



ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

DİSTİMİ VE DEPRESİF BOZUKLUKLARDA KİMLİK, KİŞİLİK VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. YAŞAN BİLGE ŞAİR

DANIŞMAN
Prof.Dr. İ. Ferhan DEREBOY

AYDIN-2011

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

DİSTİMİ VE DEPRESİF BOZUKLUKLARDA KİMLİK, KİŞİLİK VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. YAŞAN BİLGE ŞAİR

DANIŞMAN
Prof.Dr. İ. Ferhan DEREBOY

AYDIN-2011

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tezimin oluşmasındaki katkılarımdan dolayı sayın hocam Prof.Dr. Ferhan DEREBOY'a, teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim sırasında bilgilerini esirgemeyen Prof.Dr. Levent SEVİNÇOK, Prof.Dr. Çiğdem DEREBOY, Prof.Dr. Mehmet ESKİN, Yrd.Doç.Dr. Vesile Altınyazar'a teşekkür ederim.

Nöroloji rotasyonum sırasında kendilerinden çok şey öğrendiğim hocalarım Prof.Dr. Ali AKYOL, Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU, Doç.Dr. Cengiz TATAROĞLU ve Yrd.Doç.Dr. Ayça ÖZKUL'a ve destek ve yardımlarını esirgemeyen nöroloji asistanı arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Ege Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim dalındaki hocalarıma eğitimime katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Sonsuz anlayışı, sevgisi ve desteği yanımda olan sevgili eşim Dr. Ahmet ŞAİR'e, annem ve babama ve biricik oğlum Efe'ye teşekkür ederim.

Dr. Yaşan Bilge ŞAİR

İçindekiler

1. GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER	1
1.1. Distimi: Tanım ve İlişkili Kavramlar	1
1.2. Distimi: Klinik Özellikler.....	3
1.2.1. Distiminin Semptom Profili	3
1.2.2. Distimiye Eşlik Eden Tanılar.....	5
1.2.3. Distimide Tipler, Gidiş ve Prognoz	6
1.2.4. Distiminin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	8
1.3. Distiminin Epidemiyolojisi.....	9
1.3.1. Distimi ve Depresif Bozuklukların Yaygınlığı	9
1.3.2. Distimi ve Yaş	10
1.3.3. Distimi ve Cinsiyet.....	11
1.3.4. Distimi ve Diğer Risk Faktörleri	12
1.4. Distimi ile Kişilik Bozukluğu Bağlantısı.....	12
1.5. Distimi ve Kimlik Bocalaması	14
1.6. Distimi ve Mizaç	18
2. AMAÇLAR.....	20
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	21
3.1. Katılımcılar.....	21
3.2. Gereçler	21
3.2.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I).	21
3.2.2. DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II).....	21
3.2.3. Kimlik Duygusu Değerlendirme Aracı (KDDA).....	22
3.2.4. Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Auto questionnaire Türkçe versiyonu (TEMPS-A).....	22
3.2.5. Hamilton Depresyon Skalası(HAM-D)	23
3.2.6. Genel Kişilik işlevselliği Klinik Değerlendirme Formu	23
3.3. İstatistiksel Analizler	24
4. BULGULAR	25
4.1. Hastaların Depresif Bozukluk Tanı Gruplarına Dağılımı.....	25

4.2. Distimi ve Depresif Bozukluklarda Kişilik Bozukluklarının Sıklığı.....	26
4.2.1. <i>DSM-3R Kişilik Bozukluğu Tanılarının Sıklığı ve Gruplara Dağılımı</i>	27
4.2.2. <i>DSM-5 Genel Kişilik Bozukluğu Tanısının Sıklığı ve Gruplara Dağılımı</i>	30
4.2.3. <i>Depresif Kişilik Bozukluğu Tanısının Sıklığı ve Gruplara Dağılımı</i>	31
4.3. Distimi ve Depresif Bozukluklarda Mizaç Özellikleri	32
4.4. Distimi ve Depresif Bozukluklarda Kimlik Bocalaması	35
4.5. Distimik ve Depresif Hastalarda Kişilik Bozukluğu, Kimlik Bocalaması, Mizaç İlişkisi	36
5. TARTIŞMA.....	39
5.1. Distimi ve Akut/Kronik Majör Depresyon: Eş Hastalanma Oranları.....	39
5.2. Distimi ve Kişilik Bozuklukları: Majör Depresyonla Ayrışan ve Örtüşen Yanlar	40
5.3. Distimi ve Kimlik Bocalaması: Majör Depresyonla Ayrışan ve Örtüşen Yanlar.....	42
5.4. Distimi ve Mizaç: Majör Depresyonla Örtüşen ve Ayrışan Yanlar.....	43
5.5. Kişilik Bozuklukları, Kimlik Bocalaması ve Mizaç Boyutları.....	44
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	46
7. ÖZETLER	48
7.1 Özet.....	48
7.2. Abstract.....	50
8. KAYNAKLAR.....	52
9. EKLER	58
9.1. ADÜ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI DİSTİMİ ARAŞTIRMASI KLİNİSYEN DERECELENDİRME VE DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME (SCID-I). RAPOR FORM	58
9.2. Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Auto questionnaire Türkçe versiyonu (TEMPS-A).....	73
9.3. DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II).	76
9.4. Kimlik Duygusu Değerlendirme Aracı (KDDA)	80
9.5. Klinik Değerlendirme Formu	82

1. GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

1.1. Distimi: Tanım ve İlişkili Kavramlar

Distimik bozukluk, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren kronik bir depresif duygudurumun varlığıdır. Distimik bozukluğu olan kişiler duygudurumlarını kederli ya da hüzünlü olarak tanımlarlar. Çocuklarda duygudurum depresif olmaktan çok irritabil olabilir. Bu kişiler ilgi düzeylerinde belirgin bir azalma olduğunu ve aşırı özeleştiri yaptıklarını ve kendilerini yetersiz bulduklarını söylerler. Bu semptomlar kişinin gündelik yaşantısının bir parçası durumuna gelmiştir.

Distimik bozukluk tipik olarak ayakta geçirilen, görece stabil bir sosyal işlevsellikle seyreden bir hastalıktır. Buradaki dengelik oldukça hassas bir durumdur. Hastaların birçoğunun sahip oldukları enerjinin tümünü işte harcadıklarını, keyif veren ya da ailevi ve sosyal etkinliklere hiç zaman ayırmadıkları görülmüştür. Distimik bozukluğu olan bireylerin kendilerini işe adanmalarının depresif duygudurumlarını ve içedönüklüklerine karşı verdikleri mücadeleye ikincil gelişmiş aşırı kompensasyon veya savunma olduğu düşünülmektedir. Kraepelin bu tür kişileri şöyle tanımlamıştır: bu kişilerin yaşam ve etkinlikleri, alışkanlık biçiminde ve görev anlayışı içinde, kendilerini yadsıyarak taşıdıkları ve varoluşun keyif veren yanlarını içermeyen bir yükür.

Distimi, kronik ve yeti yitimine yol açan fiziksel hastalığı olan yaşlı hastalarda sık görülmektedir. Distimik bozukluğun varlığı altta yatan hastalığın gidişini olumsuz yönde etkilemektedir. Geç başlangıçlı distimik bozuklukta kognitif ve bilişsel semptomlar, vejetatif ve psikomotor semptomlara göre belirgindir. Major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve komorbid kişilik bozukluğu nadir görülmektedir. Bunların tersine, major stresör faktörler ve medikal hastalıklar geç başlangıçlı distimik bozukluk öncesinde çok sık görülen öncüllerdir.

Distimik bozukluk, atası olan nevrotik depresyondan daha sınırlı bir kavram olmasına rağmen hala oldukça heterojen bir yapıyı tanımlamaktadır. Tipik olarak nevrotik depresyonu olan hastalar, daha hafif depresyonu, daha belirgin anksiyete semptomları olan ve psikososyal stresörlere daha yatkın olan hastalardır. Episodik yerine kronik bir seyir izler. Anksiyete klinik olarak beklenen bir bulgu olmamakla birlikte distimik bozukluk tanısı anksiyete bozukluğu olan hastalara konabilmektedir (20).

DSM 4'e göre, distimi ve kronik depresyon iki farklı tanı kategorisidir. Distiminin kronik depresif bozukluktan farkı, iyi tanımlanmış bir major depresif bozukluğun sekeli olmamasıdır. En tipik olgularda hastalar şimdiye dek hep depresif olduklarından yakınır. Distimik bozukluk, en az 2 yıl, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren kronik bir depresif duygudurumun varlığıdır. Çocuklar ve ergenler için bu süre 1 yıldır. Depresif duygudurum dönemleri sırasında, iştahsızlık ya da aşırı yemek yeme, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk, düşük benlik saygısı, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü ya da karar vermede güçlük ve umutsuzluk duyguları gibi belirtilerden en az ikisi vardır.

İki yıllık dönem içinde (çocuklar ve ergenler için 1 yıl) herhangi bir semptomun olmadığı ara dönemler olsa bile bunlar 2 aydan daha uzun süreli olmamalıdır. 22 hastayla yapılan bir çalışmada ötimi periyodlarının 2-30 gün arasında (ortalama 8 gün) olduğunun bulunması, bu tanı ölçütünün uygun olduğunu düşündürmektedir (16). Distimik bozukluğun olduğu ilk 2 yılda Major Depresif epizodlar olmazsa o zaman Distimik Bozukluk tanısı konabilir. Major Depresyon, en az 2 hafta, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren çökkün duygudurum ve/veya ilgi kaybının olduğu ve bu belirtilere belirgin uyku artışı veya azalması, belirgin iştah artışı veya azalması, ajitasyon veya psikomotor retardasyon, halsizlik, enerji kaybı, yetersizlik veya suçluluk düşünceleri, dikkat azalması ve konsantrasyon kaybı ve tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri, intihar girişimi gibi belirtilerden en az beş tanesinin eşlik ettiği bir durumun varlığıdır. Kişide, sosyal işlevsellikte belirgin bozulmaya neden olur.

Distimik bozukluğa eşlik eden özellikler major depresif bozukluğa eşlik eden özelliklere benzerlik göstermektedir fakat yakınmaların belirtilerden fazla olmasıyla major depresyondan farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda, yetersizlik duyguları, genel ilgi kaybı ve hiçbir şeyden zevk alamama, toplumdan uzaklaşma, suçluluk duyguları, geçmiş hakkında düşüncelere dalıp gitmeler, öznel huzursuzluk duyguları, aşırı öfke, üretkenlikte ve yapılan etkinliklerde azalma gibi semptomların sıklıkla distimik bozukluğa eşlik ettiği görülmüştür (27). İştah ve libidoda azalma gibi nörovejetatif semptomlar ve psikomotor ajitasyon distimik hastalarda daha nadir görülmektedir (61).

Clark ve arkadaşları (8), 579 hastayla yaptıkları bir çalışmada, depresif ve distimik hastaların değersizlik, anhedoni ve disfori ile ilgili seçenekleri daha fazla işaretlediğini bulmuşlardır. Depresyonun primer olarak değersizlik, anhedoni, ve disfori ile

diğer depresif bozukluklardan ayrıldığı ve bu semptomların, depresyona özgü olan kişisel yetersizlik, başarısızlık, anhedoni ve istek kaybı gibi semptomları desteklediği bildirilmiştir. Depresif hastalarda distimik hastalara göre HAM-A ve BECK-A skorlarını daha yüksek bulmuşlar; ilgi ve istek kaybı, uyku bozuklukları ve özgüven eksikliğinin major depresyonu distimik bozukluktan ayırt etmede yardımcı olabileceğini belirtmişlerdir. Sansone ve arkadaşlarına göre (59), distimik bozukluk sinsi başlangıçlı, en az 2 yıl süreyle bazen alevlenen bazen sönen semptomlar ve kısa iyilik halleriyle karakterize iken; depresyon, iyi tanımlanmış bir başlangıç, ısrarlı semptomlar ve birbirinden belirgin olarak ayrılan epizodlar ile karakterizedir

Distimik bozukluk hafif-orta derecede semptomlarla seyretmesine rağmen birçok hastada major depresif atak kriterlerini karşılayan alevlenmeler olur ve bu durum “çifte depresyon” olarak bilinmektedir. Çifte depresyonu olan yaşlı hastalarda ayırt edici klinik özellikleri araştırıldığında sadece distimi veya major depresyonu olanlara göre umutsuzluğun daha fazla oranda olduğu görülmüştür. Bilişsel semptomlar, psikomotor ve vejetatif semptomlara göre daha fazla görülmektedir (61). 10 yıllık bir izlem çalışmasında distimi tanısı alan 87 hastanın % 58.6’sına en az bir süperimpoze depresif atak tanısı konmuş; % 78.2’sinde önceden geçirilmiş bir major depresif atak hikayesi olduğu görülmüştür. Distimik hastaların % 5.7’sinde ve kronik olmayan major depresif epizodu olan hastaların % 5’inde izlem sırasında manik/hipomanik ataklar görülmüş ve bu hastalar çalışmadan dışlanmıştır. Kalan 82 distimik bozukluk hastasının % 84.1’i ve 38 kronik olmayan major depresif bozukluk hastasının % 71.1’i çalışma sırasında major depresif atak geçirmiştir. Distimik bozukluk tanısı alan ve daha önce herhangi bir major depresif atağı olmayan 19 hastanın %79’u izlem sırasında ilk kez major depresif atak geçirmiştir (35).

1.2. Distimi: Klinik Özellikler

1.2.1. Distiminin Semptom Profili

Distimik bozukluk tanılı 40 hastanın alındığı bir çalışmada, depresif duygudurum (% 97.4), ilgi kaybı (% 84.6) ve psişik anksiyetenin (% 79.5) en sık karşılaşılan semptomlar olduğu, ardından umutsuzluk ve değersizlik duygusunun geldiği bulunmuştur. Ajitasyon, gastrointestinal semptomlar, kilo kaybı, depersonalizasyon, obsesif kompulsif semptomlar ve paranoya çok nadir görülmüştür (15). Yaşları 7 ile 18 arasında değişen distimik bozukluklu 48

çocuk ve ergenlerden oluşan bir örnekleme depresif duygudurum, halsizlik, suçluluk, ve düşük benlik saygısı deneklerin %70'inde mevcut bulunmuş; cinsiyetler arasında semptom profili açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ergenlerde sadece anhedoni çocuklara göre daha belirgin olarak değerlendirilmiş (42).

Klein ve arkadaşlarının (32) yaptığı gözden geçirme çalışmasında distimik hastalarda kognitif (düşük benlik saygısı, kötümserlik, yetersizlik duygusu, umutsuzluk, düşünceli) ve sosyal motivasyonel (sosyal çekilme, ilgi azlığı, düşük enerji, irritabilite ve azalmış etkinlik) semptomlar daha yaygın gözlenirken, vegetatif ve psikomotor (uykusuzluk, aşırı uyku, iştah azlığı veya fazlalığı, yavaşlamış olma duygusu, huzursuzluk) semptomlarının daha nadir görüldüğü saptanmıştır. Bu gözden geçirme çalışmasına alınan McCullough ve arkadaşlarının (44) 35 erken ve geç başlangıçlı distimik hastaları karşılaştırdıkları çalışmada, erken başlangıçlı hastaların % 80'den fazlasında düşük enerji, irritabilite, insomni veya hipersomni, düşük benlik saygısı ve ilgi azlığı bildirirken; geç başlangıçlı hastaların % 80'den fazlasında düşük enerji ve düşük benlik saygısı bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada erken başlangıçlı distimik hastaların %50 den azı ağlama, ödül cevapsızlığı (nonresponsiveness to rewards) ve aktivite azlığı bildirirken, geç başlangıçlılar ağlama ve ödül cevapsızlığı bildirmişler. Yine bu gözden geçirme çalışmasına alınan ve distimi tanısı olup semptom profiline bakılan 55 çocukla yapılan bir çalışmada, depresif duygudurum, öfke, başkaldırı, sevilmediğini düşünme, irritabilite ve kendini yerme (self-depreciation) %50 den fazla görülürken; anhedoni, iştah azlığı, içe kapanıklık, aşırı enerji, uyku fazlalığı, suçluluk ve yalan %15 den az oranda görülmüştür (36)

Massand ve arkadaşlarının (41), distimi ve huzursuz barsak sendromunu değerlendirdikleri bir çalışmada, 59 distimi hastasının % 31.43'ünde konstipasyon, % 22.86'sında diyare, % 37.14'ünde diyare ve konstipasyonun birlikte dominant olduğunu, % 8.57 hastada ise diyare ve konstipasyonun her ikisinin de görülmediğini bildirmişlerdir.

