



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DEPRESYONDA AFEKTİF SINIRBİLİM KİŞİLİK
PROFİLLERİNİN DAYANIKLILIK İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Metehan KOPAN

Antalya, 2024



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DEPRESYONDA AFEKTİF SİNİRBİLİM KİŞİLİK
PROFİLLERİNİN DAYANIKLILIK İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Metehan KOPAN

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. G. Özge BAYSAL

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2024

TEŞEKKÜRLER

Tez sürecim boyunca yardımları ve bilgisi ile beni destekleyen, tüm asistanlık hayatımda da tecrübeleri ile bana yol gösteren, beraber bir çalışma yürüttüğüm için kendimi şanslı hissettiğim danışmanım Prof. Dr. Gülsüm Özge Baysal'a

Hem psikiyatri eğitimimde, tecrübeleri ve bilgileri ile hem de insanı daha iyi anlamak için çıktığım bu yolda kitaplarda yazan bilgilerin ötesinde yürümenin inceliklerini gösteren değerli hocalarım Doç. Dr. Buket Cinemre, Doç. Dr. Burak Kulaksızoğlu, Doç. Dr. Ali Erdoğan, Dr. Öğr. Üyesi Özmen Metin ve Doç. Dr. Sercan Karabulut'a

Tıp yolculuğumda hep arayışta olan bir gezgin gibi hissederken geldiğim Akdeniz Psikiyatri' de kaldığım süre boyunca kendimi evimde gibi hissetmemi sağlayan başta eş kıdemlerim olmak üzere yetişkin ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı'ndaki tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma, geçirdiğim zamanı değerli hale getiren tüm oyun ve hayal arkadaşlarıma

Beraber çalışmaktan keyif aldığım Klinik, Poliklinik, Gündüz Hastanesi ve AMBAUM çalışanlarına, benimle hikayesini paylaşan tüm hastalarımıza

Yolda her kaybolduğumda beni bulan, düştüğümde kaldıran ve yola hep devam etmemi sağlayan annem Hatice Kopan, babam Metin Kopan, ablam Gizem Kopan ve can dostum Havaş Dablan'a, yolcuğuma sonradan katılıp güzelleştiren yeğenim İnci Derin'e ve sevimli dostum İrmik'e

Ve isimlerini yazamadığım, bana bir şeyler katan herkese çok teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	v
Tablolar Dizini	vii
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
2.1. Majör Depresif Bozukluk	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	3
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Etiyoloji	4
2.1.3.1. Genetik Faktörler	4
2.1.3.2. Biyokimyasal Faktörler	5
2.1.3.3. Nöroanatomi ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları	6
2.1.3.4. İnflamatuar Süreçler	7
2.1.3.5. Ruhsal-Toplumsal Etkenler	7
2.1.4. DSM-V Tanı Ölçütleri ve Klinik	8
2.1.5. Tedavi	10
2.2. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	11
2.2.1. Psikolojik Dayanıklılık nedir?	11
2.2.2. Psikolojik Dayanıklılık ve Depresyon ilişkisi	14
2.2.3. Psikolojik Dayanıklılık ve Kişilik Profilleri ilişkisi	15
2.3. AFFEKTİF SİNİRBİLİM	16
2.3.1. Afektif Sinirbilim Kuramı Nedir?	16
2.3.2. Primer Duygu Sistemleri	18
2.3.2.1. Arayış Sistemi	18
2.3.2.2. Arzu Sistemi	19
2.3.2.3. Öfke Sistemi	19
2.3.2.4. Korku Sistemi	20
2.3.2.5. Oyun Sistemi	20
2.3.2.6. Panik/Yas Sistemi	21
2.3.2.7. Bakım Sistemi	22
2.3.3. Afektif Sinirbilim ve Depresyon ilişkisi	22

2.3.4. Kişilik Kavramı ve Afektif Sinirbilim Kişilik Profili	24
3.YÖNTEM VE GEREÇLER	26
3.1. Örneklem	26
3.1.1.Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri	26
3.1.2.Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri	27
3.2.Kullanılan Gereçler	27
3.2.1.Sosyodemografik Veri Ve Klinik Formu	27
3.2.2.Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği	27
3.2.3.Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	28
3.2.4.İstatistiksel Analiz	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	77
7. ÖZET	79
8. ABSTRACT	80
9. KAYNAKLAR	81
10. EKLER	95
Ek 1. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
Ek 2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACTH	Adrenokortikotropin Hormon
AD	Antidepresan
ASKÖ	Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği
BDNF	Brain-Derived Neurotrophic Factor
CRF	Kortikotropin Salgılatıcı Faktör
CRP	C-reaktif Protein
DA	Dopamin
DHEA	Dehidroepiandrosteron
DSM	Diagnostic and Statistical manuel of mental disorders (Mental Bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKT	Elektro Konvülsif Terapi
GABA	Gama-Aminobütirik Asit
GSK-3	Glikojen Sentaz Kinaz-3
HPA	Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal
MDB	Major Depresif Bozukluk
NPY	Nöropeptit Y
OFK	OrbitoFrontal Korteks
OSB	Otizm Spektrum Bozukluğu
PGM	Periakvaduktal Gri Madde
SSRI	Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörü
TMS	Transkraniyal Manyetik Stimülasyon

TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YDPÖ	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği



TABLOLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Gruplara ait bazı sosyo-demografik ve klinik özellikler	31-32
4.2. Hasta grubunun sahip oldukları depresyona ait bazı klinik özellikleri	33-34
4.3. Hasta ve kontrol grubunun ASKÖ ve YPDÖ ortalama puanları açısından karşılaştırılması	36
4.4. Grupların Kişilik Ölçeği - Arayış Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması	37
4.5. Grupların Kişilik Ölçeği - Korku Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması	38
4.6. Grupların Kişilik Ölçeği - Bakım Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması	39
4.7. Grupların Kişilik Ölçeği - Öfke Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması	40
4.8. Grupların Kişilik Ölçeği - Oyun Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması	41
4.9. Grupların Kişilik Ölçeği - Üzüntü Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması	42
4.10. Grupların Kişilik Ölçeği - Maneviyat Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması	43
4.11. Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Kendilik Algısı Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması	44
4.12. Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Gelecek Algısı Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması	45
4.13. Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Yapısal Stil Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması	46

4.14.	Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Sosyal Yeterlilik Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması	47
4.15.	Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Aile Uyumu Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması	48
4.16.	Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Sosyal Kaynaklar Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması	49
4.17.	Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği – Toplam Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması	50
4.18.	Hasta grubunun Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği – Toplam Puanlarının bazı klinik özelliklere göre karşılaştırılması	52
4.19.	Hasta grubunda Kişilik Ölçeği ve Dayanıklılık Ölçeği puanları arasındaki doğrusal ilişki (Korelasyon)	56-57
4.20.	Kontrol grubunda Kişilik Ölçeği ve Dayanıklılık Ölçeği puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)	61-62
4.21.	Kişilik Ölçeği Puanlarının Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi	63

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Depresyon; yaygın, yinelemelerle giden, intihar riski oluşturan ve iş gücü kaybına neden olan bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunudur. Depresyonun etiyolojisinde; genetik, immünolojik faktörler, hormonlar, sosyal ve çevresel etmenlerin rolü ve mekanizmaları giderek artan araştırma bulgularıyla ortaya konmaktadır. Depresyonun ortaya çıkmasında, seyrinde ve sonlanımında hastadan hastaya farklılıklar oluşabilmektedir (1).

Kişilik özellikleri depresyon gelişiminde veya tedavi sürecinde önemli rol oynamaktadır ve psikolojik dayanıklılığı etkilemektedir. Dayanıklılığın farklı tanımlamaları olsa da psikolojik dayanıklılık; depresyondan, hastalıktan, değişimlerden veya olumsuz durumlardan hızlıca iyileşme yeteneği, eski haline dönme, esneklik olarak tanımlanır (2). Diğer bir ifadeyle psikolojik dayanıklılık; ciddi düzeyde stres, travma veya zorluk yaşayan bireylerin bunlara rağmen hayatını sürdürmesini ve sonrasında, daha da güçlenmesini sağlayan bir özellik olarak tanımlanır (2).

Psikiyatrik bozukluklar yıllar boyunca kişilik kavramı çerçevesinde incelenmiştir. Görülmektedir ki, kişilik kuramları çerçevesinde psikopatolojilerin incelenmesi hastalığın etiyolojisi, seyri ve tedavisi açısından özel bir öneme sahiptir. Ancak, kişilik kuramları çok boyutludur ve çeşitli araştırmalarda farklı şekillerde ele alınmıştır. Kişilik özellikleri ve depresyon arasındaki ilişki, genellikle kişilik özelliklerini inceleyen boyutsal yaklaşım ile incelenmiştir. Bu ekolle depresyon araştırmalarında özellikle Cloninger'in Psikobiyolojik Modeli ve Beş Büyük Faktör kişilik kuramı kullanılmıştır. Son yıllarda Jaak Panksepp tarafından geliştirilen afektif sinirbilim teorisi, hastalıkların beyindeki primer duygu sistemlerinin nörobilimsel alt yapıları açısından incelenmesine yardımcı olacak niteliktedir. Afektif sinirbilim teorisi, tüm memelilerde bulunan subkortikal temel duygusal süreçlere evrimsel bir bakış açısıyla yaklaşan yeni bir teoridir (3).

Depresyon hastalarında psikolojik dayanıklılık düzeyleri daha önce yapılan çalışmalarda farklı kişilik kuramları üzerinden çalışılmıştır. Afektif sinirbilim kuramı henüz yeni bir kuram olup kişilik profillerinin nörobilimsel temellerde, psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi açısından yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmada depresyon hastalarında ölçülen dayanıklılık düzeylerinin hangi afektif sinirbilim kişilik profili ile ilişkili olduğunun araştırılması ve sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması planlanmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1 .Major Depresif Bozukluk

2.1.1.Tanım ve Tarihçe

Major depresif bozukluk (MDB), en az 2 hafta süreyle derin üzüntü bazen de bunalımın eklendiği duygudurum ile beraber düşüncede ve hareketlerde yavaşlama gözlenen ayrıca isteksizlik, değersizlik, karamsarlık gibi duygu ve düşünceleri ile giden bir sendromdur (1). Major depresif bozuklukta bu belirtilerin kişinin günlük sosyal ve mesleki işlevleri önemli ölçüde etkilemesi veya kişiye sıkıntı verecek düzeyde olması gereklidir.

Tarihi metinlere baktığımızda kelime olarak geçmese de depresyonun birçok bulgu ve belirtilerine ilk olarak Eski Mısır papirüslerinde rastlandığını görürüz. O dönemlerde bu durum şeytani veya tanrının gazabı olarak nitelendirilirken ilk rasyonel açıklamalar Antik Yunan'da yapılmıştır. Hipokrat İ.Ö. 5.yy'da ilk kez 'melankoli' tabirini kullanmış ve insanın sağlıklı olabilmesi için vücudunda bulunan dört sıvının (kan, balgam, sarı safra ve kara safra) dengede bulunması gerektiğini öne sürmüştür. Bu sıvılardan kara safranın artması sonucunda melankolik durumun oluşacağını düşünmüştür. Yine antik çağda Aristoteles felsefe, sanat, şiir ve siyasette öne çıkan insanların doğuştan 'kara safralı' olduklarını düşünmüş ve melankoli terimini yaratıcılık ve derin düşünme ile birleştirerek kültürel olarak kullanmıştır (4). Doğu kültüründe İbni Sina depresyonu beyin, kalp ve kanın etkilenmesi sonucu ortaya çıkan bir rahatsızlık olarak tanımlamıştır (5). 19.yüzyıla kadar melankoli hali ve tanımlaması daha çok edebi eserlerde dikkat çekmektedir.1899 yılında Emil Kraepelin tüm afektif bozuklukları birleştirerek melankoli ve mani durumunu 'manik-depresif hastalık' başlığında toplamıştır (6). Karl Leonhard 1957'de unipolar ve bipolar (tek ve iki uçlu) depresyon ayrımını yapmış ve bu sınıflandırma sistemi tüm dünyada uzun süre hâkim olmuştur. DSM-5 tanımlama sisteminde ise ' İki Uçlu ve İlişkili Bozukluklar' ve 'Çökkünlük Bozuklukları' olarak iki farklı tanı olarak yer almaktadır (7).

2.1.2. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 18 ülke verileri ile yaptığı epidemiyolojik çalışmada depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı yüksek gelirli ülkelerde %14,6, düşük gelirli ülkelerde ise %11,1 olarak saptanmıştır (8). Türkiye’de yapılan araştırmalarında depresyonun yaygınlık oranları farklılık göstermekle birlikte %4 ile %11,6 arasında değişmektedir (9,10) .

Depresyonun yaşam boyu prevalansı kültürler arasında farklılık gösterse de genel olarak kadınlarda erkeklere göre 2 kat fazla görüldüğü söylenebilir. Yaşla birlikte cinsiyetler arasındaki oranlar değişken olup menopoza sonrası dönemde her iki cinsiyette depresyon görülme oranı benzerdir (11). Yaşamları boyunca kadınların %10-25’i, erkeklerin ise %5-12’si en az 1 kez depresyon tanısı almaktadır (12). Yaşa göre değerlendirdiğimizde; depresyon en çok ergenlik ve yirmili yaşlarda görülürken, 40-50 yaşlarda da ikinci zirvesini yapar (13).

2.1.3. Etiyoloji

Antik Mısır döneminden bu yana bilinen, tarih boyunca şiirlere, filmlere, romanlara konu olan, Anadolu’da ‘gönül yorgunluğu’ veya ‘hazan mevsimi’ diye söylenen depresyonun doğasına ilişkin birçok bilimsel veya kültürel teori bulunmaktadır. Günümüzde ise tıbbın ilerlemesi ve rasyonel düşünmenin artmasıyla nörobiyolojik bir temele oturmuş, genetik zeminde, biyopsikososyal stresörlerle tetiklenebilen bir rahatsızlık olduğu kabul edilmeye başlanmıştır.

2.1.3.1. Genetik Faktörler

Son zamanlarda yapılan çalışmalar; depresyonun genlerle ilişkisini açığa çıkartmaktadır. Bununla birlikte genetik çalışmaların çoğunda istatistiksel gücün düşük, örneklemin küçük olması ve saptanan polimorfizmlerin az sayıda çalışmada gözlemlenebilmesi nedeniyle saptanan bulguların yanlış pozitif olma ihtimali göz önüne alınmalıdır. Yapılan bir ikiz araştırmalarının meta-analizi depresyonun

kalıtsallık oranının %37 olduğunu göstermektedir. Aynı çalışmada depresyon hastalarının çocuklarında hastalık riskinin 2-3 kat arttığı görülmüştür (14).

Genetik çalışmalarda en çok rastlanan genler glutamat reseptörü (GRIA, GRIN ve GRIK gen aileleri) ve monoamin taşıyıcıları (SLC6A gen ailesi) ile ilişkilidir. Kalsiyum kanal aktivitesinde görevli Nöropeptit Y (NPY) reseptör genleri ise MDB tedavisine direnç ile ilişkili bulunmuştur (15). Apoptozis sürecinde önemli olan genlerden AKT geninin polimorfizmi MDB şiddeti ile ilişkilendirilirken, GDNF ve AMPA reseptörlerinin depresyonun patogeneğinde önemli bir role sahip olduğu gösterilmiştir (16,17). Son zamanlarda çok fazla çalışma yapılan BDNF geninin depresyon ile ilişkisinde tutarsız sonuçlar olsa da bu gende valin (Val) yerine metionin (Met) geçmesi ile oluşan polimorfizme sahip bireylerin selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) tedavisine daha iyi yanıt verdiği görülmüştür (18).

2.1.3.2. Biyokimyasal Faktörler

Çökkünlüğün patofizyolojisinde serotonin, noradrenalin ve dopamin gibi monoaminler baş rol oynarken, son yapılan çalışmalarda glutamat, nöropeptid Y, GABA, galanin ve vasopressin gibi nöropeptitler de popüler olmaya başlamıştır.

Beyin gelişimi, sinaptogenez ve nöron sağ kalımı için büyük önemi olan serotoninin reseptörleri pek çok antidepresan (AD) ilacın ana hedefidir. Bununla birlikte serotonin hipotezi üzerine yapılan bir sistematik inceleme, serotoninin biyokimyasal temele ilişkin yeterli kanıtlar oluşturmadığını öne sürmektedir (19). Serotonin reseptörlerinin beyinde bulundukları yer ve alt tiplerine göre farklı etkileri bulunmaktadır. 5HT_{1A} reseptörü özellikle anksiyolitik etkiden sorumlu olup bu reseptördeki genetik farklılıkların AD yanıtında önemli olabileceği öne sürülmüştür (20). Otoresptör görevi bulunan 5HT_{1B} reseptörlerinin sayısının stres ile artış gösterdiği AD kullanımı sonrası ise azaldığı gösterilmiştir (21). Post-mortem çalışmalarda 5HT_{2A} reseptörünün sayısının depresyonda arttığı ve AD tedavisi sonrasında azaldığı görülmüştür.

Noradrenalin; korku, bunaltı, öfke gibi duyguların ortaya çıkmasında ve dikkat, uyarılma, bellek, strese yanıt, iştah ve uyku uyanıklık döngüsünde etkilidir. Çökkünlükte noradrenalin sisteminde görülen başlıca değişiklikler; monoamin yıkımında görevli MAO-A enziminin etkinliğinin artması, streste çökkünlüğe yatkın kişilerde noradrenalin yıkımının artması, elektro konvülsif terapi (EKT) ve AD ile postsinaptik β reseptörlerin azalmasıdır (22).

Dopamin (DA) zevk alma yetisini, nörobilişsel işlevleri ve hareketi düzenleyen ana nörotransmitterdir. Depresyonda mezolimbik yolda DA iletiminin azaldığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Depresyon hastalarının BOS ve kan örneklerinde DA yıkım ürünü olan Homovanilik asit düzeylerinin düşük olduğu, PET çalışmalarında DA iletiminin azaldığı ve SPECT çalışmalarında psikomotor yavaşlama olan hastalarda DA düzeyinde azalma ile D2 reseptörlerde artışın olduğu saptanmıştır (23,24)

Ketamin uygulaması sonrası glutamaterjik etkinlik artışının BDNF üretimini arttırdığı ve bunun da AD etkiye katkıda bulunduğunun saptanması glutamat ve inhibitör GABA'nın da patofizyolojide rol oynadığını düşündürmektedir (25). Nöropeptitlerle yapılan çalışmalarda NPY'nin Y1 reseptörünün uyarılmasının AD etki gösterdiği, öğrenme, duygudurum ve ağrı algısında görevli Galanin düzeylerinin depresyonun şiddeti ile doğru orantılı olduğu saptanmıştır (26). Melankolik depresyonda ise serum Vazopressin düzeylerinin arttığı görülmüştür (27).

2.1.3.3. Nöroanatomi ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Depresif hastalarda yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında özellikle gri madde hacminde veya kortikal kalınlıkta azalma olduğuna dair tutarlı sonuçlara ulaşılmıştır. Bellek, duygudurum düzenlenmesi gibi görevleri olan hipokampus hacminin çok sayıda atak geçiren ve/veya çocukluk çağı travmalarına maruz kalan kişilerde daha küçük olduğu gözlenmiştir. İlginç bir şekilde bu azalma AD tedavisi ile geri döndürülebilmektedir (28). Orbitofrontal korteks (OFK) kortikal kalınlığının hastalarda sağlıklılara göre daha ince olduğu saptanmıştır. Kortikal

kalınlığının yaşlanmanın etkilerini gösterdiği, bu sebeple depresyonda beynin yaşlanmasının belirgin olduğu öne sürülmüştür (29). Yakın zamanda yayınlanan geniş örneklemli bir çalışmada superior temporal korteks, inferior frontal korteks, prekuneus gri madde hacimlerinin ve prefrontal korteks ile basal ganglia ağlarındaki yapıların daha küçük olduğu görülmüştür (30).

İşlevsel MR ile yapılan görüntüleme çalışmalarında ise beynin ön singulat, OFK, dorsolateral prefrontal korteks, striatum ve orta temporal lob bölgelerinde işlevsel ve yapısal değişiklikler saptanmıştır. Amigdala, ventral striatal ve medyal frontal korteks gibi beynin duygularla ilgili bölgelerinde olumsuz duygusal uyaranlarla etkinlik artışı, olumlu uyaranlarda ise yanıtsızlık görülmüştür (1,31).

2.1.3.4. İnflamatuvar Süreçler

Depresyon ile inflamatuvar süreçlerin bağlantısına ilişkin kanıtlar birkaç ana başlık altında toplanabilir. Depresyon hastalarında proinflamatuvar sitokinler (IL-6, IL-1), TNF- α , IFN- γ ve C-reaktif protein (CRP) yükselir. Afektif hastalıklarda önemi olan glikojen sentaz kinaz 3 (GSK-3) etkinliğinin artışının pro-inflamatuvar sitokinlerin düzeyini arttırdığı öne sürülmüştür (32). Pro-inflamatuvar özellik gösteren IFN- α gibi sitokinlerle tedavi edilen hastalarda depresyon görülme sıklığının arttığı gözlenmiştir (33). Hayvanlarda yapılan çalışmalar IL-1 β , TNF- α , IFN- γ gibi sitokinlerin hipokampusta nörojenezi azalttığını göstermektedir (34). AD tedavisinin ise nörojenezi arttırdığı ve inflamatuvar süreçleri baskılayarak hasar görmüş dentritik yapıları tamir ettiği öne sürülmüştür (35).

2.1.3.5. Ruhsal-Toplumsal Etkenler

Tüm psikiyatrik bozukluklarda fiziksel ve toplumsal çevre etkenlerinin büyük bir rolü vardır. Aile, iş ve sosyal hayattaki problemler, maddi kaygılar, fiziksel hastalıklar, sevgi nesnelerinin yitimi, benliği örseleyen durumlar ve daha birçok psikososyal olay duygudurum bozukluklarının ortaya çıkmasında ve devam etmesinde önemli bir yer tutar. Ruhsal ve biyolojik olarak yatkınlığı olan kişilerde

ilk duygudurum bozukluğu döneminin çoğunlukla önemli bir yaşam olayından sonra başladığı düşünülmektedir (1).

Depresyonun ortaya çıkışına dair ilk psikanalitik açıklamaları Freud ‘Yas ve Melankoli’ makalesinde yapmıştır. Depresyona psikanalitik yaklaşımları açıklamak zor ve ayrıntılı olsa da en basit bir şekilde açıklamaya çalışırsak: Depresyon yas süreci gibi sevilen bir nesnenin gerçek kaybından sonra gelişebilirse de gerçek sevgi nesnesi yoksa bilinçdışı imgesel bir yitimin olması gerekmektedir (36). Nesne yitimini yok etmek için içe atma şeklinde bir girişim olsa da aslında dıştaki sevilen tümgüçlü nesneyle bir birleşme çabasıdır. Bu ikilem sonucu bu arzusun şiddeti kendini cezalandırma ile tamamlanır. Önceden kaybedilen nesneye yönelik olan kin ve nefret depresyonda egoya yönelir ve süperegoyu bu dönemde daha güçlü, katı ve yıkıcı olabilir. Bu nedenle ego, süperegoya boyun eğer ve kişinin kendine verdiği değer düşer, kişi suçlu ve küçük olduğunu düşünür. Ölümü hak ettiğini ve yaşamanın anlamı kalmadığını düşünen kişi için depresyon artık başlamıştır (37).

