zarardan Kaçınma ve düşük Kendini Yönetme ve İşbirliği Yapma puanları bildirmişlerdir(120).

Mizaç karakter boyutlarıyla depresyon şiddeti arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda depresyon hastalarındaki yüksek Zarardan Kaçınma(109, 114, 116, 121-123) ve düşük Kendini Yönetme(109, 114, 116, 122) puanları ile depresyon şiddeti arasında korelasyon olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak düşük İşbirliği Yapmanın da (114, 122) depresyon şiddetiyle korele olduğunu bildiren yayınlar vardır.

Depresyon hastalarında Mizaç ve Karakter Envanteri(TCI) kullanarak tedavi öncesi ve sonrası karakter ve mizaç boyutlarındaki değişimi ilk inceleyen 1997 yılında Black ve Sheline olmuştur. Yazarlar, başarılı farmakoterapiden sonra Kendini Yönetme puanının yükseldiğini bildirmiştir(124). Richter ve arkadaşları 126 ayaktan tedavi gören unipolar depresyon tanılı hastayı 126 sağlıklı kontrol ile karşılaştırmış, Zarardan Kaçınma boyutunda tedavi ile anlamlı düzelme saptansa da sağlıklı kontrollere göre yüksek kaldığını saptamıştır(106). Marijnissen ve arkadaşları 35 depresif hastanın 6 hafta antidepresanla tedavisini değerlendirdikleri çalışmalarında tedavi öncesi ve tedavi sonrası TCI skorları arasında fark saptamamıştır(116).

Hansenne ve arkadaşlarının 40 majör depresyon ve 40 sağlıklı kontrolü karşılaştırdıkları çalışmalarında depresif hastalarda daha yüksek Zarardan Kaçınma, Kendini Aşma skorları, daha düşük Kendini Yönetme ve İşbirliği Yapma puanları saptanmıştır. Tedaviye yanıt verenlerin TCI puanları normal değerlere ulaşırken, tedaviye yanıt vermeyenlerin değişmediği gözlenmiş ve depresif semptomların TCI puanlarını etkilediği şeklinde yorumlanmıştır. Yazarlar, Zarardan Kaçınma, Kendini Yönetme ve İşbirliği Yapma boyutlarını depresyon şiddeti ile ilişkilendirmişlerdir(114). Hirano ve arkadaşları majör depresyon tanılı 108 hastanın 16 haftalık antidepresan tedavi öncesi ve sonrası mizaç puanlarını değerlendirmiş, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ile ölçülen depresyon şiddetleri Zarardan Kaçınma skoruyla pozitif, Kendini Yönetme ve İşbirliği Yapma skorlarıyla negatif korelasyon göstermiştir. Tedavi süresince bu 3 boyutta tedaviye yanıt verenlerde normal değerlere doğru ilerlerken, tedaviye yanıt vermeyenlerde stabil kalmıştır. Yazarlar kişilik boyutlarındaki bu değişimin depresyon şiddetinin değişmesiyle açıklanabileceği yorumunu yapmışlardır(122).

Winter ve arkadaşları 83 majör depresyon hastasını sağlıklı kontroller ile karşılaştırmış, tüm depresif hastalarda Kendini Yönetme ve Zarardan Kaçınma skorlarında durumsal değişiklikler saptanmış ve tam iyileşme sonrasında da normal kontrollerle karşılaştırıldığında tüm depresif hastalarda daha yüksek Zarardan Kaçınma skoru ve anksiyöz-retarde depresyon alt tipinde daha düşük Kendini Yönetme skoru saptanmıştır(111). Hruby ve arkadaşları 30 ayaktan takip edilen majör depresyon hastasının 6 aylık antidepresan tedavi ile izlem çalışmasında, tedavi sonrasında Zarardan

Kaçınma puanında düşme, Sebatkârlıkta anlamlı artma ve Kendini Aşmada anlamlı azalma saptamıştır(125).

Kişiliğin depresyonda bireysel tedavi cevabını etkileyen faktörden biri olduğu(126) ve bazı mizaç ve karakter özelliklerinin depresyonda hangi antidepresana daha iyi cevap verileceğini ön görebileceğine dair çalışmalar sayıca az olsa da sonuçları ilgi çekicidir. (105, 127-130). Antidepresanla tedavi edilen 40 MDB hastasının dâhil olduğu çalışmada Joffe ve arkadaşları, Zarardan Kaçınma puanı ve tedavi sonuçları arasında negatif ilişki bulmuştur(105). Antidepresan tedaviye yanıtın öngörülmesini araştıran çalışmalardan birinde Joyce ve arkadaşları 84 MDB hastasının dahil olduğu çalışmada mizaç özelliklerinin antidepresan yanıtını 35% varyansla öngördüğünü bildirmiştir(127). Nelson ve Cloninger, nefazadon ile tedavi edilmekte olan 1100' den fazla hastanın katıldığı çok merkezli çalışmasında çok daha düşük ilişki saptanmıştır. Ödül Bağımlılığı, Zarardan Kaçınma ve ikisinin etkileşiminin antidepresan tedaviye yanıtta 1,1% varyans ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(128). Tome ve arkadaşları mizaç faktörlerinin antidepresan tedavisinin sonucunu etkileyebileceğini öne sürmüştür(128). Depresyon tedavisinde Ödül Bağımlılığı yüksek ve Zarardan Kaçınması düşük olanlarda daha iyi tedavi sonucu bildirmişlerdir. Sato ve arkadaşları maprotilinle tedavi gören 86 MDB hastasının dâhil olduğu çalışmada Kendini Yönetme ve İşbirliği Yapmanın HAM-D skorlarında 8 ve 16 haftalık izlemdeki düşmeyi öngörebileceğini bildirmiştir. Mizaç boyutlarındansa başta İşbirliği Yapma ve Kendini Yönetme olmak üzere karakter boyutlarının antidepresan tedaviye yanıtın önemli öngörücüsü olabileceğini önermişlerdir(131). Buna karşın Newman ve arkadaşları fluoksetin ile tedavi edilmekte olan 199 MDB hastası ile yaptığı çalışmada 8 haftalık izlemde HAM-D deki düşme ile ölçtükleri tedavi yanıtı ve mizaç skorları arasında ilişki saptamamıştır(123). Marijnissen ve arkadaşları ise TCİ skorlarının tedaviye yanıtı öngörmediğini ve değişmediğini belirtmiş ve kişilik boyutlarından Zarardan Kaçınmanın antidepresan tedaviye yanıtı öngörmemekle birlikte bir trait faktör olduğu sonucuna varmıştır(116).

Antidepresanların ve kognitif terapinin Kendini Yönetme skorunu arttırarak uzun dönemde kişiyi depresyondan koruduğu Cloninger ve Bulik ve arkadaşları tarafından

bildirilmiştir(99, 132). Joyce ve arkadaşları depresyon tedavisinde 2 terapiyi değerlendirdiği 167 depresyon hastasının dahil olduğu çalışmasında interpersonal terapi tedavi sonuçları için düşük Zarardan Kaçınma, yüksek Ödül Bağımlılığı ve yüksek Kendini Yönetmenin ana belirleyiciler olduğunu saptamışken, bilişsel davranışçı terapi tedavi grubunda ilişki saptamamıştır(133).

2.Depresyonda Savunma Mekanizmaları ve Tedavi İle Değişimi

Psikopatolojinin savunma mekanizmaları üzerine etkileri ve tedavi ile savunma mekanizmalarındaki değişiklikler konularının kuramsal olarak üzerinde çok durulmuş olsa da, ampirik olarak araştırılması sınırlı olmuştur. Savunma mekanizmalarının adaptif hiyerarşiye göre ampirik olarak sınıflandırılması sonrasında yapılmış araştırmalarda immatür savunmaların yaygın kullanımının anlamlı olarak, zihinsel hastalık ve daha fazla semptomla ilişkili olduğu, buna karşın matür savunmaların sağlıklılıkla (20, 30, 134-139), iyileşmeyle (140) ve sağlıklı yaşlanmayla (141) ilişkili olduğu kabul edilmektedir.

Bond ve Vaillant 74 psikiyatri hastasının savunma mekanizmaları ve tanıları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarında savunma mekanizmaları ile sadece depresyon tanısı arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır(32). Flannery ve Perry'nin kesitsel çalışmasında stres, anksiyete, depresif semptomlar ve immatür savunmalar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(142). Depresyonda savunma mekanizmaları ile ilgili çalışmalarda büyük tutarlılıkla hastaların immatür savunmaları daha fazla kullanırken olgun savunmaları daha az sıklıkla kullandıkları bildirilmiştir(137, 138, 143-145) Spinhoven ve Kooiman anksiyete ve depresif bozukluğu olan hastalarında kontrollere göre daha yüksek immatür ve anlamlı düşük matür savunma skorları saptamıştır(146).

Depresyonun şiddeti ve savunma mekanizmalarının ilişkisini araştıran birkaç çalışmada depresyon şiddeti ve immatür mekanizmaların kullanılması arasında korelasyon saptanmıştır (138,146). Corruble ve arkadaşları intihar girişimi olan ve olmayan, depresif bozukluk tanısı almış kişilerin kullandıkları savunma biçimlerini araştırdıkları çalışmalarında depresyon şiddeti ve olgun savunma biçimi kullanımı arasında anlamlı negatif ilişki bulmuşlardır(147). Jacobs ve arkadaşları 1994 yılında yayınladıkları araştırmada son iki ay içinde eşlerinin ölümü veya eşlerinin hayatını tehdit eden hastalık yaşamış 67 kişiyi 25 ay boyunca izlemiş, yetersiz ego savunmasının ve

yüksek nevrotik savunma derecelerinin stresli olaydan sonraki depresyon şiddetinin yüksekliğini öngörebildiğini bildirmiştir(148).

Depresif semptomlardaki iyileşmeye paralel olarak savunma mekanizması hiyerarşisinde aşamalı olarak yukarı doğru gelişme birçok çalışmanın ortak bulgusudur ve bu değişim daha iyi işlevsellik, daha az depresyon ve daha az zorlanma ile ilişkilendirilmiştir(138). Depresif semptomlardaki iyileşmeye paralel olarak olgun savunma biçimi kullanım sıklıklarının arttığı ve immatür savunma biçimlerini kullanma sıklığının azaldığı bildirilmiştir(138, 144, 145, 149). Buna karşın genel olarak nevrotik savunmalarda değişmeme (145) veya hafif yükselme (138) tariflenmektedir.

Akkerman ve arkadaşları 1992 yılında gerçekleştirdikleri 37 hastanın dahil olduğu çalışmada 9 haftalık takip sonunda immatür savunmalarda anlamlı azalma tariflerken matür ve nevrotik savunmalarda değişme saptamamıştır(150). Yazarların 1999 yılındaki çalışmasında savunma mekanizmalarını ve tedavi ile değişimini incelemiş, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında MDB hastalarının başlangıçta düşük olan matür savunma kullanımı iyileşmeyle birlikte hasta olmayan grubun matür savunma değerlerine tırmanmış, nevrotik savunmalar 2 yıllık izlem boyunca stabil kalırken, immatür savunmalar 6 ay stabil kalmıştır. İmmatür savunmalar takipte anlamlı şekilde azalmıştır(145). Mullen ve arkadaşlarının çalışmasında tedavi sonrasında immatür savunma skorlarında anlamlı azalma saptanırken, nevrotik ve matür savunmalarda değişme saptanmamıştır. Tedaviye yanıt verenler yanıt vermeyenlere göre anlamlı derecede daha az maladaptif savunmaları kullanırken, daha yüksek toplam adaptif savunma işlevselliği saptanmıştır(144). Kneepkens ve Oakley' nin 31 yatan hasta ile gerçekleştirdikleri savunma mekanizmalarındaki hızlı değişimi ölçen çalışmasında hastaneye başvurudan taburculuğa kadar olan ortalama 7.1 günlük sürede olgun savunma skorları artmış ve immatür savunma skorları azalırken nevrotik savunmalar stabil kalmıştır(149).

Perry ve Bond 2004 yılında 39'unda depresyon ve 40'ında kişilik bozukluğu tanısı olan, dinamik yönelimli psikoterapi ile izlenen, yüksek oranda ek tanılı 53 hastanın 5 yıllık izleminde matür savunmalarında artış, immatür savunmalarında azalma, iyileşme ile nevrotik savunmalarda daha hafif artış olduğunu bildirmiştir(138).

Aynı projenin bir takip bildiriminde araştırmacılar uzun dönem dinamik psikoterapinin belirtiler ve işlevsellikte düzelme ile ilişkisi olsa da, kişilik bozukluğu patolojisinin depresyonda ve işlevsellikte daha az düzelme ile ilişkili olduğunu ve çalışma başlangıcında ilaç kullanıyor olmanın depresyonda daha az düzelme ile ilişkili olduğunu bildirmiştir(151).

Bireylerin Savunma mekanizmaları ve tedavi sonucu ilişkisini inceleyen çalışmalarda Kronstrom ve arkadaşları majör depresyonda matür savunmaların fluoksetin tedavisine iyi yanıtın öngörücüsü olabileceğini iddia etmiştir(152). Skull ve arkadaşları depresyona immatür savunmaların ve anksiyete özelliklerinin eşlik etmesinin antidepresan tedaviye yanıt üzerine olumsuz etkileri olduğunu bildirmiştir(153). Van ve arkadaşları olgun savunma profilinin izlemde semptomlardaki remisyonun prediktörü olduğunu saptamıştır(154). Mullen ve arkadaşları savunma mekanizmalarında baskın patern ile majör depresyonda tedavi yanıtı arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri araştırmada, bazal DSQ skorlarının ancak imaj çarpıtıcı savunmalar kullananlar için tedaviye devam oranlarını öngörebildiğini belirtmişlerdir(144). Muris ve Merckelbach çalışmasında immatür savunmaları bunlardan da özellikle yansıtmayı davranışsal terapide daha kötü tedavi yanıtıyla ilişkili bulunmuştur(143).

Tedavinin ilerlemesi için büyük önemi olan Terapotik işbirliği gelişmesini, başlangıç DSQ savunma stilleri skorlarının öngörülebileceği (138,155) veya öngörmediği(156) şeklinde çelişkili çalışma sonuçları vardır.

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

1.Olguların Seçimi

Çalışmaya, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan tedavi ünitelerine Nisan 2012-Ekim 2012 tarihleri arasında başvuran hastalar alınmıştır. İlk değerlendirmeyi yapan çalışma dışlama ölçütleri hakkında bilgilendirilmiş psikiyatrist tarafından depresyon tanısı konmuş ve son 1 hafta içinde natüralistik antidepresan tedavisi başlanmıştır. Çalışmaya 18-65 yaş arasında en az ilkokul mezunu, çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli, araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra, yazılı bilgilendirilmiş onay veren ardışık 91 hasta alınmıştır. Çalışma prospektif vaka kontrollü çalışma olarak dizayn edilmiştir. Çalışma başlangıcında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan 03.04.2012 tarih ve 182 sayıyla etik onay alınmıştır.

2.İçerme Ölçütleri

- 1.18-65 yaş arasında olmak
- 2.DSM-IV TR tanı kriterlerine göre Depresif bozukluk tanısı almış olmak
3. Son 1 hafta içinde antidepresan tedavisi başlanmış olması
- 3.Araştırmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olmak ve yazılı onay vermiş olmak
- 4.Okuma yazma bilmek

3.Dışlama Ölçütleri

- 1-Mental retardasyonun olması
- 2-Genel tıbbi duruma bağlı mental bozukluğun varlığı
- 3-Sigara dışında alkol ve/veya madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olması
- 4-Son 3 ay içinde antidepresan veya antipsikotik tedavisi almış olmak

- 5-SSRI, SNRI veya Noradrenalin Dopamin Geri Alım İnhibitörü(NDRI) sınıfları antidepresanlar haricinde santral sinir sistemi üzerinde etkili ilaç kullanıyor olmak
- 6-Tanısal amaçlı psikiyatrik görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde eğitim ve dil probleminin olması
- 7- DSM IV- TR kriterlerine göre 1. Eksen eş tanısının olması
- 8-SCID-II ile kişilik bozukluğu eş tanısının varlığının saptanması

Katılımcılar başlangıçta SCID-I, SCID-II, sosyodemografik veri formu, CGI, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği, Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI) ve Savunma Biçimleri Testi(SBT-40) ile değerlendirilmiştir. Üç hasta yapılan SCID-I görüşmesinde MDB tanısının doğrulanmaması, 8 hasta ise SCID-II ile kişilik bozukluğu eş tanısının varlığının saptanması nedeniyle çalışmaya alınmamıştır. Çalışma kriterlerini karşılayan 80 hasta çalışmaya dâhil edilmiştir.

Vaka grubu etkili dozda antidepresan tedavi ile izlenmiştir. Tedavi yanıtı Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğine göre %50 azalma, remisyon CGI-SI'nın 2 ve altında bir değer olması ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinin 10 ve altında olması alınmıştır. İzlemde tüm katılımcılarla 20 dakikayı geçmeyen görüşmeler tek hekim tarafından gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar 12. hafta ve 36. haftadaki kontrollerinde Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Mizaç ve Karakter Envanteri ve Savunma Biçimleri Testiyle değerlendirilmiştir. 3 ay sonunda 62 hasta çalışmada kalırken, 9 ay sonunda 49 hasta çalışma sürecini tamamlamıştır.

Kontrol grubu hayatlarının hiçbir döneminde ruhsal rahatsızlık nedeniyle tedavi görmemiş sağlıklı gönüllülerden oluşturulmuş ve ulaşılabilirlik-elverişlilik ilkelerine göre seçilmiştir, deneklere çalışmaya katılmaları nedeniyle herhangi bir ücret ödenmemiş, çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılanlardan etik kurul onayına uygun bir şekilde bilgilendirilmiş onay alınmıştır

4.Değerlendirme Ölçekleri

1.Sosyodemografik Veri Formu: Olguların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için bu çalışmada kullanılmak üzere geliştirilmiş yapılandırılmış soru formudur.

2. *DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID- I)*: Özgün adı “Structured Clinical Interview for DSM- IV, Clinical Version” olan; First, Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından geliştirilen bu ölçek DSM-IV’e göre I. Eksen psikiyatrik bozukluk tanısı araştırılmasında, görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşmedir. Çalışmada uyarlaması ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil(1999) ve arkadaşları tarafından yapılan Türkçe çevirisi kullanılmıştır (157).

3.*DSM-III-R Eksen 2 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-II)*: Özgün adı “Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Personality Disorders” olan; Spitzer, Williams ve Gibbon tarafından geliştirilen bu ölçek DSM-III’e göre 2. Eksen psikiyatrik bozukluk tanısı araştırılmasında, görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşmedir. Çalışmada uyarlaması ve güvenilirlik çalışması Soriaş ve arkadaşları tarafından yapılan Türkçe çevirisi kullanılmıştır (158).

4. Savunma Biçimleri Testi-40 (DSQ-40): Bilinç dışı kullanılan savunma mekanizmalarının bilinç düzeyindeki yansımalarını deneysel olarak değerlendiren, toplam 40 madde ve 20 savunmadan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Andrews, Singh ve Bond tarafından geliştirilen testte her bir madde 1 (Bana hiç uygun değıl) ile 9 (Bana çok uygun) arasında değerlendirilmektedir. Ülkemizde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve arkadaşları tarafından(2004) yapılmıştır(34).

5. Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI): Cloninger, mizaç ve karakter üzerine psikobiyolojik bir model geliştirmeye çalışmış ve bu modele uygun olacak şekilde Mizaç ve Karakter ölçeğini geliştirmiştir (43). Ölçek “Doğru” ya da “Yanlış ” şeklinde yanıtlanan 240 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 4 mizaç boyutu, 3 karakter boyutu ve bunların toplam 24 alt ölçeğinden oluşmuştur. Yenilik Arayışı mizaç boyutunun keşfetmekten heyecan duyma-kayıtsız bir katılık, dürtüsellik-iyice düşünme, savurganlık- tutumluluk, düzensizlik- düzenlilik olmak üzere 4 alt ölçeğı

vardır. Zarardan Kaçınma mizaç boyutunun beklenti endişesi ve karamsarlık-sınırsız iyimserlik, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme, çabuk yorulma ve dermansızlık olmak üzere 4 alt ölçeği vardır. Ödül Bağımlılığı boyutunun duygusallık, bağlanma, bağımlılık olmak üzere 3 alt ölçeği varken, Sebat Etme mizaç boyutunun alt ölçeği yoktur. Kendini Yönetme karakter boyutunun sorumluluk alma-kınama, amaçlılık-amaçsızlık, beceriklilik, kendini kabullenme-kendisiyle çekişme, aydınlanmış ikinci mizaç(görev duygusu) olmak üzere 5 alt ölçeği vardır. İşbirliği Yapma karakter boyutunun sosyal kabullenme- sosyal hoşgörüsüzlük, empati duyma- sosyal ilgisizlik, yardımseverlik- yardım sevmelik, acıma- intikamcılık, temiz kalplilik/vicdanlılık-kendine yarar sağlama olmak üzere 5 alt ölçeği vardır. Kendini Aşma karakter boyutunun kendini kaybetme-kendilik bilincinde yaşantı, kişiler arası özdeşim- kendi kendine ayırma, manevi kabullenme- akılcı maddecilik olmak üzere 3 alt ölçeği vardır. Envanterin ülkemizde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (159). Çalışmamızda TCI'nin 230. maddesi olan “Bu anket formunda çok yalan söyledim” maddesini “Doğru” olarak yanıtlayan deneklerin TCI profilleri geçersiz kabul edilmiş ve çalışma dışında tutulmuştur.

6. Beck Anksiyete Ölçeği: Anksiyete belirtilerinin düzeyini ve şiddetini ölçmek için kullanılır. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (160).

7.Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Hastada depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçer. Hamilton ve arkadaşları tarafından geliştirilen 17 maddelik bir ölçektir. Depresif mizaç, iş ve aktivitelerde yitim, gastrointestinal ve genel somatik belirtiler, retardasyon, ajitasyon, intihar, hipokondriyak belirtiler, iştah ve kilo kaybı, uykusuzluk ve anksiyete gibi alt gruplar bulunmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (161).

8. Klinik Global Değerlendirme Ölçeği (CGİ): Guy ve arkadaşları (1976) tarafından, her yaşta tüm psikiyatrik bozuklukların klinik araştırma amaçlı olarak seyrini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (162). CGI, üç boyutlu bir ölçektir ve psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin sağaltıma yanıtlarını değerlendirmek amacıyla hekim tarafından yürütülen yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur. Çalışmamızda

kullanılan CGI-SI toplam yedi değerlikli bir ölçektir. Psikiyatrik bozukluğu olan kişi, ölçeğin doldurulduğu sıradaki rahatsızlığının şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1=Normal, hasta değil, 2=Ruhsal hastalık sınırda, 3=Hafif derecede hasta, 4=Orta derecede hasta, 5=Belirgin derecede hasta, 6=Şiddetli derecede hasta, 7=En ağır derecede hasta.

5.Değerlendirme ve İstatistiksel Analiz

İstatistiksel açıdan verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 20 istatistik paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel analizlere başlamadan önce, tüm değişkenler ayrı ayrı verilerin doğru bir şekilde girilip girilmediği, boş değerler olup olmadığı, çok değişkenli analizlerin varsayımlarına ve dağılımlarına uyup uymadıkları açısından SPSS frequencies ile sınıandı. Olgularda boş değer yoktu. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodları (Ortalama, Standart sapma, frekans) kullanıldı.

Parametrik test varsayımlarının karşılandığı değişkenlerde iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, Parametrik test varsayımlarının karşılanmadığı değişkenlerde iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Fisher Exact testi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ ve $p<0.01$ düzeyinde değerlendirildi.

Parametrik test varsayımlarının değişkenlerde tekrarlı ölçümlerin karşılaştırılmasında Tekrarlanan Ölçümler İçin Tek Yönlü ANOVA ve Tekrarlanan Ölçümler İçin İki Yönlü ANOVA, Parametrik test varsayımlarının karşılanmadığı değişkenlerde Friedman testi kullanıldı.

Parametrik test varsayımlarının karşılanmadığı tekrarlı ölçümlerde farkın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti için Wilcoxon testi kullanıldı. Anlamlılığın belirlenmesinde Bonferroni Düzeltmesi kullanılarak anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edildi. Düzelmeyi yordayan değişkenlerin belirlenmesi için tek değişkenli lojistik regresyon analizi, modelin oluşturulmasında ise çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanıldı.

4. BULGULAR

Çalışma DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre majör depresif bozukluk tanısı alan 49 hasta ve DSMIV-TR tanı ölçütlerine göre herhangi bir 1. ve 2.eksen patolojisi bulunmayan 51 sağlıklı gönüllü ile yapılmıştır. Çalışmaya katılanların yaşları 19 ile 61(33.23±10.01) arasında olup 76'sı (%76) kadın, 24'ü (%24) erkekti. Çalışmaya katılanların eğitim süresi 5-17(9.88±3.92) yıl arasındaydı ve katılımcıların 45'inin(%45) evli, 43'ünün(%43) bekar, 12'sinin(%12) dul/boşanmış ya da ayrı olduğu saptandı. Çalışmaya katılanların 51'i (%51) düzenli çalışmakta, 15'i (%15) düzensiz çalışmakta, 34'ü (%34) ise çalışmamaktaydı. Katılımcıların 47' sinde(%47) göç öyküsü saptandı ve 57'si (%57) eşi ve/veya çocuklarıyla yaşamaktaydı. 68 (%68) katılımcının ebeveyni hayattaydı ve 87 (%87)'sinin ebeveyn ayrılığı yoktu. Ebeveyn ayrılığı ya da kaybı yaşayanların 13'ü (%13) 12 yaşından önce, 23'ü (%23) 12 yaşından sonra bu ayrılık ya da kaybı yaşamıştı.

Çalışmaya katılan vaka grubu 19-52(32.57±8.91) yaş arası 37(%75,5) kadın ve 12 (%24,5) erkekten oluşurken, kontrol grubu 19-61 yaş arası (33.86±11.01), 39(%76,5) kadın ve 12(%23,5) erkekten oluşmaktaydı. Vaka grubunun 25'i (%51) evli, 19'u (%38.8) bekar, 5'i (%10.2) dul/boşanmış ya da ayrı iken kontrol grubunun 20'si (%39.2) evli, 24'ü (%47.1) bekar, 7'si (%13.7) dul/boşanmış ya da ayrıydı. Eğitim süreleri, vaka grubunda 0-17 yıl arasında (9.71±4.39) değişmekte iken kontrol grubunda ise 5-15 yıl (10.03±3.45) arasında değişmekteydi. Kardeş sayısı vaka grubunda 1-8 (3.55±1.42) arasında değişmekte, kontrol grubunda 1-9 (3.72±1.76) arasında değişmekteydi. Emzirilme süreleri vakalarda ortalama 9.38 ay iken kontrollerde ortalama 8.80 aydı. Vaka grubunda 20(%40,8) kişi çalışmamakta, 23(%46,9) kişi düzenli çalışmakta, 6(%12,2) kişi düzensiz çalışmakta iken, kontrol grubunda 14(%27,5) kişi çalışmamakta, 28(%54,9) kişi düzenli çalışmakta, 9(%17,6) kişi düzensiz çalışmaktaydı. Vaka grubunun 27(%55,1)'sinde göç öyküsü varken, kontrol grubunun 20(%39,2)'sinde göç

öyküsü vardı. Vaka grubunun 33(%67,3)'ünün anne-baba her ikisi de sağken, kontrol grubunda bu sayı 35(%68,6)'tir. Vaka grubunun 32'si (%65,3) eşi ve/veya çocuklarıyla yaşamaktaydı, kontrol grubunun 25'i (%49) eşi ve/veya çocuklarıyla yaşamaktaydı. Ebeveyn ayrılığı vaka grubunda 9 (%18,4) , kontrol grubunda 4 (%7,8)'dir. Ebeveyn ayrılığı ya da kaybı yaşayanların vaka grubunda 9'u (%18,4) 12 yaşından önce 10'u (%20,4) 12 yaşından sonrayken, kontrol grubunda 4'ü (%7,8) 12 yaşından önce, 13'ü (%25,5) 12 yaşından sonradır. Vaka ve kontrol grubu açısından sosyodemografik veriler karşılaştırılmıştır. Yapılan analizler sonucu istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Vaka grubunun hastalık başlangıç yaşı 18 ila 52(27.57 ± 7.53) arasında değişmekteydi. Vaka grubunun hastalık süresi 3-72(20.91 ± 17.80) ay arasında değişmekteydi ve şimdiye kadar olan depresif epizod sayısı 1-6 arasındaydı. Hastalarla 5-28 arası görüşme yapıldı, 3'ünde intihar girişimi öyküsü, 1'inde ise majör depresyon tanısıyla hospitalizasyon saptandı. Vaka grubunun 29'unun soygeçmişinde bir hastalık yokken, 11'inde depresyon, 3'ünde panik bozukluk, 5'inde obsesif kompulsif bozukluk, 1'inde bipolar bozukluk tespit edildi. Vakaların 30'unun geçmişte antidepresan kullanımı yokken, 19'unun geçmişte antidepresan kullanımı vardı. Hastaların 27'sinin ilk depresif epizodu iken, 22'sinin daha öncesinde en az bir depresif epizodu bulunmaktaydı. Vaka grubunun tedavisinde 9 hastada 10-60($38,88\pm21,27$) mg/gün dozunda fluoksetin, 21 hastada 10-20 ($17,61\pm3,39$) mg/gün dozunda Essitalopram, 6 hastada 50-150 ($125\pm27,38$) mg/gün dozunda Sertralin, 5 hastada 10-50($36\pm18,16$) mg/gün dozunda Paroksetin, 5 hastada 112,5-225 ($187,5\pm53,03$) mg/gün dozunda Venlafaksin, 3 hastada 150-300 ($250\pm86,60$) mg/gün dozunda Bupropion kullanıldı. Vaka grubunun hastalık başlangıç yaşı, süresi, geçirilen epizod, yapılan görüşme sayıları, intihar girişimi ve tedavi özelliklerine ait değişkenlerinin dağılımları Tablo 2' de verilmiştir.

Tablo 1: Sosyodemografik Verilerin Vaka ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması

		Vaka (N=49)		Kontrol (N=51)			
N=100		Min-Max	Ort±Ss	Min-Max	Ort±Ss	^a t/ ^b z	P
Yaş		19-52	32.57±8.91	19-61	33.86±11.0	^b -0.328	0.743
⁺ Eğitim süresi		0-17	9.71±4.39	5-15	10.03±3.45	^a 0.412	0.682
Kardeş sayısı		1-8	3.55±1.42	1-9	3.72±1.76	^b -0.300	0.764
Kaçınıcı		1-5	2.22±1.22	1-5	2.25±1.18	^b -0.230	0.818
Emzirilme süresi		0-40	9.38±7.01	0-18	8.80±4.74	^b -0.381	0.703
		N	%	N	%	X ²	p
⁺⁺ Cinsiyet	Kadın	37	75.5	39	76.5	0.013	0.910
	Erkek	12	24.5	12	23.5		
⁺⁺ Medeni durum	Evli	25	51	20	39.2	1.431	0.489
	Bekâr	19	38.8	24	47.1		
	Dul/boşanmış/Ayr	5	10.2	7	13.7		
⁺⁺ Çalışma durumu	Çalışmıyor	20	40.8	14	27.5	2.110	0.348
	Düzenli çalışıyor	23	46.9	28	54.9		
	Düzensiz çalışıyor	6	12.2	9	17.6		
⁺⁺ Göç öyküsü	Yok	22	44.9	31	60.8	2.532	0.112
	Var	27	55.1	20	39.2		
⁺⁺⁺ Ebeveyn durumu	Anne-baba sağ	33	67.3	35	68.6	0.856	0.878
	Anne sağ baba ex	8	16.3	9	17.6		
	Anne ex baba sağ	4	8.2	2	3.9		
	İkisinde ex	4	8.2	5	9.8		
⁺⁺ Kimlerle	Yalnız	4	8.2	9	17.6	3.277	0.194
	Ebeveyn ve kardeş	13	26.5	17	33.3		
	Eşi ve çocukları	32	65.3	25	49		
⁺⁺ Ebeveyn ayrılığı	Yok	40	81.6	47	92.2	2.447	0.118
	Var	9	18.4	4	7.8		
⁺⁺ Ebeveyn ayrılığı kaybı	Yok	30	61.2	34	66.7	2.525	0.283
	12den önce	9	18.4	4	7.8		
	12den sonra	10	20.4	13	25.5		

Mann-Whitney U ⁺Student t test ⁺⁺ Ki-Kare ⁺⁺⁺ Fisher's Exact Ki-Kare,

Tablo 2: Vaka Grubunda Hastalık Ve Tedavi Özelliklerinin Dağılımları

N=49		Min-Max	Ort±SS		
Başlangıç yaşı		18-52	27.57±7.53		
Hastalık süresi		3-72	20.91±17.80		
Depresif ep		1-6	2.22±1.58		
Görüşme		5-28	12.04±5.78		
N=49		N	%		
İntihar girişimi	Yok	46	93.9		
	Var	3	6.1		
Hospitalizasyon	Yok	48	98		
	Var	1	2		
Soygeçmiş	Yok	29	59.2		
	Depresyon	11	22.4		
	Panik	3	6.1		
	OKB	5	10.2		
	BPB	1	2		
Öncesinde AD	Yok	30	61.2		
	Var	19	38.8		
Depresif ep.	Tek Epizod	27	55.1		
	Çoklu Epizod	22	44.9		
N=49		N	%	Min-Max	Ort±SS
Tedavi	Fluoksetin	9	18	10-60	38,88±21,27
	Essitalopram	21	43	10-20	17,61±3,39
	Sertralin	6	12	50-150	125±27,38
	Paroksetin	5	10	10-50	36±18,16
	Venlafaksin	5	10	112,5-225	187,5±53,03
	Bupropion	3	6	150-300	250±86,60

Çalışmaya katılanlara uygulanan Mizaç ve Karakter Envanteri ve Savunma Biçimleri Testi 1. Ölçümde Alınan puan dağılımları Tablo 3'te verilmiştir

Tablo 3: Mizaç ve Karakter Envanteri ve Savunma Biçimleri Testi 1. Ölçümde Alınan Minimum-Maksimum, Ortalama Ve Standart Sapma Değerlerinin Dağılımı

(N=100)	Min-Max	Ort±SS
Mizaç Karakter Envanteri		
(NS)Yenilik arayışı	10-35	19.28±4.29
(NS1)Heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık	2-9	5.87±1.67
(NS2)Dürtüsellik-İyice düşünme	1-8	4.57±1.51
(NS3)Savurganlık-Tutumluluk	1-9	4.35±2.13
(NS4)Düzensizlik-Düzenlilik	1-9	4.49±1.77
(HA)Zarardan kaçınma	11-34	21.11±5.21
(HA1)Endişe ve karamsarlık-İyimserlik	3-11	6.95±2.07
(HA2)Belirsizlik korkusu	2-7	4.65±1.43
(HA3)Yabancılardan çekinme	1-8	4.45±1.98
(HA4)Yorulma ve dermansızlık	2-9	5.06±1.91
(RD)Ödül bağımlılığı	9-23	14.53±2.53
(RD1)Duygusallık	2-10	6.86±1.72
(RD3)Bağlanma	1-8	4.59±1.48
(RD4)Bağımlılık	1-6	3.08±1.13
(P)Sebat etme	1-7	4.20±1.38
(S) Kendini Yönetme	11-36	24.20±5.11
(S1)Sorumluluk alma-Kınama	1-8	4.16±1.89
(S2)Amaçlılık-Amaçsızlık	1-8	4.82±1.79
(S3)Beceriklilik	1-5	2.69±1.16
(S4)Kendini kabullenme-Kendisiyle çekişme	1-10	5.20±1.76
(S5)Aydınlanmış ikinci mizaç	3-12	7.33±2.13
(C)İşbirliği Yapma	13-35	27.22±3.65
(C1)Sosyal kabullenme-Sosyal hoşgörüsüzlük	2-8	5.40±1.29
(C2)Empati duyma-Sosyal ilgisizlik	2-7	4.17±1.08
(C3)Yardımseverlik-Yardım sevmezlik	1-7	4.59±1.23
(C4)Acıma-İntikamcılık	1-9	6.57±2.20
(C5)Vicdanlılık-Yarar sağlama	3-9	6.49±1.38
(ST)Kendini Aşma	9-27	16.17±3.65
(ST1)Kendini kaybetme-Kendilik bilincinde yaşantı	2-9	5.86±1.62
(ST2)Kişilerarası özdeşim-Kendi kendine ayrışma	1-9	4.57±1.86
(ST3)Manevi kabullenme-Akılcı maddecilik	1-12	5.74±2.18
Savunma Biçimleri Testi		
Matür	21-59	40.72±9.12
Nevrotik	27-61	43.20±7.61
İmmatür	68-159	113.32±20.05

Vaka ve kontrol gruplarının savunma mekanizmaları ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Çalışma grubunun matür savunmalar puanı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.01$). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4: Vaka ve Kontrol Grubunun Birinci Ölçümlerde Savunma Mekanizmaları Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

(N=100)	Kontrol(n:51)	Vaka(n:49)	t/z	p
Matür	43.19±7.52	38.14±9.97	2.867	0.005**
+Nevrotik	42.56±6.23	43.85±8.85	-0.687 ^z	0.662
İmmatür	111.03±19.11	115.69±20.92	-1.162	0.248

Student t test, ⁺ Mann-Whitney U * $p<0.05$, ** $p<0.01$ ^z z değeri

Çalışmaya katılanların Mizaç ve Karakter Envanteri Ödül Bağımlılığı alt ölçeklerinden 1. ölçümde aldıkları puanların vaka ve kontrol grupları açısından karşılaştırıldığında Bağlanma alt bölümlerinden alınan puanlar istatistiksel olarak farklılaşmaktadır ($p<0.05$). Vaka grubunun puanları kontrol grubunun puanlarından anlamlı derecede daha düşüktür. Diğer alt bölümler gruplar açısından farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5: Mizaç ve Karakter Envanteri Ödül Bağımlılığı Alt Ölçeklerinden 1. Ölçümde Alınan Puanların Çalışma Ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması

N=100	Vaka (N=49)		Kontrol (N=51)		z	p
	Min-Max	Ort±Ss	Min-Max	Ort±Ss		
Mizaç Karakter Envanteri						
(RD)Ödül bağımlılığı	9-23	14.34 ±2.82	11-20	14.70 ±2.22	-1.194	0.232
(RD1)Duygusallık	3-10	6.95 ±1.81	2-9	6.76 ±1.65	-0.535	0.593
(RD3)Bağlanma	1-8	4.26 ±1.48	2-8	4.90 ±1.43	-2.341	0.019*
(RD4)Bağımlılık	1-6	3.12 ±1.26	1-5	3.03 ±0.99	-0.068	0.946

Mann-Whitney U, * $p<0.05$

Çalışmaya katılanların Mizaç ve Karakter Envanteri Yenilik Arayışı alt ölçeklerinden 1. ölçümde aldıkları puanlar vaka ve kontrol grupları açısından karşılaştırıldığında Yenilik arayışı ve Yenilik Arayışı Dürtüsellik-İyice düşünme alt ölçeğinden alınan puanlar istatistiksel olarak farklılaşmaktadır ($p<0.05$). Vaka grubunun puanları kontrol grubunun puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir. Diğer alt bölümler gruplar açısından farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: Mizaç Ve Karakter Envanteri Yenilik Arayışı Alt Ölçeklerinden 1. Ölçümde Alınan Puanların Çalışma Ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması

N=100		Vaka (N=49)		Kontrol (N=51)		^a t/ ^b z	p
		Min-Max	Ort±Ss	Min-Max	Ort±Ss		
Mizaç	Karakter						
Envanteri							
(NS)Yenilik arayışı		10-35	20.24±4.95	13-27	18.35±3.32	^a -2.249	0.027*
(NS1)Heyecan duyma-Kayıtsız katılık		2-9	5.83±1.74	3-9	5.90±1.62	^a 0.193	0.847
⁺ (NS2)Dürtüsellik-İyice düşünme		1-8	4.95±1.70	1-6	4.19±1.20	^b -2.218	0.027*
⁺ (NS3)Savurganlık-Tutumluluk		1-9	4.75±2.39	1-9	3.96±1.79	^b -1.734	0.083
(NS4)Düzensizlik-Düzenlilik		1-9	4.69±1.81	1-8	4.29±1.73	^a -1.124	0.263

Student t test ⁺Mann-Whitney U, * $p<0.05$

Çalışmaya katılanların Mizaç ve Karakter Envanteri Zarardan Kaçınma alt ölçeklerinden 1. ölçümde aldıkları puanların çalışma ve kontrol grupları açısından karşılaştırıldığında Zarardan Kaçınma ($p<0.01$), Endişe-Karamsarlık ve İyimserlik ($p<0.01$), Belirsizlik Korkusu ($p<0.05$), Yorulma ve Dermansızlık ($p<0.01$) alt bölümlerinden alınan puanlar istatistiksel olarak farklılaşmaktadır. Vaka grubunun puanları kontrol grubunun puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir. Yabancıardan çekinme ise gruplar açısından farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7: Mizaç Ve Karakter Envanteri Zarardan Kaçınma Alt Ölçeklerinden 1. Ölçümde Alınan Puanların Çalışma Ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması

N=100	Vaka (N=49)		Kontrol (N=51)			
	Min- Max	Ort±Ss	Min- Max	Ort±Ss	^a t/ ^b z	P
Mizaç Karakter Envanteri						
(HA)Zarardan kaçınma	13-34	23.12 ±5.10	11-29	19.17 ±4.57	^a -4.071	0.001 ^{**}
(HA1)Endişe ve karamsarlık-İyimserlik	4-11	7.91 ±1.92	3-9	6.01 ±1.78	^a -5.121	0.001 ^{**}
⁺ (HA2)Belirsizlik korkusu	2-7	5.00 ±1.36	2-7	4.31 ±1.42	^b -2.410	0.016 [*]
⁺ (HA3)Yabancılardan çekinme	1-8	4.44 ±2.18	1-7	4.45 ±1.78	^b -0.112	0.911
(HA4)Yorulma ve dermansızlık	2-9	5.75 ±1.79	2-8	4.39 ±1.80	^a -3.787	0.001 ^{**}

Student t test ⁺Mann-Whitney U, ^{*}p<0.05 ^{**}p<0.01

Çalışmaya katılanların Mizaç ve Karakter Envanteri Sebat Etme alt ölçeğinden 1. ölçümde aldıkları puanlar çalışma ve kontrol grupları açısından karşılaştırıldığında gruplar açısından farklılaşmamaktadır (p>0.05). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8: Mizaç Ve Karakter Envanteri Sebat Etme Alt Ölçeğinden 1. Ölçümde Alınan Puanların Çalışma Ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması

	Vaka (N=49)		Kontrol (N=51)			
N=100	Min-Max	Ort±Ss	Min-Max	Ort±Ss	t	p
Mizaç Karakter Envanteri						
(P)Sebat Etme	1-7	4.18±1.43	1-7	4.21±1.34	0.115	0.909

Student t test

Çalışmaya katılanların mizaç ve karakter envanteri Kendini Yönetme alt ölçeklerinden 1. ölçümde aldıkları puanların vaka ve kontrol grupları açısından karşılaştırıldığında Kendini Yönetme boyutu ve Sorumluluk alma-Kınama, Amaçlılık-amaçsızlık, Beceriklilik alt ölçeklerinden aldıkları puanlar istatistiksel olarak farklılaşmaktadır ($p<0.01$). Vaka grubunun puanları kontrol grubunun puanlarından anlamlı derecede daha düşüktür. Diğer alt bölümler gruplar açısından farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: Mizaç Ve Karakter Envanteri Kendini Yönetme Alt Ölçeklerinden 1. Ölçümde Alınan Puanların Çalışma Ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması

		Vaka (N=49)		Kontrol (N=51)		^a t/ ^b z	P
N=100		Min-Max	Ort±Ss	Min-Max	Ort±Ss		
Mizaç	Karakter						
Envanteri							
(S)Kendini Yönetme		11-36	22.08±5.25	18-33	26.19±4.17	^a 4.326	0.001 ^{**}
(S1)Sorumluluk Alma-Kınama		1-8	3.16±1.69	2-8	5.11±1.55	^b -5.394	0.001 ^{**}
(S2)Amaçlılık-Amaçsızlık		1-8	4.28±1.88	1-8	5.33±1.55	^a 3.037	0.003 ^{**}
(S3)Beceriklilik		1-5	2.26±1.03	1-5	3.09±1.15	^b -3.531	0.001 ^{**}
(S4)Kendini Kabullenme-Kendisiyle Çekişme		1-10	5.02±1.88	3-9	5.37±1.64	^a 0.995	0.322
(S5)Aydınlanmış İkinci Mizaç		3-11	7.38±2.21	3-12	7.27±2.07	^a -0.264	0.793

Student t test ⁺Mann-Whitney U, ^{**} $p<0.01$

Çalışmaya katılanların Mizaç ve Karakter Envanteri Kendini Aşma alt ölçeklerinden 1. ölçümde aldıkları puanlar vaka ve kontrol grupları açısından karşılaştırıldığında Manevi Kabullenme alt bölümlerinden alınan puanlar istatistiksel olarak farklılaşmaktadır ($p<0.05$). Vaka grubunun puanları kontrol grubunun puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir. Diğer alt bölümler gruplar açısından farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10: Mizaç Ve Karakter Envanteri Kendi Kendini Aşma Alt Ölçeklerinden 1. Ölçümde Alınan Puanların Çalışma ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması

N=100	Vaka (N=49)		Kontrol (N=51)		t	P
	Min-Max	Ort±Ss	Min-Max	Ort±Ss		
Mizaç						
Karakter						
Envanteri						
(ST)Kendi kendini aşma	9-27	16.67±4.02	10-25	15.68±3.23	-1.355	0.179
(ST1)Kendini kaybetme-						
Kendilik bilincinde	2-9	6.02±1.66	2-9	5.70±1.59	-0.966	0.336
yaşantı						
(ST2)Kişilerarası						
özdeşim-Kendi kendine	1-9	4.40±2.00	2-8	4.72±1.72	0.849	0.398
ayrışma						
(ST3)Manevi						
kabullenme-Akılcı	1-12	6.24±2.16	2-12	5.25±2.11	-2.313	0.023*
maddecilik						

Student t test *p<0.05

Çalışmaya katılanların Mizaç ve Karakter Envanteri İşbirliği Yapma alt ölçeklerinden 1. ölçümde aldıkları puanlar vaka ve kontrol grupları açısından karşılaştırıldığında; alt bölümler gruplar açısından farklılaşmamaktadır (p>0.05). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11: Mizaç Ve Karakter Envanteri İşbirliği Alt Ölçeklerinden 1. Ölçümde Alınan Puanların Çalışma ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması

N=100	Vaka (N=49)		Kontrol (N=51)		^a t/ ^b z	P
	Min-Max	Ort±Ss	Min-Max	Ort±Ss		
Mizaç						
Karakter						
Envanteri						
(C)İşbirliği yapma	13-34	26.57±4.46	22-35	27.84±2.55	^a 1.756	0.082
(C1)Sosyal kabullenme-						
Sosyal hoşgörüsüzlük	2-8	5.22±1.35	3-8	5.56±1.22	^a 1.334	0.185
(C2)Empati duyma-					^b ₋	
Sosyal ilgisizlik	2-6	4.04±0.95	2-7	4.29±1.18	0.937	0.349
(C3)Yardımseverlik-					^b ₋	
Yardım sevmelik	1-7	4.48±1.27	2-7	4.68±1.20	0.963	0.335
(C4)Acıma-İntikamcılık					^b ₋	
	1-9	6.44±2.38	1-9	6.68±2.30	0.242	0.809
(C5)Vicdanlılık-Yarar					^b ₋	
sağlama	3-9	6.36±1.48	3-9	6.60±1.28	0.639	0.523

Student t test ^aMann-Whitney U,

Mizaç karakter ve savunma mekanizmaları değişkenlerinin tedavi başlangıcındaki HAM-D skoruyla tespit edilen hastalık şiddetiyle korelasyonu değerlendirilmiştir. İşbirliği Yapma(C) boyutu ve altölçeği Empati duyma-Sosyal ilgisizlik(C2) negatif yönde korele bulunmuştur.($p<0.01$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Vaka Grubunun Mizaç Karakter Değişkenlerinin HAM-D1 Skoruyla Tespit Edilen Hastalık Şiddetiyle Korelasyonu

(N=49)	r	p
Mizaç Karakter Envanteri(TCI)		
(NS)Yenilik arayışı	-0,021	0,886
(NS1)Heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık	0,093	0,526
(NS2)Dürtüsellik-İyice düşünme	-0,049	0,736
(NS3)Savurganlık-Tutumluluk	-0,016	0,912
(NS4)Düzensizlik-Düzenlilik	-0,079	0,589
(HA)Zarardan kaçınma	-0,100	0,498
(HA1)Endişe ve karamsarlık-İyimserlik	0,200	0,169
(HA2)Belirsizlik korkusu	-0,267	0,064
(HA3)Yabancılardan çekinme	-0,118	0,424
(HA4)Yorulma ve dermansızlık	-0,072	0,623
(RD)Ödül bağımlılığı	-0,188	0,195
(RD1)Duygusallık	-0,187	0,199
(RD2)Bağlanma	0,006	0,966
(RD3)Bağımlılık	-0,160	0,272
(P)Sebat etme	0,094	0,519
(S)Kendini Yönetme	0,133	0,366
(S1)Sorumluluk alma	-0,023	0,874
(S2)Amaçlılık-Amaçsızlık	0,115	0,430
(S3)Beceriklilik	0,164	0,265
(S4)Kendini kabullenme-Kendisiyle çekişme	-0,065	0,656
(S5)Aydınlanmış ikinci mizaç	0,208	0,151
(C)İşbirliği yapma	-0,362	0,011 □
(C1)Sosyal kabullenme-Sosyal hoşgörüsüzlük	-0,079	0,590
(C2)Empati duyma-Sosyal ilgisizlik	-0,358	0,012 □
(C3)Yardımseverlik-Yardım sevmeyizlik	-0,214	0,140
(C4)Acıma-İntikamcılık	-0,212	0,143
(C5)Vicdanlılık-Yarar sağlama	-0,261	0,070
(ST)Kendi kendini aşma	-0,076	0,602
(ST1)Kendini kaybetme-Kendilik bilincinde yaşantı	-0,197	0,175
(ST2)Kişilerarası özdeşim-Kendi kendine ayırışma	-0,015	0,919
(ST3)Manevi kabullenme-Akılcı maddecilik	0,023	0,874

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Savunma mekanizmaları değişkenlerinin tedavi başlangıcındaki HAM-D skoruyla tespit edilen hastalık şiddetiyle korelasyonu değerlendirilmiştir. Değişkenler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13: Vaka Grubunun Savunma Mekanizmaları Değişkenlerinin HAM-D1 Skoruyla Tespit Edilen Hastalık Şiddetiyle Korelasyonu

(N=49)	r	p
Savunma Mekanizmaları		
Matür	-0,019	0,894
Nevrotik	-0,012	0,933
İmmatür	0,095	0,517

*p<0.05, **p<0.01

Ham-D ölçeğinin uygulamaları arasında zamanla istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Farkın hangi ölçümler arasında olduğunun tespiti için Bonferroni testi yapılmıştır. HAM-D 3. uygulamasından elde edilen puan hem 1. hem de 2. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. İkinci ölçümde 1. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.01$).

CGI ölçeğinin uygulamaları arasında zamanla istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Farkın hangi ölçümler arasında olduğunun tespiti için Bonferroni testi yapılmıştır. CGI 3. uygulamasından elde edilen puan hem 1. hem de 2. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. İkinci ölçüm 1. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür, 3. ölçümden yüksektir ($p<0.01$).

Beck Anksiyete Ölçeğinin uygulamaları arasında zamanla istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Farkın hangi ölçümler arasında olduğunun tespiti için Bonferroni testi yapılmıştır. Beck Anksiyete Ölçeği ile yapılan 3. ölçümden elde edilen puan hem 1. hem de 2. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. İkinci ölçüm 1. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür, 3. ölçümden yüksektir ($p<0.01$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 14’ de verilmiştir.

Tablo 14: Vaka Grubunun Birinci, İkinci ve Üçüncü Ölçümlerde HAM-D, CGI ve Beck Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puanların Zamana Göre Karşılaştırılması

(N=49)	1.ölçüm	2.ölçüm	3.ölçüm	p
Ham-D	27.06±7.12	11.16±5.19	6.08±4.15	0.001**
CGI	4.30±0.89	1.79±0.93	1.36±0.72	0.001**
Beck Anksiyete Ölçeği	12.14±5.60	6.20±4.15	4.28±3.29	0.001**

Vaka grubuna uygulanan ölçekler HAM-D puanları açısından karşılaştırıldığında ilk görüşmede 16-46 (ort:27.06; ss:7.12) arasında, ikinci görüşmede 2-22 (ort:11.16; ss:5.19) arasında, üçüncü görüşmede ise 0-14 (ort:6.08; ss:4.15) arasında tespit edildi. Beck puanları açısından karşılaştırıldığında ilk görüşmede 3-27 (ort:12.14; ss:5.60) arasında, ikinci görüşmede 1-18 (ort:6.20; ss:4.15) arasında, üçüncü görüşmede ise 0-16 (ort:4.28; ss:3.29) arasında tespit edildi. CGI puanları açısından karşılaştırıldığında ilk görüşmede 3-6 (ort:4.30; ss:0.89) arasında, ikinci görüşmede 1-3 (ort:1.79; ss:0.93) arasında, üçüncü görüşmede ise 1-3 (ort:1.36; ss:0.72) arasında tespit edildi. Vaka grubuna uygulanan ölçeklere ilişkin veriler Tablo 15’ te verilmiştir.

Tablo 15 Vaka Grubuna Uygulanan Ham-D 1-2-3, Beck-A 1-2-3 ve CGI 1-2-3 ölçüm dağılımları

N=49	Min-Max	Ort±SS
Ham 1	16-46	27.06±7.12
Ham 2	2-22	11.16±5.19
Ham 3	0-14	6.08±4.15
Beck 1	3-27	12.14±5.60
Beck 2	1-18	6.20±4.15
Beck 3	0-16	4.28±3.29
CGİ 1	3-6	4.30±0.89
CGİ 2	1-3	1.79±0.93
CGİ 3	1-3	1.36±0.72

**p<0.01

Vaka grubunun 3 ay sonunda yanıt oranı %73,5 olurken 9 ay sonunda bu oran %95,9 olmuştur. Buna karşın 3 ay sonunda düzelme oranı %65,3 iken 9 ay sonunda %81,6 olmuştur. Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 16’ da verilmiştir.

Tablo 16: Vaka Grubunda 3. ayda ve 9. ayda Tedaviye Yanıt Verenlerin ve Remisyon dakilerin Dağılımları

N:49		3 ay		9 ay	
		N	%	N	%
HAM-D	Yanıt Yok	13	26.5	2	4,1
	Yanıt Var	36	73.5	47	95,9
CGI	Düzelme Yok	17	34.7	9	18,4
	Düzelme Var	32	65.3	40	81,6

Savunma Mekanizmaları Ölçeğinin matür ve immatür savunma mekanizmaları alt ölçekleri uygulamaları arasında zamanla istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p<0.01$ ve $p<0.05$). Farkın hangi ölçümler arasında olduğunun tespiti için Bonferroni testi yapılmıştır. Matür savunmalar alt ölçeğinin 3.ölçümünden elde edilen puan hem 1. hem de 2. ölçümünden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$).İmmatür savunmalar ölçeğinin 3. ölçümünden elde edilen puan 1. ölçümünden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17: Vaka Grubunun Birinci, İkinci ve Üçüncü Ölçümlerde Savunma Mekanizmaları Ölçeğinden Aldıkları Puanların Zamana Göre Karşılaştırılması

(N=49)	1.ölçüm	2.ölçüm	3.ölçüm	p
Matür	38.14±9.97	39.57±8.21	41.06±8.15	0.001**
Nevrotik	43.85±8.85	44.48±9.10	43.81±7.47	0.662
İmmatür	115.69±20.92	113.59±20.01	111.28±18.85	0.023*

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Vaka grubunun 3. kontrol grubunun birinci ölçümlerde savunma mekanizmaları ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18: Vaka Grubunun 3. Kontrol Grubunun Birinci Ölçümlerde Savunma Mekanizmaları Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

(N=100)	Kontrol 1. Ölçüm (n:51)	Vaka 3. Ölçüm (n:49)	t/z	p
Matür	43.19±7.52	41.06±8.15	1.361	0.177
⁺ Nevrotik	42.56±6.23	43.81±7.47	-1.354 ^z	0.176
İmmatür	111.03±19.11	111.28±18.85	-0.065	0.948

Student t test, ⁺ Mann-Whitney ^z z değeri

Vaka grubunun birinci, ikinci ve üçüncü ölçümlerde Mizaç Ve Karakter Envanteri Mizaç Boyutları ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların zaman içindeki değişimlerinin karşılaştırıldığında HA1 Endişe-Karamsarlık, HA4 Yorulma ve Dermansızlık ve RD1 Duygusallık ölçekleri uygulamaları arasında zamanla istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olduğu bulunmuştur($p<0.01$). Farkın hangi ölçümler arasında olduğunun tespiti için Bonferroni testi yapılmıştır.

HA1 Endişe-Karamsarlık alt ölçeğinin 3. ölçümünden elde edilen puan hem 1. ölçümden ($p<0.01$) hem de 2. ölçümden ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. 1. ve 2. ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. HA4 Yorulma ve Dermansızlık alt ölçeğinde 1. ölçümde elde edilen puan 2. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir($p<0.01$).