Ülkemizde distiminin semptom profilini araştıran tek bir çalışmaya ulaşılabilmektedir. Özmen ve arkadaşları (50) tarafından gerçekleştirilen bu çalışmada distimik hastalarda en sık görülen belirtiler halsizlik, yorgunluk, dikkati toplamada güçlük, kararsızlık, uykusuzluk ve umutsuzluk olarak bildirilmiş; cinsler arasında belirti görülme açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. DSM-4'e göre şimdiki major depresif epizod

(ŞMDE) tanı ölçütlerini karşılayan ve karşılamayan distimik bozukluklu hastalar karşılaştırıldığında iki grupta 'aşağılık duygusu' (ŞMDE karşılamayanda fazla) ve 'aşırı uyuma'(ŞMDE karşılayanda fazla) dışında araştırılan tüm belirtilerin görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

1.2.2. Distimiye Eşlik Eden Tanılar

Distimik bozukluk nadiren pür olarak görülen durumdur. Olguların birçoğunda eşlik eden psikiyatrik bozukluğa rastlanmaktadır. Bunlar arasında değişik duygudurum ve anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, alkol-madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozuklukları sayılabilir. Eşlik eden bu bozuklukların belirtileri altta yatan distimik bozukluğun semptomlarını gölgeleyebilir (59) .

Yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, erken başlangıçlı tipte daha fazla psikiyatrik komorbidite görüldüğü, eksen I'de çoğunlukla duygudurum, anksiyete ve madde kullanım bozuklukları, eksen II'de ise çoğunlukla B küme ve C küme kişilik bozukluklarının bulunduğu ve daha fazla tedavi girişimlerinde bulunulduğu saptanmıştır (6).

59 distimi hastasının alındığı bir çalışmada IBS belirtileri taranmış, hastaların % 59.3'ünde, IBS tanı kriterlerinin tamamen, % 10.2'sinde ise kısmen karşılandığı görülmüştür. Distimik hastaların % 51.5'inde distimi daha önce, % 34.3'ünde IBS daha önce ve % 14'ünde her iki hastalığın eş zamanlı (aynı yıl içinde) çıktığı tespit edilmiştir (41).

Geç başlangıçlı distimi hastalarında ise medikal rahatsızlıklara daha fazla rastlanmaktadır. En sık rastlanan hastalıklar hipertansiyon ve kalp hastalığıdır. Distimi medikal hastalığa predispozan bir faktör mü, yoksa var olan fiziksel rahatsızlığa bir stres reaksiyonu mu olduğu sorusu yanıtlanamamıştır (6).

60 yaş ve üzeri hastaların alındığı çalışmada 40 distimi hastasından sadece biri (% 2.5) erken başlangıçlı distimik bozukluk tanısı karşılamıştır. % 92.5'inde primer distimik bozukluk tanısı, % 2.5 hastada agorofobili panik bozukluk sonrası gelişen distimik bozukluk saptanırken geri kalan hastalarda ise distimik bozukluğun başlangıcı ile diğer Eksen I bozukluğu arasındaki ilişki tam olarak saptanamamıştır. Sadece % 10 hastada Eksen II tanısı konmuş, bu hastaların % 50'sinde çekingen kişilik bozukluğu, % 25'inde OKKB ve diğer % 25'inde pasif-agresif kişilik bozukluğu saptanmıştır. Major depresyon kriterlerini karşılayan

115 hastanın %16.5'i çifte depresyon tanı kriterlerini karşılamıştır. 40 distimik hastanın özgeçmişleri değerlendirildiğinde % 17.5'inin hastalığın erken dönemlerinde major depresyon tanı kriterlerini karşıladığı, % 20 hastanın, distimik bozukluğun başlangıcından yeterli bir zaman önce remisyona girmiş major depresif atağı tespit edilmiş ve toplam olarak % 32.5 hastanın hayatlarında en az bir kez major depresyon tanı kriterlerini karşıladığı görülmüştür. Alkol ve ilaç kötüye kullanımı ve komorbid anksiyete bozuklukları nadir olarak tespit edilirken, en sık görülen tıbbi durumların ise kardiyovasküler hastalıklar özellikle de hipertansiyon olduğu görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada yaşlı distimik hastaların çok azı C küme kişilik bozukluğu tanı kriterlerini karşılamıştır. (16).

Özmen ve arkadaşları (50), distimik bozukluk tanısı alan hastaların %73.9 unda en az bir kronik bedensel hastalık bulunduğu saptanmışlardır. Bu çalışmada bedensel hastalığı olanlarda distimi sıklığı araştırıldığında, kalp hastalığı (%8.3), bronşit ya da amfizem (%6.0), gastrit ya da ülser (%7.3) olanlarda ve en az bir bedensel hastalığı olanlarda (%5.0) olmayanlara göre distimi sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

1.2.3. Distimide Tipler, Gidiş ve Prognoz

Distimik bozukluk, erken başlangıçlı, geç başlangıçlı ve atipik özellikler gösteren olmak üzere 3 gruba ayrılmaktadır. Çoğu hastada başlangıç çocukluk, ergenlik veya erken erişkinlik dönemindedir. Bu erken başlangıçlı tipidir. Geç başlangıçlı tip ise çok yaygın olmayıp orta yaş ve yaşlılarda görülmektedir. Distimik bozukluğun en önemli özelliği kronisite olmasına rağmen bu bozukluğun uzun dönem gidişini belirlemeye yönelik sadece birkaç izlem çalışması vardır.

Klein ve arkadaşlarının (35) on yıllık bir izlem çalışmasının ilk beş yıllık sonuçlarına bakıldığında distimik bozukluğun iyileşme oranı % 53 ve başka bir depresif bozukluğa relaps oranı %45 olarak bulunmuştur. Ek olarak distimik bozukluğu ve çifte depresyonu olan hastaların kronik olmayan major depresif bozukluğa göre daha depresyon şiddetinin daha fazla olduğu, depresif ataklarının daha uzun sürdüğü ve iyilik hallerinin daha kısa olduğu bulunmuştur.

Klein ve arkadaşlarının (35) yaptığı 10 yıllık gözlem çalışmasında 10 yılın sonunda, distimik hastaların % 95.1'inde yaşam boyu bir depresif atak belirlenirken, %

69.5'inin iyileştiği gözlenmiştir. İyileşme oranının en fazla izlemin ilk 3 yılında olduğu tespit edilirken, çifte depresyonu olan ve olmayan distimik hastaların iyileşme oranlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (sırasıyla % 70.2 ve % 78.1). İzlem sırasında, iyileşen hastaların % 54.7'sinde kronik depresyona relaps görülmüştür. Yapılan düzeltmelerle tahmini relaps oranı % 71.4 olarak belirlenmiştir. İyileşme ve relaps arasındaki sürenin yaklaşık olarak 68 ay olduğu bulunmuş ve relaps riskinin ilk 3 yılda en fazla olduğu ve bu oranın sonraki 6 yılda düşme eğiliminde olduğu görülmüştür. Relaps oranı çifte depresyonu olan hastalarda tahmini % 53.6 ile saf distimi hastalarına (% 80.0) göre düşük bulunmuş fakat gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Relaps görülen hastaların % 27.6'sı distimik bozukluk ölçütlerini, % 24.1'i kronik major depresif bozukluk ölçütlerini karşılarken, % 48.3'ü ne distimik bozukluk ne de kronik major depresif bozukluk tanı ölçütlerini karşılamıştır.

Sadece distimik bozukluğu olan ve çifte depresyonu olan hastaların kronik olmayan major depresyonu olanlara göre daha az iyileşme gösterdikleri bulunmuş. Sadece distimik bozukluğu olan ve çifte depresyonu olan hastaların daha yüksek HAM-D skorları olduğu görülmüş. Çifte depresyonu olan hastaların ise sadece distimik bozukluğu olanlara göre HAM-D skorları yüksek bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış. Girişte ve 30 ay sonra değerlendirilen HAM-D skorları karşılaştırıldığında en belirgin düşüş çifte depresyonu olan hastalarda görülmüştür. (35.)

Sansone ve arkadaşları (60) erken başlangıçlı distimiklerin geç başlangıçlı distimiklere göre stres direncinin daha az olduğunu, daha fazla çocukluk çağı olumsuzlukları, emosyonel baş etme becerileri ve daha fazla stres duyarlılığı olduğunu bildirmiştir. Ayrıca erken başlangıçlı distimik hastaların aile hikayelerinde daha fazla oranda duygudurum bozukluklarına rastlanmıştır ve distimi hastalarının tedavisinin daha güç olduğu, komorbiditenin daha fazla olduğu ve tedavi girişimlerine daha fazla maruz kaldıkları görülmüştür. Hastalığın ortalama süresi 12.8 yıl olarak bulunmuştur (33)

Erken başlangıçlı distimik bozukluğun duygudurum bozuklukları açısından ailevi yüklülükle, çocukluk çağı istismarıyla ve 1. ve 2. eksen bozukluklarıyla yüksek oranda komorbiditeden söz edilmekteyken; geç başlangıçlı distimik bozuklukların ise önemli kayıplar ve sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğunun üzerinde durulmaktadır (34).

5-13 yaşları arasındaki distimik çocukların dokuz yıllık izlemlerinde ortalama hastalık süresinin 4 yıl olduğu ve bu çocukların %75'inin izlem süresi içinde yaşamlarının ilk major depresif epizodunu geçirdikleri gözlenmiştir. bu çocukların yine dokuz yıllık izlem süresinde %52'inin diğer bir duygudurum bozukluğu tanı kriterini karşıladığı ve bu oranın major depresif bozukluk tanısı alan çocuklara göre daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Yetişkinlerle yapılan çalışmada da çocuklara benzer sonuçlar elde edilmiştir. 7.5 yıllık izlem çalışmasında yetişkin distimik bozukluklu olgularının %70'inin iyileştiği ve ortalama iyileşme süresinin 4.3 yıl olduğu görülmüştür. %52'si izlem süresi bitmeden yeniden distimik bozukluk tanısını karşılamıştır. %77'sinin major depresif epizod geçirdiği, epizodik major depresif bozukluk olgularıyla kıyaslandıklarında distimik bozukluk olgularının daha sık diğer bir duygudurum bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı (%62-%23) ve daha fazla suisid girişimi ve hastanede yatarak tedaviyi gerektirir (34).

1.2.4. Distiminin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Dünya sağlık örgütü tanımlamasına göre sağlık sadece hastalığın yokluğu değil; ayrıca fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyilik halidir. Buradan yola çıkarak, yaşam kalitesi birkaç şekilde tanımlanabilir. Genel olarak yaşam kalitesi, bireylerin yaşamlarında önemli olan öznel deneyimlerin toplamını gösterir. Bu etkiye dört alanın katılımı söz konusudur: Fiziksel ve mesleki işlevler, ruhsal durum, sosyal etkileşim ve ekonomik durum. Yaşam kalitesi optimal tıbbi durumun özellikle kronik hastalıkların etkilerinin ve tedavilerinin değerlendirilmesinde önemlidir.

18-50 yaş arasında, evli olan distimi ve reküren major depresyonu olan hastaların alındığı ve yaşam kalitelerinin araştırıldığı çalışmada Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOL) uygulanmış ve her iki grupta da ortalama ölçek puanları, yetersizlik, sosyal destek ve evlilik uyumu parametrelerinde bozulma görülmüştür. İki grup arasında sadece sosyal destek skorları açısından anlamlı fark bulunmuş olup, distimi hastalarında sosyal desteğin daha az olduğu saptanmıştır. Her iki grupta, hastalığın süresi ile ölçekteki genel iyilik hali arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Yüksek MADRS (Montgomery-Asberg depression Rating Scale) skorları ile yaşam kalitesi ölçeği skorları arasında her iki hasta grubunda negatif korelasyon saptanmıştır. Ayrıca distimiklerde, yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik hali, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre alanlarındaki düşük skorları ile yüksek MADRS skorları arasında

istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Distiminin olumsuz psikososyal etkileri yaşam kalitesi ölçeğindeki yüksek yetersizlik puanları, yetersiz sosyal destek ve zayıf evlilik uyumuyla, depresyonun şiddeti ve süresi her iki hasta grubunda olumsuz psikososyal etkinin önemli belirleyicileri olarak saptanmıştır 65). Saarni ve arkadaşlarının (55) yaptığı 8028 katılımcının katıldığı çalışmada distimi, yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobisi olanların en düşük yaşam kalitesi skoruyla birlikte olduğu görülmüş

Özmen ve arkadaşlarının (50) yaptığı çalışmada, distimik bozukluğu olan hastalar arasında genel sağlık durumunu iyi, orta veya kötü olarak nitelendirenlerin oranı, sırasıyla %18.8, %58.0 ve %23.2 olarak bulunmuştur. Distimi tanısı olmayanlara göre distimi hastalarının genel sağlık durumlarını daha kötü olarak niteledikleri görülmüştür. Yine aynı çalışmada distimi bozukluğu olan hasta grubunda yetiyitimi bulunmayan hasta oranı % 21.7, hafif düzeyde yetiyitimi bulunan hasta oranı % 20.3, orta düzeyde yetiyitimi bulunan hasta oranı % 39.9, ağır düzeyde yetiyitimi bulunan hasta oranı % 18.8 bulunmuş olup distimi olmayanlara göre fark anlamlı bulunmuştur.

1.3. Distiminin Epidemiyolojisi

1.3.1. Distimi ve Depresif Bozuklukların Yaygınlığı

WHO tarafından Depresyon 4. acil sağlık problemi olarak tanımlanmıştır. Depresif bozukluklar yaygın olmasının yanı sıra belirgin işlev kaybı, düşük yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellikte düşüş ile ilişkilidir. Tüm bunlar göz önüne alındığında, toplum sağlığı hizmetlerinin planlanması açısından epidemiyolojik verilerin önemi büyüktür. Tablo I'de epidemiyolojik araştırmalardan seçilen major depresyon ve distimi yaygınlık oranları özetlenmiştir.

Tablo 1: Dünyada ve Türkiye’de Distimi ve Depresyon Yaygınlığı (%)

Ülke	Distimi	Minör D	Major D	Örneklem	Kaynak
Çok Merkezli	.1		.4	Birinci basamak hastaları	Goldberg ve Lecrubi 1995
ABD	.9	.2		Birinci basamak hastaları	Lyness ve ark. 1999
Kanada	.1			Birinci basamak hastaları	Browne ve ark. 1999
Şili	.9		.4	Birinci basamak	Vicente ve ark. 2004
Avrupa Ülkeleri	.0		.7	Normal Nüfus	Ayuso-Matos ve ark. 2001
Norveç			.8	Birinci basamak hastaları	Vaeroy ve Merskey 1997
Macaristan	.3		.8	Birinci basamak hastaları	Szadoczky ve ark. 1997
İran	.2		.8	Normal Nüfus	Mohammadi ve ark. 2006
İran	.9	.8	.4	Normal Nüfus	Noorbala ve ark. 1978
	.5	.0	.0	Normal nüfus	Modabernia ve ark. 2008
Türkiye	.6			Normal Nüfus	Kılıç 1998
	.9		1.6	Birinci basamak hastaları	Rezaki 1995
	.9			Birinci basamak hastaları	Dönmez ve ark. 2000
	.5		3.2	Birinci basamak hastaları	Özmen ve ark.