Majör Depresyonun etiyolojisine dair bir başka önemli teori de bilişsel teoridir. A.T. Beck tarafından ortaya atılan bu teoriye göre depresyon; hastanın kendisi, çevresi ve geleceği ile ilgili olumsuz yargılarından kaynaklanmaktadır. Bu yargılardan birbirleriyle etkileşime giren bilişin üç katmanı sorumludur. En derin katmanda düşünceleri, davranışları ve bilgi işlemeyi negatif yönde etkileyen temel inançlar bulunurken ortada inançlar ve kişisel kuralları oluşturan ara inançlar, en yüzeyde ise müdahaleci, tekrarlayan olumsuz düşünceleri oluşturan otomatik düşünceler vardır (38).

2.1.4. DSM-V Tanı Ölçütleri ve Klinik

Depresyonda görülen belki de en temel özellik çökkün duygudurumdur. Bunun yanı sıra hastada umutsuzluk, karamsarlık, sıkıntı, kederli hissetme hali hâkimdir. Hastanın yüzünde hüznü bir ifadenin bulunduğu, bazen kişisel bakımının azaldığı, konuşmasının düşük tonda ve yavaş olduğu görülmekte, hastalığın şiddetli durumlarında ise hiç konuşmama (mutizm) hali olabilmektedir.

Bir diğerk temel belirti ise ilgi azalması olup kişi eskiden zevk aldığı aktivitelerden artık zevk alamaz hale gelebilir (1).

Depresyondaki hastalar tahammülsüz, gergin, sinirli olabilirler ve terleme, karın ağrısı, baş ağrısı, çarpıntı gibi somatik belirtiler de gösterebilirler. Hastaların çoğunda iştahsızlık ile kilo kaybı olmakta fakat bazı hastalarda iştah artışı ve kilo almaya da rastlanmaktadır. Hastalarda ayrıca kısa sürede yorulma, enerji azlığı, halsizlik, cinsel istekte azalma da olabilmektedir. Depresyonda %90 oranında insomnia gözlenirken, atipik depresyon hastalarında hipersomni de görülebilir (1,12).

Bilişsel olarak en çok göze çarpan özellikler unutkanlık, odaklanamama, karar vermede güçlüktür. Unutkanlığın ağır olduğu hastalarda tablo yalancı bunama (psödodemans) görünümündedir (39).

Suçluluk, değersizlik, yetersizlik, karamsarlık düşünceleri hâkim olup kişinin benlik saygısı azalmıştır. Yaşama isteğinin azalması ile hastada intihar düşüncesi ve/veya girişimi sıklıkla bulunabilir.

MDB DSM-V'te Depresyon Bozuklukları tanı başlığı altında yer almakta olup diğerk alt tanımlar yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu ve premenstrüel disfori bozukluğudur.

Genel anlamda MDB tanı kriterleri şöyledir;

A. İki haftadan az olmamak kaydıyla aşağıdaki semptomlardan en az 5'i veya daha çoğu tespit edilmiş ve kişinin bireysel, sosyal, mesleki verimliliğinde veya ritüelinde değışimler olduğu gözlenmiştir. Bu semptomlardan en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgi yitirme veya zevk almamaktır.

1. Hemen hemen her gün, günün çoğunda depresif ruh hali
2. Etkinliklerden zevk almada ve ilgide önemli ölçüde azalma
3. Belirgin düzeyde iştahta ve kiloda artma veya azalma
4. Uykuda azalma veya artma
5. Hareketlerde yavaşlama veya ajitasyon

6. Enerji kaybı, yorgunluk ve bitkinlik hali
7. Değersizlik ve suçluluk duygularının olması
8. Düşünmede, odaklanmada güçlük veya kararsızlık
9. Tekrarlayan ölüm düşüncesi ve intihar girişiminin olması

B. Bireyde bu belirtilerin varlığı klinik anlamda önemli bir probleme, sosyal mesleki veya başka alanlarda işlevselliğin bozulmasına yol açar.

C. Bu süreç bireyin başka tıbbi bir sağlık sorununa veya madde kullanımına bağlanamaz

D. Bu durum şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hasta hiç manik ya da hipomanik dönem geçirmemiş olmalıdır (7).

2.1.5. Tedavi

Depresyonun heterojen doğası nedeniyle hangi hastanın hangi tedaviye daha iyi yanıt vereceğini belirlemek güçtür. Günümüzde tedavi başarı oranları; hastalığın şiddeti, ek tanılar, hastanın kişilik örüntüsü, baş etme becerileri, bilişsel işlevleri, aile öyküsü, sosyal desteği, diyet ve egzersiz alışkanlıkları gibi pek çok etkenle değişmektedir (40). Bu sebeple bireysel bir değerlendirme ile hastaya en uygun tedavi seçilmelidir. Güncel tedavi seçeneklerini farmakolojik, nörouyarm yöntemleri ve psikoterapi olarak 3 ana başlık altında toplayabiliriz.

Farklı nörotransmitterler üzerinden etki eden birçok antidepresan bulunmaktadır. AD seçiminde geçmiş yanıt öyküsü, ek hastalık, ilacın yan etki ve tolere edilebilirliği, ilaç etkileşimleri ve hastanın tercihi de dikkate alınmalıdır (41). Tedavi kılavuzları ilk AD seçiminde yan etki profili ve tolere edilebilirliği nedeniyle seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) veya diğer yeni nesil antidepresanları önermektedir. Saatler içinde başlayan hızlı antidepresan etkisi ile ketamin de yeni bir seçenek olarak düşünülebilir (42). AD tedavisine güçlendirme olarak eklenebilecek lityum ve 2. Kuşak antipsikotikler klinik pratikte önemli bir yer

tutarken, tiroid hormonu, buspiron, metilfenidat ve antikonvülzanlar da diğer seçenekler arasındadır (39).

Nörouyarım tekniklerinin gelişmesine rağmen elektro-konvülsif terapi (EKT) hala intihar riskinin yüksek olduğu, şiddetli ve dirençli depresyonda en önemli tedavi seçeneklerinden biridir. Diğer tekniklerden transkraniyal manyetik uyarım (TMU) uygulama kolaylığı ile öne çıkarken, transkraniyal doğru akım uyarımı (TDAU), vagal sinir uyarımı (VSU) ve derin beyin uyarımı (DBU) alternatif tedavi seçenekleridir.

Psikoterapi, depresyon tedavisinde etkinliği kanıtlanmış bir tedavi yöntemidir. Akut depresyon tedavisinde bilişsel davranışçı terapi (BDT), kişilerarası psikoterapi (KAP) ve davranış aktivasyonu (DA) önerilirken yapılan bir meta-analiz çalışmasında kısa süreli psikodinamik psikoterapinin (KSPT) AD tedaviye eklenmesinin hem akut hem de sürdürüm tedavisinde anlamlı düzeyde etkili olduğu tespit edilmiştir (43).

2.2.PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

2.2.1. Psikolojik Dayanıklılık Nedir?

Latince “resilire” yükleminden türetilen dayanıklılık kavramının teknik dildeki tanımı ‘esneklik, malzemenin sıkışma, bükülme, esneme sonrası eski haline dönme gücü veya kabiliyeti’ şeklindedir (44). Yaş bir ağaç dalına güç uyguladığımızda o dalın kırılmaması, bükülüp, esneyip tekrar eski haline dönebilmesi bir tür dayanıklılık göstergesidir. Yaşadığı kötü bir olay veya ruhsal bir sıkıntı sonrası kırılmayıp esnek bir şekilde olayların üstesinden gelebilmesi, iyileşip eski haline dönme becerisi de benzer bir şekilde insanoğlu için geçerlidir.

Psikolojik dayanıklılıkla ilgili farklı tanımlamalar olsa da genel olarak tanımı ‘olumsuz etkileri olan olaylara karşı bireyin değişimlere uyum sağlayabilme, olumsuz etkilere karşı kendini koruyabilme, toplayabilme ve olaylardan daha güçlenerek çıkabilme’ şeklindedir (44,45). Aynı travmatik olayı deneyimleyen veya

aynı psikiyatrik rahatsızlığa sahip iki kişiden biri kısa sürede eski işlevselliğini kazanırken, bir diğeri uzun yıllar boyunca olay veya rahatsızlığın etkilerini yaşayabilmektedir (46). Bu iki kişi arasındaki fark kişilerin psikolojik dayanıklılığının arasındaki farka güzel bir örnektir.

Bu konuyla ilgili ilk çalışmalar ikinci dünya savaşı sonrası askerlerin bir kısmının travmatik olaylara rağmen nasıl olumlu reaksiyon verip olgunlaşma gösterdikleri ya da eski hallerine nasıl çabucak döndükleri sorusu ile başlamıştır (47). Toplumdaki ruhsal yakınmaların kişiden kişiye değişkenlik gösterdiğinin, ortaya çıkan belirtilerin şiddet ve nitelik bakımından farklı olduğunun ortaya çıkmasıyla son yıllarda bu konudaki araştırmalar ivme kazanmıştır.

Amerikalı yazar John Steinbeck, Gazap Üzümleri adlı kitabında “Herkes kolayca çöker, önemli olan direnebilmektir” derken belki de bir soru soruyordu: Kimler direnebilir? Başka bir deyişle dayanıklılığı ne belirler? Bu alanda yapılan çalışmalarda korku cevabının oluştuğu beyin yollarında, kişinin kendisini ve dış dünyayı görmesinde, hayatındaki anlam ve amaç ile ilgili düşüncelerinde ve hayatta kendine bir yer bulabilmesinde farklılıklar saptanmıştır (48). Biyolojik özelliklerimiz ile sosyal çevre, aile gibi değişkenlerin etkileşimi ile şekillenen ve zamanla geliştirilebildiği düşünülen bu becerinin mekanizması tam olarak aydınlatılamamıştır (49).

Son yıllarda kronik strese bağlı gelişen olumsuz psikiyatrik sonuçlara dayanma eğiliminin aslında uyumlu bir süreç olduğu düşünülmektedir. Stres karşısında dayanıklılığın en dikkat çekici özellikleri homeostazın sürdürülmesini amaçlayan temel nörodavranışsal sistemlerin aktif olabilmesidir. Dayanıklılığın nörobiyolojik mekanizmaları; hormonal değişiklikler, belirli sinir devreleri, epigenetik mekanizmalar, inflamatuvar süreçler ve mikrobiyota ile ilgilidir (50).

Stresin davranışlarımızdaki ve vücudumuzdaki etkilerinin başlıca sebebi hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin aktivasyonudur. Akut stres sonucu salınan glukokortikoidler beyindeki steroid reseptörleri ile etkileşime girerler. Hipokampus, amigdala, prefrontal korteks ve orta beyinde bulunan glukortikoid ve mineralokortikoid reseptörlerinin etkilenmesi ile strese verilen davranışsal tepkiler açığa çıkar. Stresin zamanlaması, büyüklüğü ve süresine göre HPA aksındaki etkiler

değişebilir. Özellikle depresyon ve post travmatik stres bozukluğu hastalarında yapılan çalışmalarda hiperkortizolemi ve kan glukortikoidlerinde artışa rastlanmıştır (51,52).

HPA ekseniiyle yapılan araştırmalarda dehidroepiandrosteron (DHEA) ve NPY ile ilgili önemli bulgulara rastlanmıştır. DHEA'nın erkeklerde olumlu ruh halini ve sosyal bağlılığı arttırarak dayanıklılığı etkilediği öne sürülmüştür(51). NPY'nin de hayvanlarda stres tepkilerini düzenlediği, insanlarda kronik stres karşısında koruyucu bir faktör olduğu ve yüksek kan NPY düzeyine sahip insanların stres altında daha iyi performans gösterdiği bulunmuştur (53).

Son yıllarda dayanıklılık ve nörobiyoloji alanında yapılan çalışmalar transkripsiyonel ve epigenetik mekanizmalar üzerine yoğunlaşmıştır. DNA metilasyonunda görevli bir enzim olan DNA metiltransferaz 3a (DNMT3A) ile yapılan bir çalışmada insanlarda MDB hastalarının Nukleus Akumbens (NAc) bölgesinde ekspresyonunun yükseldiği, farelerde ise aşırı ekspresyonunun strese duyarlılığı arttırdığı tespit edilmiştir (54). Transkripsiyonel mekanizmalar ve RNA'lar üzerinde de bu konuda yeni benzer çalışmalar bulunmaktadır. Hipokampal nöronlarda post-transkripsiyonda baskılayıcı rol alan ama protein kodlamayan, endojen bir RNA olan miRNA124'ün aşırı ekspresyonunun farelerde strese karşı dayanıklılığı arttırdığı gösterilmiştir (55).

Dayanıklılık kavramının temel özelliklerine baktığımızda 2016 yılında yapılan bir gözden geçirmede bu kavrama 5 farklı koldan yaklaşılmıştır. Bunlar; iyileşme yeteneği, işlevsellik, yeniden kendini toplama becerisi, zamanla değişen dinamik süreçler ve hayat koşullarına kolay bir şekilde uyum sağlamadır (47). İyileşme yeteneğinden kasıt dayanıklılığın insanoğlu için anormal derecede büyük bir güç olmadığı, kişinin 'amansız dalgalarla savaşılan bir gemi gibi' fırtınadan sapasağlam çıkmasına gerek olmadığı ama etkilense bile 'tamir olmanın' ya da iyileşmenin bir yolunu bulmasıdır. İşlevsellik ile de dayanıklılığın kişiden kişiye değişebildiği, kişilik özellikleri ve baş etme gücünün bu konuda etkili olduğu vurgulanmıştır. Yine aynı yazıda 'yeniden kendini toplama becerisi' ve 'hayat koşullarına kolay bir şekilde uyum sağlama' ile de fırtınadan kurtulan geminin artık eskisinden daha

güçlü olması ve sonraki fırtınalara daha hazırlıklı olmayı öğrenmesi kastedilmiştir (47).

Stres, zorlayıcı etmenler ya da kötü yaşam koşulları hayatımız boyunca karşımıza mutlaka çıkan durumlar olup bu süreçler iyi yönetildiği takdirde sağlıklı gelişim için faydalı bile olabilmektedir. Dayanıklılığı düşük, stresle başa çıkamayan bireyler olumsuz tecrübelerle maruz kaldıklarında ruhsal olarak ciddi zorlanmalar yaşayabilirler. Dayanıklı kişiler ise travmatik kabul edilen olaylarda bile ciddi bir ruhsal yara almayabilirler. Olayın niteliği, büyüklüğü, kronik olup olmaması gibi etmenlerin yanı sıra kişinin özellikleri ve çevresinden gelen destek de deneyimin kişi üzerindeki etkisini belirler. Bunlara ek olarak kişinin olaya yüklediği anlam veya olayın sorumlusu olarak kendini veya çevreyi görmesi de baş etme gücünü etkileyebilir (56).

Sonuç olarak; dayanıklılık pek çok farklı etmenle ilişkili bir kavramdır. Geniş bir çerçeveden bakacak olursak dayanıklılık; kişilik özellikleri, nörobiyolojik mekanizmalar ve çevresel koşulların bir araya gelmesi ve etkileşimi sonucu şekillenir. Bu konu üzerine yapılacak çalışmalar; insanların dayanıklılığını arttırmaya yönelik müdahalelerin açığa çıkmasını sağlayacak ve hem bedensel hem de ruhsal anlamda iyilik halini sürdürmelerine yardımcı olacaktır.

2.2.2. Psikolojik Dayanıklılık ve Depresyon İlişkisi

Dayanıklılığı; kişiyi etkileyebilecek travmatik yaşam olaylarının, nörobiyolojik faktörlerle etkileşip, depresyonu açığa çıkarma ihtimaline karşılık kişinin iyilik halini sürdürebilmesini veya depresyon dönemini en az zararlarla atlatabilmesini sağlayabilecek bir faktör olarak düşünebiliriz. Dayanıklılığı yüksek olan kişilerin daha az ve daha düşük şiddette depresif belirti ve bulgular gösterdiği, bedensel hastalığı olanlarda bile yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bilinmektedir (57).

Nöral proliferasyonda ve beyin yapılarının gelişiminde rol oynayan beyin kökenli nörotrofik faktör (BDNF) ile yapılan çalışmalarda depresyon ve stres durumlarında hipokampusta BDNF'nin etkilerinin azaldığı ve BDNF artışının

dayanıklılığı olumlu yönde etkilediği açığa çıkmıştır (58). Ergenlerde yapılan bir 4 yıllık izleme dayalı nörogörüntüleme çalışmasında depresyon geliştirenlerde sağ ve sol prefrontal kortekste negatif işlevsel bağlantı saptanmıştır. Aynı çalışmada dayanıklı ergenlerde ise subgenua anterior singulat korteks ve sağ presentral girusunda daha yüksek işlevsel bağlantılar saptanmıştır (59). Yaşlılarda depresyon hastalarıyla sağlıklı kontrol grubunu karşılaştıran bir fonksiyonel görüntüleme çalışmasında psikolojik dayanıklılığı yüksek olan grubun amigdala aktivitesinin bazal değerleri daha düşük bulunmuştur (60).

Covid-19 pandemisi sırasında geniş ölçekli yapılan bir çalışmada yüksek psikolojik dayanıklılığın anksiyete bozukluğundan koruyucu bir faktör olduğu ve depresyon hastalarında depresyonun şiddetinin daha hafif olduğu saptanmıştır (61). Yine benzer bir çalışmada hastanede yatarak tedavi gören Covid-19 hastalarında dayanıklılık skorları düşük olan grubun hem anksiyete hem de depresif belirtilerinin daha şiddetli olduğu görülmüştür (62). Pandemi gibi uzun süreli zorlu yaşam koşullarını atlatmada dayanıklılığı yüksek olan kişilerin bariz bir şekilde avantajlı olduğu söylenebilir.

2.2.3. Psikolojik Dayanıklılık ve Kişilik Profilleri İlişkisi

Dayanıklılığın doğuştan gelen, değişmez kişilik özelliklerimizden geliştiği ve sabit olduğu düşüncesi ile kişiliğin bazı yönlerinin dinamik etkileşimi ile zamanla değişebildiği fikri bir çatışma içindedir. Son zamanlarda bu konuda benimsenen ortak fikir; dayanıklılığın, doğuştan gelen ve zamanla gelişen kişilik özellikleri, yaşadığımız olaylar ve çevresel koşullardan etkilenen karmaşık bir yapıda olduğudur (47). İyimserlik, kabullenme, problemleri çözmeye odaklı olma, affetme, sorumluluk sahibi olma, mizahı kullanma, destek almaya açık olma, dışadönüklük, yapıcı eleştirileri kullanma, geleceğe dair planlar yapma, duygularının farkında olma ve direşkenlik gibi özellikler dayanıklı kişilerin özelliklerine örnek gösterilebilir (44).

Afektif sinirbilim kişilik profilleri ve dayanıklılık ile literatürde henüz yapılan bir çalışma olmayıp kişilik ve dayanıklılık üzerine yapılan çalışmalar

genellikle Akiskal’ın afektif mizaç kuramı ve Cloninger’in biyopsikososyal kişilik modeli üzerine yoğunlaşmıştır. Depresyon hastalarında afektif mizaç ile dayanıklılık ilişkisine bakılan bir çalışmada Akiskal’ın TEMPS-A ölçeği kullanılmış ve hem depresyon hem de kontrol grubunda hipertimik mizaç ile dayanıklılık puanları arasında pozitif bir korelasyon olduğu gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada her iki grupta da anksiyöz ve iritabl mizaca sahip kişilerin dayanıklılık puanlarının düşük olduğu saptanmıştır (63).

Mizaç ve karakter envanteri (TCI) kullanılarak yapılan bir başka çalışmada kendini yönetebilme puanları yüksek ve zarardan kaçınma puanları düşük olanların en yüksek dayanıklılığa sahip olduğu bulunmuştur. Dayanıklılık puanlarının yüksek sebat etme ve yüksek iş birliği yapma alt ölçek puanları ile de orta düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır (64).

2.3.AFEKTİF SINİRBİLİM

2.3.1. Afektif Sinirbilim Kuramı Nedir?

10.000 yıl önce mağarasından çıkıp avlanmaya giden insanın duyduğu korku ile günümüz insanın işe giderken yaşadığı korkunun kaynağı aynı mıdır? Ya da sahibinden uzaklaşan bir köpeğin üzüntüsü ile yas sürecindeki insanın hüznü? İşte bu sorulara cevap arayan afektif sinirbilimin yaklaşımı, insan beyninin gelişmesinde tüm memelilerde ortak olduğu kabul edilen temel duygulanımsal mekanizmaların bulunduğu öncülüne dayanmaktadır. Darwinist bir bakış açısı olan bu kurama göre beynin duyguları yöneten bölgeleri ilk evrimleşmiş subkortikal alanlardır. Panksepp bu kuramın amacını davranışların altında yatan duygulanımsal mekanizmaların anlaşılması olarak belirtmiştir. Diğer memelilerle benzer şekilde olan arkaik beynimizdeki temel duygularımızın amacı evrime uygun bir şekilde hayatta kalma, üreme ve uyum sağlamadır. Bu amaç doğrultusunda arkaik yedi temel duygu sistemi tanımlanmıştır; arayış, korku, öfke, arzu, bakım, panik/yas ve oyun (65,66).

Bu duygu sistemlerinin temel özelliklerine bakacak olursak; her temel nöral ağının uyarımı ona özel bir duygulanımsal-davranışsal aksiyon yapısı çıkarır ve bu uyarım sadece koşulsuz bir uyararla tetiklenebilir. Bu temel nöral ağlar beynin ilerde açıklanacak olan ikincil ve üçüncül bölgelerine bağlanarak öğrenme sürecini kolaylaştırır ve böylece uyarılarla ilgili durumlarda aynı mekanizma işleyebilir. Buna örnek olarak daha önce ateşte eli yanan çocuğun ateşten korkması verilebilir. Bir diğer özellik ise evrimsel olarak daha gelişmiş bir beyne sahip memelilerin primer duyguları üzerinde daha yüksek bir kontrole sahip olmasıdır. Bir köpek ile insanın öfke kontrolünün aynı olmaması gibi. Duyu sistemi güçlü bir şekilde uyarıldığında dikkatimizin buna odaklanması da bir başka özelliktir. Mesela doğada yırtıcı bir hayvan ile karşılaştığımızda korku sistemi yoğun bir şekilde aktive olur ve çevreyi ya da diğer şeyleri fark edemeyiz. Son olarak temel duygu sistemlerinin etkileri uyarı kaybolduktan sonra da kişisel tecrübelerimize bağlı olarak bir süre daha devam edebilir (67).