RD1 Duygusallık alt ölçeğinin 1. ölçümünden elde edilen puan hem 2. ölçümden hem de 3. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir($p<0.01$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19: Vaka Grubunun Birinci, İkinci Ve Üçüncü Ölçümlerde Mizaç Ve Karakter Envanteri Mizaç Boyutları Ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Zaman İçindeki Değişimlerinin Karşılaştırılması

(N=49)	1.ölçüm	2.ölçüm	3.ölçüm	p
Mizaç Karakter Envanteri(TCI)				
(NS)Yenilik Arayışı	20.24±4.95	19.57±4.57	20.06±4.24	0.129
(NS1)Heyecan Duyma-Kayıtsız Bir Katılık	5.83±1.74	5.51±1.63	5.63±1.60	0.232
(NS2)Dürtüsellik-İyice Düşünme	4.95±1.70	4.83±1.59	4.79±1.71	0.662
(NS3)Savurganlık-Tutumluluk	4.75±2.39	4.57±2.10	4.83±2.10	0.291
(NS4)Düzensizlik-Düzenlilik	4.69±1.81	4.65±1.49	4.79±1.60	0.710
(HA)Zarardan Kaçınma	23.10±5.10	22.26±5.51	21.73±5.53	0.079
(HA1)Endişe Ve Karamsarlık-İyimserlik	7.91±1.92	7.48±2.02	6.93±2.01	0.001**
(HA2)Belirsizlik Korkusu	5.00±1.36	5.10±1.35	5.04±1.41	0.818
(HA3)Yabancılardan Çekinme	4.44±2.18	4.55±2.18	4.57±2.00	0.782
(HA4)Yorulma Ve Dermansızlık	5.75±1.79	5.12±1.98	5.18±1.85	0.008**
(RD)Ödül Bağımlılığı	14.34±2.82	14.12±2.48	13.93±2.77	0.227
(RD1)Duygusallık	6.95±1.81	6.42±1.56	6.30±1.81	0.001**
(RD2)Bağlanma	4.26±1.48	4.20±1.09	4.30±1.34	0.696
(RD3)Bağımlılık	3.12±1.26	3.48±1.26	3.32±1.12	0.060
(P)Sebat Etme	4.18±1.43	3.95±1.22	4.12±1.11	0.314

Tekrarlayan ölçümlerde ANOVA *p<0.05, **p<0.01

Vaka grubunun birinci, ikinci ve üçüncü ölçümlerde Mizaç ve Karakter Envanteri Mizaç Boyutları ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların zaman içindeki değişimleri karşılaştırıldığında S Kendini Yönetme boyutu ve S1 Sorumluluk alma, S3 Beceriklilik alt ölçekleri uygulamaları arasında zamanla istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olduğu bulunmuştur(p<0.01). Farkın hangi ölçümler arasında olduğunun tespiti için Bonferroni testi yapılmıştır.

S Kendini Yönetme ölçeğinin 3.ölçümünden elde edilen puan hem 1. hem de 2. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. İkinci ölçümde 1. ölçümden

istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). SA1 Sorumluluk alma alt ölçeğinin 1. ölçümü hem 2. hem de 3. ölçümlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.01$) SA3 Beceriklilik alt ölçeğinin 1. ölçümü hem 2. hem de 3. ölçümlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.01$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 20’ de verilmiştir.

Tablo 20: Vaka Grubunun Birinci, İkinci Ve Üçüncü Ölçümlerde Mizaç ve Karakter Envanteri Karakter Boyutları Ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Zaman İçindeki Değişimlerinin Karşılaştırılması

(N=49)	1.ölçüm	2.ölçüm	3.ölçüm	p
Mizaç Karakter Envanteri(TCI)				
<i>(S)Kendini Yönetme</i>	22.10±5.19	23.39±4.49	24.42±4.89	0.001**
<i>(S1)Sorumluluk Alma</i>	3.16±1.69	4.24±1.39	4.59±1.39	0.001**
<i>(S2)Amaçlılık-Amaçsızlık</i>	4.28±1.88	4.22±1.64	4.28±1.45	0.910
<i>(S3)Beceriklilik</i>	2.24±1.03	3.02±1.10	3.20±1.09	0.001**
<i>(S4)Kendini Kabullenme-Kendisiyle Çekişme</i>	5.02±1.88	4.67±1.71	5.05±1.83	0.100
<i>(S5)Aydınlanmış İkinci Mizaç</i>	7.38±2.21	7.42±2.00	7.26±1.71	0.761
<i>(C)İşbirliği Yapma</i>	26.57±4.46	26.67±4.18	26.53±4.71	0.958
<i>(C1)Sosyal Kabullenme-Sosyal Hoşgörüsüzlük</i>	5.22±1.35	5.26±1.30	5.22±1.22	0.962
<i>(C2)Empati Duyma-Sosyal İlgisizlik</i>	4.04±0.95	4.34±1.19	4.06±0.92	0.165
<i>(C3)Yardıms severlik-Yardım Sevmezlik</i>	4.48±1.27	4.48±1.30	4.53±1.41	0.971
<i>(C4)Acıma-İntikamcılık</i>	6.44±2.38	6.24±1.97	6.36±2.19	0.717
<i>(C5)Vicdanlılık-Yarar Sağlama</i>	6.36±1.48	6.32±1.23	6.34±1.33	0.968
<i>(ST)Kendi Kendini Aşma</i>	16.67±4.02	16.46±3.89	16.83±3.89	0.684
<i>(ST1)Kendini Kaybetme-Kendilik Bilincinde Yaşantı</i>	6.02±1.66	5.87±1.45	5.81±1.58	0.585
<i>(ST2)Kişilerarası Özdeşim-Kendi Kendine Ayrışma</i>	4.40±2.00	4.48±1.62	4.83±1.63	0.070
<i>(ST3)Manevi Kabullenme-Akılcı Maddecilik</i>	6.24±2.16	6.10±2.13	6.18±1.90	0.847

Tekrarlayan ölçümlerde ANOVA * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Vaka grubunun değişkenleri düzelme olup olmamasına göre karşılaştırıldığında hastalık süresi ve depresif epizod sayısı gruplar açısından istatistiksel olarak farklılaşmaktadır ($p<0.01$). Düzelme olmayan grubun puanları anlamlı derecede yüksektir. Düzelme olmayan grubun öncesinde ad tedavisi düzelme olan gruptan daha yüksektir ($p<0.05$). Diğer alt bölümler gruplar açısından farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 21’ de verilmiştir.

Tablo 21: Vaka Grubunun Hastalık Ve Diğer Değişkenlerinin Düzelme Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması

N=49		Düzelme yok (N=17)		Düzelme Var (N=32)		t^a/bz	P
		Min- Max	Ort±Ss	Min- Max	Ort±Ss		
Başlangıç yaşı		18-46	26.94±7.52	18-52	27.90 ±7.64	^a -0.423	0.674
Hastalık süresi		3-72	31.76±22.86	3-48	15.15 ±11.04	^a 3.442	0.001**
⁺Depresif epizod sayısı		1-6	3.11±1.93	1-5	1.75 ±1.13	^b - 2.639	0.008**
⁺Görüşme		6-22	11.82±3.77	5-28	12.15 ±6.66	^b - 1.046	0.296
		N	%	N	%	X ²	p
⁺⁺İntihar giriş	Yok	15	88.2	31	96.9	1.442	0.273
	Var	2	11.8	1	3.1		
⁺⁺Hospitalizasyon	Yok	17	100	31	96.9	0.542	1.000
	Var	0	0	1	3.1		
⁺⁺Soygeçmiş	Yok	7	41.2	22	68.8	5.286	0.223
	MDB	6	35.3	5	15.6		
	Panik	1	5.9	2	6.2		
	OKB	3	17.6	2	6.2		
	BPB	0	0	1	3.1		
⁺⁺Öncesinde AD	Yok	7	41.2	23	71.9	4.407	0.036*
	Var	23	58.8	9	28.1		

Student t test ⁺Mann-Whitney U ⁺⁺Fisher’s Exact Ki-Kare, ⁺⁺⁺Ki-Kare * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Vaka grubunun sosyodemografik verilerin düzelme olup olmaması durumu açısından karşılaştırıldığında çalışma durumu istatistiksel olarak farklılaşmaktadır ($p<0.05$). Diğer değişkenler gruplar açısından farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 22’ de verilmiştir.

Tablo 22: Vaka Grubunun Sosyodemografik Verilerinin Düzeltme Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması

N=49		Düzeltme yok (N=17)		Düzeltme Var (N=32)		t^a/b_z	P
		Min- Max	Ort±Ss	Min- Max	Ort±Ss		
Yaş		22-50	32.88±8.47	19-52	32.41±9.26	^a -0.176	0.861
Eğitim süresi		5-15	10.23±4.19	0-17	9.43±4.54	^a -0.601	0.551
⁺Kardeş sayısı		1-8	3.52±1.46	1-7	3.56±1.43	^b -0.088	0.930
⁺Kaçıncı		1-5	2.06±1.14	1-5	2.31±1.28	^b -0.591	0.554
Emzirilme süresi		3-19	8.70±4.62	0-40	9.75±8.04	^a -0.492	0.625
		N	%	N	%	X ²	p
⁺⁺Cinsiyet	Kadın	12	70.6	25	78.1	0.341	0.729
	Erkek	5	29.4	7	21.9		
⁺⁺Medeni durum	Evli	9	52.9	16	50	0.162	1.000
	Bekar	6	35.3	13	40.6		
	Dul/boşanmış/Ayrı	2	11.8	3	9.4		
⁺⁺Çalışma durumu	Çalışmıyor	11	64.7	9	28.1	7.579	0.019*
	Düzenli çalışıyor	6	35.3	17	53.1		
	Düzensiz çalışıyor	0	0	6	18.8		
⁺⁺⁺Göç öyküsü	Yok	10	58.8	12	37.5	2.040	0.153
	Var	7	41.2	20	62.5		
⁺⁺Ebeveyn durumu	Anne-baba sağ	13	76.5	20	62.5	0.985	0.871
	Anne sağ	2	11.8	6	18.8		
	Baba ex	1	5.9	3	9.4		
	Anne ex	1	5.9	3	9.4		
⁺⁺Kimlerle	Yalnız	2	11.8	2	6.2	0.503	0.798
	Ebeveyn ve kardeş	4	23.5	9	28.1		
	Eşi ve/veya çocukları	11	64.7	21	65.6		
⁺⁺Ebeveyn ayrılığı	Yok	15	88.2	25	78.1	0.757	0.467
	Var	2	11.8	7	21.9		
⁺⁺Ebeveyn ayr kayb	Yok	12	70.6	18	56.2	1.088	0.642
	12den önce	2	11.8	7	21.9		
	12den sonra	3	17.6	7	21.9		

Student t test ⁺Mann-Whitney U ⁺⁺Fisher's Exact Ki-Kare ⁺⁺⁺Ki-Kare *p<0.05

HAM-D ölçeğinde gruplardan bağımsız olarak ölçüm zamanları arasında, ölçüm zamanlarından bağımsız olarak tedaviyle düzelme grupları arasında ve ölçüm zamanı*düzelme grupları etkileşiminin anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.01$).

Ölçümler arasındaki farkın hangi ölçümler arasında olduğunun tespiti için Bonferroni testi yapılmıştır. HAM-D 3. uygulanişından elde edilen puan hem 1. hem de 2. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. İkinci ölçümde 1. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.01$).

Düzelme olan ve olmayan grupların HAM-D puanları arasında da zamandan bağımsız olarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Düzelme olmayan grubun HAM-D puanları düzelme olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$).

Ölçüm zamanı*düzelme grupları etkileşimine bakıldığında anlamlılığın 2. ve 3. ölçümler arasında olduğu görülmektedir. Tedaviyle düzelmenin olması 2. ölçümden itibaren HAM-D puanları ile ilişkilidir.

Beck Anksiyete Ölçeğinde gruplardan bağımsız olarak ölçüm zamanları arasında, ölçüm zamanlarından bağımsız olarak tedaviyle düzelme grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.01$).

Ölçüm zamanları arasında farkın hangi ölçümler arasında olduğunun tespiti için Bonferroni testi yapılmıştır. Beck Anksiyete Ölçeği ile yapılam 3. Ölçümden elde edilen puan hem 1. Hem de 2. Ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. 2. ölçüm 1. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür, 3. Ölçümden yüksektir ($p<0.01$).

Düzelme olan ve olmayan grupların Beck Anksiyete Ölçeği puanları arasında da zamandan bağımsız olarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Düzelme olmayan grubun Beck Anksiyete Ölçeği puanları düzelme olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$).

Ölçüm zamanı*düzelme grupları etkileşiminin anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Beck Anksiyete Ölçeğinin zaman içindeki değişimleri düzelme durumundan etkilenmemektedir. Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 23' te verilmiştir.

Tablo 23: Düzeltme Olup Olmaması Durumuna Göre HAM-D ve Beck-A 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması

N=49	Düzeltme	1.Ölçüm	2.Ölçüm	3.Ölçüm	P 1	P2	P3
HAM-D	YOK(17)	31.11±7.11	17.3±2.31	10.41±3.41	0.001**	0.001**	0.001**
	VAR(32)	24.90±6.21	7.87±2.62	3.78±2.23			
Beck-A	YOK(17)	14.41±5.38	9.05±4.02	6.82±3.48	0.001**	0.001**	0.007
	VAR(32)	10.93±5.42	4.68±3.40	2.93±2.27			

P1:Ölçümler Arasındaki Farkın Anlamlılığı, P2: Gruplar Arasındaki Farkın Anlamlılığı P3:Ölçümler*Grup Etkileşiminin

Anlamlılığı**p<0.01

Mizaç ve Karakter Envanteri, Yenilik Arayışı ve alt ölçeklerinde ölçümler arası, tedaviye yanıt grupları arası ve ölçüm*grup etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 24’ te verilmiştir.

Tablo 24: Mizaç Ve Karakter Envanteri Yenilik Arayışı Alt Ölçeklerinden Düzeltme Olup Olmamasına Göre 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması

N=49	Düzeltme	1.Ölçüm	2.Ölçüm	3.Ölçüm	P 1	P2	P3
(NS)Yenilik Arayışı	Yok(17)	19.00±5.02	18.82±4.81	19.41±4.31	0.229	0.311	0.397
	Var (32)	20.90±4.86	19.96±4.47	20.40±4.23			
(NS1)Heyecan DuymaKayıtsız Bir Katılık	Yok(17)	5.35±2.17	5.58±1.73	5.29±1.49	0.564	0.396	0.083
	Var (32)	6.09±1.44	5.46±1.60	5.81±1.65			
(NS2)Dürtüsellik-İyice Düşünme	Yok(17)	5.05±1.24	4.58±1.46	5.11±1.53	0.603	0.845	0.100
	Var (32)	4.90±1.92	4.96±1.67	4.62±1.80			
(NS3)Savurganlık-Tutumluluk	Yok(17)	4.41±2.71	4.58±2.23	4.58±2.23	0.532	0.645	0.289
	Var (32)	4.93±2.22	4.56±2.06	4.96±2.05			
(NS4)Düzenlilik Düzensizlik	Yok(17)	4.17±1.87	4.05±1.19	4.41±1.50	0.579	0.086	0.688
	Var (32)	4.96±1.75	4.96±1.55	5.00±1.64			

P1:Ölçümler Arasındaki Farkın Anlamlılığı, P2: Gruplar Arasındaki Farkın Anlamlılığı P3:Ölçümler*Grup Etkileşimi

RD1 Duygusallık alt ölçeğinin 1. ölçümünden elde edilen puan hem 2. ölçümünden hem de 3. ölçümünden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir($p<0.01$) . Bununla birlikte gruplar arası fark ve tedaviye yanıt*zaman ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 25’ te verilmiştir.

Tablo 25: Mizaç ve Karakter Envanteri Ödül Bağımlılığı Alt Ölçeklerinden Düzeltme Olup Olmamasına Göre 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması

N=49	Düzeltme	1.Ölçüm	2.Ölçüm	3.Ölçüm	P 1	P2	P3
(RD)Ödül bağımlılığı	YOK(17)	13.41±2.09	13.23±2.10	13.23±2.19	0.364	0.089	0.755
	VAR(32)	14.84±3.05	14.59±2.56	14.31±2.99			
(RD1) Duygusallık	YOK(17)	6.52±1.69	6.05±1.43	6.23±1.43	0.001* *	0.369	0.261
	VAR(32)	7.18±1.85	6.62±1.62	6.34±2.00			
(RD2) Bağlanma	YOK(17)	3.76±1.14	3.88±0.69	3.88±0.99	0.826	0.082	0.580
	VAR(32)	4.53±1.58	4.37±1.23	4.53±1.45			
(RD3) Bağımlılık	YOK(17)	3.11±0.99	3.29±1.35	3.11±0.99	0.139	0.514	0.556
	VAR(32)	3.12±1.40	3.59±1.21	3.43±1.18			

P1:Ölçümler Arasındaki Farkın Anlamlılığı, P2: Gruplar Arasındaki Farkın Anlamlılığı P3:Ölçümler*Grup Etkileşimin anlamlılığı

**p<0.01

Mizaç ve Karakter Envanteri, Zarardan Kaçınma ölçeğinde alınan puanlar ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermiştir($p<0.05$). Buna göre 1. ölçümünden elde edilen puan hem 2. ölçümünden hem de 3. ölçümünden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Bununla birlikte gruplar arası fark ve tedaviye yanıt*zaman ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

HA1 Endişe-Karamsarlık alt ölçeğinin 3. ölçümünden elde edilen puan hem 1. ölçümünden ($p<0.01$) hem de 2. ölçümünden ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Birinci ve 2. ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmamaktadır. Bununla birlikte gruplar arası fark ve tedaviye yanıt*zaman ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

HA4 Yorulma ve Dermansızlık alt ölçeğinde 1. ölçümde elde edilen puan 2. ve 3.ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir($p<0.05$). Bununla birlikte gruplar arası fark ve tedaviye yanıt*zaman ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 26’ da verilmiştir.

Tablo 26: Mizaç ve Karakter Envanteri Zarardan Kaçınma Alt Ölçeklerinden Düzeltme Olup Olmamasına Göre 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması

N=49	Düzeltme	1.Ölçüm	2.Ölçüm	3.Ölçüm	P 1	P2	P3
(HA) Zarardan Kaçınma	YOK(17)	19.00±5.02	18.82±4.81	19.41±4.31	0.033*	0.137	0.104
	VAR (32)	20.90±4.86	19.96±4.47	20.40±4.23			
(HA1) Endişe İyimserlik	YOK(17)	5.35±2.17	5.58±1.73	5.29±1.49	0.001**	0.170	0.251
	VAR (32)	6.09±1.44	5.46±1.60	5.81±1.65			
(HA2) Belirsizlik Korkusu	YOK(17)	5.05±1.24	4.58±1.46	5.11±1.53	0.692	0.594	0.061
	VAR (32)	4.90±1.92	4.96±1.67	4.62±1.80			
(HA3)Yabancı-lardan Çekinme	YOK(17)	4.41±2.71	4.58±2.23	4.58±2.23	0.803	0.337	0.867
	VAR (32)	4.93±2.22	4.56±2.06	4.96±2.05			
(HA4) Yorulma Dermansızlık	YOK(17)	4.17±1.87	4.05±1.19	4.41±1.50	0.008**	0.155	0.336
	VAR (32)	4.96±1.75	4.96±1.55	5.00±1.64			

P1:Ölçümler Arasındaki Farkın Anlamlılığı, P2: Gruplar Arasındaki Farkın Anlamlılığı P3:Ölçümler*Grup Etkileşimi** $p<0.01$

Mizaç ve Karakter Envanteri, P Sebat etme alt ölçeğinde ölçümler arası, tedaviye yanıt grupları arası ve ölçüm*grup etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 27’ de verilmiştir.

Tablo 27: Mizaç Ve Karakter Envanteri Sebat Etme Alt Ölçeklerinden Düzeltme Olup Olmamasına Göre 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması

N=49	Düzeltme	1.Ölçüm	2.Ölçüm	3.Ölçüm	P 1	P2	P3
(P)Sebat Etme	Yok(17)	3.88±1.31	3.35±1.22	4.00±1.06	0.111	0.115	0.061
	Var (32)	4.34±1.49	4.28±1.11	4.18±1.14			

P1:Ölçümler Arasındaki Farkın Anlamlılığı, P2: Gruplar Arasındaki Farkın Anlamlılığı P3:Ölçümler*Grup Etkileşiminin Anlamlılığı

Mizaç ve Karakter Envanteri, S Kendini Yönetme, S1 Sorumluluk alma, S3 Beceriklilik ölçekleri uygulamaları arasında zamanla istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olduğu bulunmuştur($p<0.01$). Farkın hangi ölçümler arasında olduğunun tespiti için Bonferroni testi yapılmıştır.