1.3.2. Distimi ve Yaş

Distimik bozuklukla ilgili çalışmaların çoğu genç erişkin hastalarla yapılmıştır. Bulgular erken başlangıçlı tipin baskın olduğunu, % 60’a varan oranda komorbid Eksen I tanısı olduğunu ve % 60-80 oranında eşlik eden kişilik bozukluklarının olduğunu göstermektedir. Genç erişkin distimik hastalarda yaşam boyu major depresyon görülme sıklığı %50 kadardır. Geç başlangıçlı distimik bozuklukta kognitif ve bilişsel semptomlar, vejetatif ve psikomotor semptomlara göre belirgindir. Major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve komorbid kişilik bozukluğu nadir görülmektedir. Bunların tersine, major stresör faktörler ve medikal hastalıklar geç başlangıçlı distimik bozukluk öncesinde çok sık görülen öncüllerdir (6, 15, 27).

Bellino ve arkadaşlarının (6) yılında yayımlanan, 106 distimik hastayla yaptıkları araştırmada, ortalama başlangıç yaşı, medikal hastalığı olanlarda yüksek (62.6), komorbid eksen I tanısı olanlarda veya herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı olanlarda ise düşük (sırasıyla 46.90, 47.51) bulunmuştur. Yaşam olayları ve medikal hastalığın varlığı hastaların yaşı ile pozitif korelasyon gösterirken, herhangi bir kişilik bozukluğunun (özellikle şizotipal,

kaçınan ve bağımlı) varlığı negatif korelasyon göstermiştir. Yaşam olayları incelendiğinde ise olayın ciddiyeti ile yaş arasında pozitif korelasyon bulunmuştur.

Orta ve ileri yaştaki 40 distimik hastanın alındığı bir çalışmada ortalama başlangıç yaşı 55.2 ve ortalama hastalık süresi 12.5 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucunda, yaşlılar arasında distimik bozukluğun nadir olmadığı, eşit cinsiyet dağılımı gösterdiği, yaşam stresörlerinin distimik bozukluk öncesinde sık görüldüğü, major depresyon hikayesinin ve kişilik bozukluklarının nadir görüldüğü bulunmuş (15)

Modabernia ve arkadaşlarının (45) Tahran'ın Rasht kentinde yaptığı çalışmada depresif bozuklukların 15-30 yaş arasında daha yaygın olduğu bulunmuştur. Gençlerin araştırmaya katılımının fazla olmasının ve minör depresyon ve distimi prevalansının major depresyona göre daha fazla olmasının bu sonuca neden olabileceği düşünülmüştür.

Klein ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (33) yaş dağılımı, 6 yaş öncesi % 21,6-10 yaş arası % 18, 11-15 yaş arası % 21, 16-20 yaş arası % 12, 21-25 yaş arası % 6, 26-30 yaş arası % 6, 31-35 yaş arası % 5, 36-40 yaş arası % 4, 41-45 yaş arası % 6, 46-50 yaş arası % 1, 51-55 yaş arası % 2 ve 56 yaş üzeri % 1 olarak bulunmuştur.

Distimik bozukluğun başlangıç yaşı yaklaşık olarak 10.5 olarak tespit edilmiş (35)

1.3.3. Distimi ve Cinsiyet

Bugüne kadar yapılan çalışmalarda distimik bozukluğun kadınlarda daha yaygın görüldüğü bildirilmektedir. Bu çalışmaların çoğu distimik bozukluğun daha sık görüldüğü genç popülasyonu içermektedir. Bu nedenle erken başlangıçlı distimik bozuklukta kadınlarda daha fazla görülmektedir. Bu sonuç, K/E 2/1 (Modabernia ve ark. 2008, Kesler ve ark 1994, Weisman ve ark 1993), 30 distimi hastasının % 70'ini kadınların oluşturduğu (65) ve 106 distimik hastanın % 77.4'ü kadın, % 22.6'sı erkek (6), 40 distimik hastanın %50'si kadın (15). Kirby ve arkadaşları 1999 da yaptığı klinik hasta örnekleminde hastaların %68 ini kadınların oluşturduğu bulunmuştur.

Bilgilerimize göre ülkemizde distimiyle yaşın ilişkisi daha önce sadece Özmen ve arkadaşları (50) tarafından araştırılmış, distiminin kadın ve erkeklerde görülme sıklığı arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo II: Dünyada ve Türkiye’de Distimide Kadın/Erkek Oranı

Ülke	Distimide K/E Oranı	Örneklem	Kaynak
İran	2/1	Genç Distimik Hastalar	Modabernia ve ark. 2008,
India	70/30	Evli distimik hastalar	Subodh ve ark. 2007
ABD	75/25	İleri yaşlı 86 distimik hasta	Hayden ve ark 2001
ABD	50/50	İleri yaşlı 40 distimik hasta	Devanand ve ark. 1994
Italy	77/23	106 distimik hasta	Bellino ve ark. 2001
Türkiye	1/1	Distimik Hastalar	Özmen ve ark. 2002

1.3.4. Distimi ve Diğer Risk Faktörleri

Sosyoekonomik durumla distimi arasında tutarlı bir ilişki saptamak zor olmakla birlikte 18-44 yaşları arasındaki düşük gelirlielerde distimi sıklığı daha yüksek bulunmuştur (72). Devanand ve arkadaşlarının (15) yaptığı çalışmada finansal zorlukların %7.5 oranında stresör faktörlerden biri olarak distimiye eşlik ettiği bulunmuştur.

Bir çalışmada distimiye eşlik eden stresör faktörleri; boşanma veya eşdeğeri (% 22.5), yas (% 17.5), emeklilik (% 12.5), aile problemleri (% 10), ve majör medikal hastalık (%5) olarak bulunmuş (15). Bellino ve arkadaşlarının (6) çalışmasında, bir yakının ciddi bir hastalık nedeniyle hastaneye yatması, kişinin kendisinde önemli bir hastalığın bulunması ve emeklilik en sık görülen yaşam olayları olarak tespit edilmiştir.

1.4. Distimi ile Kişilik Bozukluğu Bağlantısı

Distiminin genellikle genç yaşlarda başlayıp uzun yıllar sürmesi, belli kişilik örüntüleri veya bozuklukları ile bağlantısı olabileceğini düşündürmektedir. Distimik Bozuklukta Borderline, Histriyonik, Narsisistik, Çekingen, Bağımlı ve Depresif kişilik bozuklukları görülebilir. Kişilik bozuklukları erken başlangıçlı distimik bozuklukta sık görülmekte fakat geç başlangıçlı distimik bozuklukta nadir olarak görülmektedir (60). Erken başlangıçlı distimik bozuklukta hem B hem de C küme bozuklukları görülmekteyken geç başlangıçlı distimik bozuklukta C küme kişilik bozuklukları görülmektedir. Yapılan çalışmalarda Distimik Bozukluğu olan hastaların % 19-% 62’sinin Depresif Kişilik

Bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı görülmüş (33). Doksan yedi distimik bozukluk, 45 epizodik MD hastasının alındığı bir çalışmada eksen II komorbiditesinin distimik hastalarda %60 (% 24 borderline, % 14 histrionik, % 16 çekingen, %10 kendine zarar veren), epizodik MD hasatlarında %18 bulunmuş. Bu çalışmada erken başlangıçlı distimi hastalarının epizodik MD hastalarına göre daha sık eksen II komorbiditesi olduğu görülmüş (51). Genel olarak depresif bozukluğu olan bireylerin en az % 50'sinde eşlik eden bir kişilik bozukluğu saptanmaktadır (52, 58).

Melankolik kişilik 20. Yüzyılın başlarında Kretschmer gibi Avrupalı psikiyatristler tarafından tanımlanmış olsa da depresif kişilik bozukluğu (DKB) ilk kez DSM-4TR'de sınıflandırılmıştır. DKB'nun temel özelliği erişkinlikte başlayan ve çeşitli koşullarda ortaya çıkan yaygın bir depresif biliş ve davranış örüntüsüdür. Depresif biliş ve davranışlar arasında sürekli ve yaygın keder, sıkıntı, keyifsizlik, neşesizlik ve mutsuzluk duyguları bulunmaktadır. Bu bireyler aşırı ciddidirler, eğlenmeyi ya da gevşemeyi beceremezler ve mizah duyguları eksiktir. Bunu hak etmediklerini hissedebilirler. Bu bireyler geleceği, şimdiki zamanı gördükleri gibi olumsuz görürler. Kendilerini gerçekçi olarak tanımlarken başkaları tarafından karamsar olarak değerlendirilirler. Kendilerini yargılamada katı olabilirler ve yetersizlik ve başarısızlıklar konusunda aşırı suçlu hissetmeye eğilimlidirler. Benlik saygıları düşüktür ve yetersizlik duyguları hakimdir. Başkalarını da kendileri gibi katı biçimde yargırlar. Çoğunlukla başkalarının olumlu özelliklerinden çok olumsuz niteliklerine odaklanırlar ve eleştirel ve yargılayıcı olabilirler. Klinik olarak depresif kişilik bozukluğunun kriterleri daha psikolojikken, distimi semptomları daha somatik ve/veya vejetatiftir. Yapılan çalışmalarda depresif kişilik bozukluğu olan hastaların ve distimi hasalarının semptomlarının büyük oranda örtüştüğü görülmüştür (53). Distimi ve depresif kişilik arasındaki benzerliklere rağmen ikisi arasında önemli farklarda bulunmaktadır. DSM-3R'ye göre distimi tanısı için kronik duygudurum bozukluğu gerekmektedir fakat depresif kişilik için depresif duygudurum çekirdek semptom değildir ve tanı kriterleri arasında yer almamaktadır.

DSM-3'te çok eksenli tanı sistemine geçilmesi ile birlikte kişilik bozukluklarının ikinci ekseninde tanılanmaları dönemi başlamıştır. Başlangıçta 12 olan KB tanı kategorisi sayısı DSM-4'te 10'a inmiştir. Ancak pek çok hastada birden çok KB tanısının bir arada konulması, bu kategorilerin geçerliği üzerinde soruların yoğunlaşmasına neden olmuştur. DSM-5'i geliştirme çalışmaları sırasında kişilik sorunlarının kategorik olarak değerlendirilmesi yaklaşımının bırakılması, bunun yerine boyutsal değerlendirmeye geçilmesi ciddi biçimde

tartışılmış ve çeşitli araştırmalara konu olmuştur. Boyutsal yaklaşım büyük ölçüde beş faktörlü kişilik modelinden (5FM) esinlenmektedir. Bu modele göre, kişilik yapısı birbirinden bağımsız beş treyt ve bu treytlerin değişik sayılardaki yüzlerinden (faset) oluşmaktadır. Çeşitli çalışmalarda bu boyutların nasıl değerlendirilebileceği, hangi ölçme araçlarının kullanılabileceği irdelenmiş, KB kategorilerine karşılık gelen boyutların (treytler) neler olduğu incelenmiştir (57). Ancak kimi çalışmalarda, kişiliğin saf boyutsal değerlendirmesinin günümüzde geçerli olan kategorik değerlendirme yaklaşımına alışkın klinisyenler arasında karmaşaya yol açacağını düşündüren sonuçlar elde edilmiştir. Bunun etkisiyle DSM-5 KB çalışma grubunun karma bir yaklaşımı benimsediği görülmektedir. DSM 3 ve 4'te yer alan ve DSM-5'te yer alan veya alması önerilen KB tanıları aşağıdaki tabloda karşılaştırmalı biçimde verilmiştir.

Tablo III: Değişik DSM sürümlerinde Kişilik Bozukluğu Tanıları

KİŞİLİK BOZUKLUĞU	DSM-3 ve DSM-3R	DSM-4 ve DSM-4TR	DSM-V Taslağı
Paranoid	Bağımsız Tanı	Bağımsız Tanı	-
Şizoid	Bağımsız Tanı	Bağımsız Tanı	-
Şizotipal	Bağımsız Tanı	Bağımsız Tanı	Genel KB alt tipi
Antisosyal (Psikopatik)	Bağımsız Tanı	Bağımsız Tanı	Genel KB alt tipi
Borderline	Bağımsız Tanı	Bağımsız Tanı	Genel KB alt tipi
Histriyonik	Bağımsız Tanı	Bağımsız Tanı	-
Narsisistik	Bağımsız Tanı	Bağımsız Tanı	-
Çekingen	Bağımsız Tanı	Bağımsız Tanı	Genel KB alt tipi
Bağımlı	Bağımsız Tanı	Bağımsız Tanı	-
Obsesif Kompulsif	Bağımsız Tanı	Bağımsız Tanı	Genel KB alt tipi
Pasif Agresif (Negativist)	Bağımsız Tanı	BTA KB alt tipi	-
Depresif	-	BTA KB alt tipi	-
Sadomazoşistik	-	BTA KB alt tipi	-

1.5. Distimi ve Kimlik Bocalaması

Erikson (17) kimlik gelişimi yolunda gitmeyen gençlerin içinde bulunduğu durumu, eğer gencin işlevselliği belirgin biçimde bozulmamışsa gizil kimlik bocalaması olarak adlandırmıştır. Gizil rahatsızlığın, aniden patlak veren felç edici gürültülü bir psikiyatrik tablo eşliğinde su yüzüne vurmasını da *akut kimlik bocalaması* olarak nitelemiştir. Dahası, bu gençlerde klinik tablonun bazen “sınır semptomatoloji” ile uyumlu olabileceğini belirtirken, sınır bozukluğun ağır kimlik bocalamasının açığa vuruluş biçimi olduğunu örtük

biçimde öne sürmüştür. Erikson, gençlerdeki kimlik bocalamasını tanımamıza yarayacak pek çok tanım ve vaka örneği vermiş, bocalamanın tanı koydurucu öğelerini sıralamış olsa da, kimlik bocalamasının betimleyici bir tanı olmadığını da tekrar tekrar belirtmiştir. Ne var ki, bu tablo kimlik bozukluğu (identity disorder) olarak DSM-3’de kendine yer bulmuş, ancak kullanımda olduğu yıllar boyunca, kimlik bozukluğunun yaygınlık, prognoz gibi klinik özelliklerine ilişkin çalışmalar yapılmaması, ayrıca betimleyici tanı ölçütlerinin yeterince açık olmaması nedeniyle, DSM-4’de kimlik sorunu (identity problem) adıyla “klinik ilginin odağı olabilecek diğer durumlar” arasına alınmıştır (7).

Kimlik sorununu veya bocalamasını değerlendirmek amaca dünyada yaygın biçimde kabul görmüş bir ölçme aracı bulunmamaktadır. Ülkemizde Dereboy (12), gençlerde kimlik bocalamasının değerlendirilmesi ve tanınmasında yararlı olacak yaşantı veya belirtileri dört grup altında derlemiş, bu derlemeden yola çıkarak kimlik bocalaması öğelerinin sistematik biçimde sorgulanması ve standart biçimde değerlendirilmesine yönelik 28 soruluk bir öz-bildirim ölçeği geliştirmiştir (Dereboy ve ark. 13). Kimlik Duygusu Değerlendirme Aracı (KDDA) olarak adlandırılan bu ölçek üzerinde yapılan çalışmalar, KDDA’nın kimlik bocalamasını değerlendirmek açısından tek başına yeterli bir araç olduğunu düşündürmüştür (Dereboy ve ark. 13, 14). Gençlerde psikopatolojik bulgular veya göstergelerle KDDA puanları arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarda incelenmiştir. Çuhadaroglu (11) bir üniversitenin sağlık merkezine ruhsal yakınmalarla başvuran öğrencilerin KDDA puanlarının fiziksel yakınmalarla başvuran öğrenciler ve yakınması olmayan öğrencilerden anlamlı ölçüde yüksek olduğunu bildirmiştir. Benzer bir çalışmada Demir ve arkadaşları (26) depresif öğrencilerin KDDA puanlarını medikal yakınmaları olan öğrencilerden yüksek bulmuşlardır ($t_{60}=6.8$, $d=1.75$). Bu çalışmada, antidepresan ilaç tedavisinin ardından düzelen gençlerde KDDA puanların belirgin biçimde düştüğü ($d=1.19$), tedaviye cevap vermeyenlerde ise bu etkinin görülmediği gözlenmiştir ($d=0.16$). Düzelen grubun tedavi öncesi ortalama KDDA puanı 78 dolaylarındayken tedavinin ardından 60 düzeyinin altına gerilemiş; düzelmeyen grupta ise başlangıçta 87 dolayında olan ortalama puan tedavinin ardından 80’in üstünde kalmaya devam etmiştir.