Afektif sinirbilim kuramına göre, beynin duygu sistemlerinin kontrolü üç aşamada gerçekleşmektedir. Birincil süreçte beynin sub-neokortikal bölgeleri görev alır ve duygusal afektler, homesotatik afektler ve duyusal afektlerden oluşur. Duygusal afekt; herhangi bir koşula bağlı olmadan 'içimizden gelen' duygulanımlar iken, homostatik afekt ise açlık, susuzluk gibi bedensel dengeyi sağlama amacıyla oluşmaktadır. Duyusal afekt ise 5 duyuyla algıladığımız şeylerin bizde oluşturduğu primer duygulardır. Sonraki aşama olan ikincil süreçlerde bazal ganglia başrolü üstlenirken amaç duygusal öğrenmedir. Klasik ve edimsel koşullanma ve alışkanlıklarımız bu aşamada yer alır. Üçüncü ve en üst düzey işleme bölgesi ise insanda diğer memelilere göre fark yaratan beynin medial- frontal kortikal bölgeleridir. Düşünme ve planlama gibi bilişsel- yürütücü işlevler, duygusal ruminasyonlar ve özgür iradeyle verdiğimiz kararlar bu aşamada yer alır. Dikkat edersek bu sıralama beynin evrimi ve canlılardaki gelişmişlik düzeyi ile de doğru orantılıdır (68).

2.3.2. Primer Duygu Sistemleri

Afektif sinirbilim kuramına göre ortak temel duygu sistemleri bu bölümde açıklanacaktır.

2.3.2.1. Arayış Sistemi

İnsanoğlunun arzuları, istekleri ve beklentileri sınırsızdır. Bunlar bazen açıklık, susuzluk gibi fizyolojik dengemizi sağlamak için, bazen ruhsal veya bedensel bir haz almak için, bazen de varoluşsal bir amaç uğruna bir şeyler başarmak için olabilir. Organizmayı içgüdüsel eğilimleri ile harekete geçiren, keşfetmesini, katılmasını ve hedefe yönelmesini sağlayan bu sistem yaşamı sürdürmek için temel niteliktedir. Vahşi doğada yırtıcı bir hayvanın avının peşinden koşmasını destekleyen bu sistem; insan gibi evrimsel açıdan neokorteksi gelişmiş canlılarda yaratıcılık, motivasyon, tutku gibi daha üst sistemlerde de rol oynamaktadır (68).

Arayış sistemi nöroanatomik olarak ventral tegmental alandan başlar, burdan çıkan hücrelerin aksonları dorsolateral hipotalamustan geçerek nükleus akumbensta sinaps yapar. Bu sistemin düzenleyici nörotransmitteri Dopamindir (69).

Freud'un 1915 yılında “ Bedenle bağlantısı dolayısıyla çalışması için zihne yöneltile talebin bir sonucu olarak, organizmanın içinden gelen ve zihne ulaşan uyaranların ruhsal temsilcisi ” olarak tanımladığı ‘dürtü’ terimi nöropsikanalitik bakış açısıyla Arayış sisteminin nasıl çalıştığına dair bir resim oluşturması açısından önemlidir (70,71).

Son olarak Arayış sisteminin psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkisine bakacak olursak; inme sonrası, arayış sistemi ile ilgili olabilecek beyin bölgelerinde lezyon olan hastalardan arayış skorları düşük olanların depresyon ölçeklerinde daha yüksek puan aldığı görülmüştür (72). Ana nörotransmitteri Dopamin olan bu sistemin yeterince çalışmamasının depresyon ve madde bağımlılığı, fazla aktivasyonunun ise dürtüsel davranışlar, psikotik özellikli mani , paranoid şizofreni ve psikotik bozukluklara sebebiyet verebileceği düşünülmektedir (73).

2.3.2.2. Arzu Sistemi

Evrin için hayatta kalabilmek kadar önemli bir şey daha vardır: Genlerini sonraki nesillere aktarabilmek. Üreme davranışı ve cinsellikle ilişkili sistem arzu sistemidir. Bu sistem de yukarıda anlatılan arayış sistemi gibi algısal yönde haz veren hisler üretir. Bu iki sistem de fizyolojik gereksinimlerimizi dış dünyayla karşılamak için hizmet ederler. Nesneye ulaşıldığında ya da gereksinimler karşılandığında ise haz duyulur ve beynin ödül mekanizması devreye girer. Bazen de haz sadece kendisi için üretilir ve hiçbir biyolojik amaca hizmet etmez. Yapay olarak üretilen ve beynin ödül devrelerine kısa devre yaptıran, uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin bağımlılığının arayış ve arzu sistemiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir(71).

Son yapılan çalışmalarda arzu sisteminde rol oynayan bölgelerin stria terminalis, tegmental alan, preoptik alan, ventromedial hipotalamus, nükleus akkübens ve ventral periaküaduktal gri madde olduğu saptanmıştır. Biyokimyasal olarak baktığımızda ise arzu sistemi; nükleus akkübensdeki mu, delta ve kappa opioid reseptörlerini etkileyen endorfinler, erkeklerde vazopressin ve testosteron, kadınlarda ise oksitosin ve östrojen gibi hormonlar ile kontrol edilmektedir (74).

2.3.2.3. Öfke Sistemi

Doğada hayatta kalabilmenin anahtarı tür içi ve türler arası rekabetten geçer. Memeliler, vahşi doğada; avlanmak ve üremek için türdeşleriyle, av olmamak içinse diğer türlerle savaşmak zorundadır. ‘Savaş ya da kaç’ tepkisinin savaş kısmında yer alan öfke sistemi bir nesneye ihtiyaç duymak zorunda olmayıp özellikle engellenme durumlarında aktifleşir. Arayış sisteminden en büyük farkı bu sistem sadece belli zamanlarda etkinleşir (71).

Nöroanatomik olarak öfke sistemi, periaküaduktal gri madde (PGM)’den başlayarak en alt seviyede medial hipotalamusa ve en üst seviyede medial amigdalaya dek uzanır (75). Bu sistemde testosteron, P maddesi, norepinefrin ve glutamat gibi beyin kimyasallarının uyarıcı, GABA ve endojen opiatların ise inhibe edici etkisi olduğu düşünülmektedir (65).

Son dönemde yapılan çalışmalarda MDB ve bipolar bozukluk tip 2 hastalarının Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği öfke puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (76). Öfke sisteminin kişilik bozuklukları ile ilişkisine bakacak olursak da obsesif kompulsif, paranoid, borderline ve antisosyal kişilik bozuklukları ön plana çıkmaktadır(77).

2.3.2.4. Korku Sistemi

Hayatta kalmak için tehlike karşısında ‘savaş ya da kaç’ tepkisinin diğer ayağı olan ‘kaç’ tepkisi bazen de donakalma çözümü, korku sisteminin varlığının memelilerdeki yansımasıdır. Anlık kurtuluşun yanı sıra gelecekteki tehlikelerden kaçınmaya veya önlem almaya da olanak verir. Bu sistemin aktifleşmesiyle korku tepkilerinin tetikleneceği, otonom sinir sisteminin de devreye girmesiyle anksiyöz hislere yol açacağı belirtilmiştir (65).

Öfke sistemine benzer şekilde korku sistemi de amigdala ve çevresine yoğunlaşmıştır. Amigdalanın yan ve merkez çekirdeklerinden başlayan devre medial ve anterior hipotalamustan geçerek dorsal periaquaduktal gri maddede sonlanır (78).

Nörotransmitter olarak glutamat üzerinden etki eden ve benzodiazepinlerin GABA aktivitesi aracılığıyla inhibe olan bu sistemin ilişkilendirildiği patolojiler ise travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anksiyete bozukluğu, depresyon ve özgül fobilerdir (79).

2.3.2.5. Oyun Sistemi

Tüm memelilerin küçükken oyuna ya da benzeri aktivitelere ihtiyaç duyuyor gibi görünmeleri ilginç bir olgudur. Yavru hayvanların boğuşma, ısırma ya da kovalama gibi oyunlarla hem çevreyle sosyal bir etkileşimde bulundukları hem de avlanma becerilerini geliştirdikleri düşünülmektedir. Aynı zamanda oyun sırasında güçlü olanın fark edilmesi ve sosyal hiyerarşide ona göre rollerin dağıtılması oyun sisteminin pozitif etkilerinden biri olarak görülmektedir. Özellikle dokunma duyusu

ile aktive olan bu sistemin çalışabilmesi için canlının temel fizyolojik ihtiyaçların karşılanmış olması, güvende hissetmesi ve sağlıklı olması gerekmektedir(73).

Oyun sisteminin şu ana kadar nöroanatomik haritası tam olarak çıkartılamasa da limbik yapıların ana rolde olduğu bilinmektedir. Mezolimbik dopamin yolağının arayış sisteminde olduğu gibi bu sistemde de rol aldığı, striatumun oyun davranışlarında önemli olduğu ve sosyal oyun sıklığı fazla olan primatlarda fonksiyonu tam olarak bilinmemekle birlikte amigdala hacminin daha büyük olduğu kanıtlanmıştır. Nörokimyasal olarak bakacak olursak endojen opioid ve kannabinoidlerin bu sistemi pozitif yönde etkilediği, noradrenerjik, serotonerjik, kolinerjik ve dopaminerjik sistemlerin ise düzenleyici rollerinin olduğu düşünülmektedir (80).

2015 yılında yapılan bir çalışmada Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) olan bireylerde kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük oyun puanları saptanmıştır (81). Nörogelişimsel bozukluklarla ilişkisi olabileceği düşünülen oyun sisteminin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile olan bağı konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

2.3.2.6. Panik/Yas Sistemi

Memeliler doğar doğmaz kendi başlarına hayatta kalabilecek yeterliliğe sahip değildir. Bu nedenle bakım ihtiyaçlarına karşılık verecek sosyal bağlar kurulmalıdır. Bu bağların ilki de anneyle kurulan bağıdır. Panik/Yas sistemi sosyal bağlar ve ebeveynlik süreciyle yakından ilişkilidir. Hayvanlarda bakım vereninden ayrılanların ilk önce ağlama sesleri, çığlık atma, uluma vb. sesler çıkardığı daha sonrasında ise arayış sistemindeki gibi harekete geçip anneyi bulmaya çalıştığı gözlenmiştir. Belli bir süre sonra ise hayvan aramaktan vazgeçer ve depresyondakine benzeyen bir içe çekilmeyi tercih eder. Evrimsel açıdan baktığımızda bu davranış; tek başına aramanın, av olma riskini arttırdığı bu sebeple hayvanın kendini güvene almak için tecrit ettiğini ve bulunmayı beklediğini düşündürmektedir (71).

Panik atak, ayrılık kaygısı ve depresif kaygıya sebep olduğu düşünölen bu sistemin beyindeki izdüşümü anterior singulat girus'tan başlar ve PGM'de sonlanır. Glutamat ve kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) tarafından uyarılan bu sistem oksitosin, prolaktin ve endojen opioidler ile inhibe olmaktadır (65). Sosyal güvenli bağlanma konusunda sorunlar yaşayan bireylerde opiat bağımlılığının görölmesi bu sistemi dışardan bloke etme yolu olarak açıklanabilir. Bu sistemle bağlantılı olabilecek diğör psikopatolojiler ise panik bozukluk, majör depresyon, patolojik yas ve agorafobidir (73). 2013 yılında yapılan bir çalışmaya göre bu sistem ile majör depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır (82).

2.3.2.7. Bakım Sistemi

Bakım sistemi en basit ifadeyle annenin, yavrusunu sahiplenmesi ve hayatta tutması için gereken evrimsel sistemdir. Bakıma muhtaç yavruda aktifleşen panik/yas sistemi ve bu sistemin annedeki karşılığı olan bakım sistemi; anne ile yavru arasında bağ kurulmasında ana rol oynarlar. Annenin bakım sisteminin aktive olması ile önce kendi panik/yas sistemi sonra da yavrunun aynı sistemi sakinleşir. Bu sayede yavrunun oyun sistemi aktive olabilecek hale gelir. Bu etkileşimler sayesinde yavru; hem hayatta kalmak için gereken bakımı almış olur hem de annesi ve çevresiyle kuracağı bağları kuvvetlendirir (73).

Bu sistemin beyindeki anahtar bölgeleri ise; anterior singulat girus, preoptik alan, ventral tegmental alan, PGM ve stria terminalistir. Kadınlarda daha gelişmiş olduğu düşünölen bakım sisteminin düzenleyicileri ise başta oksitosin olmak üzere endojen opioidler, prolaktin ve dopamindir (66). Bu sistemle ilişkilendirilebilecek psikopatolojiler konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olmakla birlikte bağlanma problemleri ile bağı olabileceğı düşünölmektedir.

2.3.3. Afektif Sinirbilim ve Depresyon İlişkisi

Depresyonun nasıl ortaya çıktığı, hangi faktörlerle etkileştiğı, nasıl devam ettiğı ve sonuçlandığı hakkında birçok bilimsel teori bulunmaktadır. Bunlardan biri

de evrimsel bir bakış açısıyla yaklaşan ve depresyonu ortak temel duygu sistemlerindeki değişimlerle açıklayan afektif sinirbilim teorisidir. 20.Yüzyılda; sevilen birinin, bir sevgi nesnesinin kaybı ile başlayan depresyonun psikanalitik düşüncesi yerini biyolojik olarak hormonların ve inflamatuvar süreçlerin açıklamalarına bırakmış ve günümüzde bu ilk düşünce ihmal edilir olmuştur. Peki her şeyin ister nesne ya da kişi isterse statü kaybı olsun kayıp ile başladığını düşünecek olursak memeli beyinde bu süreçte neler yaşanacaktır?

İnsan ya da hayvan tüm memelilerin kayıp sonrası beyindeki ilk tepkilerinin Panik/Yas sisteminin aktivasyonu olduğundan bahsetmiştik. Bu sistem ilk olarak kötü hissetmemize neden olurken, daha sonra ise kaybı bulmak için çalışan Arayış sisteminin kapanmasına sebep oluyor. Bunu yapmasındaki evrimsel amaç ise dışardaki tehlikelerden korunmak. Arayış sisteminin kapanması bir içe çekilme hali; yani tüm biyolojik amaçlarımızdan ve isteklerimizden vazgeçmemiz anlamına geliyor. Bu durumdaki canlı; enerjisi düşük, isteksiz, anhedonik bir şekilde hayatını sürdürmeye devam ediyor. Nörokimyasal olarak beyinde işlenen bu süreçlerin aşırı, işlevsiz veya uyumsuz olması sonucunda depresyon dediğimiz bozukluk ortaya çıkıyor (83).

Afektif sinirbilim kişilik profilleri ile depresyonu araştıran çalışmalara bakacak olursak; 2017 yılında depresyon hastalarıyla sağlıklı kontroller karşılaştırılmış ve depresyon hastalarının alt ölçeklerde Arayış ve Oyun puanları düşük, Korku ve Üzüntü puanları ise yüksek saptanmıştır. Bu sonuçların afektif sinirbilim depresyon teorisini desteklemesinin yanı sıra oyun puanının düşüklüğü kişinin oyun sisteminin aktif olabilmesi için kendisini güvende ve iyi hissetmesi gerektiğini de düşündürmüştür (84).

Benzer sonuçların elde edildiği bir başka çalışma ise 2020 yılında yapılmış ve yukardaki çalışmanın sonuçlarına ek olarak depresyon hastalarında Öfke alt ölçeğinin puanları da anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada fonksiyonel MR görüntülemesinde sağ ve sol amigdala/hipokampus arasındaki azalmış fonksiyonel bağlantı oranı ile Üzüntü skorlarının tahmin edilebilir olduğu bulunmuştur (85).

Yapılan çalışmalar göz önüne alındığında; depresyona afektif sinirbilim penceresinden bakacak olursak Üzüntü, Öfke ve Korku puanlarını sırasıyla yükselten Panik/Yas, Öfke ve Korku sistemlerinin çalışmasının arttığını ve Arayış ile Oyun sistemlerinin ise çalışmasının azaldığını tahmin edebiliriz.

2.3.4. Kişilik Kavramı ve Afektif Sinirbilim Kişilik Profili

Kişilik; bireyin bilişsel ve duygusal değerlendirmeleri ile uyum için oluşturduğu düşünce, duygu, davranış özellikleri ve eğilimleridir. Bu özellikler kişinin kendine özgüdür, başkalarından ayırt edilmesini sağlar ve bilinçli değildir (1). Bu özellikler sadece yaşanan an, o andaki biyolojik durum veya sosyal ortam ile açıklanamayan biçimde süreklilik gösterir (86).

Tarih boyunca kişilik kavramı ve özellikleri insanların ilgisini çeken bir konu olmuştur. Antik Yunan tiyatrosunda oyuncuların taktıkları maskelerin içinden gelen ses anlamına gelen ‘persona’ sözcüğünden türemiş olan kişilik kavramına; ilk yazılı eserlerden olan Gılgamış destanında bulunan kişilik özelliklerini ve Hipokrat’ın tanımlamalarını da göz önüne alacak olursak tarih boyunca büyük bir merak duyulmuştur (86). Modern psikiyatride ise Emil Kraepelin (1856-1926) ilk kez psikopatolojiler ile kişilik özellikleri arasında belirgin benzerlikler olduğundan bahsetti ve yine aynı dönemde Kurt Schneider (1887-1967) ‘psikopatik’ kişilikleri tanımladı (87). Kişilik ve gelişimi konusundaki devrim ise Freud’un ‘psikoseksüel gelişim’ kuramı ile olmuştur. Freud’a göre çocukluğun ilk yılları, yetişkin kişilik işlevlerinde önem taşımaktadır ve hayatın ilk dönemindeki cinsel dürtülerin çevresindeki psikososyal çatışma, kişilik gelişimini biçimlendiren ana etkidir. (86).

Çağdaş psikiyatride kişiliğe boyutsal yaklaşımının daha uygun olacağı görüşü hakimdir. Boyutsal yaklaşıma göre ise, bireylerde özellikler var ya da yok olarak değerlendirilemez ve bunun yerine bulunan her özelliğin kişiden kişiye değişen bir yoğunluğu vardır. Boyutsal modelin öncüsü Hans Eysenck; nörotiklik-dengelilik, dışadönüklük-içedönüklük ve psikotiklik şeklinde 3 boyut tanımlamıştır (88). Cloninger ise kişiliği mizaç ve karakter olmak üzere iki ana yapıya ayırır

psikobiyolojik modeli oluşturmuştur. Bu modelde; zarardan kaçma, yenilik arama, ödüle bağımlılık ve direşkenlik mizaç özellikleri iken, kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma ise karakterin alt boyutlarıdır (89). Son olarak Catell ve Eysenck tarafından Beş Faktör Kuramı ortaya atılmıştır. Bu kuramda kişiliğin odağının; dışadönüklük, uyumluluk, duygusal denge, sorumluluk ve deneyime açıklık şeklindeki beş özellikte toplandığı vurgulanmıştır (90).

Afektif Sinirbilim ise kişilik kavramına nörobilimsel bir altyapı getirmeyi hedefler. Bu bağlamda subkortikal bölgeler ve nörotransmitterlerin oluşturduğu primer duygu sistemlerinin işleyişindeki farklılıkları ölçerek bireylerin kişilik profilini çıkarmayı amaçlamaktadır. Evrimsel bir süreç sonucu oluşan primer duygu sistemlerinin, genetik ve çevresel faktörlerle etkileşmesi sonucunda değişen fonksiyonlarının kişisel farklılıklara sebep olduğu düşünülmektedir (76). Bu farklılıkları ölçmek amacıyla 2003 yılında Davis, Panksepp ve Normansell tarafından Afektif Sinirbilim Kişilik leği oluşturulmuştur. Primer duygu sistemlerinden Oyun, Panik/Yas, Arayış, Korku, fke, Bakım sistemleri ve ek olarak Maneviyat lmleri için alt boyutlar hazırlanmış ve Beş Faktör kişilik boyutları ile karşılaştırılmıştır. Arayış sisteminin deneyime açıklık, Oyun sisteminin dışadönüklük; Korku, fke ve Panik/Yas sistemlerinin düşük duygusal denge, öfke sisteminin düşük, Maneviyatın ise yüksek uyumlulukla ilişki olduğu gösterilmiştir (91).

3.YÖNTEM VE GEREÇLER

Çalışmamızın, Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 28.03.2024 tarihinde TBAEK-194 karar no ile onayı alınmıştır.

3.1.Örneklem

Kesitsel olarak tasarlanan bu araştırmaya 1 Nisan 2024- 1 Aralık 2024 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran ve DSM-5 için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5-CV) uygulanarak majör depresif bozukluk tanısı almış ve en az 3 aydır remisyonda olan 75 hasta dahil edilmiştir. Hasta grubu aktif yakınması olmayan ve Hamilton Depresyon Ölçeğinden 7 veya altında puan almış bireylerden oluşmuştur. Kontrol grubu DSM-5'e göre herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan, sağlıklı çalışmaya katılmaya gönüllü, hasta grubu ile yaş ve cinsiyet değişkenleri yönünden benzer 75 kişiden oluşturuldu. Hastaların bilgilendirilmiş gönüllü onamları (Bkz.EK-1) alındıktan sonra her iki grubun da klinisyen tarafından sosyodemografik verileri alındı. Sonra Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği uygulandı.

3.1.1. Çalışmaya dahil edilme ölçütleri

1. DSM-5'e göre Depresif Bozukluk tanı kriterlerini karşılıyor olmak ve son 3 aydır remisyonda olmak (aktif şikayetinin olmaması ve klinisyen tarafından uygulanacak olan Hamilton Depresyon Ölçeğinden 7 veya altında puan almış olmak)
2. 18-65 yaş arasında olmak
3. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.1.2.Çalışmadan dışlanma ölçütleri

1. DSM-5'te yer alan psikiyatrik bozukluk komorbiditesi varlığı (örn, Psikotik bozukluk, Şizoafektif Bozukluk, Alkol Kullanım Bozukluğu, Madde Kullanım Bozukluğu)
2. 18 yaş altı veya 65 yaş üstü olmak
3. Nörolojik hastalığa sahip olmak
4. Zihinsel gelişim geriliğinin olması

3.2. KULLANILAN GEREÇLER

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Tarafımızca geliştirilen, katılımcıların sosyodemografik ve hasta grubunun klinik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Sosyodemografik veri formunda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, öğrenim süresi, medeni durumu, çalışma durumu, fiziksel ve psikiyatrik hastalıkları, akrabalarda psikiyatrik hastalık varlığı, sigara-alkol-madde kullanım varlığı sorgulanmıştır. Hasta grubunda bu sorulara ek olarak ilk depresyon atağı başlama yaşı, daha önce geçirilen atak sayısı, hastane yatış sayısı, intihar girişimi sayısı, kendine zarar verme girişimi sayısı ve aldığı tedavi sorgulanmıştır. Sosyodemografik veri formunun bir kopyası EK-2'de sunulmuştur.

3.2.2. Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği (ASKÖ)

Evrimsel bir bakış açısıyla tüm memeliler tarafından paylaşılan primer subkortikal duygusal sistemlerdeki bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlayan bu ölçek Davis, Panksepp ve Normansel (2003) tarafından geliştirilmiştir (91). Ölçek 110 maddeden oluşmuştur. Bunlar; Arayış, Oyun, Bakım, Korku, Öfke, Üzüntü ve Maneviyat alt ölçekleridir. Bunlardan ilk üçü pozitif duygulanımlar,

sonraki üçü negatif duygulanımlar olarak kabul edilmiş ve Maneviyat alt ölçeği ile ruhsallığın değerlendirilmesi amaçlanmıştır Ölçekte Panik /Yas sistemi Üzüntü olarak ele alınmış ve Arzu sistemi dahil edilmemiştir. Birçok farklı dile çevrilen ASKÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özkarar ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmıştır (92).