S Kendini Yönetme ölçeği 1.ölçümünden elde edilen puan hem 2. ölçümden hem de 3. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir($p<0.01$). Bununla birlikte gruplar arası fark ve tedaviye yanıt*zaman ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

S1 Sorumluluk Alma alt ölçeğinin 1. ölçümü hem 2. hem de 3. ölçümlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.01$). Bununla birlikte gruplar arası fark ve tedaviye yanıt*zaman ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

S3 Beceriklilik alt ölçeğinin 1. ölçümü hem 2. hem de 3. ölçümlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.01$).Bununla birlikte gruplar arası fark ve tedaviye yanıt*zaman ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 28' de verilmiştir.

Tablo 28: Mizaç Ve Karakter Envanteri Kendini Yönetme Alt Ölçeklerinden Düzeltme Olup Olmamasına Göre 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması

N=49	Düzeltme	1.Ölçüm	2.Ölçüm	3.Ölçüm	P 1	P2	P3
(S)Kendini Yönetme	Yok(17)	21.88±4.84	22.88±4.15	23.41±4.65	0.001**	0.517	0.280
	Var(32)	22.09±5.47	24.00±4.69	24.96±4.99			
(S1)Sorumluluk Alma -Kınama	Yok(17)	2.76±1.14	4.00±1.06	3.94±1.19	0.001**	0.095	0.147
	Var(32)	3.37±1.91	4.37±1.53	4.93±1.38			
(S2)Amaçlılık-Amaçsızlık	Yok(17)	4.35±1.76	4.17±1.66	4.23±1.20	0.873	0.973	0.838
	Var(32)	4.25±1.96	4.25±1.66	4.31±1.59			
(S3)Beceriklilik	Yok(17)	2.17±1.18	3.00±0.93	3.00±1.22	0.001**	0.436	0.839
	Var(32)	2.31±0.96	3.06±1.18	3.31±1.02			
(S4)Kendini Kabullenme	Yok(17)	5.29±1.92	4.47±1.62	5.05±1.67	0.054	0.961	0.333
	Var(32)	4.87±1.87	4.78±1.77	5.09±1.94			
(S5)Aydınlanmış İkinci Mizaç	Yok(17)	7.58±2.55	7.23±2.10	7.17±2.12	0.718	0.938	0.437
	Var(32)	7.28±2.05	7.53±1.96	7.31±1.49			

P1:Ölçümler Arasındaki Farkın Anlamlılığı, P2: Gruplar Arasındaki Farkın Anlamlılığı P3:Ölçümler*Grup Etkileşiminin

Anlamlılığı**p<0.01

Mizaç ve Karakter Envanteri, İşbirliği Yapma boyutu C1 Sosyal Kabullenme-Sosyal Hoşgörüsüzlük alt ölçeğinde ölçümler arası ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$). Yani, zaman ve tedaviye verilen yanıt tek başına istatistiksel olarak anlamlı bir etki oluşturmamaktadır. Bununla birlikte Ölçümler*Grup etkileşimi istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0.01$). Tedaviyle düzeltme durumu C1 Sosyal kabullenme-Sosyal hoşgörüsüzlük puanları üzerinde etkilidir. Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 29' da verilmiştir.

Tablo 29: Mizaç Ve Karakter Envanteri İşbirliği Yapma Alt Ölçeklerinden Düzeltme Olup Olmamasına Göre 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması

N=49	Düzeltme	1.Ölçüm	2.Ölçüm	3.Ölçüm	P 1	P2	P3
(C)İşbirliği Yapma	Yok(17)	25.41±4.25	25.70±4.19	24.82±4.11	0.836	0.102	0.541
	Var(32)	27.18±4.51	27.18±4.15	27.43±4.82			
(C1)Sosyal Kabullenme-Sosyal Hoşgörüsüzlük	Yok(17)	4.82±1.23	5.41±1.41	4.70±0.98	0.458	0.238	0.008**
	Var(32)	5.43±1.38	5.18±1.25	5.50±1.27			
(C2)Empati Duyma-Sosyal İlgisizlik	Yok(17)	3.88±0.99	4.29±1.31	4.11±0.60	0.188	0.726	0.686
	Var(32)	4.12±0.94	4.37±1.15	4.03±1.06			
(C3)Yardım severlik-Yardım Sevmelik	Yok(17)	4.52±1.12	4.70±1.21	4.23±1.52	0.634	0.123	0.818
	Var(32)	4.46±1.36	4.37±1.36	4.68±1.35			
(C4)Acıma-İntikamcılık	Yok(17)	5.94±2.43	5.52±1.69	5.82±1.91	0.634	0.123	0.818
	Var(32)	6.71±2.35	6.62±2.02	6.65±2.30			
(C5)Vicdanlılık-Yarar Sağlama	Yok(17)	6.23±1.43	5.76±1.34	5.94±1.34	0.787	0.088	0.274
	Var(32)	6.43±1.52	6.62±1.07	6.56±1.29			

P1:Ölçümler Arasındaki Farkın Anlamlılığı, P2: Gruplar Arasındaki Farkın Anlamlılığı P3:Ölçümler*Grup Etkileşiminin Anlamlılığı,

**p<0.01

Mizaç ve Karakter Envanteri, ST Kendini Aşma ve alt ölçeklerinde ölçümler arası, tedaviye yanıt grupları arası ve ölçüm*grup etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 30’ da verilmiştir.

Tablo 30: Mizaç Ve Karakter Envanteri Kendi Kendini Aşma Alt Ölçeklerinden Düzeltme Olup Olmamasına Göre 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması

N=49	Düzelme	1.Ölçüm	2.Ölçüm	3.Ölçüm	P 1	P2	P3
<i>(ST) Kendini Aşma</i>	Yok(17)	15.64±5.09	15.47±4.03	15.41±4.16	0.826	0.099	0.718
	Var(32)	17.21±3.27	17.00±3.77	17.59±3.58			
<i>(ST1) Kendini Kaybetme</i>	Yok(17)	5.64±1.86	5.58±1.32	5.41±1.58	0.621	0.179	0.931
	Var(32)	6.21±1.53	6.03±1.51	6.03±1.57			
<i>(ST2) Kişilerarası Özdeşim - Kendi Kendine Ayrışma</i>	Yok(17)	4.17±2.37	4.17±1.94	4.29±1.82	0.185	0.246	0.486
	Var(32)	4.53±1.81	4.65±1.42	5.12±1.47			
<i>(ST3) Manevi Kabullenme-Akılcı Maddecilik</i>	Yok(17)	5.82±2.69	5.70±2.39	5.70±1.99	0.885	0.219	0.974
	Var(32)	6.46±1.83	6.31±1.99	6.43±1.83			

P1: Ölçümler Arasındaki Farkın Anlamlılığı, P2: Gruplar Arasındaki Farkın Anlamlılığı, P3: Ölçümler*Grup Etkileşiminin Anlamlılığı

Savunma Biçimleri Testinin matür savunmalar alt ölçeğinde; gruplardan bağımsız olarak ölçüm zamanları arasında ve ölçüm zamanlarından bağımsız olarak tedaviyle düzeltme grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Ölçüm zamanları arasındaki farkın hangi ölçümler arasında olduğunun tespiti için Bonferroni testi yapılmıştır. Matür savunmalar alt ölçeğinin 3.ölçümünden elde edilen puan hem 1. hem de 2. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). Matür savunmaların 2. ölçümü de 1. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Düzelme olan ve olmayan grupların matür savunmalar alt ölçeği puanları arasında da zamandan bağımsız olarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Düzeltme olan grubun matür savunmalar alt ölçeği puanları düzeltme olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). Ölçüm zamanı*düzelme grupları

etkileşiminin anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Matür savunmalar alt ölçeğinin zaman içindeki değişimleri düzelme durumundan etkilenmemektedir.

Nevrotik savunmalar alt ölçeğinde ölçümler arası, tedaviye yanıt grupları arası ve ölçüm*grup etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

İmmatür savunmalar ölçeğinin 3. ölçümünden elde edilen puan 1. ölçümünden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$). Düzelme olan ve olmayan grupların İmmatür savunmalar alt ölçeği puanları arasında da zamandan bağımsız olarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Düzelme olan grubun İmmatür savunmalar alt ölçeği puanları düzelme olmayan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$). Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 31’ de verilmiştir.

Tablo 31: Düzelme Olup Olmamasına Göre Savunma Mekanizmaları Ölçeği Alt Bölümlerinden 1.2.3. Ölçümlerde Alınan Puanların Karşılaştırılması

N=49	Düzelme	1.Ölçüm	2.Ölçüm	3.Ölçüm	P 1	P2	P3
Matür	YOK(17)	32.47±8.91	35.17±8.13	36.17±7.77	0.001**	0.002**	0.264
	VAR (32)	41.15±9.27	41.90±7.35	43.65±7.20			
Nevrotik	YOK(17)	42.05±7.04	44.58±9.02	44.41±6.92	0.486	0.811	0.108
	VAR (32)	44.81±9.64	44.43±9.28	43.50±7.83			
İmmatür	YOK(17)	123.4±20.3	122.7±18.3	119.2±19.2	0.018*	0.024*	0.758
	VAR (32)	111.5±20.3	108.7±19.4	107.0±17.4			

P1:Ölçümler Arasındaki Farkın Anlamlılığı, P2: Gruplar Arasındaki Farkın Anlamlılığı P3:Ölçümler*Grup Etkileşiminin Anlamlılığı

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Depresyon hastalarında düzelmeyi yordayan faktörlerin belirlenmesi için, etkili olduğu düşünülen ve önceki analizlerde CGI’ya göre iyileşen ve düzelmeyen hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiş olan, çalışma durumu, hastalık süresi, epizod sayısı, geçmişte antidepresan kullanımı, Mizaç Karakter Envanteri, RD1

Duygusallık, S Kendini Yönetme, S3 Kendini kabullenme-kendiyle çekişme, C1 Sosyal kabullenme, HAM-D, Beck Anksiyete, Savunma Biçimleri Testi Matür Savunmalar ve İmmatür Savunmalar alt ölçekleri tek değişkenli lojistik regresyon analizine sokulmuştur. Bu analizde $p<0.05$ düzeyinde anlamlılık gösteren değişkenler için çoklu lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. $p<0.05$ düzeyinde anlamlılık gösteren çalışma durumu, hastalık süresi, epizod sayısı, geçmişte antidepresan kullanımı, HAM-D, Beck Anksiyete, Savunma Biçimleri Testi Matür Savunmalar ve İmmatür Savunmalar çoklu lojistik regresyon analizine dahil edilmiştir. Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 32’ de verilmiştir.

Tablo 32. Düzelen ve Düzelmeyen Depresyon Hastalarının Yordanmasına Yardımcı Olduğu Düşünülen Değişken ve Ölçeklerin Tek Değişkenli Lojistik Regresyonu

Değişken	B	S.E	Wald	df	Sig	Exp(B)	Güven Aralığı
Çalışma Durumu	1.544	0.642	5.787	1	0.016	4.685	1.33-16.48
Hastalık Süresi	-0.058	0.021	11.452	1	0.005	0.944	0.906-0.983
Epizod Sayısı	-0.583	0.218	7.116	1	0.008	0.558	0.364-0.857
Eski A.D Kullanımı	-1.295	0.630	4.219	1	0.040	0.274	0.080-0.942
RD	0.216	0.131	2.704	1	0.100	1.241	0.959-1.606
S	-0.001	0.058	0.000	1	0.988	0.999	0.891-1.120
S3	0.191	0.302	0.401	1	0.526	1.211	0.670-2.189
C1	0.357	0.240	2.217	1	0.137	1.429	0.893-2.287
HAM-D	-0.144	0.055	6.846	1	0.009	0.866	0.777-0.964
Beck-A	-0.118	0.059	3.940	1	0.047	0.889	0.791-0.999
Matür	0.116	0.044	7.035	1	0.008	1.123	1.031-1.224
İmmatür	-0.030	0.016	3.353	1	0.067	0.971	0.941-1.002

Çoklu lojistik regresyon analizinde model ileri doğru adımsal ekleme yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. 4. adımda anlamlı değişikliğe neden olan tüm değişkenler modele dahil edilmiştir. Çoklu lojistik regresyon analizine göre HAM-D ve Matür Savunma puanları nihai modele alınmıştır. Diğer değişkenler sabit kaldığında HAM-D'nin bir birim azalması düzelme ihtimalini 1.20 kat, Matür savunmaların bir birim artması 1.15 kat arttırmaktadır. Diğer bir deyişle, düşük HAM-D puanı ve yüksek matür savunma puanı düzelme ihtimalini arttırmaktadır. Karşılaştırmalara ilişkin verilerin dağılımları Tablo 33' te verilmiştir.

Tablo 33 Düzelen ve Düzelmeyen Depresyon Hastalarının Yordanmasına Etki Edebilecek Değişkenlerin Adımsal Geri Çıkarmalı Çok Değişkenli Lojistik Regresyonu

	Değişken	B	S.E	Wald	df	Sig	Exp(B)	Güven Aralığı	
								Alt	Üst
Adım 4	Sabit	0.592	2.049	0.084	1	0.773	1.808		
	HAM-D	-0.187	0.067	7.782	1	0.005	0.829	0.727	0.946
	Matür S.	0.145	0.051	8.011	1	0.005	1.156	1.04	1.278

İleri Doğru Adımsal Ekleme (WALD)

Model İleriye doğru adımsal ekleme yöntemi kullanılarak elde edilen sınıflama tablosuna göre sınıflandırma başarı oranı %81.6 olarak bulunmuştur. Bu sınıflandırmaya ait veriler Tablo 34'de gösterildiği gibidir.

Tablo 34 Düzelen ve Düzelmeyen Depresyon Hastalarının Yordanmasına Etki Edebilecek Değişkenlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinden Elde Edilen Sınıflama Tablosu

Adım 4		Düzelme (Tahmin edilen)		Doğru Sınıflandırma %
Düzelme (Gözlenen)		Yok	Var	
	Yok	12	5	70.6
	Var	4	28	87.5
Sınıflandırma Yüzdesi				81.6

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda majör depresyon tanısıyla izlenmekte olan hastalar sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılarak depresyondaki mizaç, karakter ve savunma mekanizmaları özellikleri saptanmış, antidepresan tedavi sonrası kişilik boyutundaki ve savunma mekanizmalarındaki değişiklikler ve hastalık şiddetiyle ilişkili özellikler değerlendirilmiş, remisyona giren hastaların tedaviye yanıt özellikleri incelenmiştir.

Çalışmamızda vaka ve kontrol grupları arasında sosyodemografik özellikler açısından fark saptanmamıştır. Kadınlarda ruhsal bozuklukların özellikle de duygudurum bozukluklarının daha sık olarak görüldüğü bilinmektedir(50). Çalışmamızdaki kadın hasta sayısının fazlalığı ardışık hasta alınmasının ve kadın hastaların ülkemizde psikiyatrik başvuru sıklığının yüksek oluşundan kaynaklanmış olabilir. Bu durumda epidemiyolojik veriler ile tutarlı bir şekilde örneklemimiz de kadın olguların daha fazla depresyon tanısı aldıklarını göstermektedir. Vaka grubunun 55,1%’ inin ilk depresif epizodudur, 98%’ i yatarak tedavi görmemiştir, 93,9%’ unda intihar öyküsü yoktur ve 61,2%’ sinin ilk antidepresan kullanımıdır. Bu durum en az son 3 aydır antidepresan kullanmayan ve tedavisi yeni başlanan hastaların çalışmaya alınmasından ve ek tanıların dışlama kriteri olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda depresif vaka grubunun sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında saptanmış olan Zarardan Kaçınma puanlarında yükseklik ve Kendini Yönetme puanlarında düşüklük literatür ile uyumlu bir bulgudur. Literatürde Zarardan Kaçınma puanlarındaki yükseklik ile Kendini Yönetme puanlarındaki düşüklük depresyon veya depresif duygudurum ile tutarlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur(93, 103-106, 110-112, 163). Çalışmamızda İşbirliği Yapma ölçeğinde fark saptanmamıştır; buna karşın literatürde yükseklik (93, 103-105, 110-112) ve düşüklük (41, 106, 113, 115-117)

saptayan çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda dl Bağımlılığı boyutunda fark saptanmamış olsa da dl Bağımlılığı boyutunun Bağlanma alt leği puanları depresif vaka grubunda düşük saptanmıştır ve bu durum daha önceki 2 çalışmada da bildirilmiştir. (115, 164). Bununla beraber TCI'nin Türkçe versiyonu geçerlik güvenilirlik çalışmasında dl Bağımlılığı leğinin iç tutarlılık güvenilirliğinde düşük Cronbach alfa katsayısı (0.55) akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızda saptanan Yenilik Arayışı boyutundaki yükseklik ilginç bir bulgudur. Daha önce depresyon hastalarında gerçekleştirilmiş 2 çalışmada (119, 163) yenilik arayışında yükseklik saptamış olsa da Yenilik Arayışı yüksekliği literatürde Bipolar Bozuk ve B Kümesi Kişilik Bozukluklarıyla ilişkilendirilmiş bir bulgudur(41, 165-167). Buna karşın çalışmamızda hastalar SCID-1 ve SCID-2 ile titiz şekilde değerlendirilmiş, kişilik bozuklukları ve ek tanılar çalışma dışı bırakılmıştır. Bulgu bipolar spektrum bozukluğu kavramını ve spektrumda yüksek yaygınlık ile var olduğu iddia edilen ama tanı almayan soft-bipolariteyi dolayısıyla mani ve depresyonun altında ortak bir nörofizyolojik payda olduğu görüşünü destekleyen bir bulgu olabilir. Softbipolar hastalar depresif sendrom ile hafif şiddetli ve kısa süreli hipomanik belirtilerin birlikte bulunduğu ama bipolar 1 ve 2 tanı kriterlerinin karşılanmadığı vakaları tanımlamaktadır(168). Her ne kadar hastalar 9 ay boyunca antidepresan tedavisiyle ortalama 12 görüşme yapılarak izlenmiş ve herhangi bir manik-hipomanik kayma vakasına rastlanmamış olsa da hastalarımızın bazılarının soft-bipolar spektumla yakın ilişkili olabilme ihtimali tamamen dışlanamaz. Araştırmamızda ki Yenilik Arayışı yüksekliği kişilik bozukluğu tanı kriterlerini karşılamayan kişilik örgütlenmesini de yansıtır olabilir. Yenilik Arayışı davranışsal aktivasyon sistemi ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmamızdaki depresif hastalar tedavi arayışındaki ve bir araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardır, bu noktada vaka grubundaki ayrışmanın bir sonucu olabilir. Dopaminin temel nörotransmitteri olduğu Yenilik Arayışı, Cloninger tarafından öfke temel duygusuyla ilişkilendirilmiştir. Abraham ve Freud'un *Saldıranlığın İe Yönelmesi* modelinin ortaya koyulmasının ardından depresyonun açıklanmasında öfkenin merkezi bir yeri olmuştur. Depresyon ve öfke ilişkisini değerlendiren çalışmalar depresif hastalarda dışarıya yansıtılan fkede artış veya bastırılan fkede artış tariflemektedir(169). Epidemiyolojik alışmalar da depresyonu şiddet davranışıyla ilişkili bulmuştur(170- 172). Goldman ve Haaga ayaktan izlenen hastalarla yaptıkları çalışmada

depresyon tanısı olanlarda olmayanlara göre öfke, bastırılmış öfke ve öfke dışavurumunda yükseklik saptamıştır(173). Koh ve arkadaşları 2002 yılındaki çalışmalarında depresyon hastalarının toplam öfke ve öfke dışavurumunun anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk ve sağlıklı kontrollerden daha yüksek olduğunu saptamıştır(174). Bu bağlamda araştırmamızda saptanmış olan Yenilik Arayışı yüksekliği öfke temel duygusu üzerinden dinamik varsayımı destekliyor olabilir. Birbirini dengeleyen iki sistemin, hem Zarardan Kaçınma hem Yenilik Arayışının yüksek çıkması, dolayısıyla hem davranışsal aktivasyon sisteminin hem davranışsal inhibisyon sisteminin yüksekliğini göstermesi çelişkili bir bulgu gibi görünmekle birlikte, başta dopamin ve serotonin olmak üzere nörotransmitterler arasındaki karmaşık ilişkiyi yansıtıyor olabilir. Bu bakış açısıyla yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu gibi bu durum çokça tartışılan psikiyatrik bozukluk tanılarının güvenilirlik yani nörobiyolojik temelleri ile nedensellik bağlarının tam kurulamamasıyla ilişkili olup daha ileri çalışmalarda açıklığa kavuşabilir. Günümüzde DSM' ye göre depresyon tanısı ile geçerli bir şekilde tanımladığımız klinik antiteler heterojen farklı nörobiyolojik zeminde gelişen bir ortak son yolu yansıtıyor olabilir.