“Normal” popülasyonda KDDA ile yapılan tarama yoluyla patolojik bir gelişim çizgisi izleyen gençlerin seçilip seçilemeyeceği sorusuna bir tez çalışmasında yanıt aranmıştır (26). Çalışmada, üniversite hazırlık kurslarına giden gençlere KDDA verilmiş, puanları ortalamanın 1 standart sapma üstünde olan gençlerin klinik değerlendirmesi yapılmış, %

73'ünde bir veya daha çok DSM-IV eksen I bozukluğu belirlenmiştir. Bu oran, bocalama yaşamayan gruptaki % 10'luk tanı alma oranının yaklaşık yedi katıdır. Konulan tanılar arasında fobik bozukluklar, depresyon ve distimi başı çekmektedir. Bu çalışmanın diğer bir önemli bulgusu, bocalama içindeki gençlerde sadece sınır kişilik bozukluğu ölçüt skorunun değil; çok sayıda kişilik bozukluğu ölçüt skorlarının da bocalama içinde olmayan gençlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmasıdır. Başka bir tez çalışmasında (Gültekin 2008), yaygın veya sınırlı sosyal fobisi olan üniversite öğrencilerinin KDDA puanlarının sosyal fobisi olmayan öğrencilerden yüksek bulunması da, sosyal anksiyete ile kimlik bocalaması arasındaki yakın ilişkiye işaret etmektedir.

KDDA SCL-90 Genel Semptom İndeksi ile $r=0.63$ (67) düzeyinde; Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği ile $r=0.62$ (22) düzeyinde korelasyon göstermektedir. Bu bulgular bocalama içindeki gençlerde ruhsal yakınmalar arttığını, klinik düzeyde ruhsal bozuklukların görülme olasılığının yükseldiğini düşündürmektedir. Kimlik bocalaması ile depresyon, distimi ve sosyal anksiyetenin birlikteliği dikkat çekicidir. Depresif bozukluklarla bocalama arasındaki ilişki iki yönlü gibi görünmektedir: Kimi gençlerde başka etmenlere bağlı olarak ortaya çıkan majör depresyon, gencin kimlik duygusunu da sarsmakta ancak depresyonun düzelmesiyle bu sarsıntı da hızla geçmektedir. Kimi gençlerde ise disforik/depresif duygudurum altta yatan ciddi bir kimlik bocalamasına ikincil olarak gelişmekte ve ilaç tedavisine yanıt vermemektedir. Araştırma sonuçları kimlik bocalaması ile kişilik bozuklukları arasında da iki yönlü bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Altı çizilmesi gereken bir nokta, kimlik bocalamasının sadece sınır kişilik bozukluğuna değil, genel anlamda her tür kişilik patolojisine eşlik etmesidir.

Kişilik bozuklukları ile kimlik bocalaması arasındaki ilişkiyi geniş bir çerçeveden ele almayı zorlaştıran bir görüş, kimlik dağınıklığının sadece sınır veya psikotik kişilik yapılarına sahip bireylerde ortaya çıkabileceği görüşü olmuştur (1, 23, 28, 29) . Erikson (17) için kimlik bocalamasının ergenlikteki kimlik bunalımının patolojik bir görünüm almasından öte bir şey olmadığı düşünülürse, burada keskin bir görüş ayrılığının söz konusu olduğu söylenebilir. Bu konuyu açıklığa kavuşturmak için yapılmış iki ampirik çalışmada kimlik rahatsızlığının sınır kişiliğe özgü olmayıp genel anlamda kişilik patolojileri ile ilişkili olduğu düşüncesini destekleyen bulgular elde edilmiştir (26, 46). Diğer görgül çalışmada sınır kişilik ile kimlik rahatsızlığı arasında özgül bir ilişki olduğu düşüncesini destekleyen bulgular elde edilmişse de, çalışmada hastalardan değil klinisyen/terapistlerden veri toplanmıştır (71).

Kişilik bozukluklarıyla kimlik sorunu arasındaki ilişkiye bakışımızda DSM-5 ile birlikte önemli yenilikler olacak gibi görünmektedir. DSM-5 taslağında dikkati çeken bir yenilik, genel bir kişilik bozukluğu tanısının önerilmesidir. Bu tanı için önerilen ölçütler Tabloda IV’te özetlenmiştir. Bu ölçütler incelendiğinde, genel anlamda kişilik bozukluğu tanısının kimlik bocalamasıyla yakından bağlantılı görüldüğü anlaşılmaktadır.

Tablo IV: DSM-5 Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri

Kişilik bozuklukları, kişinin kültürel normlar ve beklentiler bağlamında adaptif olan bir özkimlik duygusu ve kişilerarası işlevsellik kapasitesi geliştirme yetersizliğinin temsilidir. A. Adaptif yetmezlik aşağıdakilerden biri veya ikisi ile belirlidir. 1. Özkimliği duygusunda bozukluk aşağıdakilerden biri veya daha çoğu ile anlaşılır: i. Kimliğin bütünleştirilmesi. Kötü biçimde kaynaştırılmış öz duygusu veya kimlik duygusu (ör: kişisel bütünlük ve süreklilik duygusunun sınırlı olması; öz-durumlarında kaymalar yaşama; dış dünyaya sunulan özün bir dış cephe olduğuna inanma) ii. Özkavramının bütünleşikliği. Yoksul ve iyi ayırmamış öz duygusu veya kimlik duygusu (ör: kendi özelliklerini tanımak ve tarif etmekte zorlanma; içsel boşluk duygusu; kişilerarası sınırların belirsizliği, kendini sosyal bağlama göre değişik biçimlerde tanımlama) iii. Kendini yönlendirme. Düşük özyönlendirme (ör: doyum ve ödül sağlayıcı hedefler belirleyememe ve bu hedeflere ulaşamama; yaşamda yön, anlam ve amaç yokluğu) 2. Etkin kişilerarası işlevsellik geliştirmekte yetersizlik aşağıdakilerden biri veya daha çoğu ile belirlidir: i. Empati. hasarlı empati ve düşünme kapasitesi (ör: başkalarının zihinsel durumlarını anlamakta zorlanma) ii. Yakınlık. Hasarlı yakın ilişkiler kurma kapasitesi (ör: yakınlık ve samimiyet kurup sürdürmemeye; etkin bir bağlanma figürü olarak işlev görme yetersizliği; arkadaşlıklar kurma ve sürdürme yetersizliği) iii. İşbirlikçilik. Toplumsal dayanışma davranışı kapasitesi geliştirmede yetersizlik (ör: Toplumsal çevrenin ahlak kurallarına uygun davranma kapasitesi geliştirme yetersizliği, özgeciliğin yokluğu) iv. Başkalarının tasarımlarının karmaşıklığı ve bütünleşikliği. Başkalarının tasarımlarının zayıf biçimde bütünleştirilmiş olması (ör: yaşamındaki özel kimselerin imgelerini kopuk ve ilişkisiz biçimde oluşturma). B. Adaptif yetmezliğe bir veya daha çok kişilik treytinin uç düzeyleri eşlik eder. C. Adaptif yetmezlik zaman içinde ve durumlar arasında görece stabildir ve başlangıcı en azından ergenlik yıllarına dek izlenebilir. D. Adaptif yetmezlik sadece başka bir mental bozukluğun sonucu veya belirtisi olarak açıklanamaz. E. Adaptif yetmezlik sadece herhangi bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine (ör: kötüye kullanılan bir madde veya ilaç) veya bir genel medikal soruna (ör: ciddi kafa travması) bağlanamaz.
--

Distiminin büyük oranda gençlik yıllarında başlamasına karşılık, bugüne dek distimi ile gençlik çağına özgü gelişimsel bir sorun olarak nitelenen kimlik bocalaması arasındaki ilişki araştırmalara konu olmamıştır. Ülkemizdeki bir araştırmada (26) bocalama içindeki gençlerde en sık gözlenen eksen 1 tanıları arasında distiminin ikinci sırada bulunması (% 13.3), bu konuda daha fazla çalışılması gerektiğini düşündürmüştür.

1.6. Distimi ve Mizaç

Duygudurum bozukluklarının temelinde affektif mizaç (affective temperament) örüntülerinin yattığı yönündeki görüş son yıllarda giderek ağırlık kazanmakta ve bu amaçla geliştirilmiş (2). Mizaç özelliklerinin duygudurum bozukluklarının semptomatik görünümünü etkileyebileceği, nöbetlerin türünü veya şiddetini etkileyebileceği düşünülmekte; bununla birlikte duygudurum bozukluğunun ortaya çıkmasının kişilik veya mizacı da değiştirme olasılığı göz ardı edilememektedir

Mazzarini ve ark. (43) tarafından yapılan bir çalışmada manik kutup dominansı olan (MP), depresyon kutup dominansı olan (DP) ve major depresyonu (UP) olan hastalar mizaç özellikleri açısından karşılaştırılmış ve depresif mizaç puanları UP olanlarda diğer gruplardan anlamlı düzeyde yüksek, siklotimik mizaç puanları MP ve DP olan hastalarda UP olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hipertimik mizaç puanları en yüksek MP’de, en düşük UP’de bulunmuştur. DP’de ise MP olanlardan düşük, DP olanlardan yüksek bulunmuştur. Sinirli mizaç UP olanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Ülkemizde çeşitli çalışmalarda duygudurum hastalarının mizaç özellikleri TEMPS-A kullanılarak karşılaştırmalı biçimde incelenmiştir. Bir mizaç ölçeğinden alınan puanın belirli bir kesme noktasının üstünde olması, o mizaç özelliğinin kişide baskın olduğu biçiminde yorumlanmaktadır. Ülkemizdeki çalışmaların bir bölümünde duygudurum hastaları içinde baskın mizaç özelliği gözlenme oranı araştırılmış olup sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

Tablo V. Ülkemizde çeşitli çalışmalarda duygudurum bozukluklarında baskın mizaç gözlenme oranları (%)

	Depresif	Siklotimik	Hipertimik	İrritabl	Anksiyöz
Sağlıklı Kontrol Akdeniz ve ark. 2004	.0	.0	.0	.0	.0
Akut Majör Depresyon - Tek nöbet Akdeniz ve ark. 2004	2.0	.0	.0	0.0	.0
Arslan ve Demir 2008	.0	.0	.0	.0	.7
Akut Majör Depresyon -Yineleyici Akdeniz ve ark. 2004	5.0	1.8	.0	.9	.4
Arslan ve Demir 2008	3.0		.5	3.0	1.7
Akut Majör Depresyon Okan-İbiloğlu 2011	2.2				4.8
Bipolar I Akdeniz ve ark. 2004	.4	0.7	.5	.0	.0
Kesebir ve ark. 2005	.0	0.0	0.0	.0	.0
Okan-İbiloğlu 2011		6.0	4.0		
Bipolar II Okan-İbiloğlu 2011		3.9	3.0		

2. AMAÇLAR

Bu çalışma, psikiyatri kliniklerinde depresif bozukluk tanısıyla izlenen hastalarla ilgili aşağıdaki sorulara yanıt bulmak amacıyla gerçekleştirilmiştir: (1) Bu hastalarda epizodik ve kronik gidişli depresif bozuklukların tek başlarına ve birlikte görülme oranları nedir? (2) Akut/kronik majör depresyonla erken/geç başlangıçlı distimi arasında kişilik bozukluğu, kimlik duygusu ve mizaç özellikleri açısından ne tür benzerlikler, ne tür farklılıklar vardır? (3) Depresif hastalarda kişilik, kimlik ve mizaç özellikleri ne oranda birbirleriyle bağlantılıdır?

Bilindiği gibi, DSM-5'le birlikte distimi ve kronik majör depresyon (KMD) ayrımının sonu gelecek gibi görünmektedir. DSM 3 ve 4'te KMD majör depresyonun bir alt türü olarak kabul edilmiş ve distimiden ayrı bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştı. DSM-5'te ise, KMD ataklar biçiminde seyreden majör depresyondan farklı, kronik seyirli bir bozukluğun ağır görünümü olarak kabul edilecektir. Dolayısıyla bu çalışmada KMD grubunun kişilik, kimlik ve mizaç özellikleri açısından epizodik depresyon hastalarına mı, yoksa distimi hastalarına mı daha çok benzediği sorusuna yanıt aranmıştır. Distiminin de, erken ve geç başlangıçlı olarak iki alt türe ayrılması nedeniyle bu ayrımın geçerli olup olmadığına ilişkin verilerin derlenme ve araştırmanın amaçlarından biri olmuştur. Dolayısıyla araştırmanın asıl amacı, depresif bozuklukların farklı sınıflandırma biçimlerinden hangisinin geçerli olduğuna ilişkin dolaylı veriler elde etmek biçiminde özetlenebilir.

3. MATERİYAL VE YÖNTEM

Çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunun onayıyla (Protokol No: 2011/042) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniği ve kliniğinde yapılmıştır.

3.1. Katılımcılar

ADÜ Psikiyatri AD polikliniğinde ve kliniğinde depresif bozukluk tanısıyla tedavi gören hastalardan gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden ve yazılı olur veren 92'si çalışmaya dahil edilmiştir. Yazılı onam vermeyen, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, zeka geriliği, psikotik bozukluğu, kognitif bozukluğu olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Yaşları 16-71 (ortalama 37.8 ± 13.7) arasında değişen katılımcıların 18'i erkek, 74'ü kadındır. Katılımcıların 25'i bekar, 50'si evli, 10'u boşanmış, 4'ü dul ve 3'ü eşinden ayrıdır.

3.2. Gereçler

3.2.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I).

DSM-4 sistemine göre tanı koyma amacıyla First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş olup Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından dilimize çevirisi yapılarak, güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiş ve kullanım kılavuzu yayınlanmıştır.

3.2.2. DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II).

Kişilik bozukluklarının DSM-3-R ölçütlerine göre değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş olup (Spitzer ve ark, 1990), dilimize çevirisi Sorias ve arkadaşları (1990), güvenilirlik çalışması ise Coşkunol ve arkadaşları (1994) tarafından yapılmıştır. SCID-II, kişilik bozukluklarının tanı ölçütlerini taramak amacıyla geliştirilmiş 120 soruluk bir öz-bildirim formu içermekte ve görüşme sırasında özellikle formda “evet” olarak yanıtlanmış maddeler üzerinde durularak hangi ölçütlerin karşılandığı değerlendirilmektedir.

3.2.3. *Kimlik Duygusu Değerlendirme Aracı (KDDA)*

Kimlik bocalaması öğelerinin klinik amaçlı veya araştırma amaçlı olarak sistematik biçimde sorgulanması ve standart biçimde değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş 28 soruluk bir öz-bildirim ölçeğidir (Dereboy ve ark. 1994). Ölçek soruları beşli likert skalası üzerinde yanıtlanmakta, ölçekten alınabilecek puanlar 28 ile 140 arasında değişim göstermektedir. Kimlik duygusu ve kimlik bocalamasını birlikte değerlendiren bir aracın olumsuz yaşantıları değerlendiren yarısı olarak düşünüldüğü ve olumlu yaşantılara ilişkin soruların da ileride eklenmesi tasarlandığı için, geliştirilen ölçek Kimlik Duygusu Değerlendirme Aracı (KDDA) olarak adlandırılmıştır. Ölçek puanları için lise ve üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen çeşitli çalışmalarda hesaplanan Cronbach α güvenirlik katsayıları 0.89 ile 0.91 arasında değişim göstermiştir (Dereboy ve ark. 1999, Kaynak-Demir ve ark. 2009). Bu çalışmanın klinik örnekleme için KDDA toplam puanının iç güvenirliği 0.94 olarak hesaplanmıştır.