3.2.3. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

Friborg ve arkadaşları tarafından 2003 yılında 5 alt boyut içerecek şekilde geliştirilen ölçek, 2005 yılında yine aynı ekip tarafından bir alt boyut daha eklenerek toplamda 6 alt boyutu değerlendiren bir şekilde son halini almıştır (93,94). Toplam 33 maddeden oluşan ölçekte; yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar olarak 6 alt boyut bulunmaktadır;

- a) Yapısal stil: hedef odaklı, zamanını yönetebilmeyi, düzene bağlı ve planlı yaşayabilmeyi ifade eder.
- b) Gelecek algısı: planlama kabiliyeti, geleceğe iyimser bakmak ve hedefe pozitif olarak ilerleme ile ilişkili özelliklerdir.
- c) Aile uyumu: ailede bulunan ortak zevkler, sadakat, ortak bakış açısı, uyum, paylaşma ve birbirlerine destek olma durumlarını belirtir.
- d) Kendilik algısı: kendine ve yeteneklerine güvenme, öz yeterlilik gibi özelliklerden oluşmaktadır.
- e) Sosyal yeterlilik: arkadaş edinebilme, dışa dönüklük, sosyal ortamlarda esneklik gibi özelliklerden oluşmaktadır.
- f) Sosyal kaynaklar: özellikle sosyal desteği ölçmekle birlikte takdir edilme, bağlılık hissi gibi ek durumları da ifade eder.

Kesme değeri bulunmayan YPDÖ'nde puanlar arttıkça dayanıklılığın arttığı kabul edilmektedir. 2011 yılında ölçeğin Türkçe'ye geçerlik ve güvenilirlik çalışması Basım ve Çetin tarafından yapılmıştır (95).

3.2.4. İstatistiksel Analiz

Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma ve/veya median (min-max), kategorik veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normallik analizleri Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi ile yapılmıştır. İki grup arasındaki karşılaştırmalar Student's T Testi ile üç grup ve üzeri analizler ise Tek yönlü varyans analizi (Post hoc:Bonferroni) ile yapılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırmasında Ki-Kare Testi (Fisher'in Kesin Testi) kullanılmıştır. Ölçekler arası doğrusal ilişki Pearson Korelasyon Testi kullanılarak yapılmıştır. Depresyon Hastalarında Kişilik Ölçeği puanlarının Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları üzerindeki yordayıcı etkisinin incelenmesine yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi "Stepwise yöntemi" ile yapılmıştır. Analizler IBM SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) versiyon 27.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Grupların yaş ortalamaları ile cinsiyet oranları açısından anlamlı fark yoktu (sırasıyla $p=0.507$ ve $p=0.868$). Gruplar arasında eğitim düzeyi, medeni durum, tıbbi hastalık, çocuk sayısı, anne-baba birlikteliği, yaşadığı kişi, eğitim düzeyi, sigara, alkol ve madde kullanımı ile akrabalarda psikiyatrik hastalık bulunma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), hasta olan katılımcılardaki çalışanların oranının (%53.3), kontrol grubuna göre (%73.3) anlamlı şekilde düşük düzeylerde olduğu tespit edildi ($p=0.002$). (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Gruplara ait bazı sosyo-demografik ve klinik özellikler

	Hasta grubu (n=75)	Kontrol grubu (n=75)	P
Yaş (yıl) (Ort±Ss)	35.47±12.30	34.36±11.47	0.507*
Cinsiyet (n,%)			
Kadın	44 (58.7)	45 (60.0)	0.868† ^a
Erkek	31 (41.3)	30 (40.0)	
Eğitim düzeyi (n,%)			
İlköğretim	12 (16.0)	11 (14.7)	0.851† ^a
Lise	23 (30.7)	23 (30.7)	
Yüksek	35 (46.7)	33 (44.0)	
Master/Doktora	5 (6.7)	8 (10.7)	
Çalışma durumu (n,%)			
Çalışıyor	40 (53.3)	55 (73.3)	0.002†
İşsiz	17 (22.7)	2 (2.7)	
Öğrenci	13 (17.3)	12 (16.0)	
Emekli	5 (6.7)	6 (8.0)	
Medeni durum (n,%)			
Bekar	40 (53.3)	31 (41.3)	0.250† ^a
Evli	27 (36.0)	37 (49.3)	
Boşanmış	8 (10.7)	7 (9.3)	
Tıbbi hastalık (n,%)			
Var	24 (32.0)	15 (20.0)	0.094†
Yok	51 (68.0)	60 (80.0)	
Sigara kullanımı (n,%)			
Var	28 (37.3)	26 (34.7)	0.734†
Yok	47 (62.7)	49 (65.3)	

Alkol kullanımı (n,%)

Var	30 (40.0)	35 (46.7)	0.410 ⁺
Yok	45 (60.0)	40 (53.3)	

Madde kullanımı (n,%)

Var	4 (5.3)	0 (0.0)	0.120 ^{†a}
Yok	71 (94.7)	75 (100.0)	

Akrabalarda psikiyatrik hastalık (n,%)

Yok	35 (46.7)	48 (64.0)	0.082 ⁺
Bipolar Bozukluk	2 (2.7)	3 (4.0)	
Depresyon	23 (30.7)	10 (13.3)	
Şizofreni	3 (4.0)	2 (2.7)	
Yaygın anksiyete bozukluğu	6 (8.0)	10 (13.3)	
Alkol kullanım bozukluğu	2 (2.7)	0 (0.0)	
Obsesif kompulsif bozukluk	4 (5.3)	2 (2.7)	

* Student's T Testi

† Ki-kare Testi (^aFisher'in Kesin Testi)

Hasta grubunun ilk depresyon atağı başlama yaşı ortalaması 26.73±10.24 iken, hastane yatış sayısı 1 olanların sayısı 9 (%12.0), 2 olanların sayısı 5 (%6.7), 3 olanların sayısı 1 (%1.3), 4 ve üzeri olanların sayısı ise 2 (%2.7) idi. Geçirilen atak sayısına bakıldığında; 1 atak geçirenlerin sayısı 17 (%22.7), 2 atak geçirenlerin sayısı 19 (%25.3), 3 atak geçirenlerin sayısı 15 (%20.0), 4 ve üzeri atak geçirenlerin sayısı 20 ise (%26.7) olarak bulundu. İntihar girişimi sayısına bakıldığında; yatış sayısına benzer olarak 1 intihar girişimi olanların sayısı 9 (%12.0), 2 intihar girişimi olanların sayısı 5 (%6.7), 3 intihar girişimi olanların sayısı 2 (%2.7), 4 ve üzeri intihar girişimi olanların sayısı ise 1 (%1.3) olarak bulundu. Katılımcıların %17.3'ünde kendine zarar verme girişimi olduğu, bunların 6'sında (%9.3) 4 ve üzeri olduğu tespit edildi. Aldığı tedavi türüne bakıldığında ise; katılımcıların %92.0'sinde ilaç tedavisi uygulandığı, %2.7'sinde terapi, %1.3'ünde EKT, %4.0'ünde ise TMS tedavisi uygulandığı belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hasta grubunun sahip oldukları depresyona ait bazı klinik özellikleri

	Hasta grubu (n=75)
İlk depresyon atağı başlama yaşı (Ort±Ss)	26.73±10.24
Hastane yatış sayısı (n,%)	
0	58 (77.3)
1	9 (12.0)
2	5 (6.7)
3	1 (1.3)
4 ve üzeri	2 (2.7)
Geçirilen atak sayısı (n,%)	
0	4 (5.3)
1	17 (22.7)
2	19 (25.3)
3	15 (20.0)
4 ve üzeri	20 (26.7)
İntihar girişimi sayısı (n,%)	
0	58 (77.3)
1	9 (12.0)
2	5 (6.7)
3	2 (2.7)
4 ve üzeri	1 (1.3)

Kendine zarar verme girişimi sayısı (n,%)

0	62 (82.7)
1	5 (6.7)
2	0 (0.0)
3	1 (1.3)
4 ve üzeri	6 (9.3)

Aldığı tedavi türü (n,%)

İlaç tedavisi	69 (92.0)
Terapi	2 (2.7)
Ekt	1 (1.3)
TMS	3 (4.0)
Toplam	75 (100.0)

Hasta grubunda Kişilik Ölçeği - Arayış ($22,77 \pm 4,84$), ve Oyun ($20,55 \pm 5,73$) alt ölçek puanları ile kontrol grubu Kişilik Ölçeği - Arayış alt ölçek puanları arasında [sırasıyla ($24,85 \pm 4,42$) ve ($24,69 \pm 5,53$)] anlamlı fark bulundu. Hasta grubunda Kişilik Ölçeği- Arayış ve Oyun alt ölçek puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha **düşüktü** (sırasıyla $p=0.007$ ve $p<0.001$).

Hasta grubu ve kontrol grubu arasında korku, öfke ve üzüntü alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.027$ ve $p<0.001$). Hasta grubunda Korku ($26,87 \pm 5,82$), Öfke ($26,01 \pm 5,86$) ve Üzüntü ($25,51 \pm 5,47$) alt ölçek puan ortalamaları ise kontrol grubuna göre [sırasıyla ($23,19 \pm 5,50$), ($23,71 \pm 6,71$) ve ($19,47 \pm 4,48$)] daha **yüksek** bulundu. Buna karşın Bakım ve Maneviyat alt ölçek puanları açısından hasta grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (sırasıyla $p=0.827$ ve $p=0.424$).

Dayanıklılık Ölçeğine bakıldığında; bütün alt ölçeklerde ve toplam puanda hasta grubunda yer alan katılımcıların puanlarının ortalaması ile kontrol grubu ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.002$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). Hasta grubunda YPDÖ alt ölçekleri ve (Kendilik Algısı-Gelecek Algısı-Yapısal Stil-Sosyal Yeterlilik-Aile Uyum-Sosyal Kaynaklar-) ve toplam puan ortalamaları [sırasıyla $17,28\pm5,07$, $11,25\pm4,09$, $12,63\pm3,22$, $18,69\pm5,10$, $18,89\pm4,89$, $24,75\pm5,36$ ve $103,51\pm18,90$], kontrol grubuna göre [sırasıyla $22,48\pm3,96$, $15,25\pm3,46$, $14,32\pm3,25$, $22,87\pm3,70$, $22,19\pm4,72$, $29,01\pm3,69$ ve $125,92\pm14,90$] daha **düşüktü** (Tablo 4.3).



Tablo 4.3. Hasta ve kontrol grubunun Kişilik Ölçeği (Arayış-Korku-Bakım-Öfke - Oyun-Üzüntü-Maneviyat) ve Dayanıklılık Ölçeği (Kendilik Algısı-Gelecek Algısı-Yapısal Stil-Sosyal Yeterlilik-Aile Uyumu-Sosyal Kaynaklar-Toplam puan) ortalama puanları açısından karşılaştırılması

	Hasta grubu (Ort±Ss) (n=75)	Kontrol grubu (Ort±Ss) (n=75)	<i>p</i>
Kişilik Ölçeği - Arayış Puanı	22,77±4,84	24,85±4,42	0.007*
Kişilik Ölçeği - Korku Puanı	26,87±5,82	23,19±5,50	<0.001*
Kişilik Ölçeği - Bakım Puanı	26,84±6,30	27,05±5,60	0.827*
Kişilik Ölçeği - Öfke Puanı	26,01±5,86	23,71±6,71	0.027*
Kişilik Ölçeği - Oyun Puanı	20,55±5,73	24,69±5,53	<0.001*
Kişilik Ölçeği - Üzüntü Puanı	25,51±5,47	19,47±4,48	<0.001*
Kişilik Ölçeği - Maneviyat Puanı	18,36±6,21	19,15±5,79	0.424*
Dayanıklılık Ölçeği - Kendilik Algısı	17,28±5,07	22,48±3,96	<0.001*
Dayanıklılık Ölçeği - Gelecek Algısı	11,25±4,09	15,25±3,46	<0.001*
Dayanıklılık Ölçeği - Yapısal Stil	12,63±3,22	14,32±3,25	0.002*
Dayanıklılık Ölçeği - Sosyal Yeterlilik	18,69±5,10	22,87±3,70	<0.001*
Dayanıklılık Ölçeği - Aile Uyumu	18,89±4,89	22,19±4,72	<0.001*
Dayanıklılık Ölçeği - Sosyal Kaynaklar	24,75±5,36	29,01±3,69	<0.001*
Dayanıklılık Ölçeği – Toplam puan	103,51±18,90	125,92±14,90	<0.001*

* Student's T Testi

Grupların Kişilik Ölçeği- Arayış Alt Ölçek Puanlarının hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda yaş ve cinsiyete göre anlamlı farklar yaratmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Grupların Kişilik Ölçeği - Arayış Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	P	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	P
Yaş						
≤ 30 yaş	34	23.65±5.18	0.157*	41	23.49±4.16	0.174*
>30 yaş	41	22.05±4.48		34	24.09±4.66	
Cinsiyet						
Kadın	44	23.39±4.44	0.194*	44	25.22±3.69	0.380*
Erkek	31	21.90±5.31		30	24.30±5.35	
* Student's T Testi						

Hasta grubunda Kişilik Ölçeği- Korku Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre anlamlı farklar yaratmadığı belirlendi ($p>0.05$). Buna karşın kontrol grubunda Korku Alt Ölçek Puanlarında, kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulundu ($p=0.029$). Kadınlarda Korku alt ölçeği puan ortalamaları ($24.31±4.92$) erkeklere göre ($21.50±5.97$) **yüksekti** (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Grupların Kişilik Ölçeği - Korku Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	P
Yaş						
≤ 30 yaş	34	27.94±5.68	0.147*	41	24.00±5.80	0.162*
>30 yaş	41	28.98±5.86		34	22.21±5.04	
Cinsiyet						
Kadın	44	27.66±6.01	0.162*	44	24.31±4.92	0.029*
Erkek	31	25.74±5.44		30	21.50±5.97	
* Student's T Testi						

Grupların Kişilik Ölçeği - Bakım Alt Ölçek Puanlarının hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda yaşa göre anlamlı farklar yaratmadığı belirlendi ($p>0.05$). Buna karşın hem hasta hem de kontrol grubunda Bakım alt ölçek ortalama puanlarında kadınlar ile erkekler arasında anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p<0.001$ ve $p=0.010$). Bakım puan ortalamaları kadınlarda (sırasıyla 28.91 ± 5.13 ve 28.40 ± 5.00) erkeklere göre (sırasıyla 23.90 ± 6.71 ve 25.03 ± 5.93) **yüksekti** (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Grupların Kişilik Ölçeği - Bakım Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	P
Yaş						
≤ 30 yaş	34	26.09±6.56	0.351*	41	26.69±6.09	0.481*
>30 yaş	41	27.46±6.09		34	27.56±5.00	
Cinsiyet						
Kadın	44	28.91±5.13	<0.001*	44	28.40±5.00	0.010*
Erkek	31	23.90±6.71		30	25.03±5.93	
* Student's T Testi						

Grupların Kişilik Ölçeği - Öfke Alt Ölçek Puanlarının hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda cinsiyete göre anlamlı farklar yaratmadığı belirlendi ($p>0.05$). Buna karşın hem hasta hem de kontrol grubunda Öfke alt ölçek puan ortalamalarında ≤ 30 yaş katılımcılar ile >30 yaş katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (sırasıyla $p=0.045$ ve $p=0.040$). 30 yaş ve altı katılımcılarda hasta ve kontrol grubunda (sırasıyla $27.50±5.00$ ve $25.15±7.33$) 30 yaş üstü katılımcılara göre (sırasıyla $24.78±6.29$ ve $21.97±5.49$) puan ortalamaları **yüksekti** (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Grupların Kişilik Ölçeği - Öfke Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	P	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	P
Yaş						
≤ 30 yaş	34	27.50±5.00	0.045*	41	25.15±7.33	0.040*
>30 yaş	41	24.78±6.29		34	21.97±5.49	
Cinsiyet						
Kadın	44	25.31±6.67	0.224*	44	24.29±6.49	0.361*
Erkek	31	27.00±4.39		30	22.83±7.04	
* Student's T Testi						

Grupların Kişilik Ölçeği - Oyun Alt Ölçek Puanlarının hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda cinsiyete göre anlamlı farklar yaratmadığı bulundu ($p>0.05$). Buna karşın kontrol grubunda Oyun alt ölçek puan ortalamalarına baktığımızda; 30 yaş ve altı katılımcılar ile 30 yaş üstü katılımcılar arasında anlamlı fark bulundu ($p=0.041$). 30 yaş ve altı katılımcılarda (25.88 ± 4.89), 30 yaş üstüne (23.26 ± 5.98) göre ortalama puanlar **yüksekti**. Ancak hasta grubunda aradaki farkın anlamlı olmadığı tespit edildi ($p=0.828$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Grupların Kişilik Ölçeği - Oyun Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	P
Yaş						
≤ 30 yaş	34	20.71±5.23	0.828*	41	25.88±4.89	0.041*
>30 yaş	41	20.41±6.18		34	23.26±5.98	
Cinsiyet						
Kadın	44	20.55±5.32	0.998*	44	24.36±4.56	0.521*
Erkek	31	20.55±6.35		30	25.20±6.77	
* Student's T Testi						

Grupların Kişilik Ölçeği - Üzüntü Alt Ölçek Puanlarının hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda yaş ve cinsiyete göre anlamlı farklar yaratmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Grupların Kişilik Ölçeği - Üzüntü Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	P
Yaş						
≤ 30 yaş	34	26.26±6.37	0.278*	41	20.00±4.61	0.261*
>30 yaş	41	24.88±4.58		34	18.82±4.30	
Cinsiyet						
Kadın	44	26.11±5.89	0.255*	44	19.96±4.47	0.250*
Erkek	31	24.65±4.76		30	18.73±4.47	
* Student's T Testi						

Hem hasta hem de kontrol grubunda ASKÖ, Maneviyat alt ölçek puanlarında >30 yaş katılımcılar ile ≤ 30 yaş katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (sırasıyla p=0.038 ve p=0.019). 30 yaş üstü katılımcılarda (sırasıyla 19.71±6.17 ve 20.85±4.05) ortalama puanlar 30 yaş altına göre (sırasıyla 16.74±5.94 ve 17.73±6.64) **yüksekti.**

Hasta grubunda kadın hastaların Maneviyat alt ölçek puan ortalamaları ile erkek hastaların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0.005). Kadınların (20.02±6.33) puan ortalamaları erkeklere (16.00±5.27) göre daha yüksekti. Kontrol grubunda iki cinsiyet grubu arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi (p=0.085) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Grupların Kişilik Ölçeği - Maneviyat Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	P	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	P
Yaş						
≤ 30 yaş	34	16.74±5.94	0.038*	41	17.73±6.64	0.019*
>30 yaş	41	19.71±6.17		34	20.85±4.05	
Cinsiyet						
Kadın	44	20.02±6.33	0.005*	44	20.09±5.55	0.085*
Erkek	31	16.00±5.27		30	17.73±5.95	
* Student's T Testi						

Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Kendilik Algısı Alt Ölçek Puanlarının hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda yaş ve cinsiyete göre anlamlı farklar yaratmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Kendilik Algısı Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	P	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	P
Yaş						
≤ 30 yaş	34	16,35±5,18	0.151*	41	21,66±3,78	0.050*
>30 yaş	41	18,05±4,91		34	23,47±4,00	
Cinsiyet						
Kadın	44	17,14±5,14	0.773*	44	22,13±4,09	0.358*
Erkek	31	17,48±5,05		30	23,00±3,76	
* Student's T Testi						

Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Gelecek Algısı Alt Ölçek Puanlarının hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda yaş ve cinsiyete göre anlamlı farklar yaratmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Gelecek Algısı Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	P	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	P
Yaş						
≤ 30 yaş	34	11,06±4,57	0.711*	41	15,78±2,84	0.150*
>30 yaş	41	11,41±3,70		34	14,62±4,05	
Cinsiyet						
Kadın	44	11,32±4,33	0.872*	44	15,36±3,49	0.757*
Erkek	31	11,16±3,80		30	15,10±3,48	
* Student's T Testi						

Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Yapısal Stil Alt Ölçek Puanlarının hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda yaş ve cinsiyete göre anlamlı farklar yaratmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Yapısal Stil Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	P	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	P
Yaş						
≤ 30 yaş	34	12,56±2,85	0.869*	41	13,78±3,11	0.115*
>30 yaş	41	12,68±3,53		34	14,97±3,33	
Cinsiyet						
Kadın	44	13,20±3,01	0.064*	44	14,56±3,52	0.446
Erkek	31	11,81±3,37		30	13,97±2,82	
* Student's T Testi						

Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Sosyal Yeterlilik Alt Ölçek Puanlarının hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda yaş ve cinsiyete göre anlamlı farklar yaratmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Sosyal Yeterlilik Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	P	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	P
Yaş						
≤ 30 yaş	34	18,76±5,12	0.913*	41	23,29±3,36	0.277*
>30 yaş	41	18,63±5,15		34	22,35±4,06	
Cinsiyet						
Kadın	44	18,41±4,97	0.569*	44	22,87±3,82	1.000*
Erkek	31	19,10±5,34		30	22,87±3,56	
* Student's T Testi						

Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Aile Uyumu Alt Ölçek Puanlarının hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda yaş ve cinsiyete göre anlamlı farklar yaratmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Aile Uyumu Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	P	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	P
Yaş						
≤ 30 yaş	34	17,97±4,88	0.138*	41	22,37±4,50	0.721*
>30 yaş	41	19,66±4,83		34	21,97±5,04	
Cinsiyet						
Kadın	44	18,48±4,33	0.384*	44	21,62±4,80	0.207*
Erkek	31	19,48±5,62		30	23,03±4,55	
* Student's T Testi						

Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Sosyal Kaynaklar Alt Ölçek Puanlarının hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda yaşa göre anlamlı farklar yaratmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Buna karşın hasta grubunda kadınlar ile erkekler arasında Sosyal Kaynaklar Alt Ölçek Puanlarında anlamlı fark bulundu ($p=0.034$). Kadınlarda ölçek puan ortalamaları ($25,84\pm4,70$) erkeklere göre ($23,19\pm5,91$) daha **yüksekti** (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Sosyal Kaynaklar Alt Ölçek Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	P	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	P
Yaş						
≤ 30 yaş	34	24,38±5,90	0.596*	41	29,71±3,25	0.074*
>30 yaş	41	25,05±4,91		34	28,18±4,04	
Cinsiyet						
Kadın	44	25,84±4,70	0.034*	44	29,33±3,34	0.362*
Erkek	31	23,19±5,91		30	28,53±4,17	
* Student's T Testi						

Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği - Toplam Puanlarının hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda yaş ve cinsiyete göre anlamlı farklar yaratmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği – Toplam Puanlarının yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	P	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	P
Yaş						
≤ 30 yaş	34	101,09±19,45	0.316*	41	126,83±13,40	0.565*
>30 yaş	41	105,51±18,42		34	124,82±16,67	
Cinsiyet						
Kadın	44	104,41±17,28	0.626*	44	125,76±14,76	0.908*
Erkek	31	102,23±21,21		30	126,17±15,35	
* Student's T Testi						

Depresyon grubunda bazı klinik verilerle (depresyon atak sayısı, hastane yatış sayısı, intihar sayısı ve kendine zarar verme girişimi sayısı) Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği – Toplam Puanları kıyaslandığında; Hastane yatış sayısı ve Geçirilen atak sayısına göre anlamlı farklar bulunmadı (sırasıyla $p=0.170$ ve $p=0.178$).