Depresyon hastalarında tedavi öncesi ve tedavi sonrası mizaç ve karakter özelliklerindeki değişim incelendiğinde bazı alt ölçeklerde farklılık olmakla birlikte mizaç boyutlarında fark saptanmamıştır. Buna karşın literatürde Zarardan Kaçınma boyutunun tedaviyle değişmediğini bildiren yayınlar olduğu gibi(116, 124) Zarardan Kaçınmada azalma (106, 115, 125) saptayan yayınlar da vardır. Yenilik Arayışı, Ödül Bağımlılığı ve Sebat Etme boyutlarının tedavi ile değişmemesi yapılmış çalışmaların ortak bulgusudur (106, 115, 116, 122, 124, 125). Dört Mizaç boyutuna baktığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı değişim saptanmaması Cloninger'in psikobiyolojik modelinde belirttiği mizacın yapısallığını, değişmeye olan direncini ve trait özelliği olmasını destekler niteliktedir.

Çalışmamızda tedavi öncesi ve tedavi sonrası karakter özelliklerindeki değişim değerlendirildiğinde Kendini Yönetme boyutu puanlarında 3. ve 9. aydaki ölçümlerde anlamlı artış saptanmıştır. Kendini Yönetmede artış (111, 115, 124) literatürde tutarlı olarak tekrarlanmıştır. Bulgumuz karakter boyutlarının uyuma yönelik ve mizacın aksine

kalıtsal yönü daha az, özgün yaşam olaylarından etkilenen bir yapı olduğunu ifade eden psikobiyolojik modeli destekler niteliktedir.

Çalışma başlangıcındaki vaka ve kontrol gruplarının savunma mekanizmalarının skorlarının karşılaştırılmasında literatürle uyumlu şekilde vaka grubunun matür savunmalar puanı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Bu durum depresyon gelişimi açısından matür savunmaların az kullanılmasının bir risk oluşturacağı şeklinde yorumlanabileceği gibi, matür savunmaların depresyon ile baş etmede etkili savunmalar olarak değerlendirilebileceğini düşündürmektedir. Literatürde matür savunmalar sağlıklılıkla (20, 30, 134-139) ve düzelmeye (140) ilişkilendirildiğinden bulgu anlamlıdır. Vaka grubunun immatür savunmaları kontrol grubundan yüksek saptanmışsa da istatistiksel olarak anlamlı değildir. Buna karşın immatür savunmaların yüksekliği literatürde depresyonla ilişkili bulunmuş bir bulgudur(137, 138, 143-147, 175). Çalışmamızdaki bu bulgu, savunma mekanizmaları her ne kadar hiyerarşik olarak sınıflandırılmış olsa da keskin sınırlarının olmaması, bir savunmanın farklı kişi ve durumlarda hem matür hem de immatür olabilmesinden ve insanların hayatlarının farklı dönemlerinde geniş savunma mekanizması yelpazesinden duruma uygun savunmalarla başa çıkıyor olmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca Vaillant' ın iddia ettiği gibi immatür savunmaların hayatın daha erken dönemlerinde ortaya çıkması nedeniyle değişime olan görece direncini yansıtıyor olabilir(176). Vaka grubunun önceki çalışmalardan farklı olarak ek tanılar ve kişilik bozukluklarını içermeyen, 55,1%' inin ilk depresif epizodu, 98%' i yatarak tedavi görmemiş, 93,9%'i intihar öyküsü olmayan ve 61,2% si ilk antidepresan kullanımı olan vakaları içermesi vaka grubunun bu noktadaki ayrışmasını yansıtıyor olabilir.

Tedavi öncesi ve tedavi sonrası savunma mekanizmaları incelendiğinde matür ve immatür savunmalarda ilk iki ölçüm arasında fark olmamakla birlikte 3. aydan sonra anlamlı farklılık saptanmıştır. Matür savunmalar 3.ölçümünden elde edilen puan hem 1. hem de 2. ölçümden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. İmmatür savunmalar ölçeğinde 3. aydan sonra anlamlı azalma saptanmıştır. Buna karşın nevrotik savunmalarda değişiklik saptanmamıştır. Depresyon grubunun 9 aylık tedavi sonrasında kontrol grubuyla karşılaştırılmasında savunma mekanizmalarında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde depresif semptomlardaki düzelmeye paralel olarak savunma mekanizması hiyerarşisinde aşamalı olarak yukarı doğru gelişme birçok çalışmanın ortak

bulgusudur ve bu değişim daha iyi işlevsellik, daha az depresyon ve daha az zorlanma ile ilişkilendirilmiştir(138). Depresif semptomlardaki düzelmeye paralel olarak olgun savunma kullanım sıklıklarının arttığı(138, 144, 145, 149) ve immatür savunma biçimlerini kullanma sıklığının azaldığı bildirilmiştir(138, 144, 145, 149, 150). Buna karşın genel olarak nevrotik savunmaların değişmediğı (144-145, 150) veya hafif yükseldiğı (138) saptanmıştır. Nevrotik savunmalarda değişiklik saptanmaması nevrotik savunmaların erken çocuklukta oluştukları ve değişmeye dirençli trait özelliğı olduğu görüşünü destekliyor olabilir. Bulgular literatürü destekler niteliktedir. Dinamik psikiyatri literatüründe kişilik bozukluklarındaki duygusal esnemezlik “kişilikteki katılık” veya “karakter zırhı” gibi kavramlarla tanımlanmış ve kişiliğın değişime olan direnci ve savunmaların rijid kullanımıyla ilişkilendirilmiştir(177). Kişilik bozukluklarında teorik olarak tanımlanmış savunma mekanizmalarındaki değişmeme nedeniyle kişilik bozuklukları çalışma dışında bırakılmıştır. Ek tanısı olmayan kişilik bozukluklarında savunma mekanizmalarındaki tedavi ile değişimi saptamaya yönelik DSQ kullanılarak yapılmış bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır.

Matür ve immatür savunmaların 3 ayda değişim göstermeyip sonrasında değişim göstermesi ilginç bir bulgudur. İlişkili sınırlı sayıda çalışmadan Kneepkens ve Oakley ortalama 7,1 günlük sürede olgun savunma skorlarının arttığını ve immatür savunma skorları azaldığını saptamıştır(149). Buna karşın Akkerman ve arkadaşları immatür savunmalarda 6 ay stabil kaldıktan sonra azalma olduğunu saptamıştır(145). Çalışmamızda 3 ay sonundaki değerlendirmede hastaların yanıt oranı 73,5%, düzelme oranı 65,3% olarak gerçekleşmiştir. Düzelme oranı 9 ay sonunda 81,6% olmuştur. Hastaların büyük oranda 3 ay sonunda semptomatik olarak düzeldiğı göz önüne alındığında savunmaların adaptif hiyerarşide ilerlemesi gelişen sosyal ilişkiler, işlevsellik ve belki antidepresanların etkileriyle ilişkili olabilir. Eğer savunmalardaki bu değişim uzamış tedaviye bağı bir değişimse, bu antidepresanların etkisi olabileceğı gibi tedaviye devam ediyor olmanın, dolayısıyla tedavi motivasyonunun veya terapötik işbirliğinin etkisi olabilir. Depresyon grubunun 9 aylık tedavi sonrasında kontrol grubuyla karşılaştırılmasında anlamlı fark saptanmaması depresyondaki geri dönüşümlü matür savunma yetersizliğini yansıtıyor olabilir.

Her ne kadar karakter ve savunma mekanizmalarında remisyon ile değişim saptanmışsa da neden sonuç ilişkisi kurmak her zaman olduğu gibi zordur.

Semptomlardaki ve işlevsellikteki iyileşme, savunma mekanizmaları ve karakter özelliklerinde değişmeye neden olmuş olabileceği gibi bunun tersi de olabilir veya 3. bir değişken her ikisindeki değişmeye sebep olmuş olabilir. İyileşmeye rağmen mizaç özellikleri ve nevrotik savunmaların değişmemesi bunların trait özelliği olduğunu, buna karşın karakter özellikleri, matür ve immatür savunmaların ise durumsal uyuma yönelik mekanizmalar olabileceğini düşündürmüştür.

Depresyonun şiddeti ve Mizaç ve Karakter Envanterini değerlendirdiğimizde İşbirliği Yapma boyutunda ve alt ölçeği Empati duyma-Sosyal ilgisizlik ile tedavi başlangıcındaki HAM-D skoruyla tespit edilen hastalık şiddeti arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Bu bulgu literatürde düşük İşbirliği Yapma skorlarıyla ile depresyon şiddeti arasında negatif korelasyon saptayan yayınları (115, 122) destekler niteliktedir.

Çalışmamızda depresyonun şiddeti ve savunma mekanizmaları arasında korelasyon saptamadık. Buna karşın ilgili az sayıda araştırmada depresyon şiddeti ve immatür mekanizmaların kullanılması arasında korelasyon bildiren (138, 146) ve depresyon şiddeti ve olgun savunma biçimi kullanımı arasında anlamlı negatif bir ilişki (147) saptayan çalışmalar vardır ancak çalışma sayısı bir sonuca varmak için yeterli değildir.

Çalışmaya katılanların sosyodemografik verileri iyileşme olup olmaması durumu açısından karşılaştırıldığında çalışma durumu hastalık süresi ve depresif epizod sayısı gruplar açısından istatistiksel olarak farklılaşmaktadır. Düzelmeye olan grupta çalışma durumu daha yüksek, hastalık süresi daha kısa ve epizod sayısı daha azdır. Düzelmeye olmayan grupta öncesinde antidepresan kullanımı daha yüksektir. Bulgular literatürle uyumlu olarak depresyonda iyi prognoz göstergelerini içermektedir(61).

Düzelmeye olup olmamasına göre mizaç ve karakter boyutları değerlendirildiğinde her ne kadar ölçümlerden elde edilen puanlar arasında fark saptanmış olsa da gruplar arası fark ve tedaviye yanıt*zaman ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır. Literatürde depresif epizod tedavi yanıtının öngörülmesinde TCI'ı değerlendiren çalışmalar çelişen sonuçlar vermiştir. TCI skorlarının tedavi sonucunu öngörmediğini bildiren çalışmalar olduğu gibi (116, 122) farklı kişilik özelliklerinin tedavi cevabını öngörebileceğine dair çalışmalar da vardır. Joffe ve arkadaşları Zarardan Kaçınma ve tedavi sonuçları arasında

negatif ilişki bulmuştur(104). Nelson ve Cloninger Ödül Bağımlılığı, Zarardan Kaçınma ve ikisinin etkileşiminin tedavi sonuçlarıyla ilişkili bulmuştur(128). Tome ve arkadaşları Ödül Bağımlılığı yüksek ve Zarardan Kaçınması düşük olanların daha iyi tedavi sonucu bildirmiştir(129). Sato ve arkadaşları İşbirliği Yapma ve Kendini Yönetmenin tedaviye yanıtın önemli öngörücüsü olabileceğini önermişlerdir(131). Joyce ve arkadaşları depresyon tedavisinde 2 terapiyi değerlendirdiği 167 depresyon hastasının dahil olduğu çalışmada interpersonal terapi tedavi sonuçları için düşük Zarardan Kaçınma, yüksek Ödül Bağımlılığı ve yüksek Kendini Yönetmenin ana belirleyiciler olduğunu saptamışken bilişsel davranışçı terapi tedavi grubunda ilişki saptamamıştır(133).

Düzelme durumu savunma mekanizmaları yönünden değerlendirildiğinde düzelme olan ve olmayan grupların matür ve immatür savunmalar ölçek puanları arasında da zamandan bağımsız olarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Düzelme olan grubun matür savunmalar alt ölçeği puanları düzelme olmayan gruptan anlamlı derecede yüksek, İmmatür savunmalar alt ölçeği puanları düzelme olmayan gruptan anlamlı derecede düşüktür. Çoklu lojistik regresyon analizi sonucunda düzelmeyi yordayabilecek faktörler değerlendirildiğinde HAM-D ile tespit edilen hastalık şiddetinin az olması ve yüksek matür savunma puanının düzelme ihtimalini arttırdığı saptanmıştır. Gerçekleştirilmiş az sayıda çalışma da bulgularımızla uyumludur. Kronstrom ve arkadaşları, Van ve arkadaşları majör depresyonda matür savunma profilinin düzelme öngörücüsü olabileceğini ileri sürmüştür(152, 154). Skull ve arkadaşları depresyona immatür savunmaların ve anksiyete özelliklerinin eşlik etmesinin antidepresan tedaviye yanıt üzerine olumsuz etkileri olduğunu bildirmiştir(153). Muris ve Merckelbach çalışmasında immatür savunmaları, bunlardan da özellikle yansıtmayı davranışsal terapide daha kötü tedavi yanıtıyla ilişkili bulmuştur(143). Buna karşın tedavi sonucunu öngörmediğini ileri süren çalışmalar da vardır(138, 144, 156, 178). Tedavi sonucunun mizaç karakter ve savunma mekanizmaları ile öngörülebileceği hipotezini destekleyen veriler varsa da; sayıca az olmaları, anlamlı araştırma tasarım farklılıkları, farklı örneklem büyüklükleri, kullanılan tedavi yöntemleri ve farklı sonuçları nedeniyle ileri sonuca varmayı zorlaştırmaktadır.

Çalışmamız akut depresyondaki hastalardan özbildirim testleriyle alınan verileri içermektedir. Akut depresyondaki hastalardan elde edilen kişilik skorlarının remisyon ile değiştiğine ilişkin ampirik bulguları temel alarak kimi araştırmacılar bu değerlerin güvenilirliğini sorguluyorlarsa da, Sato ve arkadaşları majör depresyonda TCI'nın faktör geçerliliğini değerlendirdiği çalışmasında depresif durum, Zarardan Kaçınma ve İşbirliği Yapma ile güçlü korelasyon gösterse de, hafif ve orta dereceli depresyonlarda TCI'nın, depresyonun durumsal etkisinden etkilenmediği ve hafiften orta dereceye kadar olan depresyon hastalarında altta yatan kişilik yapısını gösterecek uygun bir araç olduğu belirtmişlerdir(179).

Savunma Biçimleri Testi bireylerin bilinçli veya bilinç dışı çatışmalarla başa çıkma stillerinin tezahürlerini ortaya koymak için özbildirimlerini temel alır ve insanların davranışlarını dışarıdan tam doğru olarak değerlendirebilecekleri varsayımına dayanmaktadır. Çoğu özbildirim testinde olduğu gibi katılımcıların daha iyi veya daha kötü bildirme riski vardır. Bu görüşü destekleyen çalışmalarda katılımcıların kendilerini matür savunmalarda daha yüksek (180, 181) immatür savunmalarda daha düşük puanladıkları (181) saptanmıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Depresif hastaların mizaç ve karakter özellikleri ve savunma mekanizmaları benzer çalışmalarda elde edilen veriler ile büyük oranda uyumlu gözükmektedir. Tekrarlayan çalışmalarda depresif hastalarda kontrol grubuna göre Zarardan Kaçınma puanında yükseklik, Kendini Yönetme puanında düşüklük ve matür savunmalarda yetersizlik saptanması bu kişilik boyutlarının ve savunmaların depresyona özgü yapısal özellikler olduğu kanaatini oluşturmaktadır.

Depresyon hastalarında tedavi öncesi ve tedavi sonrası mizaç ve karakter özelliklerindeki değişim incelendiğinde mizaç boyutlarında fark saptanmazken karakter özelliklerinden Kendini Yönetme boyutunda artış saptanmıştır. Matür savunmalarda 3. aydan sonra anlamlı bir artış ve immatür savunmalarda 3. aydan sonra anlamlı bir azalma meydana gelmiştir. Nevrotik savunmalar ise değişmemiştir. Ne var ki hastalar depresyondan kurtuldukça savunma stilleri ve karakter özellikleri genellikle iyileştiğinden neden sonuç ilişkisi çıkarılamaz. Düzelmeye rağmen mizaç özellikleri ve nevrotik savunmaların değişmemesi bunların trait özelliği olduğunu buna karşın karakter özellikleri, matür ve immatür savunmaların durumsal uyuma yönelik mekanizmalar olabileceğini düşündürmüştür.

Depresyonun şiddeti ve Mizaç ve Karakter Envanteri değerlendirildiğin de İşbirliği Yapma ile depresyon şiddeti arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Tedaviyle düzelmenin öngörülmesinde hastalık şiddetinin az olması ve yüksek matür savunma puanının düzelmeyi öngörebileceği saptanmıştır.

Çalışmamızın kabul edilen bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Vaka grubunun dışlama kriterleriyle homojenize hale getirilmesi ile gerçek hayattaki ortalama hastalar çalışma dışı kalmış olabilir. Ek tanılarının dışlanmış olması çalışmanın iç tutarlılığını arttırmıştır ancak dışsal geçerliliğini düşürmüş olabilir. Her ne kadar ardışık olarak hasta alınmış olsa da hastaların öncelikle ilk değerlendirmeyi yapan çalışma ve çalışma dışlama

ölçütleri hakkında bilgilendirilmiş psikiyatristlerin yönlendirdiği hastalar arasından alınması, dolayısıyla bazı hastaların baştan bir seçime tabi tutularak çalışma dışı kalması seçili bir örneklem olmasına sebep olmuş olabilir. Antidepresanların etkilerini değerlendirebilmek amacıyla depresyonda kullanılan diğer ilaçların dışlama kriteri olması polifarmasiye ihtiyaç duyan daha şiddetli depresyon ve dirençli depresyon hastalarının çalışma dışı kalmasına sebep olmuş olabilir. Her ne kadar kişilik bozuklukları kişiliğin değişime olan direnci ve savunmaların rijid kullanımıyla karakterize olmasından dolayı çalışma dışı bırakılmışsa da, tipik klinik hasta popülasyonundan uzaklaşmış olabilir. Örneklem sayısının küçüklüğü diğer bir kısıtlayıcı faktördür. Çalışmada bağımsız değerlendirici olmaması diğer bir kısıtlılıktır. Çalışma imkânları doğrultusunda tedaviyi uygulayan ve değerlendiren aynı kişidir

Yılların yoğun çalışmasına rağmen hala kişilik bileşenleri ve depresyon ilişkisine dair çok sayıda cevaplanmamış soru vardır ve bu ilişkiyi ileri çalışmalar aydınlatacaktır. Çalışmamızın bulgularının depresyon ve kişilik ilişkisine dair ipuçları sağladığını düşünmekteyiz. Ülkemizde depresif popülasyonda Mizaç ve Karakter Envanteri ve Savunma Biçimleri Testleriyle gerçekleştirilmiş az sayıda çalışma vardır. Gelecekteki çalışmaların daha büyük ve heterojen örneklemelerde, daha uzun süreli izlemi olan, bağımsız değerlendiricinin olduğu çalışmalar olması depresyon ve kişilik ilişkisinin aydınlatılmasına yarar sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi. Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü, Ankara, 2004; 267-395.
2. Kupfer DJ. The Pharmacological management of Depression. Dialogues in Clinical Neuroscience 2005; 7:191 -205.
3. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 975–989.
4. Schultz DP, Schultz SE. Theories of Personality, Wadsworth Cengage Learning 9. Baskı, 2009, 1-42
5. Cloninger CR. A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal. J Personal Disorders 2000; 14: 99 – 108.
6. Simanowitz V, Pearce P. Personality Development. Berkshire, UK, Open University Press, 2003.
7. Cervone D, Pervin LA. Personality, Theory and Research: John Wiley & Sons, 10. baskı, 3.bölüm 2008, 67-109.
8. Wallace ER. Dinamik Psikiyatri. Okuyanıs Yayınları 1. Baskı, 2008, 91-131.
9. Meissner WW. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry / Editors Sadock BJ, Sadock VA and Ruiz P. 9th. Edition, Lippincott Williams & Wilkins bölüm: 6.1 Klasik Psikanaliz. 2009, 788-838.
10. Mcwilliams N. Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2010, 25-51.
11. Busch FN, Milrod BL, Singer MB. Theory and technique in psychodynamic treatment of Panic Disorder. Journal of Psychotherapy Practice and Research 1999; 8(3):234-42.
12. Shill MA. Signal anxiety, defense, and the pleasure principle. Psychoanalytic Psychology 2004; 21:116–133.
13. Cooper SH. Changing notions of defense within psychoanalytic theory. J Pers 1998; 66: 947-964.