3.2.4. *Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Auto questionnaire Türkçe versiyonu (TEMPS-A)*

Beş temel duygudurum mizacını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş; depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve anksiyöz mizaç alt-ölçeklerini içeren bir öz-bildirim ölçeğidir (Akiskal ve Mallya 1987). Türkçe versiyonunun güvenirliği ve geçerliliği vardır (Vahip ve ark. 2005). Türkçeye uyarlanmış şekli depresif, hipertimik, irritabl (sinirli), siklotimik ve anksiyöz (endişeli) mizaçları değerlendirmek için toplam 100 maddeden oluşmaktadır. Kişi tüm yaşamını düşünerek maddelere evet ya da hayır diye yanıt verir. Vahip ve arkadaşlarının (66) geçerlik ve güvenirliğini yaptığı anketin orijinali 110 maddeden oluşmaktadır. Yapılan faktör analizi sonucunda hiçbir faktörle yeterince yüklenmeyen 10 madde çıkarılmıştır. Ayrıca, orijinal ölçekte anksiyöz mizaçla ilişkili olan maddelerden bir bölümünün depresif mizaç faktörüyle yüklendiği, böylece iki boyutun birlikte depresif-anksiyöz mizaç kompleksi oluşturdukları belirlenmiştir. Bağımsız bir faktörle yüklenen anksiyete soruları ise endişeli (anxious-nervous) mizaç ölçeğini oluşturmuştur. Çalışmamızda, Vahip ve arkadaşlarının bu uyrulama çalışması ekinde verilmiş olan ölçek maddelerinin mizaç boyutlarına dağılımı

gösteren faktör analizi sonuçları temel alınarak mizaç puanları hesaplanmıştır. Buna göre depresif-anksiyöz mizaç ölçeği 28 madde, siklotimik mizaç ölçeği 19 madde, hipertimik mizaç ölçeği 20 madde, sinirli (irritabil) mizaç ölçeği 19 madde ve endişeli (anxious-nervous) mizaç ölçeği 14 maddeden oluşmuştur (Ek 2) Türkçe çevirinin test-tekrar test güvenilirliği 0.73 ile 0.93 ve Cronbach- α iç tutarlılığı 0.75 ile 0.84 arasındadır (Tablo 3.1). Bu çalışmada elde edilen mizaç puanlarının Cronbach- α güvenirlik katsayıları, Endişeli mizaç dışında yeterli düzeyde bulunmuştur (Tablo III-I).

Tablo III-I. TEMPS-A Türkçe Formu Güvenirlik Değerleri

	Depresif-Anksiyöz	Siklotimik	Hipertimik	Sinirli	Endişeli
Zaman sürekliliği (Vahip 2005)	0.91	0.81	0.93	0.76	0.73
İç süreklilik (Vahip 2005)	0.77	0.85	0.80	0.82	0.84
İç süreklilik (Şair 2011)	0.87	0.79	0.82	0.81	0.68

3.2.5. Hamilton Depresyon Skalası(HAM-D)

Hekimlerin hastalardaki depresyonun şiddetini ölçmek için kullanabilecekleri 17 soruluk bir testtir. Hamilton tarafından 1960'ta yayımlanmıştır ve hala depresyon'un derecesini ölçmek için en yaygın olarak kullanılan yöntemdir. Son bir hafta içerisinde yaşanan depresyon semptomlarını sorgulayan 17 maddeden oluşmaktadır. HAM-D ilk kez hastanede yatan hastalar için geliştirilmiş olduğu için daha çok depresyonun melankolik ve fiziksel semptomları üzerinde durur. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 53 olup, 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından test edilmiştir.

3.2.6. Genel Kişilik İşlevselliği Klinik Değerlendirme Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form, hastaların klinik değerlendirmeleri yanı sıra depresif kişilik bozukluğu araştırma ölçütlerini, DSM-5 genel kişilik işlevselliği öneri ölçütlerini de içermektedir. Katılımcılardan, DSM-5'te yer alan A tanı kriterine göre

kendilik ve/veya kişiler arası alanlarda, işlevsellikte orta ve üzeri bozulma (>2) olduğu saptananlar kişilik bozukluğu olduğu yönünde değerlendirilmiştir (Ek 9.5.).

3.3. İstatistiksel Analizler

Çalışma verilerinin analizi bilgisayar ortamında SPSS istatistik programında yapıldı. Çalışmada kullanılan ölçeklerin puanlarının güvenilirliğini değerlendirmek için Cronbach alfa formülü uygulandı. Sayısal değişkenler yönünden yapılan gruplar arası karşılaştırmalarda t testi, varyans veya kovaryans analizi kullanıldı. Grupların varyanslarının homojenliği Levene testiyle kontrol edildi. Varyansların homojen olduğu durumlarda geleneksel yöntemle hesaplanan F oranı bildirildi, tersi durumda ise Kruskal Wallis varyans analizinden yararlanıldı. Sayısal ölçümler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizinden, kategorik tanılar arasındaki uyuşmanın araştırılmasında kapa istatistiğinden yararlanıldı. Gerek çoklu karşılaştırmaların yol açabileceği tip I hatadan, gerekse denek sayısının azlığının yol açabileceği tip II hatadan kaçınabilmek amacıyla, mümkün olan durumlarda etki boyu göstergeleri hesaplandı ve Cohen'in belirlediği Tablo III.II'de özetlenen standartlar çerçevesinde yorumlandı (Cohen 1988, Aron ve ark. 2006).

Tablo III-II: Çeşitli itatistiksel testlerde etki boyu göstergeleri ve standartları

İstatistiksel Test	Etki Boyu İndeksi	ETKİ BOYLARI		
		Küçük	Orta	Büyük
t testi	d	≥ 0.20	≥ 0.50	≥ 0.80
korelasyon	r	≥ 0.10	≥ 0.30	≥ 0.50
χ^2 testi	Φ_c	≥ 0.10	≥ 0.30	≥ 0.50
varyans analizi	η^2	≥ 0.01	≥ 0.06	≥ 0.14

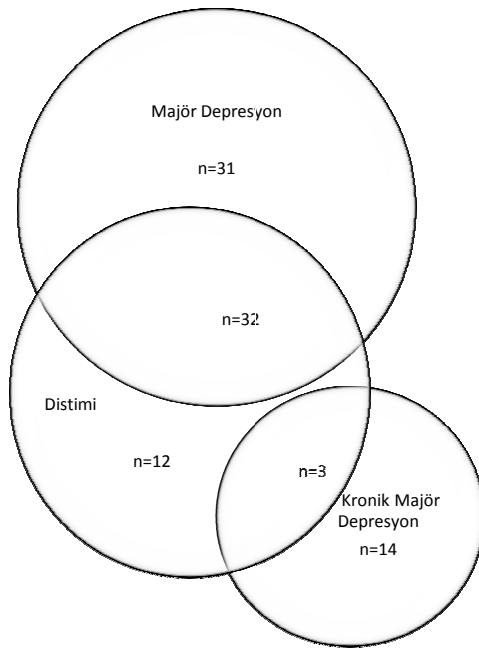
Tablodaki Cramer Φ (fi) standartları kısa kenarında iki göz bulunan çapraz tablolar içindir; göz sayısının artmasına bağlı olarak standartlar değişmektedir.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Depresif Bozukluk Tanı Gruplarına Dağılımı

Çalışmadaki katılımcıların tanılarına göre dağılımlarına bakıldığında 63 (% 68) hastanın major depresyon, 47 (% 51) hastanın distimik bozukluk ve 17 (% 17) hastanın kronik major depresyon tanıları aldığı belirlenmiştir. Distimik bozukluğu olan hastaların 32'sinde (% 68) eşlik eden major depresif epizod bulunmaktadır. Major depresyon tanısı alan hastaların 32'sinde (% 51) distimik bozukluk saptanmıştır. 3 hastanın distimik bozukluk sonrası kronik major depresyon geliştirdiği belirlenmiştir (Şekil 4.1).

uplarına dağılımı



Kronik major depresif bozukluk DSM-3 ve DSM-4'te major depresif bozukluğun bir türü olarak düşünülürken, DSM-5'te distimi ile birlikte epizodik depresyondan ayrı ve kronik gidişli depresyon kategorisinin içinde düşünülmektedir. Bu çalışmada hangi sınıflandırmanın daha geçerli olduğunu belirlemek amacıyla katılımcılar iki türlü gruplandırılmış ve karşılaştırmalara sokulmuştur.

İlk gruplandırma DSM-4 doğrultusunda yapılmıştır. Yani DSM-4 tanı sistemine göre iki farklı tanı

kategorisi olan distimik bozukluk ve major depresyon (kronik veya epizodik) arasında kişilik, kimlik, mizaç özellikleri yönünden fark olup olmadığını araştırmak amacıyla hastalar üç grup altında toplanmıştır. Ek tanısı olsun olmasın distimik bozukluk tanısı alan 47 hasta distimik bozukluk (DB) grubunu, saf major depresyon tanısı alan 31 hasta Akut Major Depresyon (AMD) grubunu ve saf kronik major depresyon tanısı alan 14 hasta Kronik Major Depresyon (KMD) grubunu oluşturmuştur. Bu gruplandırmada distimiyle birlikte akut veya kronik major depresyon tanısı olan hastalar DB grubuna dahil edilmiştir.

İkinci gruplandırma DSM-5 önerileri doğrultusunda yapılmıştır. DSM-5 için önerilen depresif bozuklukların yeni sınıflandırma sisteminde epizodik gidiş gösteren

bozuklukların kronik gidiş gösterenlerden ayrıldığı göz önüne alınarak, bu iki farklı klinik tip arasında kişilik, kimlik ve mizaç özelliklerini araştırmak amacıyla hastalar üç grup altında toplanmıştır. Saf majör depresif bozukluğu olan 31 hasta epizodik depresyon (ED) grubunu oluşturmuştur. DSM-5 önerileri doğrultusunda distimi ve/veya kronik majör depresyonu olan 29 hasta kronik depresyon (KD) grubuna sokulmuştur. Epizodik ve kronik tiplerin karma bir görünümünü temsil ettiği düşünülen 32 çifte depresyonlu (ÇD) hasta da üçüncü grubu oluşturmuştur.

Distimik bozukluk tanısı alan 47 hastadan 42'sinde (% 89) başlangıç yaşı öğrenilmiştir. Buna göre rahatsızlığı yirmi bir yaş ve öncesinde başlayan 17 hastada (% 40.5) erken başlangıçlı, yirmi bir yaş sonrasında başlayan 25 hastada (% 59.5) geç başlangıçlı distimi söz konusudur.

4.2. Distimi ve Depresif Bozukluklarda Kişilik Bozukluklarının Sıklığı

Katılımcıların kişilik bozukluğu açısından değerlendirilmesi hem DSM-3R ölçütlerine göre hem de DSM-5 ölçütlerine göre yapılmıştır. DSM-3-R'de her bir kişilik bozukluğu bağımsız bir tanı kategorisi gibi düşünülmekte iken, DSM-5'te bunlar genel bir kişilik bozukluğunun alt tipleri gibi düşünülmektedir. Bu çalışmada iki ayrı tanı sistemi ile yapılan tanılandırmalar arasında ne ölçüde uyuma olduğunu incelemek amacıyla Tablo 4.1 oluşturulmuştur.

Tablo IV-I: DSM-3R ve DSM-5'e göre kişilik bozukluğu tanılarının karşılaştırılması

DSM-5	DSM-3R	
	≥ Bir KB (+)	≥ Bir KB (-)
Genel KB (+)	54 (% 60)	3 (% 3)
Genel KB (-)	19 (% 21)	14 (% 16)

Tabloda DSM-3R uyarınca en az bir KB tanısı alan hastalarla DSM-5 uyarınca genel KB tanısı alan hastalar arasındaki örtüşme incelenmektedir. Tabloda görüldüğü gibi her iki sistemle de KB tanısı alan hasta sayısı 54, her iki sistemle de KB tanısı almayanların sayısı 14'tür. Bu durumda iki tanı sistemi arasındaki uyuma $68/90 = \% 76$ düzeyindedir. Uyuşmazlık oranı ise $22/90 = \% 24$ düzeyindedir. Hesaplanan kappa istatistiği ($\kappa = 0.41$) tanı sistemleri arasındaki uyuşmanın yüksek değil orta düzeyde olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle,

DSM-3R ve DSM-5 uyarınca konulan KB tanılarına yönelik analizler aşağıda ayrı ayrı sunulmuştur.

4.2.1. DSM-3R Kişilik Bozukluğu Tanılarının Sıklığı ve Gruplara Dağılımı

SCID-II kullanılarak DSM-3R ölçütlerine göre değerlendirilen 90 hastadan 73'ünün (%81) en az bir kişilik bozukluğu tanısını karşıladığı belirlenmiştir. Kişilik bozukluğu tanılarının depresif bozukluk gruplarına nasıl dağılım gösterdiğine ilişkin veriler Tablo IV-II ve IV-IV'de özetlenmiştir. Tablolar incelendiğinde, tüm gruplarda genel olarak paranoid kişilik bozukluğunun en fazla görüldüğü, ardından çekingen ve histriyonik kişilik bozukluklarının, onların ardından da pasif agresif ve sınır kişilik bozukluklarının geldiği anlaşılmaktadır.

Tablo IV-II: DSM-4 depresyon gruplarında DSM-3R kişilik bozukluklarının görülme sıklığı

Kişilik Bozukluğu	AMD		DB		KMD		Genel	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Çekingen	6	19	13	29	3	21	22	24
Bağımlı	0	0	0	0	2	14	2	2
Obsesif kompulsif	3	10	8	18	1	7	12	13
Pasif agresif	5	16	9	20	2	14	16	18
Kendini çelmeleyen	2	7	1	2	0	0	3	3
Paranoid	15	49	18	40	7	50	40	44
Şizotipal	1	3	1	2	0	0	2	2
Şizoid	4	13	2	4	0	0	6	7
Histriyonik	10	32	8	18	4	29	22	24
Narsistik	3	10	5	11	2	14	10	11
Sınır	6	19	8	18	2	14	16	18
Antisosyal	1	3	0	0	0	0	1	1

Tablo 4.2.'de görüldüğü gibi, DSM-4 depresif bozukluk grupları arasında bu sıralamada ufak tefek farklılıklar gözlenirse de, genel olarak bu sıralama bozulmamaktadır. Her bir grupta en az bir kişilik bozukluğu tanısı alanların oranları ve bu açıdan gruplar arasında farklılaşma olup olmadığını incelemek amacıyla gerçekleştirilen ki-kare analizi sonuçları tablo 4.3.'de özetlenmiştir. Test sonuçları gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeye ulaşmadığını ve etki boyunun da küçük düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo IV-III: DSM-4 depresyon gruplarının DSM-3R kişilik bozukluğu tanısı açısından karşılaştırılması (ki-kare)

	AMD n (%)	DB n (%)	KMD n (%)	χ^2 (sd=2)	Anlamlılık	Etki boyu
≥ Bir KB (+)	26 (84)	33 (73)	14 (100)	5.19	p=0.075	$\Phi_c=0.23$
≥ Bir KB (-)	5 (16)	12 (27)	0 (0)			

DSM-5 depresif bozukluk grupları arasında da kişilik bozukluklarının görülme sıklığına ilişkin veriler ve en az bir kişilik bozukluğu olan hastaların oranı açısından gruplar arası karşılaştırmaya yönelik analiz sonuçları tablo 4.3. ve 4.4.'de özetlenmiştir. Tablo 4.3.'deki veriler, görülme sıklığına göre tek tek kişilik bozukluklarının sıralanması açısından gruplar arasında dikkat çekici bir farklılık olmadığı biçiminde değerlendirilebilir.