Buna karşın 1 intihar girişimi olanlar ve 2 ve üzeri intihar girişimi olanlar ile intihar girişimi bulunmayanlar arasında Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği – Toplam Puanlarında anlamlı farklar bulundu (sırasıyla $p=0.002$ ve $p=0.027$). İntihar girişimi bulunmayan grubun ortalama YPDÖ toplam puanları ($108,00\pm16,49$), 1 intihar girişimi olan gruba ($86,00\pm20,64$) ve 2 ve üzeri intihar girişimi olan gruba ($90,63\pm17,95$) göre yüksekti.

Benzer şekilde YPDÖ toplam puanlarında kendine zarar verme girişimi sayısı 2 üzeri olanlar ile kendine zarar verme girişimi bulunmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0.014$). Kendine zarar verme girişimi sayısı 2 üzeri olan hastaların YPDÖ Toplam Puanları ($86,63\pm22,58$),

kendine zarar verme girişimi bulunmayanlar hastalardan (106,32±17,53) **düşüktü.**
(Tablo 4.18).



Tablo 4.18. Hasta grubunun Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği – Toplam Puanlarının bazı klinik özelliklere göre karşılaştırılması

	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği – Toplam Puanları (Ort±Ss)	P
Hastane yatış sayısı		
0	105,48±18,47	0.170*
1	93,00±21,00	
2 ve üzeri	101,00±17,66	
Geçirilen atak sayısı		
0	108,75±12,17	0.178*
1	107,29±18,90	
2	109,58±14,22	
3	99,00±17,23	
4 ve üzeri	96,85±23,19	
İntihar girişimi sayısı		
0	108,00±16,49	<0.001*
1	86,00±20,64	
2 ve üzeri	90,63±17,95	
Kendine zarar verme girişimi sayısı		
0	106,32±17,53	0.011*
1	95,60±15,90	
2 üzeri	86,63±22,58	

* Tek Yönlü Varyans Analizi (Posthoc:Bonferroni)

Hasta grubunda ASKÖ Arayış Alt Ölçek Puanları ile Bakım ve Oyun Alt Ölçek Puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.333$, $p=0.004$ ve $r=0.373$, $p=0.001$).

Hasta grubunda ASKÖ Korku Alt Ölçek Puanları ile Üzüntü Alt Ölçek Puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** ($r=0.599$, $p<0.001$), ancak Korku Alt Ölçek Puanları ile Oyun Alt Ölçek Puanları ve YPDÖ Kendilik Algısı Alt Ölçek puanları arasında **negatif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı (sırasıyla $r=-0.362$, $p=0.001$ ve $r=-0.411$, $p<0.001$).

Hasta grubunda Bakım Alt Ölçek Puanları ile Maneviyat ve YPDÖ Sosyal Kaynaklar Alt Ölçek Puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu belirlendi (sırasıyla $r=0.466$, $p<0.001$ ve $r=0.396$, $p<0.001$).

Hasta grubunda Öfke Alt Ölçek Puanları ile Maneviyat ve YPDÖ Aile Uyumlu Alt Ölçek Puanları arasında **negatif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu saptandı (sırasıyla $r=-0.385$, $p=0.001$ ve $r=-0.392$, $p<0.001$).

Hasta grubunda Oyun Alt Ölçek Puanları ile YPDÖ Sosyal Yeterlilik Alt Ölçek Puanları arasında **pozitif yönde, iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu ($r=0.626$, $p<0.001$), Oyun Alt Ölçek Puanları ile YPDÖ Sosyal Kaynaklar ve Toplam Puanı arasında ise **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu tespit edildi (sırasıyla $r=0.371$, $p=0.001$ ve $r=0.390$, $p<0.001$).

Hasta grubunda Üzüntü Alt Ölçek Puanları ile YPDÖ Kendilik Algısı ve Toplam Puanı arasında **negatif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu (sırasıyla $r=-0.505$, $p<0.001$ ve $r=-0.461$, $p<0.001$), Üzüntü Alt Ölçek Puanları ile Gelecek Algısı ve Sosyal Yeterlilik arasında ise **negatif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu tespit edildi (sırasıyla $r=-0.394$, $p<0.001$ ve $r=-0.319$, $p=0.005$).

Hasta grubunda Kendilik Algısı Alt Ölçek Puanları ile Gelecek Algısı ve YPDÖ Toplam Puanları arasında **pozitif yönde, iyi ve çok iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu (sırasıyla $r=0.633$, $p<0.001$ ve $r=0.744$, $p<0.001$), Yapısal Stil, Sosyal Yeterlilik ve Sosyal Kaynaklar Puanları arasında ise **pozitif yönde, düşük-orta ve orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu tespit edildi (sırasıyla $r=0.326$, $p=0.004$, $r=0.510$, $p<0.001$ ve $r=0.445$, $p<0.001$).

Hasta grubunda Gelecek Algısı Alt Ölçek Puanları ile Sosyal Yeterlilik ve Sosyal Kaynaklar Alt Ölçek Puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** (sırasıyla $r=0.504$, $p<0.001$ ve $r=0.499$, $p<0.001$), Gelecek Algısı ile YPDÖ Toplam Puanları arasında ise **pozitif yönde, çok iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu tespit edildi ($r=0.746$, $p<0.001$).

Hasta grubunda Yapısal stil Alt Ölçek Puanları ile YPDÖ Toplam Puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu belirlendi ($r=0.467$, $p<0.001$).

Hasta grubunda Sosyal Yeterlilik Alt Ölçek Puanları ile Sosyal Kaynaklar Alt Ölçek Puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** ($r=0.552$, $p<0.001$), Sosyal Yeterlilik ile YPDÖ Toplam Puanları arasında ise **pozitif yönde, mükemmel derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu tespit edildi ($r=0.777$, $p<0.001$).

Hasta grubunda Psikolojik Dayanıklılık Aile Uyum Alt Ölçek Puanları ile Sosyal Kaynaklar ve YPDÖ Toplam Puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.363$, $p<0.001$ ve $r=0.473$, $p<0.001$)

Hasta grubunda Sosyal Kaynaklar Alt Ölçek Puanları ile YPDÖ Toplam Puanları arasında **pozitif yönde, mükemmel derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu tespit edildi ($r=0.794$, $p<0.001$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Hasta grubunda Kişilik Ölçeği (Arayış-Korku-Bakım-Öfke -Oyun-Üzüntü-Maneviyat) ve Dayanıklılık Ölçeği (Kendilik Algısı-Gelecek Algısı-Yapısal Stil-Sosyal Yeterlilik-Aile Uyumu-Sosyal Kaynaklar-Toplam puan) puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)

		Arayış	Korku	Bakım	Öfke	Oyun	Üzüntü	Maneviyat	Kendilik Algısı	Gelecek Algısı	Yapısal Stil	Sosyal Yeterlilik	Aile Uyumu	Sosyal Kaynaklar
Korku	r	,014												
	p	,907												
	N	75												
Bakım	r	,333*	,236*											
	p	0.004	,041											
	N	75	75											
Öfke	r	,184	,107	-,179										
	p	,113	,360	,125										
	N	75	75	75										
Oyun	r	,373*	-,362*	,271*	,242*									
	p	0.001	0.001	,019	,036									
	N	75	75	75	75									
Üzüntü	r	-,028	,599*	,180	,204	-,289*								
	p	,814	<0.001	,122	,079	,012								
	N	75	75	75	75	75								
Maneviyat	r	,057	-,124	,466*	-,385*	,120	-,139							
	p	,624	,288	<0.001	0.001	,304	,236							
	N	75	75	75	75	75	75							
Kendilik Algısı	r	,185	-,411*	,048	-,142	,265*	-,505*	,176						
	p	,112	<0.001	,681	,224	,022	<0.001	,130						
	N	75	75	75	75	75	75	75						

Gelecek Algısı	r	,125	-,252*	-,025	-,046	,224	-,394*	,163	,633*					
	p	,286	,029	,831	,694	,054	<0.001	,162	<0.001					
	N	75	75	75	75	75	75	75	75					
Yapısal Stil	r	,191	,098	,182	-,042	,013	-,031	,145	,326*	,298*				
	p	,101	,402	,118	,721	,914	,790	,216	0.004	0.009				
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75				
Sosyal Yeterlilik	r	,208	-,267*	,228*	-,001	,626*	-,319*	,158	,510*	,504*	,264*			
	p	,074	,020	,050	,995	<0.001	0.005	,177	<0.001	<0.001	,022			
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75			
Aile Uyumu	r	-,087	,020	,185	-,392*	-,029	-,263*	,120	,070	,115	,034	,225		
	p	,458	,866	,113	<0.001	,807	,023	,304	,549	,325	,770	,052		
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75		
Sosyal Kaynaklar	r	,202	-,078	,396*	-,190	,371*	-,280*	,174	,445*	,499*	,225	,552*	,363*	
	p	,082	,506	<0.001	,102	0.001	,015	,136	<0.001	<0.001	,052	<0.001	<0.001	
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	
Toplam Puanı	r	,200	-,238*	,261*	-,212	,390*	-,461*	,231*	,744*	,746*	,467*	,777**	,473*	,794*
	p	,085	,040	,024	,068	<0.001	<0.001	,046	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75

*Pearson Korelasyon Testi

Kontrol grubunda ASKÖ Arayış Alt Ölçek Puanları ile Oyun Alt Ölçek Puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı ($r=0.472$, $p<0.001$).

Kontrol grubunda Korku Alt Ölçek Puanları ile Öfke ve Üzüntü Alt Ölçek Puanları arasında **pozitif yönde, orta ve iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** (sırasıyla $r=0.541$, $p<0.001$ ve $r=0.623$, $p<0.001$), ancak Korku Alt Ölçek Puanları ile Kendilik Algısı Alt Ölçek puanları arasında **negatif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptandı ($r=-0.494$, $p<0.001$).

Kontrol grubunda Bakım Alt Ölçek Puanları ile Maneviyat Alt Ölçek Puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu belirlendi ($r=0.419$, $p<0.001$).

Kontrol grubunda Öfke Alt Ölçek Puanları ile Üzüntü Alt Ölçek Puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu belirlendi ($r=0.403$, $p<0.001$).

Kontrol grubunda Oyun Alt Ölçek Puanları ile YPDÖ Kendilik Algısı, Gelecek Algısı ve Sosyal Yeterlilik Alt Ölçek Puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu (sırasıyla $r=0.302$, $p=0.008$, $r=0.333$, $p=0.004$ ve $r=0.360$, $p=0.002$), Oyun Alt Ölçek Puanları ile YPDÖ Sosyal Kaynaklar ve Toplam Puanı arasında ise **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu tespit edildi (sırasıyla $r=0.408$, $p<0.001$ ve $r=0.426$, $p<0.001$).

Kontrol grubunda Üzüntü Alt Ölçek Puanları ile YPDÖ Kendilik Algısı ve Toplam Puanı arasında **negatif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu (sırasıyla $r=-0.539$, $p<0.001$ ve $r=-0.436$, $p<0.001$), Üzüntü Alt Ölçek Puanları ile Gelecek Algısı, Sosyal Yeterlilik ve Aile Uyumunu arasında ise **negatif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel**

olarak anlamlı korelasyonlar olduğu tespit edildi (sırasıyla $r=-0.343$, $p=0.003$, $r=-0.302$, $p=0.008$ ve $r=-0.336$, $p=0.003$).

Kontrol grubunda Maneviyat Alt Ölçek Puanları ile Yapısal Stil Alt Ölçek Puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu belirlendi ($r=0.352$, $p=0.002$).

Kontrol grubunda Kendilik Algısı Alt Ölçek Puanları ile YPDÖ Toplam Puanları arasında **pozitif yönde, iyi ve çok iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu ($r=0.697$, $p<0.001$), Gelecek Algısı, Yapısal Stil, Sosyal Yeterlilik, Aile Uyum ve Sosyal Kaynaklar Puanları arasında ise **pozitif yönde, düşük-orta ve orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu tespit edildi (sırasıyla $r=0.399$, $p<0.001$, $r=0.427$, $p<0.001$, $r=0.301$, $p=0.009$, $r=0.358$, $p=0.002$ ve $r=0.320$, $p=0.005$).

Kontrol grubunda Gelecek Algısı Alt Ölçek Puanları ile Yapısal Stil ve Aile Uyum Alt Ölçek Puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** (sırasıyla $r=0.435$, $p<0.001$ ve $r=0.382$, $p=0.001$), Gelecek Algısı ile Sosyal Kaynaklar ve Toplam Puanlar arasında ise **pozitif yönde, çok iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu tespit edildi (sırasıyla $r=0.600$, $p<0.001$ ve $r=0.695$, $p<0.001$).

Kontrol grubunda Yapısal stil Alt Ölçek Puanları ile Psikolojik Dayanıklılık Toplam Puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu belirlendi ($r=0.585$, $p<0.001$).

Kontrol grubunda Sosyal Yeterlilik Alt Ölçek Puanları ile Sosyal Kaynaklar Alt Ölçek Puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** ($r=0.362$, $p=0.001$), Sosyal Yeterlilik ile Psikolojik Dayanıklılık Toplam Puanları arasında ise **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu tespit edildi ($r=0.511$, $p<0.001$).

Kontrol grubunda Aile Uyum Alt Ölçek Puanları ile Sosyal Kaynaklar ve Toplam Puanlar arasında **pozitif yönde, orta ve iyi derecede kuvvetli ve**

istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.475$, $p<0.001$ ve $r=0.691$, $p<0.001$).

Kontrol grubunda Psikolojik Dayanıklılık Sosyal Kaynaklar Alt Ölçek Puanları ile Psikolojik Dayanıklılık Toplam Puanları arasında **pozitif yönde, mükemmel derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu tespit edildi ($r=0.768$, $p<0.001$) (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Kontrol grubunda Kişilik Ölçeği (Arayış-Korku-Bakım-Öfke -Oyun-Üzüntü-Maneviyat) ve Dayanıklılık Ölçeği (Kendilik Algısı-Gelecek Algısı-Yapısal Stil-Sosyal Yeterlilik-Aile Uyumu-Sosyal Kaynaklar-Toplam puan) puanları arasındaki doğrusal ilişki (Korelasyon)

		Arayış	Korku	Bakım	Öfke	Oyun	Üzüntü	Maneviyat	Kendilik Algısı	Gelecek Algısı	Yapısal Stil	Sosyal Yeterlilik	Aile Uyumu	Sosyal Kaynaklar
Korku	r	,117												
	p	,317												
	N	75												
Bakım	r	,279*	,163											
	p	,015	,161											
	N	75	75											
Öfke	r	,265*	,541*	,139										
	p	,021	<0.001	,233										
	N	75	75	75										
Oyun	r	,472*	-,035	,051	,273*									
	p	<0.001	,763	,666	,018									
	N	75	75	75	75									
Üzüntü	r	-,003	,623*	,020	,403*	-,154								
	p	,977	<0.001	,865	<0.001	,188								
	N	75	75	75	75	75								
Maneviyat	r	,071	,102	,419*	-,155	-,152	,231*							
	p	,545	,384	<0.001	,185	,192	,046							
	N	75	75	75	75	75	75							
Kendilik Algısı	r	,171	-,494*	,204	-,219	,302*	-,539*	,025						

	p	,142	<0.001	,080	,059	,008	<0.001	,835						
	N	75	75	75	75	75	75	75						
Gelecek Algısı	r	,238*	-,100	,218	-,066	,333*	-,343*	-,044	,399*					
	p	,040	,393	,060	,571	,004	,003	,711	<0.001					
	N	75	75	75	75	75	75	75	75					
Yapısal Stil	r	,209	,019	,202	-,104	,021	-,073	,352*	,427*	,435*				
	p	,072	,870	,082	,374	,856	,531	,002	<0.001	<0.001				
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75				
Sosyal Yeterlilik	r	,045	-,201	,068	-,112	,360*	-,302*	,016	,301*	,059	,148			
	p	,701	,084	,562	,339	,002	,008	,891	,009	,612	,204			
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75			
Aile Uyum	r	,116	-,078	,051	-,015	,238*	-,336*	-,168	,358*	,382*	,271*	,198		
	p	,320	,505	,666	,896	,039	,003	,149	,002	,001	,019	,089		
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75		
Sosyal Kaynaklar	r	,181	,016	,232*	,014	,408*	-,158	-,040	,320*	,600*	,275*	,362*	,475*	
	p	,119	,893	,045	,903	<0.001	,176	,734	,005	<0.001	,017	,001	<0.001	
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	
Toplam Puanı	R	,243*	-,195	,248*	-,117	,426**	-,436*	,029	,697*	,695*	,585	,511*	,691*	,768*
	P	,035	,094	,032	,316	<0.001	<0.001	,803	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75

*Pearson Korelasyon Testi

Bu bölümde Depresyon Hastalarında Kişilik Ölçeği puanlarının Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanları üzerindeki yordayıcı etkisinin incelenmesine yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonuçları verilmiştir.

Kişilik Ölçeği puanlarının Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği üzerindeki yordayıcı etkisini belirlemek amacıyla ‘Stepwise’ yöntemli kullanılmıştır. Kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=18,139$ $p<0.001$). Model, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puan varyansının %31,7’sini açıklamaktadır. ÜZÜNTÜ ($\beta =-,525$, $t =-5,378$, $p<0.001$) ve BAKIM ($\beta =,355$, $t = 3,636$, $p=0.001$) alt boyutu puanlarının Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordadığı belirlenmiştir. ARAYIŞ, KORKU, ÖFKE, OYUN ve MANEVİYAT alt boyutu puanlarının ise Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordamadığı görülmüştür. (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Kişilik Ölçeği Puanlarının Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Sabit	121,207	10,710		11,317	<0.001
	ÜZÜNTÜ	-1,814	,337	-,525	-5,378	<0.001
	BAKIM	1,065	,293	,355	3,636	0.001
R=0,579 R ² =0,335 F=18,139 p<0.001						

5.TARTIŞMA

Psikolojik dayanıklılık; kişilik özellikleri gibi içsel faktörler ile ailesel ve çevresel faktörlerden etkilenen çok boyutlu bir kavramdır. Bu çalışmada remisyon döneminde olan depresyon hastalarında psikolojik dayanıklılık ile afektif sinirbilim kişilik profilleri arasındaki ilişkiye bakmayı ve bu ilişkiyi sağlıklı gönüllülerle karşılaştırmayı amaçladık. Ayrıca depresyon grubunda hastalığın klinik özelliklerinin psikolojik dayanıklılık üzerine etkisinin olup olmadığını incelemeyi hedefledik.

Çalışmamıza, son 3 aydır remisyon döneminde bulunan 75 depresyon hastası ve yapılan psikiyatrik muayenesinde aktif psikopatoloji saptanmamış 75 sağlıklı kontrol dahil edildi. Bu kişilere yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği ve afektif sinirbilim kişilik ölçeği görüşmeci tarafından uygulandı ve bu kişilerin sosyodemografik bilgileri kaydedildi.

Çalışmamızdaki depresyon hastalarının medyan yaşı 35,4 yıl, kontrol grubunkine ise 34,3 yıl idi. Depresyon grubunun %58,7'si, kontrol grubunun ise %60'ı kadın ve geri kalanları erkekti. Grupların yaş ortalamaları ve cinsiyeti arasında anlamlı fark olmaması, çalışmanın bu konuda güvenilir olduğunun bir göstergesidir. ASKÖ'de Bakım ve Üzüntü alt ölçek puanlarının kadınlarda daha yüksek saptandığı farklı kültürlerde gösterilmiştir. (96). Bu nedenle dayanıklılık puanlarının etkilenmemesi için gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı fark oluşturmamaya özen gösterilmiştir.

Gruplar arasında eğitim düzeyi, medeni durum, tıbbi hastalık, akrabalarda psikiyatrik hastalık, sigara, alkol ve madde kullanımı açısından anlamlı fark bulunmazken çalışanların yüzdesinde anlamlı fark saptandı. Çalışanların yüzdesi hasta grubunda %53,3 iken, kontrol grubunda (%73,3) daha yüksekti. Bu durum hasta grubunun son 3 aydır remisyonunda olmasına rağmen depresyonun işlevsellik düzeyini düşüren, sosyal ve mesleki becerileri etkileyen bir hastalık olmasına bağlanabilir.

Her iki grubu afektif sinirbilim kişilik profilleri açısından karşılaştırdığımızda kontrol grubunda hasta grubuna göre Arayış ve Oyun alt ölçek puanlarında anlamlı farklar bulundu. Kontrol grubunda her iki sistemin ortalama puanları da hasta grubuna göre yüksekti. Arayış sistemi canlıları dış dünyayla etkileşime girmeye, hevesle yiyecek aramaya, yenilikleri keşfetmeye ve olumlu bir beklentiye girmeye teşvik eder. Özetle kişinin motivasyonunu ve isteğini belirler. Ayrıca temel ihtiyaçların yanında kişiye haz veren madde veya sosyal temas, iletişim gibi davranışlara ulaşmaya çalışmanın da özellikle mu opioid sistemi üzerinden arayış sistemi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (83). Bu sistemin yeterli düzeyde çalışmaması depresyonda sık görülen motivasyonsuzluk, istek ve ilgi kaybı şikayetlerini açıklayabilir. Özellikle Arayış puanı düşük olan kişilerde depresyon başlama yaşının düşük, depresyon şiddetinin ise daha ağır olduğu kanıtlanmıştır (97). Arayış sistemiyle yakın ilişkileri olduğu düşünülen, sosyal bağ kurmada, gülmede ve mutlu olmada rol oynayan Oyun sisteminin de benzer bir sonuçla depresyon hastalarında kontrollere göre daha düşük olduğu hem bizim çalışmamızda hem de eski çalışmalarda görülmüştür (98).

Afektif Sinirbilim teorisine göre negatif duygulanımlardan sorumlu olarak kabul edilen Öfke, Korku ve Üzüntü sistemlerinin; çalışmamızda, depresyon grubunda yüksek olarak saptanması beklediğimiz bir sonuçtu. Klinik perspektiften Öfke'ye bakacak olursak; depresyonda olan kişilerde tahammülsüzlük sık görülen bir bulgudur. Bunun sonucunda öfkesini içe atıp bastıran hastalar olduğu gibi dışarı yansıtan, ajite depresyon hastaları da görebilmekteyiz (99). Hastalarda zaman zaman öfkenin dışavurumu; kendine zarar verme davranışı ve intihar şeklinde de olabilmektedir. Güncel bir afektif sinirbilim çalışmasında Öfke alt ölçeğinin intihar düşüncesinin varlığını önemli ölçüde tahmin ettiği bulunmuştur (100). Evrimsel açıdan hayatta kalmak için savaşıma, türler arası rekabet etme, sonraki neslini koruma gibi olaylarda Öfke sistemi anahtar rol oynar. Bu sistemin depresyon döneminde olduğu gibi ruhsal veya fiziksel kısıtlanmalarla aktifleşebileceği öngörülmüştür (101).