14. Vaillant G. Lifting the Field's "Repression" of Defenses. *Am J Psychiatry* 2012; 169(9):885-7.
15. 15.Mitchell SA, Black MJ. Freud ve Sonrası. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2012, 25-67.
16. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM III-R American Psychiatric Association 1987
17. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Yeniden gözden geçirilmiş tam metin, Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) Amerikan Psikiyatri Birliği, çeviri editörü Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007. (orijinal basım tarihi 2000)
18. Freud A. Ben ve Savunma Mekanizmaları. Metis yayınları Birinci baskı 2004. (Orijinal metin yayın yılı 1936)
19. Fenichel O. Nevrozların Psikanalitik Teorisi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları 1974, 130-155. (Orjinal Metin Yılı 1945)
20. Bond M, Gardner ST, Christian J. Empirical study of self-rated defense styles, *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:333-338.
21. Andrews, G. Anxiety, Personality and *Anxiety Disorders*. *Int Rev Psychiatry* 1991; 3:293-302.
22. Andrews G, Pollock C, Stewart G The Determination Of Defense Style By Questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:455-460.
23. Cramer P,Coping and Defense Mechanisms: What's the Difference? *J Pers* 1998;66(6):919-946.
24. Davidson, K, MacGregor MW, A Critical Appraisal of Self-Report Defense Mechanism Measures. *J Pers* 1998; 66(6):965-992.
25. Brody, L. R., Muderrisoglu, S., & Nakash-Eisikovits, O. In R. F. Bornstein & J. M. Masling (Eds.), *The psychodynamics of gender and gender role: Empirical studies in psychoanalytic theories* Washington, DC: American Psychological Association.2002; 203-249.
26. Vaillant, G. E. The historical origins of Sigmund Freud's concept of the mechanisms of defense. In G. E. Vaillant (Ed.), *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers* Washington, DC: American Psychiatric Press.1992, 3-28.
27. Öztürk MO. Psikanaliz ve Psikoterapi. Nobel tıp kitabevi, 4.baskı, 2008, 41-70.
28. Skodol AE, Perry JC. Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV. *Comp Psychiatry* 1993;34:108-19.

29. Perry JC, Cooper SH. An empirical study of defense mechanisms: I. Clinical interview and life vignette ratings. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:444-452.
30. Vaillant GE. Natural history of male psychological health, V: the relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33:535-545.
31. Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:333-8.
32. Bond MP, Vaillant JS. An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:285-8.
33. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:246-56.
34. Yılmaz, N. Gençöz, T, Ak, M. Savunma Biçimleri Testi'nin Psikometrik Özellikleri: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007;18(3), 244-253.
35. Allport GW, Odbert HS. Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological Monographs*. 1936;47.
36. Costa PT, Jr., McCrae RR. Kaplan&Sadock's comprehensive textbook of psychiatry / Editörler Sadock BJ, Sadock VA and Ruiz P. 9 th. Edition, Lippincott Williams & Wilkins Chapter: 6.4 P: 870-886.
37. Eysenck HJ. The Scientific Study of Personality. *Br J Ind Med*. 1953; 10(1): 61-62.
38. Costa PT, Jr., McCrae RR. Trait psychology comes of age. *Nebraska Symposium on Motivation*. 1991;39:169-204.
39. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. Washington University, St. Louis: Center for Psychobiology of Personality, 1994.
40. Cloninger CR, Bayon C, Svrakic DM. Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *J Affect Disord* 1998; 51: 21-32.
41. Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106:189-195.
42. Cloninger CR, Svrakic DM. Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *World Psychiatry* 1997;60:120-41.
43. Cloninger CR A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 573-588.

44. Cloninger CR. The genetics and psychobiology of the seven factor model of personality. The biology of personality disorders. American Psychiatric Press: Washington DC 1998; 63–84.
45. Köse S. A Psychobiological Model Of Temperament And Character: TCI. Yeni Symposium 2003; 41: 86-97.
46. Peirson AR, Heuchert JW, Thomala L, Berk M, Plein H, Cloninger CR. Relationship between serotonin and the temperament and character inventory. Psychiatry Res 1999; 13:29-37.
47. Allgulander C, Cloninger CR, Przybeck TR, Brandt L. Changes on the Temperament and Character Inventory after paroxetine treatment in volunteers with generalized anxiety disorder. Psychopharmacol Bull 1998; 34:165–166.
48. Tse WS, Bond AJ. Serotonergic involvement in the psychosocial dimension of personality. J Psychopharmacol 2001; 15:195–198.
49. Costa ve McCrae Kaplan&Sadock’s comprehensive texbook of psychiatry / Editörler Sadock BJ, Sadock VA. 8 th. Edition, bölüm 6:4 Güneş Kitabevi 2007:778-794.
50. Rihmer Z, Angst J. Kaplan&Sadock’s comprehensive texbook of psychiatry / Editors Sadock BJ, Sadock VA and Ruiz P. 9 th. Edition, Lippincott Williams & Wilkins Chapter:13.2, 2009 1645-1653.
51. Angst J, Merikangas K. The depressive spectrum: diagnostic classification and course. J Affect Disord. 1997;45:31-9.
52. Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, Hughes M, Swartz M, Blazer DG. Sex and depression in the National Comorbidity Survey II. J Affect Disord. 1994;30:15-26.
53. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(10):1097-1106.
54. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(6):593-602.
55. Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi, Duygudurum Bozuklukları Dizisi 2000; 1(1):29-38.
56. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öz- türk Ö. 15-49 yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003;4(4):208-219.

57. Solmaz M, Saygılı S, Savaş G. Özel Bir Semt Polikliniğine Başvuran Yetişkin Hastalarda Depresyon Ve Anksiyete Belirtilerinin Yaygınlığı, Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. 2009;19:187.
58. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi, Nöropsikiyatri Arşivi 2013; 50: 344-351.
59. Kessler RC, Patricia B, Olga D, Robert J, Doreen K, Kathleen RM, Rush J, Ellen EW, Wang PS. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. 2003; 289(23):3095-3105.
60. Duman RS. Depression: a case of neuronal life and death? Biol Psychiatry 2004;56(3): 140-5.
61. Akiskal HS Kaplan&Sadock's comprehensive textbook of psychiatry / Editörler Sadock BJ, Sadock VA and Ruiz P. 9 th. Edition, Lippincott Williams & Wilkins Chapter 13.1 Duygudurum Bozuklukları 2009:1629-1644.
62. Stahl SM Temel Psikofarmakoloji. İstanbul Medikal Yayıncılık, 1. baskı 2012,453-511.
63. Nemeroff CB, Widerlov E, Bissette G, Walleus H, Karlsson I, Eklund K. Elevated concentrations of CSF corticotropin- releasing factor-like immunoreactivity in depressed patients. Science 1984;226:1342-4.
64. Hasler G. Pathophysiology of Depression: Do We Have Any Solid Evidence Of Interest To Clinicians? In: Maj M, eds. World Psychiatry. Rockville: World Psychiatric Association, 2010; 9(3): 155–161.
65. Seidman SN. Duygudurum bozukluklarının psikonöroendokrinolojisi. Oral T, editör. Duygudurum bozuklukları. 1. Baskı. İstanbul, Sigma Publishing; 2007, 117-30
66. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2000; 157:1 552-62.
67. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. Am J Psychiatry 2002; 159:1133-45.
68. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. Am J Psychiatry 2006; 163:115-24.
69. Lemke MR, Puhl P, Koethe N, Winkler T. Psychomotor retardation and anhedonia in depression. Acta Psychiatr Scand. 1999; 99:252-6.
70. Gorwood P. Neurobiological mechanisms of anhedonia. Dialogues Clin Neurosci 2008; 10:291-9.

71. Löwe B, Kroenke K, Gräfe K, Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *Journal of Psychosomatic Research* 2005; 58:163-171.
72. Tylee A, Gastpar M, Lépine JP, Mendlewicz J. DEPRES II (Depression Research in European Society II): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. DEPRES Steering Committee. *Int Clin Psychopharmacol.* 1999; 14:139-51.
73. Işık E, Taner E, Işık U. Güncel Klinik Psikiyatri, Golden Print Matbaası Ankara 2008:133-145.
74. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 11. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi 2008: 342-354.
75. Sarchiapone M, Carli V, Cuomo C, Roy A. Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. *Depress Anxiety* 2007; 24 (4): 268-272.
76. Akiskal HS. Kaplan&Sadock's comprehensive textbook of psychiatry / Editors Sadock BJ, Sadock VA and Ruiz P. 9 th. Edition, Lippincott Williams & Wilkins 2009 Chapter13.7 P: 1693-1733.
77. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition American Psychiatric Association 2013
78. Simon GE, Perlins RH. Personalized medicine for depression: can we match patients with treatments *Am J Psychiatry* 2010; 167:1445.
79. Bozkurt A, Karlıdere T. Depresyonda Farmakoterapisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2007; 3: 51-56.
80. RANZCP (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists) Clinical Practice Guidelines team for depression Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. *Aust N Z J Psychiatry*; (2004) 38:389-407.
81. Kırılı S. Depresyonun biyolojik oluşumu ve farmakolojik tedavisi, Roche, İstanbul 2000 s: 99-162.
82. Bagby RM, Ryder AG, Cristi C. Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression. *J Psychiatry Neurosci* 2002; 27: 250-257.
83. Anderson IM, Reid IC. Fundamentals of Clinical Psychopharmacology. London, Informa Healthcare 2006,63-65.
84. Bauer M, Monz BU, Angel L, Quail D, Dantchev N, Demyttenaere K, Garcia CA, Grassi L, Perahia DG, Reed C, Tylee A. Prescribing patterns of antidepressants in Europe: Results from the Factors Influencing Depression Endpoints Research (FINDER) study. *Eur Psychiatry* 2008; 23: 66-73.

85. Stahl SM, Grady MM, Moret C. SNRIs: their pharmacology, clinical efficacy, and tolerability in comparison with other classes of antidepressants. *CNS Spectrums* 2005; 10:732-747.
86. Gartlehner G, Morgan LC, Thieda P, Thaler K, Hansen RA, Gaynes B. Drug Class Reviews. Drug Class Review: Second Generation Antidepressants: Final Report Update 4. Portland (OR): Oregon Health & Science University Oregon Health & Science University, Portland, Oregon; 2008.
87. Gartlehner G, Hansen RA, Carey TS, Lohr KN, Gaynes BN, Randolph LC. Discontinuation rates for selective serotonin reuptake inhibitors and other second-generation antidepressants in outpatients with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol* 2005; 20: 59-69.
88. Stahl SM. Stahl's Illustrated Antidepressants. New York, Cambridge University Press, 2009:71-95.
89. Dhillon, S, Yang L, Curran MP. Bupropion: A Review of its Use in the Management of Major Depressive Disorder *Drugs* 2008; 68(5):653-689
90. Westrin A, Lam RW. Long-term and preventative treatment for seasonal affective disorder. *CNS Drugs* 2007; 21: 901-909.
91. Thase ME, Haight BR, Richard N Rockett CB, Mitton M, Modell JG, VanMeter S, Harriett AE, Wang Y. Remission rates following antidepressant therapy with bupropion or selective serotonin reuptake inhibitors: A meta-analysis of original data from 7 randomized controlled study. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 974-981
92. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Stewart JW, Nierenberg AA, Thase ME, Ritz L, Biggs MM, Warden D, Luther JF, Shores-Wilson K, Niederehe G, Fava M; STAR*D Study Team. Bupropion-SR, sertraline or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006; 354:1231-1242.
93. Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR Mood states and personality traits. *J Affect Disord*, 1992; 24: 217-226.
94. Hirschfeld RM, Klerman GL, Lavori P, Keller MB, Griffth P, Coryell W. Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 150: 959-960
95. Kool S, Dekker J, Duijsens IJ, de Jonghe F, Puite B. Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy for depressed patients with or without personality disorders. *Harv Rev Psychiatry* 2003; 11: 133-141
96. Szádóczy E, Rózsa S, Zámboi J, Füredi J. Predictors for 2-year outcome of major depressive episode. *J Affect Disord* 2004; 83: 49-57

97. Bagby RM, Psych C, Quilty LC, Ryder AC. Personality and depression. *Can J Psychiatry* 2008; 53:14-25.
98. Goekoop JG, De Winter RF, Goekoop R. An Increase of the Character Function of Self-Directedness Is Centrally Involved in Symptom Reduction during Remission from Major Depression. *Depression Research And Treatment*. 2011;2011:749640.
99. Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR, Carter FA, McIntosh VV. Predictor of 1-year treatment outcome in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry* 1998; 39: 206-214.
100. Nylander PO, Schlette P, Brandström S. Migraine: temperament, and character. *J Psychiatr Res* 1996; 30: 359-368.
101. Fossati A, Donati D, Donini M. Temperament, character, and attachment patterns in borderline personality disorder. *J Personality Disord* 2001; 15: 390-402.
102. Lyoo IK, Lee DW, Kim YS. Patterns of temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 637-641.
103. Brown SL, Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach. *J Psychiatry Res* 1992; 26: 197-211.
104. Joffe RT, Bagby RM, Levitt AJ, Regan JJ, Parker JD. The Tridimensional Personality Questionnaire in major depression. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 959-960.
105. Richter J, Polak T, Eiseman M. Depressive mood and personality in terms of temperament and character among the normal population and depressive inpatients. *J Psychiatric Res* 1999; 5: 31- 35.
106. Richter J, Eisemann M, Richter G. Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250:40–47.
107. Peirson AR, Heuchert JW: The relationship between personality and mood: comparison of the BDI and the TCI. *Personality and Individual Differences* 2001; 30: 391-399.
108. Naito M, Kijima N, Kitamura T. Temperament and Character Inventory (TCI) as predictors of depression among Japanese college students. *J Clin Psychol*, 2000; 56: 1579-1585.
109. Richter J, Polak T, Eisemann M. Depressive mood and personality in terms of temperament and character among the normal population and depressive inpatients. *Pers Individual Differences* 2003; 35: 917-927.
110. Boz C, Sayar K, Velioğlu S. Kronik gerilim tipi baş ağrılı hastalarda mizaç ve karakter profili. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 2004;15: 105-111.

- 111.De Winter RF, Wolterbeek R, Spinhoven P, Zitman FG, Goekoop JG. Character and temperament in major depressive disorder and a highly anxious-retarded subtype derived from melancholia. *Compr Psychiatry* 2007;48:426.
- 112.Arkar H. Depresif duygudurum ile kişilik arasındaki ilişki: Beck Depresyon Envnteri ile Mizaç ve Karakter Envanterinin karşılaştırılması. *Yeni Symposium* 2010; 48: 116-121.
- 113.Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Ghinaglia E, Scardovi F, Codeluppi S.. Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *J Affect Disord* 1999; 52:203–207.
- 114.Hansenne M, Reggers J, Pinto E, Kjiri K, Ajamier A, Ansseau M. Temperament and Character Inventory (TCI) and depression. *J Psychiatr Res* 1999; 33:31–36.
- 115.Kusunoki K, Sato T, Taga C, Yoshida T, Komori K, Narita T, Hirano S, Ozaki N. Low Novelty-Seeking Differentiates Obsessive-Compulsive Disorders From Major Depression. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101:403-405.
- 116.Marijnissen G, Tuinier S, Sijben AE, Verhoeven WM. The temperament and character inventory in major depression. *J Affect Disord* 2002; 70:219–223.
- 117.Bahçeci B, Karaaslan MF, Orhan FÖ, Bağcıoğlu E, Biter E, Altunören Ö. İlk nöbet majör depresif bozukluk hastalarının mizaç ve karakter profilinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2010; 11:299-304.
- 118.Celikel FC, Kose S, Cumurcu BE, Erkorkmaz U, Sayar K, Borckardt JJ. Cloninger's temperament and character dimensions of personality in patients with major depressive disorder. *Comp psychiatry* 2009;50:556-61.
- 119.Nery FG, Hatch JP, Nicoletti MA, Monkul ES, Najt P, Matsuo K. Temperament and character traits in major depressive disorder: influence of mood state and recurrence of episodes. *Depress Anxiety*. 2009;26:382-8.
- 120.Kimura S, Sato T, Takahashi T, Narita T, Hirano S, Goto M. Typus melancholicus and the Temperament and Character Inventory personality dimensions in patients with major depression. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000;54:181-9.
- 121.Newman JR, Ewing SE, McColl RD, Borus JS, Nierenberg AA, Pava J, Fava M. Tridimensional personality questionnaire and treatment response in majör depressive disorder: a negative study. *J Affect Disord* 2000; 57:241.
- 122.Hirano S, Sato T, Narita, Kusunoki K, Ozaki N, Kimura S, Takahashi T, Sakado K, Uehara T. Evaluating the state dependency of the Temperament and Character Inventory dimensions in patients with major depression: a methodological contribution. *J Affect Disord* 2002; 69: 31-38.
- 123.Jylhä P, Isometsä E. Temperament, character and symptoms of anxiety and depression in the general population. *Eur Psychiatry* 2006;21:389.

- 124.Black KJ, Sheline YI. Personality disorder scores improve with effective pharmacotherapy of depression. *J Affect Disord* 1997; 43: 11-18
- 125.Hruby R, Gabriela N, Igor O, Marek P Personality Changes During Antidepressant Treatment. *Psychiatria Danubina* 2009; 21(1): 25-32 .
- 126.Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and depression: Explanatory models and review of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol* 2011; 7: 269–295.
- 127.Joyce P, Mulder R, Cloninger CR Temperament predicts clomipramine and desipramine response in major depression. *J Affect Disord* 1994; 30: 35-46.
- 128.Nelson EC, Cloninger CR TPQ as a predictor of response to nefazodone treatment of depression. *J Affect Disord* 1995; 35: 51-57.
- 129.Tome MB, Cloninger CR, Watson JP, Isaac MT. Serotonergic autoreceptor blockade in the reduction of antidepressant latency: personality variables and response to paroxetine and pindolol. *J Affect Disord* 1997; 44: 101-109.
- 130.Tetsuya S, Hirano S, Narita T. TCI dimensions as a predictor of response to antidepressant treatment in major depression. *J Affect Disord* 1999; 56: 153-161.
- 131.Sato T, Hirano S, Narita T, Kusunoki K, Kato J, Goto M. Temperament and character inventory dimensions as a predictor of response to antidepressant treatment in major depression. *J Affect Disord* 1999;56:153-61.
- 132.Cloninger CR. *Feeling Good. The Science of Well-Being.* Oxford University Press. New York; 2004.
- 133.Joyce PR, McKenzie JM, Carter JD, Rae AM, Luty SE, Frampton CM. Temperament, character and personality disorders as predictors of response to interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *Br j psychiatry* 2007;190:503-8.
- 134.Vaillant GE. Natural history of male psychologic health: effects of mental health on physical health. *N Engl J Med* 1979; 301: 1249–1254.
- 135.Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:786–794.
- 136.Perry JC, Cooper SH. A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc* 1987;34: 863-893.
- 137.Bond M, Perry JC, Gautier M, Goldenberg M, Oppenheimer J, Simand J. Validating the self-report of defense styles. *J Personality Disorders* 1989;3:101-112.

138. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense style with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders. *J Am Psychiatry* 2004; 161:1665-1671.
139. Bond M. Empirical Studies of Defense Style: Relationships with Psychopathology and Change. *Harv Rev Psychiatry* 2004; 12;5 263-278.
140. Margo GM, Greenberg RP, Fisher S, Dewan M. A direct comparison of the defense mechanisms of nondepressed people and depressed psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry* 1993; 34:65-09
141. Vaillant GE, Mukamal K. Successful aging. *Am J Psychiatry* 2001; 158:839–847.
142. Flannery RB, Jr., Perry JC. Self-rated defense style, life stress, and health status: an empirical assessment. *Psychosomatics*. 1990;31:313-20.
143. Muris P, Merckelbach H. Defence style and behaviour therapy outcome in specific phobia. *Psychol Med*. 1996; 26(3):635-9.
144. Mullen LS, Blanco C, Vaughn SC, Vaughn R, Roose SP. Defense mechanisms and personality in depression. *Depress Anxiety* 1999; 10:168–74.
145. Akkerman K, Lewin TJ, Carr VJ. Long-term changes in defense style among patients recovering from major depression, *Journal of Mental Disorders* 1999; 187:80-87.
146. Spinhoven P, Kooiman CG. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *J Nerv Ment Dis* 1997; 85:87–94.
147. Corruble E, Bronnec M, Falissard B, Hardy P. Defense styles in depressed suicide attempters. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58:285-288.
148. Jacobs S, Kasl S, Schaefer C, Ostfeld A. Conscious and unconscious coping with loss. *Psychosomatic medicine* 1994;56:557-63.
149. Kneepkens RG, Oakley LD. Rapid improvement in the defense style of depressed women and men. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184:358–61.
150. Akkerman K, Carr V, Lewin T. Changes in ego defenses with recovery from depression. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:634-8.
151. Bond M, Perry JC. Psychotropic medication use, personality disorder and improvement in long-term dynamic psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194(1):21-6.
152. Kronstrom K, Salminen JK, Hietala J, Kajander J, Vahlberg T, Markkula J. Does defense style or psychological mindedness predict treatment response in major depression? *Depress Anxiety* 2009;26:689-95.

153. Sukul YRM, Birkenhanger TM, van der Broek WW, Mulder PGH, Bruijn JA. Trait anxiety and defensive functioning in relation to antidepressant treatment outcome. *Psychopathology* 2009; 42:387.
154. Van HL, Dekker J, Peen J, Abraham RE, Schoevers R. Predictive value of self-reported and observer-rated defense style in depression treatment. *Am J Psychother* 2009; 61:25.
155. Reid ST. The impact of client defensive functioning on the working alliance. *Dissertation Abstracts International* 1998; 58.
156. Hersoug AG, Sexton HC, Hoglend P. Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *Am J Psychother* 2002; 56:539–54.
157. ozkurkugil A, Aydemir , Yildız M. DSM-IV eksen bozuklukları için yapılandırılmış klinik grüşmenin Trkeye uyarlanması ve gvenirlik alışması. *İla ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 233-236.
158. Sorias S, Saygılı R, Elbi H. DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, Kişilik Bozuklukları Formu: SCID-II. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1990.
159. Köse S, Sayar, K, Reeves RA, Przybeck, TR, Cloninger CR. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Gvenirliğı ve Faktör Yapısı. *Bull Clin Psychopharmacol* 2004;14:107-131.
160. Ulusoy M, Erkmen H, Şahin N. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cog Psychother* 1998; 12:163-172.
161. Akdemir A, rsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, zbay H. Hamilton Depresyon Değerlendirme leğı (HDDÖ)’nin geerliğı, gvenirliğı ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4: 251-259.
162. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Revised US Dept Health, Education and Welfare publication (ADM), Rockville, Md; National Institute of Mental Health, 1976; 76-338.
163. Jurado D, Gurpegui M, Moreno O, Fernandez MC, Luna JD, Galvez R. Association of personality and work conditions with depressive symptoms. *European psychiatry. the Journal of the Association of European Psychiatrists*. 2005;20:213-22.
164. Peirson AR, Heuchert JW. The relationship between personality and mood: comparison of the BDI and the TCI. *Personality and Individual Differences* 2001;30: 391-399.
165. Young LT, Bayby RM, Cooke RG, Parker JD, Levitt AS, Joffe RT. AA comparison of Tridimensional Personality Questionnaire dimensions in bipolar disorders and unipolar depression. *Psychiatry Res* 1995; 58:139–143.

166. Evans L, Akiskal HS, Kech Jr PE, McElroy SL, Sadovnick AB, Remick RA, Kelsoe JR. Familiarity of temperament in bipolar disorder: Support for a genetic spectrum. *J Affect Disord* 2005; 85:153–168.
167. Nery FG, Hatch JP, Glahn DC, Nicoletti MA, Serap Monkul E, Najt P, Fonseca M, Bowden CL, Robert Cloninger C, Soares JC. Temperament and character traits in patients with bipolar disorder and associations with comorbid alcoholism or anxiety disorders. *J Psychiatr Res* 2008; 42:569–577.
168. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003; 73:133–146.
169. Luutonen S. Anger and depression – theoretical and clinical considerations. *Nordic Journal of Psychiatry* 2007; 61: 246–51.
170. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, et al. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry* 1990; 41: 61–70.
171. Pan H, Neidig P, O’Leary D. Predicting mild to severe husband to wife physical aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994; 62: 975–81.
172. Feldbau-Kohn S, Heyman RE, O’Leary K. Major depressive disorder and depressive symptomatology as predictors of husband to wife physical aggression. *Violence and Victims* 1998; 13: 347–60.
173. Goldman L, Haaga DAF. Depression and the experience and expression of anger in marital and other relationships. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1995; 183: 505–9.
174. Koh KB, Kim CH, Park JK. Predominance of anger in depressive disorders compared with anxiety disorders and somatoform disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63: 486–92.
175. Lee KA, Vaillant GE, Torrey WC, Elder GH. A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat. *Am j psychiatry*. 1995;152:516-22.
176. Vaillant GE. *Adaptation to Life* Harvard University Press, 1977, 158-193.
177. Reich W. Kişilik Çözümlemesi. Payel Yayınevi 4. Baskı 2010, 65-77. (orijinal metin yılı 1933)
178. Høglend P, Perry JC. Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186:238-243.

- 179.Sato T, Narita T, Hirano S, Kusunoki K, Goto M, Sakado K, Uehara T. Factor validity of the temperament and character inventory in patients with major depression. *Compr Psychiatry* 2001 42:337-341.
- 180.Besser A, Self- And Best-Friend Assessments of Personality Vulnerability and Defenses in the Prediction of Depression. *Social Behavior and Personality* 2004; 32(6):559-594.
- 181.Flett GL, Besser A, Hewitt PL. Perfectionism, ego defense styles, and depression: a comparison of self-reports versus informant ratings. *Journal of Personality* 2005;73:1355-96.

8. EKLER

Ek 1:



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI E. A. HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI :B.10.4.İSM.04.34.26.08-182
KONU: Etik Kurul Başvurusu Hakkında

03.04.2012

KARAR

Sayın Asist. Dr. Abdülkadir Sencer TABAKÇI,

İlgi: 26.03.2012 tarih ve 14412 sayılı Etik Danışma Kurulu başvuru dilekçeniz,

İlgi yazınızda belirttiğiniz "Majör Depresyonda Antidepresanların Mizaç, Karakter ve Savunma Mekanizmaları Üzerine Etkileri" konulu tez protokolünüz, 03.04.2012 tarihinde hastanemiz Etik Danışma Kurul'una sunulmuş makale ve ekleri, Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre incelenmiş ve tez protokolünüzün sonuçlarının yayın yapılması Etik Danışma Kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

<i>Etik Kurul Üyeleri</i>	<i>Katılım Durumu</i>	<i>Onay</i>
<u>BAŞKAN</u> Doç. Dr. Baki ARPACI Nöroloji Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu		
Doç. Dr. M. Cem İLNEM Psikiyatri Kliniği 7. Ünite Koordinatörü Eğitim Görevlisi		
Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ Psikiyatri Kliniği 2. Ünite Koordinatörü Eğitim Görevlisi		
Uz. Dr. Nihat ALPAY Psikiyatri Kliniği 1. Ünite Koordinatörü Eğitim Görevlisi		
Op. Dr. Erhan EMEL Nöroşirürji Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu		
Uz. Dr. Ramazan KONKAN Başhekim Yardımcısı		

Ek 2:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz

“Antidepresanların Mizaç, Karakter ve Savunma Mekanizmaları Üzerine Etkileri” konulu bilimsel araştırma çalışması yapmaktayım. Bu çalışmada sizin, hastalığınız belirtileri ve önceden hazırlanmış standart sorulara yanıt vermenizi beklemekteyim.

Bilimsel araştırmalarda test uygulanan kişiye kimlik bilgileri, kişinin sosyokültürel ve hastalık özgeçmişinin değerlendirilmesi gibi konularda sorular yöneltilmektedir. Bu çalışmada size Sosyodemografik veri formu, SCID1(DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme), SCID2(DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme), SBT-40 (Savunma Biçimleri Testi-40), TCI(Mizaç ve Karakter Envanteri), Beck anksiyete ölçeği ve Hamilton depresyon ölçeklerinin uygulanması amaçlanmıştır. Bu uygulama yaklaşık 1-1,5 saat sürmektedir. Araştırmanın 100 kişi üzerinde yapılması planlanmaktadır. Araştırma ile ilgili olarak görüşmeciye doğru bilgi vermeniz gerekir. Çünkü bu bilimsel amaç taşıyan bir çalışmadır. Sizden alınan her bilgi çalışmanın güvenilir olmasını etkileyecektir. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi değerlendirme dışı bırakır. Araştırma için sizden herhangi bir maddi talepte bulunulmadığı gibi araştırmanın sağlık güvencenize de hiçbir maddi külfeti yoktur. Çalışmada uygulanacak testler **bilimsel amaçlı olup**, sağlığınız ve ekonomik açıdan herhangi bir risk taşımamaktadır. Tedaviniz bu çalışmadan bağımsız olarak devam edecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu şekilde reddetme veya vazgeçme durumunda bile, eğer tedavi alıyorsanız tedavinizin devamını bozan bir etkisi olmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. **Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.** Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 1 (bir) sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı ve İmzası

Bilgilendirmeyi Yapan Kişi

Ek 3:**SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

Sıra no

Görüşme tarihi:

Dosya no:

Telefon numarası :

1. Ad Soyad :
2. Yaş :
3. Cinsiyet : 1. K 2.E
4. Kaç Kardeş : 1.Tek 2.2 3.3 4.4
5. Kaçınıcı Çocuk :
6. Medeni durumu : 1. Bekar 2. Evli 3.Dul 4.Boşanmış 5.Ayrı yaşıyor
7. Çalışma : 0. Çalışmıyor
1.Düzenli Çalışıyor.
2.Arasıra (düzensiz) çalışıyor
8. Göç öyküsü :0.Yok 1.Var
- 9.Şu an yaşamakta olduğu yerde kimlerle yaşıyor?
1.Tek başına 2. Ebeveynler ve kardeşlerle birlikte
3. Ebeveynlerin her ikisiyle birlikte 4. Ebeveynlerden biriyle birlikte
5. Eşiyle 6. Eşiyle ve çocuklarıyla 7.Çocuklarıyla 8.Diğer
10. Anne-baba durumu: 1. Anne-baba sağ 2. Anne sağ baba ex
3.baba sağ anne ex 4.her ikiside ex
11. Ebeveyn ayrılığı -kaybı 0.Yok 1.12 yaş 2.12 yaş sonrası
- 12.Emzirilme süresi : ay
13. Eğitim süresi:.....yıl
14. Alkol veya madde kullanımı? 0.Yok 1.Var
Kullanılan madde adı:..... Süre:.....ay Sıklık..... Miktar:
15. Geçmişte yada şu anda alkol yada madde kullanımı bağımlılık düzeyinde mi?
0.Hayır 1.Evet
16. İntihar girişimi oldu mu? 0.Yok 1.Var
Evetse kaç defa?.....
17. Psikiyatrik bir tedavi için hastaneye yatırışı oldu mu? 0.Yok 1.Var
18. 1.Derece akrabada psikiyatrik hastalık öyküsü : 0.Yok 1.Var
Varsa:.....
19. Hastalık başlangıç yaşı:
20. Hasta olarak geçirilen süre: ay
21. Depresif epizod sayısı : 1.tek 2.yineleyici
22. Daha önce AD ilaç kullanımı : 0.Yok 1.Var
23. Şu anda kullanmakta olduğu psikiyatrik ilaçlar ve dozları:
1.....
2.....
3.
4.
5.
6.
7.
- 24.İlaç Değişimi ? 0.Yok 1.Var
- 25.Görüşme Sayısı:....

Ek 4:**HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

Hastanın Adı Soyadı

Değerlendirici:

		.../.../...	.../.../...	.../.../...
1. Depresif Ruh Hali	(0-4)			
2. Çalışma Ve Aktiviteler	(0-4)			
3. Genital Semptomlar	(0-2)			
4. Somatik Semptomlar (GİS)	(0-2)			
5. Uykusuzluk (Başlarken)	(0-2)			
6. Uykusuzluk (Orta)	(0-2)			
7. Uykusuzluk (Geç)	(0-2)			
8. Somatik Belirtiler (Genel)	(0-2)			
9. Suçluluk Duyguları	(0-4)			
10. İntihar	(0-4)			
11. Psikik Anksiete	(0-4)			
12. Somatik Anksiete	(0-4)			
13. Hipokondriyazis	(0-4)			
14. İçgörü(içgörü kaybı)	(0-2)			
15. Retardasyon	(0-4)			
16. Ajitasyon	(0-4)			
17.Kilo Kaybı	(0-2)			
Toplam				

Ek 5:**BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ**

Hastanın Adı, Soyadı:

Değerlendirici:

0.Hiç

1.Hafif düzeyde, Beni pek etkilemedi

2.Orta düzeyde, Hoş değildi ama katlanabildim

3.Ciddi düzeyde, Dayanmakta çok zorlandım

	.../.../...	.../.../...	.../.../...
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma			
2. Sıcak/ ateş basmaları			
3. Bacaklarda halsizlik, titreme			
4. Gevşeyememe			
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu			
6. Baş dönmesi veya sersemlik			
7. Kalp çarpıntısı			
8. Dengeyi kaybetme duygusu			
9. Dehşete kapılma			
10. Sinirlilik			
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu			
12. Ellerde titreme			
13. Titreklik			
14. Kontrolü kaybetme korkusu			
15. Nefes almada güçlük			
16. Ölüm korkusu			
17. Korkuya kapılma			
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi			
19. Baygınlık			
20. Yüzün kızarması			
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)			
Toplam BECK-A Skoru			

Ek 6:

CGİ- Klinik Global İzlenim Ölçeği

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil ☐
2. Hastalık sınırında ☐
3. Hafif düzeyde hasta ☐
4. Orta düzeyde hasta ☐
5. Belirgin düzeyde hasta ☐
6. Ağır hasta ☐
7. Çok ağır hasta ☐

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi ☐
2. Oldukça düzeldi ☐
3. Biraz düzeldi ☐
4. Hiç değişiklik yok ☐
5. Biraz kötüleşti ☐
6. Oldukça kötüleşti ☐
7. Çok kötüleşti ☐

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok ☐
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor ☐
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor ☐
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor ☐

Ek 7:

SBT: Savunma Biçimleri Testi

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı şeklinde (×) işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek:

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 ~~5~~ 6 7 8 9 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım(resim, el işi, ağaç oyma)

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimliler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

9. Süpermen' mişim gibi tehlikelere aldırmam.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

14. Her zaman doğruyu söylemem
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

17. Bir çok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

18. Hiçbir şeyden korkmam
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hıncımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirim, onunla daha iyi baş edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırsam yakınyım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

Ek 8:

TCI: Mizaç Karakter Envanteri

S. Köse, K. Sayar

Mizaç ve Karakter Envanteri

(Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca "D" ya da "Y" seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir.

ÖRNEK;	DOĞRU	YANLIŞ
Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum.	D	Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için "D"yi yuvarlak içine alınız.)

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen bütünüyle yanıttan emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987, 1992 C. R. Cloninger
Türkçe TCI © 2001 Samet Köse, Kemal Sayar

Türkçe TCI'nin eser sahipliği hakları Samet Köse ve Kemal Sayar'a aittir. Yazarların izni olmaksızın her türlü kullanımı eser sahipliğinden doğan hakların ihlalini oluşturur ve etik değildir.

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.	D	Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandırıcı durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiiirden derinden etkilenirim.	D	Y
4. Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9. Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim.	D	Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünse bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15. Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.	D	Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y
18. Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.	D	Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.	D	Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez "dalgin" olarak adlandırılırım.	D	Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.	D	Y
25. Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.	D	Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29. Bir iş yaparken "yeni ve geliştirilmiş" yollardan çok, eski "denenmiş ve doğru" yolları tercih ederim.	D	Y

30. Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31. Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33. Düşmanlarımdan acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.	D	Y
34. Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.	D	Y
36. Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı.	D	Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38. Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeye hayran olurum.	D	Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45. Gevşemekten, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığımı söyleyemem.	D	Y
50. Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56. Bazen neler olacağını sezmemeye olanak veren, bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58. Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y

62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.	D	Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.	D	Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69. Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.	D	Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.	D	Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.	D	Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74. Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75. Yakın bir arkadaş kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.	D	Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissedirim.	D	Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80. Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.	D	Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etrafıca düşünürüm.	D	Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84. Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissedirim.	D	Y
85. Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88. Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89. Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90. Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımcı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y

91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.	D	Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93. Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.	D	Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97. Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98. Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım.	D	Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102. Duygusal yakanşlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.	D	Y
104. Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.	D	Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109. Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110. Bir oyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111. Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım.	D	Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.	D	Y

120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeglerim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissedirim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131. Başkaları, benden istediklerini yapmayacağı için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissedirim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için "ikinci mizaç" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142. Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissedirim.	D	Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren sözettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarımdan acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149. Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y

150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırım ki, bir an neredede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.	D	Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.	D	Y
158. Çoğu kez arkadaşlarımla arzularına boyun eğirim.	D	Y
159. Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168. Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.	D	Y
169. Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175. Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.	D	Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y

181. Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.	D	Y
184. Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186. Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.	D	Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.	D	Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.	D	Y
190. Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.	D	Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193. Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194. Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.	D	Y
195. İçinde, ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anılarım oldu.	D	Y
196. İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197. Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.	D	Y
198. Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.	D	Y
200. Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla "açılmayı" tercih ederim.	D	Y
202. Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle "meşgul" kalabilirim.	D	Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan oyle kolayca kurtulamam.	D	Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.	D	Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208. Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210. İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.	D	Y

211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşamım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.	D	Y
216. Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaları üstesinden gelmeyecek kadar zayıfır.	D	Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.	D	Y
225. Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan biriyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünürlü olsam.	D	Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233. Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234. Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235. Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, herşeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238. Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239. Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y