Tablo IV-IV: DSM-5 depresyon gruplarında DSM-3R kişilik bozukluklarının görülme sıklığı

Kişilik Bozukluğu	ED n %	ÇD n %	KD n %	Genel n %
Çekingen	6 19	9 29	7 25	22 24
Bağımlı	0 0	0 0	2 7	2 2
Obsesif kompulsif	3 10	6 19	3 11	12 13
Pasif agresif	5 16	7 22	4 14	16 18
Kendini çelmeleyen	2 7	1 3	0 0	3 3
Paranoid	15 48	14 45	11 39	40 44
Şizotipal	1 3	1 3	0 0	2 2
Şizoid	4 13	1 3	1 3	6 7
Histriyonik	10 32	5 16	7 25	22 24
Narsistik	3 10	4 13	3 11	10 11
Sınır	6 19	7 22	3 11	16 18
Antisosyal	1 3	0 0	0 0	1 1

Tablo IV-V verileri ise, en az bir kişilik bozukluğu tanısı alan hastaların oranı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığını, diğer bir deyişle depresif bozukluk tipinin KB tanısı alma üzerinde önemli bir etkisinin olmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo IV-V: DSM-5 depresyon gruplarının DSM-3R kişilik bozukluğu tanısı açısından karşılaştırılması (ki-kare)

	ED n (%)	ÇD n (%)	KD n (%)	χ^2 (sd=2)	Anlamlılık	Etki boyu
≥ Bir KB (+)	26 (84)	24 (77)	23 (82)	0.44	p=0.79	$\Phi_c=0.06$
≥ Bir KB (-)	5 (16)	7 (23)	5 (18)			

Erken ve geç başlangıçlı distimik hastalarda en az bir kişilik bozukluğunun görülme sıklığına ilişkin veriler ve karşılaştırma sonucu Tablo IV-VI'da özetlenmiş olup, tablodaki değerler gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığını, diğer bir deyişle distiminin

başlangıç yaşının herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı alma üzerindeki etkisinin küçük düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo IV-VI: Erken ve Geç başlangıçlı distimi gruplarının kişilik bozukluğu açısından karşılaştırılması (ki-kare)

	Erken Distimi		Geç Distimi		χ^2 (sd=1)	Anlamlılık	Etki boyu
	N	(%)	N	(%)			
≥ Bir KB (+)	13	(81)	17	(71)	0.55	p=0.71	$\Phi_c=0.11$
≥ Bir KB (-)	3	(19)	7	(29)			

Erken ve geç başlangıçlı distimik hastalarda tek tek DSM-3R kişilik bozukluklarının görülme sıklığına ilişkin veriler Tablo IV-VII'da özetlenmiş olup, yapılan karşılaştırmalarda sadece bir kişilik bozukluğu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark (p=0.01) olduğu görülmüştür. Erken başlangıçlı distimisi olan hastalarda sınır kişilik bozukluğu geç başlangıçlı distimik hastalara göre daha sık görülmektedir.

Tablo IV-VII: Erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarının kişilik bozuklukları açısından karşılaştırılması

Kişilik Bozukluğu	Erken Distimi		Geç Distimi		P *
	n	(%)	n	(%)	
Çekingen	4	(25)	6	(25)	1.00
Bağımlı	0	(0)	0	(0)	-
OKKB	2	(13)	5	(21)	0.68
Pasif agresif	4	(25)	4	(17)	0.69
Kendini çelmeleyen	1	(6)	0	(0)	0.40
Paranoid	7	(44)	10	(42)	1.00
Şizotipal	1	(6)	0	(0)	0.40
Şizoid	0	(0)	1	(4)	1.00
Histriyonik	5	(31)	2	(8)	0.09
Narsistik	2	(13)	2	(8)	1.00
Sınır	6	(38)	1	(4)	0.01
Antisosyal	0	(0)	0	(0)	-

* (Fisher kesin testi)

Toplu olarak bakıldığında bu sonuçlar, depresif bozuklukluğu olan hastaların çoğunda en az bir kişilik bozukluğunun görüldüğünü, en sık görülme konusunda paranoid kişilik bozukluğunun başı çektiğini, en az bir DSM-3R kişilik bozukluğu tanısı alan hastaların oranı açısından depresif bozukluk grupları arasında farklılaşma olmadığını, erken başlangıçlı distimik bozuklukta geç başlangıçlıya göre sadece sınır kişilik bozukluğunun daha yüksek oranda görüldüğünü düşündürmektedir.

4.2.2. DSM-5 Genel Kişilik Bozukluğu Tanısının Sıklığı ve Gruplara Dağılımı

DSM-5 için önerilen genel kişilik bozukluğu ölçütlerine göre katılımcıların 57 tanesi (% 63) kişilik bozukluğu tanısı almıştır. Bu hastaların DSM-4 ve DSM-5 uyarınca tanımlanan depresif bozukluk gruplandırmalarına dağılımları sırasıyla Tablo IV-VIII ve IV-IX'da verilmiştir.

Tablo IV-VIII: DSM-4 depresyon gruplarının DSM-5 kişilik bozukluğu tanısı açısından karşılaştırılması (ki-kare)

	AMD		DB		KMD		χ^2	Anlamlılık	Etki boyu
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	(sd=2)		
Genel KB (+)	24	(77)	27	(60)	6	(43)	5.39	p=0.067	$\Phi_c=0.24$
Genel KB (-)	7	(23)	18	(40)	8	(57)			

Tablo IV-IX: DSM-5 depresyon gruplarının DSM-5 kişilik bozukluğu tanısı açısından karşılaştırılması (ki-kare)

	ED		ÇD		KD		χ^2	Anlamlılık	Etki boyu
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	(sd=2)		
Genel KB (+)	24	(77)	18	(58)	21	(54)	4.16	p=0.12	$\Phi_c=0.21$
Genel KB (-)	7	(23)	13	(42)	13	(46)			

Her iki tablodaki analiz sonuçları, gruplar arasında DSM-5 KB tanısı alma açısından anlamlı fark olmadığını, diğer bir deyişle depresif bozukluk gruplaşmalarının KB tanısı üzerindeki etkisinin küçük boyda olduğunu ortaya koymaktadır.

Erken ve geç başlangıçlı distimik hastaların DSM-5 işlevselliğe göre kişilik bozukluğu açısından karşılaştırılması ve test sonuçları tablo IV-X'da özetlenmiştir. Tablodaki sonuçlar, erken başlangıçlı distimide KB tanısı alma oranının daha yüksek olduğunu düşündürse de, gruplar arasındaki fark anlamlı düzeyde bulunmamıştır. Ancak hesaplanan Φ_c değeri, distiminin başlangıç yaşının KB tanısı alma üzerindeki küçük de olsa etkisinin olduğunu göstermektedir.

Tablo IV-X: Erken ve Geç başlangıçlı distimi gruplarının DSM-5 kişilik bozukluğu açısından karşılaştırılması (ki-kare)

	Erken Distimi		Geç Distimi		χ^2	Anlamlılık	Etki boyu
	N	(%)	N	(%)	(sd=1)		
Genel KB (+)	11	(69)	12	(50)	1.38	p=0.24	$\Phi_c=0.18$
Genel KB (-)	5	(31)	12	(50)			

4.2.3. Depresif Kişilik Bozukluğu Tanısının Sıklığı ve Gruplara Dağılımı

Depresif kişilik bozukluğu (DKB) DSM-4’de başka türlü adlandırılmayan kişilik bozuklukları arasında sınıflandırılmış ve araştırma amaçlı tanı ölçütleri önerilmiştir. Araştırmada kullanılan bu ölçütlere göre değerlendirilen katılımcıların 28 tanesi (% 30) DKB tanısı almıştır. Akut major depresyon, distimik bozukluk ve kronik major depresyon gruplarının depresif kişilik bozukluğu değişkenine göre dağılımı ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen ki-kare testi sonuçları tablo IV-XI’da özetlenmiştir. Tablodaki değerler, distimik hastalar arasında depresif KB tanısı alma oranının diğer iki major depresyon grubuna göre yüksek olduğunu düşündürmektedir. Ki-kare testinde gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiş, hesaplanan Φ_c değeri etkinin küçük düzeyde olduğunu göstermiştir.

Tablo IV-XI: DSM-4 depresyon gruplarının depresif kişilik bozukluğu tanısı açısından karşılaştırılması (ki-kare)

	AMD		DB		KMD		χ^2	Anlamlılık	Etki boyu
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	(sd=2)		
Depresif KB (+)	5	(16)	20	(43)	3	(21)	6.79	p=0.033	$\Phi_c=0.27$
Depresif KB (-)	26	(84)	27	(57)	11	(79)			

Tablo IV-XII: DSM-5 depresyon gruplarının depresif kişilik bozukluğu tanısı açısından karşılaştırılması (ki-kare)

	ED		ÇD		KD		χ^2	Anlamlılık	Etki boyu
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	(sd=2)		
Depresif KB (+)	5	(16)	16	(50)	7	(24)	9.32	p=0.009	$\Phi_c=0.31$
Depresif KB (-)	26	(84)	16	(50)	22	(76)			

DSM-5’e göre depresyon gruplarındaki katılımcıların depresif kişilik bozukluğuna göre gösterdikleri dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen ki-kare analizi sonuçları tablo IV-XII’de özetlenmiştir. Ki-kare analizinde gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmuş olup, hesaplanan Φ_c değeri etkinin orta düzeyde olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlara göre çifte depresyonu olan katılımcılarda depresif kişilik bozukluğu diğer gruplardan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Depresif kişilik bozukluğu distimik bozuklukta daha fazla görülmektedir. Çifte depresyonu olan katılımcılarda oran %50’ye yükselmekte, distimik bozukluğu olan katılımcılarda %50’ye yaklaşmaktadır. Bununla birlikte distimik bozukluğu olan hastaların %57’sinde de görülmemektedir. Bu sonuçlar depresif kişilik bozukluğunun distimik bozuklukla birlikte görülme olasılığının yüksek olduğunu ancak ona spesifik olmadığını düşündürmektedir.

Erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarında depresif kişilik bozukluğunun görülme oranı ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek üzere uygulanan analiz sonuçları tablo IV-XIII'de özetlenmiştir. Tablodaki değerler, depresif kişilik bozukluğunun erken başlangıçlı distimide daha yüksek oranda görüldüğünü, gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğunu, etki boyunun orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo IV-XIII: Erken ve Geç başlangıçlı distimi gruplarının depresif kişilik bozukluğu açısından karşılaştırılması

	Erken Distimi		Geç Distimi		χ^2 (sd=1)	Anlamlılık	Etki boyu
	N	(%)	N	(%)			
Depresif KB (+)	11	(65)	6	(24)	6.95	p=0.008	$\Phi_c=0.41$
Depresif KB (-)	6	(35)	19	(76)			

Topluca değerlendirildiğinde bu sonuçlar, distimide depresif kişilik bozukluğunun major depresyona göre çok daha yüksek oranda görüldüğünü düşündürmektedir. Bu açıdan KMD grubunun distimi grubundan çok AMD grubuna yakın olduğu göze çarpmaktadır. Bu da DSM-5'de distimi ve kronik majör depresyonun ortak bir tanı kategorisi altında toplanması yönündeki öneriyle uyumlu değildir.

4.3. Distimi ve Depresif Bozukluklarda Mizaç Özellikleri

Araştırmaya katılan hastaların mizaç özellikleri TEMPS-A ile değerlendirilmiş olup, tanı gruplarındaki hastaların beş mizaç alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalama ve standart sapmaları ile grupların puanlarını karşılaştırmaya yönelik analiz sonuçları tablo IV-XIV ve IV-XV'te verilmiştir.

Tablo IV-XIV: DSM-4 depresyon gruplarının mizaç puanları açısından karşılaştırılması (Kruskal-Wallis)

	AMD	DB	KMD	χ^2 (sd=2)	Anlamlılık
	X±ss	X±ss	X±ss		
Depresif-Anksiyöz	11.52±5.20	14.62±5.67	14.71±7.17	5.82	p=0.06
Siklotimik	11.68±4.65	11.27±3.62	12.71±4.12	2.80	p=0.24
Hipertimik	7.71±4.38	7.78±4.53	8.07±3.51	0.15	p=0.92
Sinirli	7.26±5.10	7.89±4.26	10.14±5.15	5.13	p=0.07
Endişeli	7.61±3.16	8.22±3.67	8.21±2.88	0.24	p=0.88

Tablo IV-XIV'teki veriler, major depresyon, distimik bozukluk ve kronik major depresyon grupları arasında hiçbir mizaç puanı açısından anlamlı düzeye ulaşan bir fark olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, depresif-anksiyöz mizaç puanları DB ve KMD gruplarında yükselme trendi gösterirken, sinirli mizaç puanları sadece KMD grubunda yükselme trendi göstermektedir. Bu iki mizaç ölçeğinde gruplar arasındaki fark anlamlı düzeye ulaşmasa da yaklaşmaktadır.

Tablo IV-XV: DSM-5 depresyon gruplarının mizaç puanları açısından karşılaştırılması (ANOVA)

	ED X±ss	ÇD X±ss	KD X±ss	F _{2,87}	Anlamlılık	Etki boyu
Depresif-Anksiyöz	11.52±5.20	14.65±5.55	14.64±6.55	2.98	p=0.06	$\eta^2=0.06$
Siklotimik	11.68±4.65	11.26±3.44	12±4.11	0.24	p=0.78	$\eta^2=0.005$
Hipertimik	7.71±4.38	7.35±4.42	8.39±4.14	0.43	p=0.64	$\eta^2=0.009$
Sinirli	7.26±5.10	8.03±4.16	8,86±4,97	0,83	p=0.44	$\eta^2=0,01$
Endişeli	7.61±3.16	8.39±2.70	8.04±4.22	0,40	p=0.66	$\eta^2=0,009$

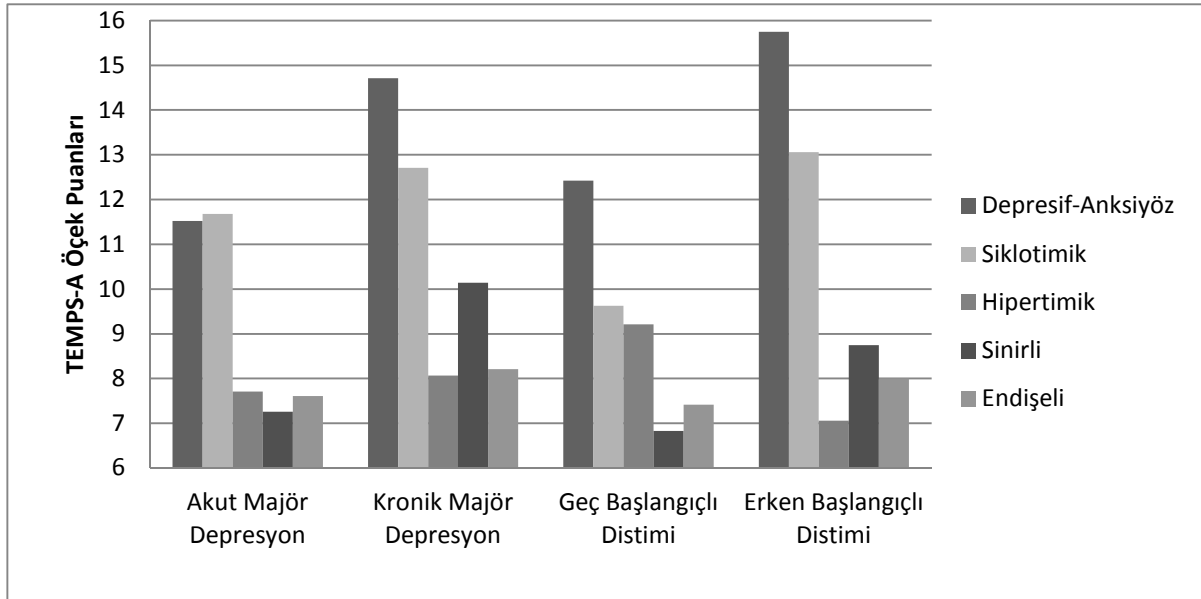
Tablo IV-XV'deki veriler, DSM-5 uyarınca tanımlanan depresyon grupları arasında da mizaç puanları yönünden anlamlı düzeyde fark olmadığını göstermektedir. Ancak depresif-anksiyöz mizaç puanları ÇD ve KD gruplarında ED grubuna göre yükselme eğilimi göstermekte, hesaplanan η^2 değeri de tanı gruplaşmalarının depresif-anksiyöz mizaç puanları üzerindeki etkisinin orta büyüklükte olduğunu düşündürmektedir.