Korku alt ölçek puanları depresyon grubunda kontrol grubuna göre yüksek tespit edilmiştir. Nöroanatomik olarak prefrontal-limbik-subkortikal ağın fonksiyonel bağlantısı ile duygusal endofenotipler arasındaki ilişkiyi araştıran bir

çalışmada; Korku sisteminin sol putamen ile sağ OFK ve sağ orta frontal girus ile sağ insula arasındaki azalmış fonksiyonel bağlantı ile pozitif olarak ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (102). Prefrontal-limbik-subkortikal ağın duygusal bilgileri bütünleştirmede ve duygusal tepkilerin yoğunluğunu düzenlemede kritik bir rolü olduğu bilinmektedir ve bu ağın fonksiyonel bağlantısındaki anormallikler, depresif hastalardaki duygusal şikayetleri açıklayabilir (103). DSM-5'e göre bir depresyon alt türü olan bunalıtlı depresyon durumunda ve sık görülen depresyon-anksiyete bozukluğu komorbiditesinde Korku sisteminin daha aktif olacağını tahmin edebiliriz. Çalışmamızda hasta grubu oluşturulurken komorbid psikiyatrik hastalığı olanlar dahil edilmemiştir. Ancak depresyon alt türlerine göre gruplandırma yapılmamış olup bu durum bunalıtlı depresyon hastalarının Korku puanını arttırmış olma ihtimali nedeniyle çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Son olarak hasta grubu ile kontrol grubu arasındaki Üzüntü alt ölçeğine bakacak olursak; her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Hasta grubunda Üzüntü alt ölçek ortalama puanları daha yüksekti. Üzüntü alt ölçeği; yalnızlık, ayrılık kaygısı, sık ağlama, geçmiş ilişkiler ve sevilen kişilerin kaybı gibi durumlarla bağlantılıdır ve Panik/Yas sistemini gösterir (91). Afektif sinirbilim teorisine göre, depresif bozuklukların temel özelliği; Panik/Yas sisteminin güçlü aktivasyonu (olumsuz duygusallık hali) ve Arayış sisteminin düşük aktivitesidir (daha az enerji ve motivasyon). Evrimsel ve nörobiyolojik açıdan daha ayrıntılı bir örnekle açıklayacak olursak; canlı, onu doğada koruyan, hayatta tutan, büyüten bir bakım verenin kaybı sonrası glutamaterjik sistemin etkisiyle ve Panik/Yas sisteminin devreye girmesiyle ayrılık sıkıntısı yaşamaya başlar. İlk olarak dopamin aracılı Arayış sistemi; kaybettiğini arama davranışını harekete geçirir. Bu dönem hiperaktif, ajite ve stresli bir durumdur. Zamanla ventral tegmental alandan nükleus akkumbense gelen geri dönüşlerle Arayış sistemi kapanır. Bu kapanışta kappa opioid reseptörlerin önemli bir rolü olduğu bilinmektedir. Arayış sisteminin devre dışı kalmasıyla umutsuzluk hali ve içe çekilme başlar. Normal yas sürecinde de karşılaştığımız bu mekanizmaların aşırı, patolojik veya uyumsuz olması sonucu depresyon dediğimiz klinik tablo oluşur (83). Çalışmamızdaki; depresyon hastalarının kontrol grubuna kıyasla yüksek Üzüntü skorları bu teoriyi destekler nitelikte görünmektedir. Son yapılan

nörogörüntüleme çalışmalarında; Üzüntü puanlarının, amigdala ile bilateral hipokampus arasındaki fonksiyonel bağlantıların azalmasını tahmin edebildiği bulunmuştur (104). Depresyon hastalarında hipokampal hacimde küçülme olduğunu ve amigdalanın nörotisizm ve öfke gibi olumsuz kişilik özellikleri ile ilişkilendirildiği bilinmektedir (105). Panik/Yas sisteminin subkortikal temsillerinin ve depresyon hastalarında etkilenen subkortikal yapıların benzer bölgeler olduğunu görmekteyiz. Bu bilgiler ışığında çalışmamız daha önceki nörobiyolojik çalışmalarla tutarlı görünmektedir.

Biyopsikososyal bir yaklaşımla ele alınan dayanıklılık kavramı birçok farklı faktörden etkilenebilir. Çalışmamızda bu faktörlerden biri olan psikiyatrik hastalık varlığı ile dayanıklılık ilişkisine de bakılmıştır. Depresyon grubunda YPDÖ toplam ve tüm alt ölçek puanları sağlıklı kontrollere daha düşük bulundu ve istatistiksel olarak anlamlıydı. Literatürdeki benzer araştırmalar incelendiğinde depresyon ve psikolojik dayanıklılık arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur (106). Depresyon hastalarında sağlıklı kişilere göre dayanıklılığın neden daha düşük olduğunu nörobiyolojik, çevresel ve bireysel faktörler gibi farklı temeller üzerinden açıklayabiliriz. Dayanıklılığı, stres veya olumsuzluk karşısında homeostazın sürdürülmesi olarak daha önce tanımlamıştık. Araştırmalarda stresin başlangıçta kortizol salgılanmasını arttırmasına rağmen, sürekli yüksek kortizol seviyelerinin sonunda kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) ve adrenokortikotropin hormonun (ACTH) üretimini baskıladığını ve HPA eksenindeki bu bozulmaların depresyona duyarlılığı ve depresyondaki intihar riskini arttırdığı kanıtlanmıştır (107). HPA ekseninin sürekli aktivasyonu; monoamin transmisyonunda ve BDNF düzeylerinde azalmaya, oksidatif strese, yaygın inflamatuvar süreçlere ve nörodejenerasyona sebep olur. Özellikle kronik stres ve depresyonda BDNF 'nin hipokampüsteki etkilerinin azalması beyindeki nöroprotektif faktörlerin dayanıklılıkta etkin rol oynadığını düşündürmektedir (108).

Major depresyon hastalarında pro- inflamatuvar sitokinlerin yükselmesi, oto-immün veya kronik inflamatuvar hastalıkların daha sık görülmesi ve anti-inflamatuvar tedavilerin antidepresan etki göstermesi gibi kanıtların çoğalmasıyla depresyonun nöroinflamasyonla yakın ilişkili olduğu düşünülmektedir (109). Nöroinflamasyon ve dayanıklılık ilişkisi hakkında henüz yeterli çalışma olmamasına rağmen hayvan

modellerinde sosyal yenilgi stresinden sonra dayanıklı grubun IL-6 kan seviyelerinin daha düşük olduğu ve IL-6' nın antikorlarla nötralize edilmesi sonrası dayanıklılığın arttığı bulunmuştur (110). Depresyon ile nöroinflamasyon ilişkisi göz önüne alındığında; bizim çalışmamızda da görülen depresyon hastalarında dayanıklılığın düşük olması veya dayanıklılığı düşük olan kişilerde depresyonun daha sık görülmesi, psikolojik dayanıklılık ile nöroinflamatuvar süreçlerin ilişkili olabileceğini ve bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Depresyon grubunda YPDÖ puanlarının kontrol grubuna göre düşük bulunmasının bir sebebi de duygudurum bozukluklarının ortaya çıkmasında çevresel etkenlerin rolü olduğu düşünülebilir. Sosyoekonomik durum, travma, kayıp vb. gibi çevresel stresörler depresyonun tetikleyicisi olabilmektedir. Aile ve sosyal çevre destek sistemleri dayanıklılıkta önemli bir rol oynarken eksiklikleri durumunda duygudurum bozuklukları ortaya çıkabilmekte ve daha kötü seyirli olabilmektedir (111). Kontrol grubunda daha yüksek saptanan YPDÖ'nün sosyal kaynaklar, aile uyumu ve sosyal yeterlilik alt ölçekleri sosyal destek sistemlerinin depresyon hastalarına göre sağlıklı kişilerde daha iyi olduğunu ve depresyona karşı koruyucu olduğunu düşündürmektedir.

Depresyon grubunda hastalığın klinik özelliklerinin psikolojik dayanıklılık ile ilişkisine baktığımızda, YPDÖ toplam puanlarında; depresyon nedeni hastane yatış sayısı ve daha önce geçirilen atak sayısına göre anlamlı farklar bulunmadığı saptanmıştır. İntihar girişimi olan depresyon hastalarının ise olmayanlara göre YPDÖ puanlarının daha düşük olduğu bulundu ve aradaki fark anlamlıydı. Literatüre baktığımızda; yapılan bir çalışmada intihar girişimi olmayan depresyon hastalarının olanlara göre psikolojik dayanıklılık puanları bizim çalışmamıza benzer şekilde daha yüksek bulunmuştur (112). Bu sonuçları destekler şekilde ilk depresyon atağı geçiren kişilerde yapılan bir çalışma, düşük psikolojik dayanıklılığın intiharın yordayıcısı olduğunu saptamıştır (113). Psikolojik dayanıklılığın intihara karşı koruyucu bir faktör olduğu söylenebilir. Müdahalelerle dayanıklılığın artırılmasının özellikle intihar davranışı öyküsü olan hastaların tedavi planının bir parçası haline getirilmesi düşünülmelidir. Çalışmamızda intihar amaçlı olmayıp kendine zarar verme girişimi olanlarda da YPDÖ puanları

olmayanlara göre düşük bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kendine zarar verme davranışı ve intihar girişiminin çok farklı sebepleri olmakla birlikte dayanıklılığı düşük bireylerde bu riskin arttığı düşünülmektedir. Bu tür davranışları önlemek ve riski azaltmak için dayanıklılığı geliştirme konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

YPDÖ toplam puanının ve alt ölçeklerinin 30 yaş altı ve 30 yaş üstü bireylerde karşılaştırılması sonucunda her iki grupta anlamlı fark bulunamamıştır. Farklı yaş gruplarının psikolojik dayanıklılığı üzerine yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar alınmakla birlikte yaşlılarda dayanıklılığın arttığına dair bulgular saptanmıştır. COVID-19 döneminde yapılan bir çalışmada 4 farklı yaş grubu karşılaştırılmış ve pandemiden en az etkilenen ve dayanıklılığı en yüksek grubun 65 yaş üstü bireylerden oluşan grup olduğu bulunmuştur (114). Yaşlıların özellikle emasyon regülasyonu ve problem çözme becerilerinin arttığı, stresörlerle başa çıkmalarına yardımcı olabilecek öz-yeterlilik ve olumlu öz saygı duygusuna sahip oldukları düşünülmektedir. Gençlerde ise dayanıklılığı arttıran faktörler olarak; fiziksel sağlık durumları, enerjileri ve yüksek sosyal destek düzeyi öngörülmektedir (115).Bizim çalışmamızda yaş gruplarının dayanıklılıkları arasında anlamlı fark olmayışı çalışmamızın ana konusu olmamasından dolayı yaş aralıklarının daha geniş seçilmesine bağlanabilir. Yaş dayanıklılık ilişkisinde farklı yaş gruplarında, dayanıklılığı hem arttıran hem de azaltan faktörlerin çokluğu nedeniyle gruplar arasında benzer sonuçların bulunması anlaşılabilir.

Kadınlar ve erkekler arasında dayanıklılık açısından anlamlı fark olup olmadığına baktığımızda ise sadece hasta grubunda sosyal kaynaklar alt ölçeğinde kadın cinsiyetin daha yüksek puan aldığını görmekteyiz. Çalışmadaki diğer tüm YPDÖ alt ölçeklerinde ise anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde çalışmamızın bulgularını destekleyen ve desteklemeyen araştırmalar mevcuttur. Bu konuda psikoloji ve sosyoloji alanında yapılan çalışmalarda genel olarak cinsiyetin kendisinden çok toplumun ve kültürün kadın ve erkeğe farklı etkileri olduğu ve dayanıklılığın bu sebeple değişebileceği yönündedir (116). Tek istatistiksel olarak anlamlı bulgu olan depresyon grubundaki kadınlarda sosyal kaynakların erkeklere göre yüksek olmasını sosyolojik olarak açıklamayı deneyebiliriz. Maalesef toplumumuzda sık görülen cinsiyet ayrımcılığının bir boyutu; kadının sosyal,

kültürel ve ekonomik alanlarda erkeğe göre düşük konumlarda tutulmasıdır. Bu durumda kadının zayıf görülmesi sonucu fiziksel ve duygusal yönlerden kadın, yardıma ve sevgiye muhtaç bir varlık olarak algılanır (117). Bu önyargılı tutum sonucu depresyondaki kadının, erkeğe göre sosyal olarak daha fazla desteklenmesi gerekmektedir. Farklı bir bakış açısı da kadınların erkeklerden daha kolay yardım arama davranışı sergilemesinin kadınlar için sosyal desteği arttırmış olabileceğidir (118).

ASKÖ alt ölçeklerinin her iki grupta yaş ve cinsiyet yönünden karşılaştırılması sonucunda Arayış ve Üzüntü alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır. Kadınlarda; Korku alt ölçeği sadece kontrol grubunda, Maneviyat alt ölçeği sadece hasta grubunda, Bakım alt ölçeği ise her iki grupta da yüksek saptanmıştır. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır. Farklı kültürlerde ASKÖ ile cinsiyetler arasındaki farkların değerlendirildiği bir çalışmada kadınlarda Bakım ve Üzüntü puanlarının daha yüksek olduğu saptanmış. Bu durum evrimsel olarak da dişilerin daha aktif olan ön singulat girusu aracılığıyla bağlanma ve ayrılık anksiyetesine daha duyarlı olduğu ve annelik davranışı üzerinde etkili olan oksitosin seviyesinin daha yüksek olması ile tutarlı bir şekilde açıklanmıştır (96). Bizim çalışmamızda literatürden farklı olarak Üzüntü puanlarında cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır. Bu durumun psikiyatrik hastalık varlığında cinsiyetler arasındaki farkın azaldığından veya örneklem küçüklüğünden olabileceği düşünülmüştür. Yine aynı çalışmada Korku alt ölçeği puanlarının 15 ülkeden 9'unda kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Korku alt ölçeğinin coğrafi ve kültürel faktörlerle değişebildiği ve bizim ülkemizdeki artan kadın cinayetlerinin, medyanın ve toplumsal yapının rolünün bu durumu tetikleyebildiğini düşündürmektedir.

Yaş değişkeni açısından ASKÖ puanlarına baktığımızda; Oyun alt ölçeğinin sadece kontrol grubunda 30 yaş altı ile 30 yaş üstü kişilerde anlamlı farklar oluşturduğu saptanmıştır. 30 yaş altı katılımcılarda Oyun alt ölçeği puanları daha yüksekti. Yaş değişkeni göz önüne alındığında diğer istatistiksel olarak anlamlı farklar ise; her iki grupta Öfke ve Maneviyat alt ölçek puanlarındaydı. 30 yaş altı kişilerde

Öfke alt ölçeği, 30 yaş üstü kişilerde ise Maneviyat alt ölçeği ise daha yüksekti. Arayış, Korku, Bakım ve Üzüntü alt ölçeklerinde ise yaş değişkeninde herhangi bir anlamlı farka rastlanmadı. Afektif Sinirbilim Kişilik Profillerinin yaşla bir değişkenlik gösterip göstermediği konusunda literatürde herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Dahası kişiliğin yaşla değişip değişmediği tartışmalı bir konudur. Kişiliğin mizaç ve karakter olmak üzere iki farklı etmeden oluştuğu; bunlardan ilki olan mizacın doğuştan geldiği, biyolojik temelli olduğu, karakterin ise öğrenme ve toplumsal çevre ile şekillenen dinamik bir yapı olduğundan bahsetmiştik (1). Bu nedenle yaşı kişilik ile ilişkisi konusunda; karakter değişimi üzerinden varsayım oluşturulabilir. Afektif sinirbilim teorisinde; Oyun dürtüsünün evrimsel olarak var olma nedeni, yavruların avlanma, yiyecek arama, cinsellik ve sosyal yaşamı öğrenmesini sağlama olarak açıklanmaktadır. Böylece yetişkinlik hayatlarına hazırlanabilirler (119). Bu nedenle Oyun ölçeğinin puanlarının 30 yaş altı grupta daha yüksek olması çalışmamızdaki gibi beklenebilir. Öfke, genç yetişkinlerde nispeten sık ve yoğun bir şekilde deneyimlenebilir, çünkü genç yaş grubundaki bireyler hedeflerine ulaşmada engellerle karşılaşır (örneğin, kaynaklar için rekabet ederken veya geri çekilirken). Ayrıca öfke, özellikle genç yetişkinlikte başkalarına kendini kabul ettirme gibi sosyal motivasyonlar ve inatçı hedefe kitlenme gibi nedenlerle de tetiklenebilir. Yaşlandıkça öfkeyi kontrol etme becerisinin artması beklenir (120). Öfke ölçeği puanlarının da 30 yaş altı kişilerde yüksek olması beklenebilir bir bulgudur. Maneviyata bakacak olursak; farklı yaşlarda insanın dünyaya ve yaşama bakış açısı değişebilmektedir. Erik H. Erikson'un psikososyal gelişim kuramına göre benlik bütünlüğü adı verdiği insanın son evresinde daha önceki evrede elde edilen değerler ve unsurlar bütünlük ve anlam kazanır. Kişi sadece kendi benliğini değil aynı zamanda tüm insan benliğini sever. Bu dönemde maneviyat bireylere bütünlük kazandırarak ölüm korkusunu yenme konusunda yardımcı olabilir (121). Maneviyat alt ölçeği puanlarının çalışmamızdaki bulgular gibi yaşla birlikte artabileceği tahmin edilebilir.

Yaş değişkeninin ASKÖ alt ölçekleri ile ilişkisi konusunda Arayış alt ölçeğinin yenilik arayışı ile ilişkili olduğu düşünülürse 30 yaş altı bireylerde daha yüksek olması beklenebilirdi. Bizim çalışmamızda Arayış alt ölçeğinde yaş grupları arasında anlamlı farka rastlanmadı. Aynı şekilde Korku, Bakım ve Üzüntü alt

ölçeklerinde de yaş değişkeniyle bulunan farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu durumun örneklemimizin yeterince büyük olmaması ve yaş gruplarının 2 gruba kısıtlı kalması gibi çalışmamızın sınırlılıkları nedeniyle olduğu düşünülebilir. Afektif Sinirbilim teorisine göre kişilik profillerinin yaşla ilişkisi konusunda büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kişilik profillerinin dayanıklılık ile ilişkisini incelemek amacıyla yaptığımız bu çalışmada; ASKÖ alt ölçekleri ile YPDÖ alt ölçekleri arasında birçok korelasyon saptanmıştır. İlk olarak ASKÖ'den Oyun alt ölçeğine bakacak olursak; Oyun alt ölçek puanları ile YPDÖ Sosyal Kaynaklar ve Toplam Puanı arasında hasta grubunda pozitif yönde, düşük-orta derecede, kontrol grubunda ise orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu tespit edildi. Benzer bir şekilde Oyun alt ölçeğinin, Sosyal yeterlilik alt ölçeği ile de hasta grubunda iyi derecede, kontrol grubunda ise düşük orta derecede pozitif yönde korele olduğu görüldü. Oyun dürtüsünün; sosyal işlevler ve sosyal becerileri kazanmada çok önemli bir rolü vardır. Flört etme, tür içi rekabet, cinsellik ve anne babalık becerileri gibi pek çok sosyal kapasiteyi geliştirmede oyunun önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Oyun aktiviteleri sayesinde yavru hayvanlar; iş birliği kuracak ilişkileri geliştirir ve uzak duracağı rakipleri tanırlar. Grup içinde baskın veya çekinik olması gereken durumları ve gruba uyum sağlamayı öğrenirler. Oyun dürtüsünün iyi beslenmesi durumunda ise canlı; sosyal yeterliliğe sahip olur. Bu doğrultuda hayatta kalma ve neslini sürdürme şansı artar (119). İnsanlarda da durum çok farklı değildir. Yeterli ve tatmin edici sosyal çevreye sahip olanlar sosyal hedeflerini gerçekleştirmiş olurlar. YPDÖ'de Sosyal Yeterlilik alt ölçeği arkadaş ilişkisi kurabilme, dışadönüklük ile bağlantılı iken sosyal kaynaklar ise sosyal destekleri ifade eder. Bu bilgiler ışığında Oyun alt sisteminin dayanıklılık ile ilişkisinde özellikle sosyal alt ölçeklerin ön planda olduğunu görmekteyiz.

Çalışmamızda saptadığımız bir başka önemli korelasyon; sadece kontrol grubunda Korku alt ölçek puanları ile Kendilik Algısı alt ölçek puanları arasında negatif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyondur. Kendilik; kişinin kendisiyle ilgili düşünceleri, hedefleri ve

değerlendirmelerinden oluşur. Kişinin duygu ve davranışlarında belirleyicidir. Kendilik algısı; sorumluluk, istikrar ve zihinsel güçle ilişkilidir (122). YPDÖ kendilik algısı alt ölçeğinin özgüven ve özyeterlilik ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (95). Korku sistemi; evrimsel olarak bizlere armağan edilmiştir ama nelerden korkmamız gerektiğini öğrenmemiz gereklidir. Zihin kapasitemiz sayesinde diğer türlerin hayal bile edemeyeceği korkuları kendimiz üretiriz. Korku sistemi; aynı iskelet kasları gibi ne kadar çok kullanılırsa o kadar güçlü hale gelir. ASKÖ Korku alt ölçeği; kaygı, endişe, geçmiş olaylar hakkında düşünme ve karar vermede zorluk ile ilişkilidir (76). Tüm bu bilgiler ışığında Korku sistemi yoğun ve aktif olan kişilerde kaygı, kararsızlık, özgüven düşüklüğü ve kendini olduğundan yetersiz görme gibi durumlar görülebilir. Tam tersi şekilde düşük özgüvene sahip kişilerin daha yüksek korku düzeylerine sahip olduğu da söylenebilir (123). Bu durum çalışmamızda saptanan Korku alt ölçeği puanlarının artması ile kendilik algısı alt ölçeğinin puanlarının azalması ile de desteklenmiştir.

Çalışmamızda ASKÖ alt boyutlarından Üzüntü ve Bakım puanlarının YPDÖ puanlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordadığı belirlenmiştir. Bakım alt ölçeğinin pozitif yönde, Üzüntü alt ölçeğinin ise negatif yönde dayanıklılığı yordadığı bulunmuştur. Öncelikle Bakım sistemini ele alacak olursak; Evrim yeni doğan yavruların hayatta kalma şansını arttırmak için ebeveynlerinin beyinlerine subkortikal bir sistem yerleştirmiştir. Annelik itkileri bakım sisteminin temelini oluşturur. Doğada tüm memeliler ve kuşlar kendi hayatları pahasına, kendilerini tehlikeye atarak yavrularına bakarlar. Dahası annelerin bebeklerinin ağlamalarıyla, kendi beyinlerinin karşılık gelen duygusal sistemlerinin uyarıldığı ve bu sebeple bebeklerinin acısını deneyimliyor olabilecekleri düşünülmektedir. Bu bulgu yakın ilişkisi olan kişiler arasında temel empatinin örneği olarak görülmektedir (124). 2024 yılında ergen yaş grubu üzerinde yapılan bir çalışmada; dayanıklılık ile empati seviyeleri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (125).