Tablo IV-XVI: Erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarının mizaç puanları açısından karşılaştırılması (t testi)

	Erken Distimi X±ss	Geç Distimi X±ss	t ₃₈	Anlamlılık	Etki boyu
Depresif-Anksiyöz	15.75±4.91	12.42±5.26	2.01	p=0.06	d=0.66
Siklotimik	13.06±3.64	9.63±3.11	3.19	p=0.003	d=1.06
Hipertimik	7.06±3.85	9.21±4.64	1.52	p=0.13	d=0.50
Sinirli	8.75±4.83	6.83±3.79	1.40	p=0.16	d=0.46
Endişeli	8.00±2.82	7.42±3.21	0.58	p=0.55	d=0.19

Erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarında affektif mizaç puanlarının gösterdiği dağılım ve gruplar arası farkın düzeyini incelemek için gerçekleştirilen Student t-testi sonuçları tablo IV-XVI'da özetlenmiştir. Tablo incelendiğinde siklotimik mizaç puanlarının erken başlangıçlı distimik hastalarda geç başlangıçlı hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Diğer dört mizaç ölçeğinde gruplar arasındaki fark anlamlı düzeye

ulaşmasa da etki boyu göstergelerine bakıldığında farklı bir durumla karşılaşmaktadır. Buna göre, distiminin erken başlangıçlı olması siklotimik mizaç puanları üzerinde büyük boyda, depresif-anksiyöz mizaç puanları üzerinde orta boyda, sinirli mizaç puanları üzerinde düşük boyda yükseltici etki gösterirken; hipertimik mizaç puanları üzerinde orta boyda düşürücü etki göstermektedir.



Şekil IV-II: Tam Gruplarının Mizaç Puanları

Mizaç puanlarıyla ilgili araştırma verileri topluca şöyle değerlendirilebilir: Depresif-anksiyöz mizacın hem distimi ve kronik majör depresyona yatkınlık oluşturması DSM-5'te bu iki kategorinin birleştirilmesi yönündeki öneriyi destekleyen bir bulgudur. Öte yandan, sinirli mizaç puanlarının kronik majör depresyonda yükselme göster-mesine karşılık distimide pek yükselme göstermemesi iki hasta grubunun mizaç profillerinin farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir. Depresif mizaç puanlarının çifte depresyon grubunda da yüksek bulunması, major depresif hastalarda altta yatan kronik depresif eğilimin saptanması bakımından bu ölçek puanlarının yararlı olabileceğini akla getirmektedir. Erken ve geç başlangıçlı distimik hastaların mizaç puanları arasındaki karşılaştırmalarda gözlenen orta ve büyük etki boyları, bu iki hasta grubunun mizaç özellikleri yönünden homojen olmadığını, yani distimide başlangıç yaşına göre yapılan ayrımın geçerli olduğunu düşündürmektedir. Geç başlangıçlı distimik hastalarla karşılaştırıldığında erken başlangıçlı distimik hastalarda

siklotimik, depresif ve sinirli mizaç özellikleri daha ön planda, hipertimik mizaç özellikleri ise geri planda görünmektedir.

4.4. Distimi ve Depresif Bozukluklarda Kimlik Bocalaması

Araştırmaya katılan tüm hastalar için KDDA puan ortalaması 71.04 (ranj=10-135, ss=25.31) olarak hesaplanmıştır. Depresif bozukluk gruplarında KDDA puanlarının dağılımı özellikleri ile gruplar arası karşılaştırma amacıyla uygulanan varyans analizi sonuçları tablo IV-XVII ve IV-XVIII’de özetlenmiştir.

Tablo IV-XVII: DSM-4 depresyon gruplarının kimlik bocalaması açısından karşılaştırılması (Kruskal-Wallis)

	AMD	DB	KMD	χ^2	Anlamlılık
	X±ss	X±ss	X±ss	(sd=2)	
KDDA	69.55±22.71	72.11±26.47	75.62±23.47	1.05	p=0.59

Tablo IV-XVIII: DSM-5 depresyon gruplarının kimlik bocalaması açısından karşılaştırılması (ANOVA)

	ED	ÇD	KD	$F_{2,86}$	Anlamlılık	Etki boyu
	X±ss	X±ss	X±ss			
KDDA	69.55±22.71	74±25.65	71.63±26.12	0.25	p=0.72	$\eta^2=0.005$

Tablolardaki bulgular, en yüksek KDDA puanlarının kronik majör depresyon ve çifte depresyon gruplarında gözlendiğini ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeye ulaşmadığını ortaya koymaktadır. Hesaplanan η^2 değeri de depresif tanı kategorilerinin KDDA puanları üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Tablo IV-XIX: Erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarının kimlik bocalaması açısından karşılaştırılması (t testi)

	Erken Distimi	Geç Distimi	t_{38}	Anlamlılık	Etki boyu
	X±ss	X±ss			
KDDA	84.13±18.06	57.58±22.01	4.00	p=0.0001	d=1.32
Yaş	31.76±15.39	46.44±13.34	3.28	p=0.002	d=1.06

Erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarındaki katılımcıların ortalama KDDA puanları ile gruplar arası karşılaştırma amacıyla uygulanan t-testi sonuçları tablo IV-XIX’da özetlenmiştir. Tablodaki bulgular, erken başlangıçlı distimi grubunda KDDA puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Üstelik hesaplanan Cohen d katsayısı, distiminin başlangıç yaşının KDDA puanları üzerinde büyük fark yarattığını göstermektedir.

Yaşla birlikte kimliğin giderek oturması beklentisiyle uyumlu biçimde normatif KDDA puanları da lise gençliğinden üniversite gençliğine gidildikçe düşüş göstermektedir. Yaşın karıştırıcı bir değişken olabileceği düşüncesiyle tabloda grupların yaşları da karşılaştırılmış ve iki grubun yaşları arasında da anlamlı fark olduğu görülmüştür. Yaşın bu karıştırıcı etkisini dışta bıraktıktan sonra da erken ve geç başlangıçlı distimi gruplarının KDDA puanları arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla kovaryans analizi uygulanmıştır. Analize distimi gruplarının bağımsız değişken (fixed factor), KDDA puanları bağımlı değişken ve yaş yan değişken (covariate) olarak sokulmuştur. Analiz sonucunda, yaşın etkisi ($F_{1,37}=4.32$, $p=0.045$, parsiyel $\eta^2=0.10$) çıkarıldıktan sonra bile distiminin erken/geç başlangıçlı oluşunun KDDA puanları üzerindeki etkisinin anlamlı düzeyde ve büyük boyda ($F_{1,37}=6.06$, $p=0.019$, parsiyel $\eta^2=0.14$) olduğu bulunmuştur. Distimik hastaların KDDA puanlarındaki varyansın % 10'u yaşa bağlı iken, % 14'ü yaştan bağımsız olarak distiminin erken/geç başlangıçlı oluşuna bağlı görünmektedir. Bu bulgular, erken başlangıçlı distiminin hastalarda kimlik duygusunun oturmasını büyük ölçüde zora soktuğunu düşündürmektedir.

4.5. Distimik ve Depresif Hastalarda Kişilik Bozukluğu, Kimlik Bocalaması, Mizaç İlişkisi

Buraya kadar çalışmaya katılan hastalarda kişilik, kimlik ve mizaca ilişkin ayrı ayrı yapılan değerlendirme ve ölçümler incelenmiştir. Bu bölümde, bu ölçümler arasındaki çapraz ilişkiler konu edilecektir.

Kişilik bozukluğu ile affektif mizaç ve kimlik bocalaması arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla, DSM-5 genel KB tanısı alan 57 hastanın TEMPS-A ve KDDA puanları KB tanısı almamış 33 hastanın puanlarıyla ve DSM-3-R KB tanısı alan 73 hastanın TEMPS-A ve KDDA puanları KB tanısı almamış 17 hastanın puanlarıyla karşılaştırılmıştır. Tablo IV-XX ve Tablo IV-XXI'de özetlenen sonuçlar her iki sınıflandırma sisteminde hipertimik mizaç açısından fark olmadığını, DSM-3-R'ye göre ayrıca depresif mizaç açısından da fark olmadığını göstermektedir. DSM-3-R'ye göre KB tanısı olanların depresif mizaç puanlarının küçük, siklotimik, sinirli ve endişeli mizaç puanlarının orta düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir. DSM-5'e göre ise hipertimi dışındaki diğer mizaç puanlarının orta düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. İki grup arasında KDDA puanları açısından gözlenen fark ise anlamlı düzeydedir ve büyük boydadır.

Tablo IV-XX: DSM-3-R kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan hastaların TEMPS-A ve KDDA puanlarının karşılaştırılması (t testi)

	KB (+) X±ss	KB (-) X±ss	t₈₈	Anlamlılık	Etki boyu
Depresif –Anksiyöz Mizaç	13.99±5.91	11.76±5.66	1.40	p=0.16	d=0.38
Siklotimik Mizaç	12.10±3.88	9.65±4.35	2.28	p=0.024	d=0.62
Hipertimik Mizaç	7.84±4.45	7.65±3.65	0.16	p=0.87	d=0.04
Sinirli Mizaç	8.66±4.80	5.29±3.44	2.72	p=0.008	d=0.74
Endişeli Mizaç	8.36±3.32	6.53±3.24	2.04	p=0.043	d=0.56
Kimlik Bocalaması	76.15±23.99	53.00±17.70	3.73	p<0.0001	d=1.02

Tablo IV-XX: DSM-5 genel kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan hastaların TEMPS-A ve KDDA puanlarının karşılaştırılması (t testi)

	Genel KB (+) X±ss	Genel KB (-) X±ss	t₈₈	Anlamlılık	Etki boyu
Depresif –Anksiyöz Mizaç	14.86±5.41	11.33±6.11	2.84	p=0.006	d=0.63
Siklotimik Mizaç	12.42±3.84	10.27±4.14	2.48	p=0.015	d=0.55
Hipertimik Mizaç	7.56±4.34	8.21±4.25	0.69	p=0.49	d=0.15
Sinirli Mizaç	8.96±4.72	6.39±4.40	2.54	p=0.013	d=0.56
Endişeli Mizaç	8.86±3.19	6.55±3.20	3.31	p=0.001	d=0.73
Kimlik Bocalaması	79.79±24.07	57.38±18.41	4.56	p<0.0001	d=1.01

Depresif kişilik bozukluğu (DKB) ile mizaç ve kimlik bocalaması arasındaki ilişkiyi araştırmaya yönelik olarak, DKB tanısı alan 28 hasta ile tanı almayan 64 hastanın TEMPS-A ve KDDA puanları ayrı ayrı hesaplanmış ve t-testi ile karşılaştırılmıştır. Tablo IV-XXI’de özetlenen mizaç boyutlarıyla ilgili sonuçlar DKB tanısı alanların depresif-anksiyöz ve endişeli mizaç puanlarının tanı almayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu ve gruplar arasındaki farkın orta boyda olduğunu göstermektedir. Hipertimik mizaç puanları ise DKB tanısı alan grupta anlamlı biçimde ve düşüktür ve gruplar arasındaki fark büyüktür. KDDA puanları açısından iki grup arasında anlamlı ve büyük boyda bir fark bulunmuş olması, depresif kişilik bozukluğuna kimlik bocalaması yaşantılarının eşlik ettiğini düşündürmektedir.

Tablo IV-XXI: Depresif kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan hastaların TEMPS-A ve KDDA puanlarının karşılaştırılması (t testi)

	DKB (+) X±ss	DKB (-) X±ss	t ₈₈	Anlamlılık	Etki boyu
Depresif -Anksiyöz Mizaç	16.52±4.85	12.30±5.88	3.27	p=0.002	d=0.76
Siklotimik Mizaç	12.37±3.89	11.32±4.12	1.12	p=0.26	d=0.26
Hipertimik Mizaç	5.30±3.29	8.87±4.25	3.89	p<0.0001	d=0.90
Sinirli Mizaç	8.81±3.94	7.68±5.05	1.03	p=0.30	d=0.24
Endişeli Mizaç	9.63±3.49	7.32±3.08	3.12	p=0.002	d=0.72
Kimlik Bocalaması	89.63±21.65	63.94±21.68	5.14	p<0.0001	d=1.19

Son olarak mizaç boyutları ile kimlik bocalaması arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla, katılımcıların TEMPS-A alt ölçek puanları ile KDDA puanları arasındaki korelasyon katsayıları (Pearson r) hesaplanmıştır. Tablo IV-XXII’de yer alan korelasyon matrisi incelendiğinde, hipertimi dışındaki dört mizaç ölçeğinin birbirleriyle orta veya yüksek düzeyde korelasyon gösterdiği görülmektedir. Hipertimik mizaç puanları depresif-anksiyöz ve endişeli mizaç puanlarıyla düşük düzeyde negatif korelasyon gösterirken, siklotimik ve sinirli mizaçla korelasyon göstermemiştir.

Tablo IV-XXII: Depresif kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan hastaların TEMPS-A ve KDDA puanlarının karşılaştırılması

	1	2	3	4	5
1. Depresif –Anksiyöz Mizaç					
2. Siklotimik Mizaç	0.49*				
3. Hipertimik Mizaç	-0.28*	0.008			
4. Sinirli Mizaç	0.51*	0.40*	-0.015		
5. Endişeli Mizaç	0.56*	0.53*	-0.16	0.35*	
6. Kimlik Bocalaması	0.62*	0.56*	-0.29*	0.42*	0.52*

*p<0.01

Tablo IV-XXII’de yer alan korelasyon katsayıları, kimlik bocalaması ile mizaç boyutları arasında yakın bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir. KDDA puanları hipertimik mizaçla düşük-orta düzeyde negatif korelasyon gösterirken diğer tüm mizaç boyutlarıyla yüksek düzeyde pozitif korelasyon göstermiştir. Bu bulgular, depresif-anksiyöz, siklotimik, sinirli ve endişeli mizaca sahip kişilerde oturmuş bir kimlik duygusunun gelişmesinin zora girdiğini düşündürmektedir.

5. TARTIŞMA

Distimik bozukluk tanı kategorisi ilk kez 1980 yılında DSM-3'te tanımlanmıştır. 1987 yılında DSM-3-R'de gözden geçirilen tanı ölçütleri en son halini DSM-4'te almıştır. DSM-5'te ise kronik majör depresyonla bir arada kronik depresif bozukluk olarak sınıflandırılması planlanmaktadır. Bu çalışmada distimiye eşlik eden kişilik ve kimlik sorunları ile mizaç özelliklerinin akut ve kronik majör depresyonla benzeşen ve farklılaşan yönlerinin incelenmesi ve böylelikle DSM-5 önerilerinin geçerliliğine ilişkin görgül veri toplanması amaçlanmıştır. Ek olarak, erken başlangıçlı distiminin kişilik ve kimliğin gelişimi açısından kritik önem taşıyan ergenlik ve gençlik yıllarında başlaması nedeniyle, distimiye eşlik eden kişilik ve kimlik sorunlarının akut ve kronik majör depresyondan farklı bir örüntü sergileyip sergilemediği incelenmiştir.