Üzerinde durmamız gereken bir konu da Bakım sisteminin beyindeki nörokimyasal temsilidir. Oksitosinin baş rolü oynadığı bu sistemde oksitosinin dolaylı yoldan endojen opioidleri de etkilediği kanıtlanmıştır. Yeterli seviye

oksitosin varlığında az miktarda bile olsa opioidlerin rahatlatıcı, keyif verici etkileri artmakta ve uzun sürmektedir. Hem oksitosin hem de endojen opioidlerin saldırganlığı azalttığı, iyi hissetmeyi arttırdığı ve olumlu sosyal etkileşimlerde önemli rolü olduğu bilinmektedir (126). İntranasal oksitosin uygulaması ile yapılan çalışmaların derlemesinde; oksitosinin, sosyal karar alma, sosyal uyaranların işlenmesi, belirli sosyal davranışlar (örneğin göz teması) ve sosyal hafızada meydana gelen olumlu değişikliklerle ilişkisi olduğu belirtilmiştir (127). Çalışmamızda bunu destekler şekilde Bakım alt ölçeği puanları ile Sosyal Kaynaklar alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Bakım sistemi daha aktif çalışan kişilerin; empati yeteneği yüksek, özverili, çevresindeki kişileri düşünen, sosyal becerileri yüksek kişiler olduğu düşünülmektedir (128). Literatürde farklı kişilik ölçekleri ile dayanıklılık ilişkisi üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda Bakım sistemiyle ilişkili olabilecek şekilde; elseverlik (alturizm), dışadönüklük, sosyal desteklere ve genel olarak destek almaya açık olma gibi özelliklerin dayanıklılığı pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (44,129).

Çalışmamızda Üzüntü alt boyutu puanlarının Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordadığı belirlenmiştir. Üzüntü puanları arttıkça dayanıklılık puanları düşmektedir. Beyindeki Panik/Yas sistemi en güçlü şekilde, bir çocuğun ebeveyniyle iletişimini kaybetmesi veya birinin sevdiğinden ayrı kalması gibi ayrılık sıkıntısıyla tetiklenir. Bowlby'nin (1988) bağlanma kuramını da düşünecek olursak erken kayıplar yaşamış, güvensiz sosyal bağlanma oluşturan kişilerde bu sistem zarar görmeye başlar ve duyarlılığı artar; bu da yetişkinlikteki sosyal ilişkilere ve psikolojik problemlere eğilimi artırır (130). Bu sistemin kişiliğe yansımaları ASKÖ' de Üzüntü alt boyutu olarak görülmektedir. İnsanlarla ilişki kurmakta ve bu ilişkileri sağlıklı bir biçimde sürdürmekte zorluk yaşayan kişiler sosyal anlamda yeterli destek görmekte ve güçlü sosyal kaynaklara sahip olmakta zorlanabilirler. Bu durum psikolojik dayanıklılık açısından da olumsuzluğa yol açabilir.

Üzüntü puanı yüksek bireylerin hangi kişilik özelliklerine sahip olduğunu tanımlayan henüz yeterince çalışma bulunmamaktadır. Ancak Afektif Sinirbilim teorisinde tanımlanan birincil duygu sistemlerindeki bireysel farklılıklar ve Beş

Büyük kişilik özelliği üzerine bir meta-analizde Üzüntü puanlarının Nevrotizm ile güçlü bir pozitif meta-analitik korelasyon saptanmıştır (131). Nevrotiklik; duygusal kararsızlık ve dengesizlik ile tanımlanan psikolojik bir terimdir. Yüksek nevrotikliğe sahip kişilerde; anksiyete ve depresyon eğilimi, endişe, güven problemleri, alınganlık, duygularda ani değişiklikler, yaşam memnuniyeti düşüklüğü ve stresli durumlarla baş etmede zorlanma gibi özellikler görülebilmektedir (132). Literatüre baktığımızda; duygusal dengesizliğin psikolojik dayanıklılık üzerinde önemli bir yordayıcı olduğu görülmektedir(133). Bu bireylerin genellikle düşük benlik saygısı olan, kendini ve çevreyi olumsuz gören ve çabuk incinen bir profile sahip oldukları belirtilmektedir. Bu kişilerin problem çözme güçlükleri olduğu, stresli durumlarla baş edebilmekte zorlandığı ve normal olayları dahi sıkıntı olarak algıladıkları belirtilmektedir (134). Bu sebeple Üzüntü alt ölçeği puanlarının toplam psikolojik dayanıklılık puanlarını negatif yönde yordaması beklenen bir sonuç olarak görülmüştür.

ASKÖ alt ölçeklerinden Arayış, Oyun ve Bakım pozitif, Öfke, Korku ve Üzüntü negatif duygulanımlar olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda Arayış, Oyun, Korku, Öfke ve Maneviyat alt boyutu puanlarının YPDÖ puanlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordamadığı görülmüştür. Yeni deneyimlere açık kişilerin değişimler karşısında daha esnek olabileceği, daha kolay uyum sağlayabilecekleri düşünülmektedir. Ayrıca keşfetme isteği yüksek, hedefe yönelik kolayca harekete geçen bireylerin daha başarılı olabilecekleri düşünülmektedir (129). Buna rağmen Arayış alt ölçeğinin psikolojik dayanıklılığı anlamlı bir şekilde yordamadığını saptamış bulunmaktayız. Benzer şekilde sosyalleşme becerilerini geliştiren, diğer insanlarla iletişimin önemli bir parçası olan Oyun sisteminin de dayanıklılık üzerinde yordayıcı etkisi bulunmamıştır. YPDÖ alt ölçekleriyle pozitif korelasyonları bulunan bu iki olumlu duygulanımın toplam dayanıklılık üzerine yeterli etkiye sahip olmadıklarını düşünmekteyiz. Günümüz dünyasında çoğu zaman olumsuz görülen Öfke ve Korku sistemleri; evrimsel olarak baktığımızda ise vahşi doğada hayatta kalmak için (özellikle “Savaş ya da kaç” tepkisinde) kritik bir öneme sahiptir. Bu nedenle belki de bu iki primer duygu sisteminin insan hayatında ambivalan özellikleri olduğu düşünülebilir. Bu bilgiler ışığında dayanıklılık gibi çok faktörlü bir kavram üzerinde tek taraflı bir yordayıcı

etkilerinin görülmemesi beklenebilir. Doğu ve batı toplumlarında farklı ele alınan Maneviyat'ın dayanıklılık üzerine etkisini araştıran çok az çalışma vardır. Bu çalışmalarda maneviyat kavramı genellikle dar bir bakış açısıyla sadece dindarlık üzerinden değerlendirilmiştir. Geniş örneklemliler bir çalışmada, dindar kişilerin dayanıklılıklarının daha yüksek olduğu ve daha az depresif belirtiler gösterdikleri saptanmıştır (135). ASKÖ'ndeki boyutsal yaklaşımla Maneviyat kişilik profili henüz herhangi bir çalışmada incelenmemiştir. Bizim çalışmamızdaki bulgular Maneviyat'ın, dayanıklılık üzerinde yordayıcı etkisi bulunmadığı yönündedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Depresyon grubunun Öfke, Üzüntü ve Korku alt ölçek puanları kontrol grubuna oranla daha yüksek saptanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
2. Kontrol grubunun Arayış ve Oyun alt boyut puanları depresyon grubuna göre daha yüksek saptanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
3. Bakım ve Maneviyat puanları açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
4. Depresyon grubu ile kontrol grubu arasında YPDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur. Depresyon grubunda YPDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puanları daha düşük saptanmıştır.
5. Kadınlarda Korku, Bakım ve Maneviyat alt ölçek puanları erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur ve bu fark anlamlıdır.
6. Öfke, Oyun ve Maneviyat alt ölçeklerinde yaş değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur. Öfke ve Oyun alt boyutları 30 yaş altı grupta, Maneviyat alt boyutu ise 30 yaş üstü grupta daha yüksek saptanmıştır.
7. YPDÖ Sosyal Kaynaklar alt ölçeği puanlarında sadece depresyon grubunda; kadınlar ile erkekler arasında anlamlı fark görülmüştür. Kadınlarda erkeklere göre ortalama puanlar daha yüksektir.
8. İntihar girişimi olan depresyon hastalarının olmayanlara göre YPDÖ toplam puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde 2'den fazla kendine zarar verme girişimi bulunan depresyon hastalarının bulunmayanlara göre YPDÖ toplam puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır ve aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır.
9. Üzüntü alt ölçeği ile depresyon grubunda Kendilik Algısı, Gelecek Algısı, Sosyal Kaynaklar ve toplam dayanıklılık puanları arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Kontrol grubunda da aynı alt boyutlarla ve ek olarak Aile Uyumunu alt boyutu ile negatif korelasyon saptanmıştır.
10. Oyun alt ölçeği ile her iki grupta Sosyal Kaynaklar, Sosyal Yeterlilik ve toplam YPDÖ puanları arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır.

Buna ek olarak sadece kontrol grubunda Kendilik Algısı ve Gelecek Algısı alt boyutlarıyla da pozitif korelasyon bulunmuştur.

11. Bakım ile sadece depresyon grubunda Sosyal Kaynaklar alt ölçeği ile pozitif korelasyon saptanmıştır.
12. Maneviyat ile sadece kontrol grubunda Yapısal Stil alt ölçeği arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.
13. Öfke alt boyutu ile Aile Uyumunu arasında negatif korelasyon yalnızca depresyon grubunda saptanmıştır.
14. Kontrol grubunda Korku ile Kendilik Algısı alt ölçeği arasında negatif korelasyon bulunmuştur.
15. ASKÖ alt ölçeklerinden Üzüntü alt ölçeğinin negatif, Bakım alt ölçeğinin ise pozitif olarak YPDÖ puanlarını yordadığı saptanmıştır.
16. Arayış, Korku, Öfke, Oyun ve Maneviyat alt ölçeklerinin YPDÖ puanlarını istatistiksel olarak yordamadığı saptanmıştır.

Elde etmiş olduğumuz bulgular, sınırlı sayıdaki afektif sinirbilim ve psikolojik dayanıklılık literatürü ile uyumlu görünmekle birlikte konu ile ilgili yapılacak pek çok araştırmaya gereksinim olduğu düşünülmektedir.

7. ÖZET

Çalışmanın amacı, afektif sinirbilim kişilik profilleri ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Bu araştırma, Akdeniz Üniversitesi hastanesi psikiyatri polikliniğinde yapılmış, kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmaya DSM-5 tanı kriterlerine göre majör depresyon tanısı almış, en az 3 aydır remisyonda olan, ek psikiyatrik ve nörolojik tanısı olmayan, 18-65 yaş arası, okur-yazar, çalışmaya gönüllü 75 hasta alındı. DSM-5 tanı kriterlerine göre çalışmaya alındığı dönemde psikiyatrik veya nörolojik hastalık tanısı olmayan gönüllü 75 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda, psikolojik dayanıklılık düzeyini Üzüntü ve Bakım kişilik profillerinin yordadığı bulunmuştur. Bakım puanları arttıkça ve Üzüntü puanları azaldıkça, dayanıklılık artmaktadır. Buna ek olarak Oyun ve Maneviyat sistemlerinin dayanıklılığın alt boyutları ile pozitif ilişkileri olduğu bulunmuştur. Korku ve Öfke profilleri yüksek olan kişilerinse dayanıklılık alt boyutlarında düşüklük görülmüştür.

Bu sonuçlar literatürde kabul gören kişilik özelliklerinin psikolojik dayanıklılığı etkilediği görüşü ile uyumludur. Psikolojik dayanıklılığı daha iyi anlamak, tanımlamak ve geliştirici müdahalelerde bulunmak için bu konuda daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Psikolojik dayanıklılık, Afektif sinirbilim

8. ABSTRACT

The aim of the study is to examine the relationship between affective neuroscience personality profiles and psychological resilience.

This study is conducted in the psychiatry outpatient clinic of Akdeniz University Hospital and it is a cross-sectional study. The study included 75 volunteer patients who were diagnosed with major depression according to DSM-5 diagnostic criteria, who were in remission for at least 3 months, who had no additional psychiatric or neurological diagnoses, who were between the ages of 18-65, literate, and volunteered to participate in the study. According to DSM-5 diagnostic criteria, 75 healthy volunteers who did not have a psychiatric or neurological disease diagnosis at the time of inclusion were included in the study. The Affective Neuroscience Personality Scale, the Resilience Scale for Adults, and the sociodemographic data form prepared by the researchers were used to collect the research data.

As a result of the research, it was found that the level of psychological resilience was predicted by the Sadness and Care personality profiles. As the Care scores increase and the Sadness scores decrease, resilience increases. In addition, it was found that the Game and Spirituality systems had positive relationships with the sub-dimensions of resilience. People with high Fear and Anger profiles were found to have low resilience sub-dimensions.

These results are consistent with the view that personality traits affect psychological resilience, which is accepted in the literature. Further studies are needed on this subject to better understand, define and develop psychological resilience.

Keywords: Depression, Resilience, Affective neuroscience

9.KAYNAKLAR

1. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 18th ed. 2023.
2. Uluğ BD. Dayanıklılık Kavramı. Psikiyatr Güncel. 2022;12(4):331–41.
3. Panksepp J. A critical role for “affective neuroscience” in resolving what is basic about basic emotions. Psychol Rev [Internet]. 1992 Jul;99(3):554–60. Available from: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.99.3.554>
4. Davison K. Historical aspects of mood disorders. Psychiatry [Internet]. 2006 Apr;5(4):115–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1476179306700246>
5. Yousofpour M, Kamalinejad M, Esfahani M, Shams J, Tehrani H, Bahrami M. Role of heart and its diseases in the etiology of depression according to Avicenna's point of view and its comparison with views of classic medicine. Int J Prev Med [Internet]. 2015;6(1):49. Available from: <https://journals.lww.com/10.4103/2008-7802.158178>
6. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: J Affect Disord [Internet]. 2001 Dec;67(1–3):3–19. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032701004293>
7. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-5-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. 2022.
8. Kessler RC, Bromet EJ. The Epidemiology of Depression Across Cultures. Annu Rev Public Health [Internet]. 2013 Mar 18;34(1):119–38. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
9. Kaya B, Kaya M. 1960’lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. Klin Psikiyatr. 2007;10:3–10.
10. Sağduyu A, Özmen E, BORATAV C, Ogel K. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. Türk Psikiyatr Derg [Internet]. 2000;11(1):3–16. Available from: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/12450/birinci-basamak-saglik-hizmetlerinde-depresyon>
11. Faravelli C, Alessandra Scarpato M, Castellini G, Lo Sauro C. Gender differences in depression and anxiety: The role of age. Psychiatry Res [Internet]. 2013 Dec;210(3):1301–3. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178113006173>

12. Helvacı Çelik F, Hocaoglu Ç. Major Depressive Disorder' Definition, Etiology and Epidemiology: A Review. *J Contemp Med* [Internet]. 2016;6(1):51–66. Available from: <https://doi.org/10.16899/ctd.03180>
13. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet* [Internet]. 2018 Nov;392(10161):2299–312. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618319482>
14. Norkeviciene A, Gocentiene R, Sestokaite A, Sabaliauskaite R, Dabkeviciene D, Jarmalaite S, et al. A Systematic Review of Candidate Genes for Major Depression. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2022 Feb 14;58(2):285. Available from: <https://www.mdpi.com/1648-9144/58/2/285>
15. Heilig M, Zachrisson O, Thorsell A, Ehnvall A, Mottagui-Tabar S, Sjögren M, et al. Decreased cerebrospinal fluid neuropeptide Y (NPY) in patients with treatment refractory unipolar major depression: preliminary evidence for association with preproNPY gene polymorphism. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2004 Mar;38(2):113–21. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395603001018>
16. Yang C, Sun N, Ren Y, Sun Y, Xu Y, Li A, et al. Association between AKT1 gene polymorphisms and depressive symptoms in the Chinese Han population with major depressive disorder. *Neural Regen Res*. 2012;7(3):235–9.
17. Tsybko AS, Ilchibaeva T V., Popova NK. Role of glial cell line-derived neurotrophic factor in the pathogenesis and treatment of mood disorders. *Rev Neurosci* [Internet]. 2017 Apr 1;28(3):219–33. Available from: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/revneuro-2016-0063/html>
18. Ramesh V, Venkatesan V, Chellathai D, Silamban S. Association of Serum Biomarker Levels and BDNF Gene Polymorphism with Response to Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Indian Patients with Major Depressive Disorder. *Neuropsychobiology* [Internet]. 2021;80(3):201–13. Available from: <https://karger.com/NPS/article/doi/10.1159/000507371>
19. Bartova L, Lanzenberger R, Rujescu D, Kasper S. Reply to: “The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence” published by Moncrieff J, Cooper RE, Stockmann T, Amendola S, Hengartner MP, Horowitz MA in *Molecular Psychiatry* (2022 Jul 20. doi: 10.1038/s41380-022-01661-0). *Mol Psychiatry* [Internet]. 2023 Aug 16;28(8):3153–4. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41380-022-01661-0>
20. Baune BT, Hohoff C, Roehrs T, Deckert J, Arolt V, Domschke K. Serotonin receptor 1A –1019C/G variant: Impact on antidepressant pharmacoresponse in melancholic depression? *Neurosci Lett* [Internet]. 2008 May;436(2):111–5.

- Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304394008002784>
21. Carr G V., Lucki I. The role of serotonin receptor subtypes in treating depression: a review of animal studies. *Psychopharmacology (Berl)* [Internet]. 2011 Feb 24;213(2–3):265–87. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00213-010-2097-z>
22. Maletic V, Eramo A, Gwin K, Offord SJ, Duffy RA. The Role of Norepinephrine and Its α -Adrenergic Receptors in the Pathophysiology and Treatment of Major Depressive Disorder and Schizophrenia: A Systematic Review. *Front Psychiatry* [Internet]. 2017 Mar 17;8. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2017.00042/full>
23. Montgomery AJ, Stokes P, Kitamura Y, Grasby PM. Extrastriatal D2 and striatal D2 receptors in depressive illness: Pilot PET studies using [¹¹C]FLB 457 and [¹¹C]raclopride. *J Affect Disord* [Internet]. 2007 Aug;101(1–3):113–22. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032706004708>
24. Mitani H, Shirayama Y, Yamada T, Kawahara R. Plasma levels of homovanillic acid, 5-hydroxyindoleacetic acid and cortisol, and serotonin turnover in depressed patients. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* [Internet]. 2006 May;30(3):531–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0278584605003556>
25. Irwin MN, VandenBerg A. Retracing our steps to understand ketamine in depression: A focused review of hypothesized mechanisms of action. *Ment Heal Clin* [Internet]. 2021 May 1;11(3):200–10. Available from: <https://meridian.allenpress.com/mhc/article/11/3/200/464975/Retracing-our-steps-to-understand-ketamine-in>
26. Rana T, Behl T, Sehgal A, Singh S, Sharma N, Abdeen A, et al. Exploring the role of neuropeptides in depression and anxiety. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* [Internet]. 2022 Mar;114:110478. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0278584621002372>
27. Dinan TG, Scott L V. Anatomy of melancholia: focus on hypothalamic–pituitary–adrenal axis overactivity and the role of vasopressin. *J Anat* [Internet]. 2005 Sep 26;207(3):259–64. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7580.2005.00443.x>
28. Spellman T, Liston C. Toward Circuit Mechanisms of Pathophysiology in Depression. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2020 May 1;177(5):381–90. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2020.20030280>

29. Schmaal L, Pozzi E, C. Ho T, van Velzen LS, Veer IM, Opel N, et al. ENIGMA MDD: seven years of global neuroimaging studies of major depression through worldwide data sharing. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2020 May 29;10(1):172. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41398-020-0842-6>
30. Wang K, Hu Y, Yan C, Li M, Wu Y, Qiu J, et al. Brain structural abnormalities in adult major depressive disorder revealed by voxel- and source-based morphometry: evidence from the REST-meta-MDD Consortium. *Psychol Med* [Internet]. 2023 Jun 15;53(8):3672–82. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291722000320/type/journal_article
31. Li X, Wang J. Abnormal neural activities in adults and youths with major depressive disorder during emotional processing: a meta-analysis. *Brain Imaging Behav* [Internet]. 2021 Apr 24;15(2):1134–54. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11682-020-00299-2>
32. Martin M, Rehani K, Jope RS, Michalek SM. Toll-like receptor–mediated cytokine production is differentially regulated by glycogen synthase kinase 3. *Nat Immunol* [Internet]. 2005 Aug 10;6(8):777–84. Available from: <https://www.nature.com/articles/ni1221>
33. Bonaccorso S, Marino V, Biondi M, Grimaldi F, Ippoliti F, Maes M. Depression induced by treatment with interferon-alpha in patients affected by hepatitis C virus. *J Affect Disord* [Internet]. 2002 Dec;72(3):237–41. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032702002641>
34. Gałecki P, Mossakowska-Wójcik J, Talarowska M. The anti-inflammatory mechanism of antidepressants – SSRIs, SNRIs. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* [Internet]. 2018 Jan;80:291–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0278584617300726>
35. Maes M, Yirmiya R, Norberg J, Brene S, Hibbeln J, Perini G, et al. The inflammatory & neurodegenerative (I&ND) hypothesis of depression: leads for future research and new drug developments in depression. *Metab Brain Dis* [Internet]. 2009 Mar 16;24(1):27–53. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11011-008-9118-1>
36. Taylor D, Richardson P. The psychoanalytic/psychodynamic approach to depressive disorders. In: *Oxford Textbook of Psychotherapy* [Internet]. Oxford University PressOxford; 2005. p. 127–36. Available from: <https://academic.oup.com/book/54011/chapter/422205520>
37. May U. In conversation: Freud, Abraham and Ferenczi on “Mourning and Melancholia” (1915–1918). *Int J Psychoanal* [Internet]. 2019 Jan 2;100(1):77–

98. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00207578.2018.1556070>
38. Batmaz S, Kaymak SU, Soygur AH, Ozalp E, Turkcapar MH. The distinction between unipolar and bipolar depression: A cognitive theory perspective. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2013 Oct;54(7):740–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010440X13000497>
39. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/ Klinik Psikiyatri. 11th ed. 2016.
40. Malhi GS, Bell E, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Hazell P, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust New Zeal J Psychiatry* [Internet]. 2021 Jan 22;55(1):7–117. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867420979353>
41. Cleare A, Pariante C, Young A, Anderson I, Christmas D, Cowen P, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol* [Internet]. 2015 May 12;29(5):459–525. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269881115581093>
42. Rhee TG, Shim SR, Forester BP, Nierenberg AA, McIntyre RS, Papakostas GI, et al. Efficacy and Safety of Ketamine vs Electroconvulsive Therapy Among Patients With Major Depressive Episode. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2022 Dec 1;79(12):1162. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2797209>
43. Driessen E, Fokkema M, Dekker JJM, Peen J, Van HL, Maina G, et al. Which patients benefit from adding short-term psychodynamic psychotherapy to antidepressants in the treatment of depression? A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Psychol Med* [Internet]. 2023 Oct 21;53(13):6090–101. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291722003270/type/journal_article
44. Babic R, Babic M, Rastovi P, Curlin M, Simic J, Mandi K, et al. Resilience in health and illness. *Psychiatr Danub*. 2020;32:226–32.
45. Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. What is resilience? *Can J Psychiatry*. 2011;56(5):258–65.
46. Troy AS, Willroth EC, Shallcross AJ, Giuliani NR, Gross JJ, Mauss IB. Psychological Resilience : An Affect-Regulation Framework. 2023;547–76.

47. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V. Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. *Med*. 2019;55(11):1–22.
48. Stellman JM, Smith RP, Katz CL, Sharma V, Charney DS, Herbert R, et al. Enduring mental health morbidity and social function impairment in world trade center rescue, recovery, and cleanup workers: The Psychological dimension of an environmental health disaster. *Environ Health Perspect*. 2008;116(9):1248–53.
49. Bonanno GA. The resilience paradox. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2021;12(1). Available from: <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1942642>
50. Murrough JW, Russo SJ. The Neurobiology of Resilience: Complexity and Hope. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2019 Sep;86(6):406–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322319315495>
51. Feder A, Charney D, Collins K. Neurobiology of resilience. *Resil Ment Heal Challenges Across Lifesp*. 2011;15(11):1–29.
52. Stetler C, Miller GE. Depression and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Activation: A Quantitative Summary of Four Decades of Research. *Psychosom Med* [Internet]. 2011 Feb;73(2):114–26. Available from: <https://journals.lww.com/00006842-201102000-00002>
53. Hirsch D, Zukowska Z. NPY and Stress 30 Years Later: The Peripheral View. *Cell Mol Neurobiol* [Internet]. 2012 Jul 24;32(5):645–59. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10571-011-9793-z>
54. Hodes GE, Pfau ML, Purushothaman I, Francisca Ahn H, Golden SA, Christoffel DJ, et al. Sex differences in nucleus accumbens transcriptome profiles associated with susceptibility versus resilience to subchronic variable stress. *J Neurosci*. 2015;35(50):16362–76.
55. Higuchi F, Uchida S, Yamagata H, Abe-Higuchi N, Hobara T, Hara K, et al. Hippocampal microRNA-124 enhances chronic stress resilience in mice. *J Neurosci*. 2016;36(27):7253–67.
56. Ungar M, Theron L. Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 May;7(5):441–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036619304341>
57. Shaffer KM, Riklin E, Jacobs JM, Rosand J, Vranceanu AM. Psychosocial resiliency is associated with lower emotional distress among dyads of patients and their informal caregivers in the neuroscience intensive care unit. *J Crit Care*

[Internet]. 2016 Dec;36:154–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883944116302155>

58. Taliaz D, Loya A, Gersner R, Haramati S, Chen A, Zangen A. Resilience to chronic stress is mediated by hippocampal brain-derived neurotrophic factor. *J Neurosci*. 2011;31(12):4475–83.

59. Hirshfeld-Becker DR, Gabrieli JDE, Shapero BG, Biederman J, Whitfield-Gabrieli S, Chai XJ. Intrinsic Functional Brain Connectivity Predicts Onset of Major Depression Disorder in Adolescence: A Pilot Study. *Brain Connect*. 2019;9(5):388–98.

60. Leaver AM, Yang H, Siddarth P, Vlasova RM, Krause B, Cyr NS, et al. Depressed Adults. 2019;27–34.

61. Song S, Yang X, Yang H, Zhou P, Ma H, Teng C, et al. Psychological Resilience as a Protective Factor for Depression and Anxiety Among the Public During the Outbreak of COVID-19. *Front Psychol*. 2021;11(January):1–8.

62. Chen L, Wang Z, Liu D, He D, Du S, Li Z, et al. Anxiety, depression symptoms, and psychological resilience among hospitalized COVID-19 patients in isolation: A study from Wuhan, China. *Brain Behav*. 2023;13(12):1–8.

63. Kesebir S, Gündoğar D, Küçüksubaşı Y, Tatlıdil Yaylacı E. The relation between affective temperament and resilience in depression: A controlled study. *J Affect Disord*. 2013;148(2–3):352–6.

64. Eley DS, Robert Cloninger C, Walters L, Laurence C, Synnott R, Wilkinson D. The relationship between resilience and personality traits in doctors: Implications for enhancing well being. *PeerJ*. 2013;2013(1):1–16.

65. Panksepp J. Affective neuroscience of the emotional BrainMind: evolutionary perspectives and implications for understanding depression. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2010 Dec 31;12(4):533–45. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2010.12.4/jpanksepp>

66. Panksepp J. Emotional endophenotypes in evolutionary psychiatry. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2006;30(5):774–84.

67. Montag C, Davis KL. Affective Neuroscience Theory and Personality: An Update. *Personal Neurosci*. 2018;1.

68. Panksepp J. Afektif Nörobilim, İnsan ve Hayvan Duygularının Temeli. 2nd ed. 2021. 56–91 p.

69. Flores Mosri D. Affective Neuroscience Contributions to the Treatment of Addiction: The Role of Social Instincts, Pleasure and SEEKING. *Front*

Psychiatry [Internet]. 2021 Nov 23;12. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.761744/full>

70. Freud S. Instincts and Their Vicissitudes. 1915.

71. Solms M, Turnbull O. Beyin ve İç Dünya, Öznel Deneyimin Sinirbilimine Giriş. 1st ed. metis bilim; 2020.

72. Farinelli M, Panksepp J, Gestieri L, Leo MR, Agati R, Maffei M, et al. SEEKING and depression in stroke patients: An exploratory study. J Clin Exp Neuropsychol [Internet]. 2013 Apr;35(4):348–58. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13803395.2013.776009>

73. Panksepp J, Biven L. Zihnın Arkeolojisi, İnsan Duygularının Nöroevrimsel Kökeni. 2nd ed. alfa bilim; 2021.

74. Fuchshuber J, Jauk E, Hiebler-Ragger M, Unterrainer HF. The Affective Neuroscience of Sexuality: Development of a LUST Scale. Front Hum Neurosci. 2022;16(February):1–10.

75. Davis KL, Montag C. Selected principles of Pankseppian affective neuroscience. Front Neurosci. 2019;13(JAN):1–11.

76. Brienza L, Zennaro A, Vitolo E, Andò A. Affective Neuroscience Personality Scale (ANPS) and clinical implications: A systematic review. J Affect Disord [Internet]. 2023 Jan;320:178–95. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032722011107>

77. Karterud S, Pedersen G, Johansen M, Wilberg T, Davis K, Panksepp J. Primary emotional traits in patients with personality disorders. Personal Ment Health [Internet]. 2016 Nov;10(4):261–73. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pmh.1345>

78. Feinstein JS, Adolphs R, Damasio A, Tranel D. The Human Amygdala and the Induction and Experience of Fear. Curr Biol [Internet]. 2011 Jan;21(1):34–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0960982210015083>

79. Grogans SE, Bliss-Moreau E, Buss KA, Clark LA, Fox AS, Keltner D, et al. The nature and neurobiology of fear and anxiety: State of the science and opportunities for accelerating discovery. Neurosci Biobehav Rev [Internet]. 2023 Aug;151:105237. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149763423002063>

80. Siviý SM, Panksepp J. In search of the neurobiological substrates for social playfulness in mammalian brains. Neurosci Biobehav Rev [Internet]. 2011

- Oct;35(9):1821–30. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149763411000492>
81. Carré A, Chevallier C, Robel L, Barry C, Maria AS, Pouga L, et al. Tracking Social Motivation Systems Deficits: The Affective Neuroscience View of Autism. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(10):3351–63.
82. Jackson M, Solms M. Separation distress in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychanalysis*. 2013;15(2):117–25.
83. Zellner MR, Watt DF, Solms M, Panksepp J. Affective neuroscientific and neuropsychanalytic approaches to two intractable psychiatric problems: Why depression feels so bad and what addicts really want. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2011;35(9):2000–8. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.01.003>
84. Montag C, Widenhorn-Müller K, Panksepp J, Kiefer M. Individual differences in Affective Neuroscience Personality Scale (ANPS) primary emotional traits and depressive tendencies. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2017 Feb;73:136–42. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010440X16303947>
85. He Z, Lu F, Sheng W, Han S, Pang Y, Chen Y, et al. Abnormal functional connectivity as neural biological substrate of trait and state characteristics in major depressive disorder. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2020;102(February).
86. Taymur I, Turkcapar M. Personality: Description, Classification and Evaluation. *Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry* [Internet]. 2012;4(2):154. Available from:
<http://dergipark.gov.tr/doi/10.5455/cap.20120410>
87. Crocq MA. Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2013 Jun 30;15(2):147–53. Available from:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2013.15.2/macrocq>
88. Eysenck HJ. Psychophysiology and Personality: Extraversion, Neuroticism and Psychoticism. In: *Individual Differences and Psychopathology* [Internet]. Elsevier; 1983. p. 13–30. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780122739033500079>
89. Cloninger CR. A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1987 Jun 1;44(6):573. Available from:
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1987.01800180093014>

90. TATAR A. Uzun Form Beş Faktör Kişilik Envanteri ve Gözden Geçirilmiş Uzun Form Altı Faktörlü Kişilik Envanteri Faktör Yapılarının Karşılaştırması. *Humanist Perspect* [Internet]. 2021 Oct 24;3(3):610–25. Available from: <http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.47793/hp.978662>
91. Davis KL, Panksepp J, Normansell L. The Affective Neuroscience Personality Scales: Normative Data and Implications. *Neuropsychanalysis* [Internet]. 2003 Jan;5(1):57–69. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15294145.2003.10773410>
92. Özkarar-Gradwohl FG, Panksepp J, İçöz FJ, Çetinkaya H, Köksal F, Davis KL, et al. The influence of culture on basic affective systems: the comparison of Turkish and American norms on the affective neuroscience personality scales. *Cult Brain*. 2014;2(2):173–92.
93. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 2003 Jun 24;12(2):65–76. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mpr.143>
94. Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 2005 Feb;14(1):29–42. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mpr.15>
95. Basim N. Psikolojik dayanıklılık ölçeği güven-geçer. 2011;22(2).
96. Özkarar-Gradwohl FG, Turnbull OH. Gender effects in personality: a cross-cultural affective neuroscience perspective. *Cult Brain* [Internet]. 2021 Dec 19;9(2):79–96. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s40167-021-00099-5>
97. Sanwald S, Widenhorn-Müller K, Schönfeldt-Lecuona C, Montag C, Kiefer M. Correction to: Factors related to age at depression onset: the role of SLC6A4 methylation, sex, exposure to stressful life events and personality in a sample of inpatients suffering from major depression (*BMC Psychiatry*, (2021), 21, 1, (167), 10.1186/s12888-021-03166-6). *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):1–14.
98. Fuchshuber J, Hiebler-Ragger M, Kresse A, Kapfhammer HP, Unterrainer HF. Do Primary Emotions Predict Psychopathological Symptoms? A Multigroup Path Analysis. *Front Psychiatry* [Internet]. 2019 Aug 30;10. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyt.2019.00610/full>

99. Novaco RW. Anger and Psychopathology. In: International Handbook of Anger [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2010. p. 465–97. Available from: https://link.springer.com/10.1007/978-0-387-89676-2_27
100. Hoşgören Alici Y, Ceran S, Hasanli J, Asut G, Özel B, Ucar Hasanli Z, et al. Why Do Some Depressive Patients Have Suicidal Ideation but Others Not? Suicidal Ideation From the Perspective of Affective Neuroscience Personality Traits. *Brain Behav*. 2024;14(10):e70077.
101. Montag C, Elhai JD, Davis KL. A comprehensive review of studies using the Affective Neuroscience Personality Scales in the psychological and psychiatric sciences. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2021;125(July 2020):160–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.02.019>
102. Lu F, Cui Q, He Z, Sheng W, Pang Y, Chen Y, et al. Prefrontal-limbic-striatum dysconnectivity associated with negative emotional endophenotypes in bipolar disorder during depressive episodes. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 Dec;295:422–30. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032721008600>
103. Graham BM, Milad MR. Prefrontal Cortex Regulation of Emotion and Anxiety. In: Ressler KJ, editor. *Neurobiology of Mental Illness* [Internet]. Oxford University Press; 2013. p. 580–92. Available from: <https://academic.oup.com/book/31813/chapter/266571411>
104. Deris N, Montag C, Reuter M, Weber B, Markett S. Functional connectivity in the resting brain as biological correlate of the Affective Neuroscience Personality Scales. *Neuroimage* [Internet]. 2017 Feb;147:423–31. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1053811916306826>
105. Aghajani M, Veer IM, van Tol MJ, Aleman A, van Buchem MA, Veltman DJ, et al. Neuroticism and extraversion are associated with amygdala resting-state functional connectivity. *Cogn Affect Behav Neurosci* [Internet]. 2014 Jun 19;14(2):836–48. Available from: <https://link.springer.com/10.3758/s13415-013-0224-0>
106. Nrugham L, Holen A, Sund AM. Associations Between Attempted Suicide, Violent Life Events, Depressive Symptoms, and Resilience in Adolescents and Young Adults. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2010 Feb;198(2):131–6. Available from: <https://journals.lww.com/00005053-201002000-00008>
107. Jokinen J, Nordström P. HPA axis hyperactivity as suicide predictor in elderly mood disorder inpatients. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2008

- Nov;33(10):1387–93. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306453008001911>
108. Duman RS. Neuronal damage and protection in the pathophysiology and treatment of psychiatric illness: Stress and depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11(3):239–55.
109. Więdołcha M, Marcinowicz P, Krupa R, Janoska-Jaździk M, Janus M, Dębowska W, et al. Effect of antidepressant treatment on peripheral inflammation markers – A meta-analysis. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* [Internet]. 2018 Jan;80:217–26. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0278584617300659>
110. Hodes GE, Pfau ML, Leboeuf M, Golden SA, Christoffel DJ, Bregman D, et al. Individual differences in the peripheral immune system promote resilience versus susceptibility to social stress. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2014;111(45):16136–41.
111. McGiffin JN, Galatzer-Levy IR, Bonanno GA. Socioeconomic resources predict trajectories of depression and resilience following disability. *Rehabil Psychol* [Internet]. 2019 Feb;64(1):98–103. Available from:
<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/rep0000254>
112. Rossetti MC, Tosone A, Stratta P, Collazzoni A, Santarelli V, Guadagni E, et al. Different roles of resilience in depressive patients with history of suicide attempt and no history of suicide attempt. *Rev Bras Psiquiatr*. 2017;39(3):216–9.
113. De Berardis D, Fornaro M, Valchera A, Rapini G, Di Natale S, De Lauretis I, et al. Alexithymia, resilience, somatic sensations and their relationships with suicide ideation in drug naïve patients with first-episode major depression: An exploratory study in the “real world” everyday clinical practice. *Early Interv Psychiatry* [Internet]. 2020 Jun 11;14(3):336–42. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eip.12863>
114. Na L, Yang L, Mezo PG, Liu R. Age disparities in mental health during the COVID19 pandemic: The roles of resilience and coping. *Soc Sci Med* [Internet]. 2022 Jul;305:115031. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953622003379>
115. Gooding PA, Hurst A, Johnson J, Tarrier N. Psychological resilience in young and older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2012 Mar 6;27(3):262–70. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2712>

116. Turner S. 3. Recognizing and Enhancing Natural Resiliency in Boys and Girls. In: Resiliency Enhancement [Internet]. Columbia University Press; 2000. p. 29–39. Available from: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.7312/norm11800-002/html>
117. Dökmen Z. Toplumsal Cinsiyet. istanbul: sistem yayıncılık; 2006. 122 p.
118. GÜLTEKİN İ, DURMUŞ E. Erkek Rolü Normlarının Psikolojik Yardım Arama Engelleriyle İlişkisi. Pamukkale Univ J Educ [Internet]. 2023 Nov 7; Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.9779/pauefd.1198597>
119. Panksepp J, Biven L. Zihnin Arkeolojisi, İnsan Duygularının Nöroevrimsel Kökeni. 2nd ed. alfa bilim; 2021. 482–525 p.
120. Kunzmann U, Wrosch C. Not all negative emotions are equal - Sadness and anger develop differently and their adaptivity is age-graded. Curr Opin Psychol [Internet]. 2024 Feb;55:101766. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352250X23002117>
121. Erikson EH. İnsanın 8 Evresi. 5th ed. Okuyan us; 2020. 97–104 p.
122. Palenzuela-Luis N, Duarte-Clíments G, Gómez-Salgado J, Rodríguez-Gómez JÁ, Sánchez-Gómez MB. International Comparison of Self-Concept, Self-Perception and Lifestyle in Adolescents: A Systematic Review. Int J Public Health [Internet]. 2022 Sep 29;67. Available from: <https://www.ssph-journal.org/articles/10.3389/ijph.2022.1604954/full>
123. Fernandes B, Newton J, Essau CA. The Mediating Effects of Self-Esteem on Anxiety and Emotion Regulation. Psychol Rep [Internet]. 2022 Apr 24;125(2):787–803. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0033294121996991>
124. Swain JE, Lorberbaum JP, Kose S, Strathearn L. Brain basis of early parent–infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. J Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2007 Mar 7;48(3–4):262–87. Available from: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2007.01731.x>
125. Wang J, Yang Q, Yu X, Hu L. Effects of Adolescent Empathy on Emotional Resilience: The Mediating Role of Depression and Self-Efficacy and the Moderating Effect of Social Activities. Behav Sci (Basel) [Internet]. 2024 Mar 12;14(3):228. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-328X/14/3/228>
126. Putnam PT, Chang SWC. Interplay between the oxytocin and opioid systems in regulating social behaviour. Philos Trans R Soc B Biol Sci [Internet].

2022 Aug 29;377(1858). Available from:
<https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rstb.2021.0050>

127. MacDonald K, MacDonald TM. The Peptide That Binds. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. 2010 Jan;18(1):1–21. Available from:
<https://journals.lww.com/00023727-201001000-00001>

128. Panksepp J, Biven L. *Zihnin Arkeolojisi, İnsan Duygularının Nöroevrimsel Kökeni*. 2nd ed. alfa bilim; 2021. 392–427 p.

129. GÖKALP EA, YÖNDEM Z. ERGENLERDE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞE GÖRE YORDANMASI. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg* [Internet]. 2021 Sep 15;21(3):759–68. Available from:
<http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.17240/aibuefd.2021.21.64908-877822>

130. Panksepp J, Biven L. *Zihnin Arkeolojisi, İnsan Duygularının Nöroevrimsel Kökeni*. 2nd ed. alfa bilim; 2021. 428–477 p.

131. Marengo D, Davis KL, Gradwohl GÖ, Montag C. A meta-analysis on individual differences in primary emotional systems and Big Five personality traits. *Sci Rep* [Internet]. 2021 Apr 2;11(1):7453. Available from:
<https://www.nature.com/articles/s41598-021-84366-8>

132. Somer O, Korkmaz M, Tatar A. Beş Faktör Kişilik Envanteri'nin Geliştirilmesi-I: Ölçek ve Alt Ölçeklerin Oluşturulması. *Türk Psikol Derg*. 2002;17(50):21–36.

133. Topçu F. ÜNİVERSİÖğrencileriniPsikolojik DayanıklılıkDüzeylerinde Beş FaktKişiliÖzelliklerinin YordayEtkisiniİncelenmesi. 2017;

134. Davey M, Eaker DG, Walters LH, Eaker DG. Resilience Processes in Adolescents: Personality Profiles, Self-Worth, and Coping. *J Adolesc Res*. 2003;

135. Manning LK, Miles A. Examining the Effects of Religious Attendance on Resilience for Older Adults. *J Relig Health*. 2018;57(1):191–208.

10.EKLER

Ek-1. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
Tıbbi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı:

Depresyonda Afektif Sinirbilim Kişilik Profillerinin Dayanıklılık ile İlişkisi

b. Araştırmanın İçeriği:

Çalışmamızda depresyon tanısı alan hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeylerinin afektif sinirbilim kişilik profilleri ile ilişkisini ölçmek ve eğer kişilik profilleri ile dayanıklılık arasında bir ilişki varsa bu ilişkinin sağlıklı gönüllülerde farklı olup olmadığını belirlemek amaçlanmıştır.

c. Araştırmanın Amacı:

Böylece psikiyatrik hastalıklarda kişilik profillerinin hastalık ve seyri ile ilişkisine yeni bir afektif sinirbilim bakış açısıyla bakmak mümkün olacaktır. Ayrıca depresyon hastalarının seyrinde dayanıklılığı etkileyen kişilik profillerinin olup olmadığının açığa çıkarılması amaçlanmaktadır.

d. Araştırmanın Nedeni:

() Bilimsel araştırma

(X) Tez çalışması

e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 8 ay

f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:

Depresyon tanısı ile takipli 40 hasta ve 40 sağlıklı gönüllü

g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Yok

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar: Yok

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Herhangi bir risk veya zarar söz konusu değildir.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Depresyon tanılı hastaların afektif sinirbilim kişilik profillerinin ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin saptanarak hastaya özgü tedavi süreçlerinin düzenlenmesi

3. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Prof.Dr. Gülsüm Özge Baysal Telefon:

4. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Prof.Dr. Gülsüm Özge Baysal tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

5. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

6. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

7. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

Ek-2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Adı-Soyadı:

2. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

3. Doğum tarihi (GG/AA/YY):

4. Öğrenim düzeyi: 1.Yok 2. Okur-yazar 3. İlköğretim 4. Lise 5.Yüksek
6. Master/Doktora

5. Çalışabilirlik: 1. Çalışıyor 2. İşsiz 3. Öğrenci 4. Emekli

6. Medeni durum: 1. Bekar 2. Evli 3. Boşanmış

7. Herhangi bir tıbbi hastalığınız var mı? (Varsa belirtiniz) 1. VAR

(.....) 2.YOK

8. Sigara kullanımı : 1. Var 2. Yok

9. Alkol kullanımı: 1. Var 2. Yok

10. Madde kullanımı: 1. Var 2. Yok

11. Akrabalarda psikiyatrik hastalık: 1. Var__ 2. Yok__

Soru "1.Var" olarak kodlandığında 12. soru yanıtlanmalıdır.

12. Aşağıda kodlanmış (kesinleşmiş olan) hastalıkları akrabalarındaki varlık

durumlarına göre işaretleyiniz:

1. Bipolar Bozukluk 2. Depresyon 3.Şizofreni 4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

5. Alkol Kullanım Bozukluğu

6. Madde Kullanım Bozukluğu 7. OKB

8.Diğer(.....)

**BUNDAN SONRAKİ KISIM SADECE DEPRESYON TANILI HASTALAR TARAFINDAN
DOLDURULACAKTIR.**

13. İlk depresyon atağı başlama yaşı :

14. Daha önce geçirilen depresyon atak sayısı:

15. Depresyon nedeniyle hastane yatış sayısı:

16. İntihar girişimi sayısı:

17. İntihar amaçlı olmayıp kendine zarar verme girişimi sayısı:

18. Şu anda herhangi bir psikiyatrik tedavi alıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Cevabınız evetse;

Ne tür bir tedavi almaktasınız? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1) İlaç tedavisi

İlacın adı ve dozu :

Ne kadar süredir bu ilacı

kullanıyorsunuz?

2) Terapi

3)EKT

4)TMS

5) Diğer.....