5.1. Distimi ve Akut/Kronik Majör Depresyon: Eş Hastalanma Oranları

Çalışmaya katılan depresif semptomatolojili hastaların % 68'i majör depresyon, % 51'i distimik bozukluk ve % 17'si kronik majör depresyon tanı ölçütlerini karşılamıştır. Distimik bozukluğu olan hastaların % 68'i aynı zamanda majör depresif tanısı da almıştır. Tersinden bakıldığında, majör depresyon tanısı alan hastaların % 51'i distimik bozukluk eş tanısı almıştır. Distimik bozukluk sonrası kronik majör depresyon geliştiren 3 hasta belirlenmiştir. Eğer DSM-5 önerileri doğrultusunda distimi ve/veya kronik majör depresyonu olan hastaların hepsini kronik depresyon genel başlığı altında toparlanacak olursa, çalışmaya katılan hastaların % 66'sının kronik bir deyişle depresyonu olduğu, % 34'ünün de epizodik depresyonu olduğunu söylenebilir. Diğer bir deyişle, kliniğimizde depresif semptomatoloji nedeniyle tedavi gören hastaların % 85'i majör depresyon tanı ölçütlerini karşılasa da, her üç hastadan ikisinin aslında kronik seyirli bir hastalığı vardır.

Bu bulgular şaşırtıcı değildir. Distimik hastaların % 90'dan fazlasının yaşamı boyunca en az bir majör depresif atak geçirdiği bilinmektedir. (34, 35). Birlikteliğin bu kadar fazla olması nedeniyle kimi yazarlar distimide zaman zaman majör depresyonun görülmesini dalgalı hastalık sürecine bağlamakta; bu yüzden DSM-4 sisteminde çifte depresyonu olan hastalara iki ayrı tanı konması gereğini eleştirmektedir (2). Kimi yazarlar da, distimi ve kronik majör depresyonu aynı hastalığın hafif ve ciddi formları olarak görmektedirler (34).

5.2. Distimi ve Kişilik Bozuklukları: Majör Depresyonla Ayrışan ve Örtüşen Yanlar

Çalışmamıza katılan depresif hastaların % 81'i en az bir DSM-3R kişilik bozukluğu, % 63'ü DSM-5 genel kişilik bozukluğu tanısı almıştır. Kişilik bozukluğu tanısı alan hastaların oranı açısından depresif bozukluk grupları arasında fark bulunmamıştır. Tüm gruplarda paranoid kişilik bozukluğunun en fazla görüldüğü belirlenmiştir (% 44). Erken başlangıçlı distimik bozuklukta geç başlangıçlıya göre sadece sınır kişilik bozukluğunun anlamlı ölçüde yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir ($p=0.007$).

Ülkemizde bu konuda daha önce yapılan 2 çalışmaya ulaşılmıştır. Karamustafaoğlu-Bozkan ve arkadaşlarının (25) çalışmasında ise erken başlangıçlı distimiklerin % 68'inde ve geç başlangıçlı distimiklerin % 47'sinde kişilik bozukluğu saptanmış, gruplar arasındaki fark anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Bizim çalışmamızda da genel kişilik bozukluğu tanısı alma oranının erken başlangıçlı distimiklerde % 69, geç başlangıçlı distimiklerde % 50 düzeyinde bulunduğu ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeye ulaşmadığı düşünülürse, iki çalışmanın bulgularının oldukça benzer olduğu söylenebilir. Öte yandan, Ülkeröğlu ve arkadaşlarının (68) çalışmasında, distimik hasta grubunda kişilik bozukluğu oranı % 97, majör depresyon grubunda % 30, çifte depresyon grubunda ise % 75 olarak bildirilmiştir.

Dünyada genel kabul gören görüş, kişilik bozukluklarının erken başlangıçlı distimik bozuklukta sık, geç başlangıçlı distimik bozuklukta nadir olarak görüldüğü yönündedir. Bellino ve arkadaşlarının çalışmasında (2001) distimik hastaların % 62'sinde en az bir kişilik bozukluğu saptanmıştır. Pepper ve arkadaşları (1995) kişilik bozukluğu tanısının sıklığını erken başlangıçlı distimik hastalarda % 60, majör depresyon hastalarında % 18 olarak bildirmiştir. Erken başlangıçlı distimik bozuklukta hem B hem de C küme bozukluklarının görüldüğü, geç başlangıçlı distimik bozuklukta ise C küme kişilik bozuklukları görüldüğü bildirilmektedir (33). Bizim çalışmamızda hem erken/geç başlangıçlı distimiklerde, hem de majör depresif hastalarda paranoid kişilik bozukluğunun başı çekmesi kültürel özelliklerimizle ilgili olabilir.

Yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, erken başlangıçlı tipte eksen II'de çoğunlukla B küme ve C küme kişilik bozukluklarının bulunduğu ve daha fazla tedavi girişimlerinde bulunulduğu saptanmıştır (6).

60 yaş ve üzeri hastaların alındığı çalışmada 40 distimi hastasından sadece biri (% 2.5) erken başlangıçlı distimik bozukluk tanısı karşılamıştır. Sadece % 10 hastada Eksen II tanısı konmuş, bu hastaların % 50'sinde çekingen kişilik bozukluğu, % 25'inde OKKB ve diğer % 25'inde pasif-agresif kişilik bozukluğu saptanmıştır. (15).

Distimik bozuklukla ilgili çalışmaların çoğu genç erişkin hastalarla yapılmıştır. Bulgular erken başlangıçlı tipin baskın olduğunu, % 60-80 oranında eşlik eden kişilik bozukluklarının olduğunu göstermektedir.(kelsoe) Geç başlangıçlı distimik bozuklukta komorbid kişilik bozukluğu nadir görülmektedir. (6, 15)

Erken başlangıçlı distimik bozuklukta hem B hem de C küme bozuklukları görülmekteyken geç başlangıçlı distimik bozuklukta C küme kişilik bozuklukları görülmektedir. Yapılan çalışmalarda Distimik Bozukluğu olan hastaların % 19-% 62'sinin Depresif Kişilik Bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı görülmüş(33).

Erken başlangıçlı distimik bozuklukta hem B hem de C küme bozuklukları görülmekteyken geç başlangıçlı distimik bozuklukta C küme kişilik bozuklukları görülmektedir. Yapılan çalışmalarda Distimik Bozukluğu olan hastaların % 19-% 62'sinin Depresif Kişilik Bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı görülmüş (33).

Bildiğimiz kadarıyla depresif kişilik bozukluğu ülkemizde daha önce hiçbir çalışmaya konu olmamıştır. Kore kökenli bir çalışmada DKB tanısı ile 3 yıl izlenen hastaların % 19'unda distimi, % 7'sinde de MD geliştiği bulunmuş, normal kontrollere göre DKB grubunda distiminin görülme olasılığının anlamlı ölçüde arttığı, ama depresyon görülme olasılığında anlamlı bir artış olmadığı bildirilmiştir (37). DKB ve distimi tanılı hastaların alındığı başka bir çalışmada DKB tanısı alanların % 25'inin ve distimi tanısı alanların % 49'unun her iki tanıyı birden karşıladığı saptanmıştır (40). Çalışmamızda DKB tanısı alan hastaların oranı epizodik major depresyonu olan hastalar arasında % 16, kronik major depresyonu olan hastaları arasında % 21, geç başlangıçlı distimi hastaları arasında % 24, erken başlangıçlı distimi hastaları arasında ise % 65 olarak hesaplanmıştır. Erken başlangıçlı distimide DKB görülme sıklığının diğer gruplardan 2-3 kat yüksek olduğunu düşündüren bu bulgular dikkat çekicidir.

5.3. Distimi ve Kimlik Bocalaması: Majör Depresyonla Ayırışan ve Örtüşen Yanlar

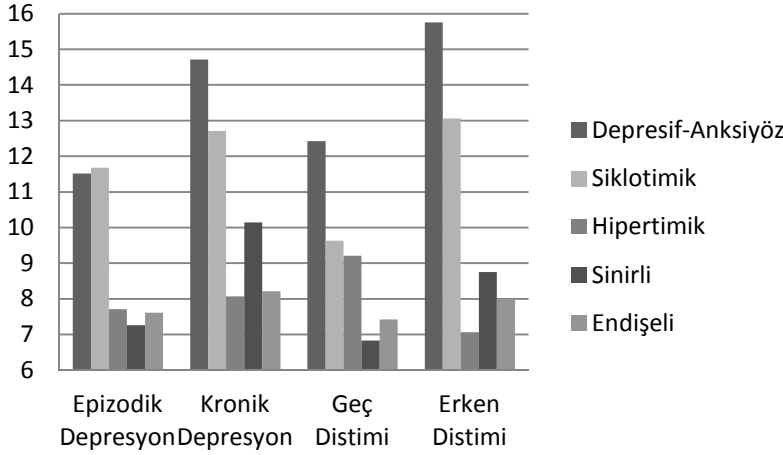
Çalışmamıza katılan tüm hastalar için KDDA puan ortalaması 71 olarak hesaplanmış, tanı gruplarının puan ortalamalarının da 70 dolayların olduğu ve gruplar arasında bir fark olmadığı belirlenmiştir. Buna karşılık distimi grubu erken ve geç başlangıçlı olarak ikiye bölündüğünde ve grupların KDDA puanları karşılaştırıldığında arada büyük bir fark olduğu ($d=1.32$) görülmüştür. Erken başlangıçlı distimik hastaların ortalama KDDA puanı 84 iken, geç başlangıçlı distimiklerin ortalama puanı 56'dır. Arada 28 puanlık fark vardır veya iki dağılımın ortak (pooled) standart sapması birimiyle ifade edilecek olursa 1.32 standart sapma fark vardır.

KDDA puanlarının yaş ilerledikçe azalması beklenmektedir. Lise ve dengi okul öğrencilerinden oluşan geniş bir örnekleme KDDA puanlarının ortalamasının 66.0 ± 19.6 olarak hesaplanırken (26). Daha büyük yaş gruplarında normal örneklemelerden elde edilmiş puanlar elimizde bulunmamaktadır. Bu yüzden üniversite öğrencilerinin puanlarını normatif olarak kabul edersek, geç başlangıçlı distimiklerin KDDA puanlarının normal sınırlarda olduğu söylenebilir. Öte yandan, erken başlangıçlı distimiklerin puanları ciddi düzeylerde kimlik bocalaması yaşantısını düşündürecek ölçüde yüksektir. Bu bulgu, gençlikte başlayan distiminin o yıllarda kimlik oluşumu sürecindeki sarsıntıyla birlikte ileriki yıllara taşındığını akla getirmektedir. Burada hangisinin birincil, hangisinin ikincil olduğu sorusuna yanıt bulmak kolay değildir. Ama ikisinin birlikte orta yaşa doğru ilerlemiş olmaları aralarında nedensel bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Daha önce üniversiteye hazırlanan gençlerle yapılan bir çalışmada (26), kimlik bocalaması olan gruptaki gençlerin % 13'ünde distimik bozukluk, %10'unda majör depresyon gözlenmesine karşılık bocalama yaşamayan gençlerde hiç duygudurum bozukluğu gözlenmemesi de bu düşüncüyü desteklemektedir.

5.4. Distimi ve Mizaç: Majör Depresyonla Örtüşen ve Ayrışan Yanlar

Çalışmamızda en düşük depresif-anksiyöz mizaç puanları epizodik depresyon grubunda, en yüksek puanlar EBD grubunda gözlenmiştir. İlginç biçimde, GBD grubunun depresif-anksiyöz mizaç puanları hem EBD hastalarından hem de KMD grubundan düşüktür.

Şekil 5.1: Tanı Gruplarının Mizaç Puanları



Siklotimik mizaç açısından bakıldığında en yüksek puanlar EBD ve KMD grubunda gözlenirken en düşük puanlar GBD grubunda gözlenmiştir. Benzer durum sinirli (irritabl) mizaç için de geçerlidir. Öte yandan, hipertimik mizaç puanları GBD grubunda en yüksek, EBD grubunda en düşük ortalamayı göstermektedir. Bu

bulgular, EBD hastalarının mizaç profillerinin GBD hastalarından çok KMD hastalarının mizaç profilleriyle benzerlik gösterdiğini düşündürmektedir. GBD hastalarının mizaç profili bir ölçüde epizodik depresyon hastalarıyla benzerlik göstermektedir. EBD ve GBD gruplarının mizaç puanları arasındaki farkın büyüklüğünü incelemeye yönelik etki boyu hesaplamaları, iki grup arasında siklotimik mizaç bakımından büyük, depresif ve hipertimik mizaç bakımından orta düzeyde, sinirli mizaç bakımından küçük bir fark olduğunu, endişeli mizaç bakımından fark olmadığını ortaya koymaktadır.

Ülkemizde çeşitli çalışmalarda duygudurum hastalarının mizaç özellikleri TEMPS-A kullanılarak karşılaştırmalı biçimde incelenmiştir. Bu çalışmaların önemli bir bölümünde duygudurum hastaları arasında baskın mizaç özelliği gözlenme oranı araştırılmış olup bu çalışmaların bulguları giriş bölümünde özetlenmiştir (4, 5, 30, 49). Anılan çalışmalarda 99 soruluk TEMPS-A Türkçe versiyonunun alt ölçek puanları orijinal ölçeğe yakın biçimde hesaplanmış ve uyarlama çalışmasını yapan ekibin belirlediği kesme noktaları uygulanmıştır (4). Bir mizaç ölçeğinden alınan puanın belirli bir kesme noktasının üstünde olması, o mizaç özelliğinin kişide baskın olduğu biçiminde yorumlanmaktadır.

Bu çalışmada ise baskın mizaç gözlenme oranları hesaplanmamıştır. Bunun TEMPS-A Türkçe uyarlama çalışması (70) bulgularına dayanan birkaç nedeni bulunmaktadır. Uyarlama çalışmasında depresif ve anksiyöz (kognitif) mizacın birbirinden ayrıışmadığı ve birlikte bir kompleks oluşturdıkları yönündeki faktör analizi bulgularına yer verilmiştir. Anksiyöz mizaçla ilgili daha çok somatik yaşantıları sorgulayan maddelerse ayrı bir faktörle yüklenmiş ve bu faktör “anxious-nervous temperament” olarak adlandırılmıştır. TEMPS-A orijinal versiyonunda yer alan 110 sorudan her birinin hangi faktörle yüklendiği ve hangi mizaç altölçeğinde yer alması gerektiği makalenin ekindeki faktör analizi tablosunda belirtilmiştir. Bu çalışmada, uyarlama çalışmasının yayınlanmış verileri doğrultusunda depresif-anksiyöz mizaç ve endişeli (anxious-nervous) mizaç puanları hesaplanmıştır. Ölçeklerin soru içerikleri ve soru sayıları değişiklik gösterdiğinden, Akdeniz ve arkadaşları (4) tarafından önerilen kesme noktaları kullanılamamıştır.

5.5. Kişilik Bozuklukları, Kimlik Bocalaması ve Mizaç Boyutları

Çalışmada DSM-5 genel KB tanısı alan 57 hastanın KDDA puanlarının KB tanısı almamış 33 hastanın puanlarından anlamlı ölçüde yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın büyük olduğu ($d=1.01$) bulunmuştur. Benzer fark depresif kişilik bozukluğu (DKB) tanısı alan 28 hastanın KDDA puanlarıyla tanı almayan 64 hastanın KDDA puanları arasında da bulunmuştur. Bu bulgular, depresif hastalarda kişilik bozukluğu ile kimlik bocalamasının el ele gittiğini düşündürmektedir. Burada akla gelen soru, bu hastalarda altta yatan kişilik bozukluğunu tanıma açısından bir öz bildirim ölçeği olan KDDA'nın kullanışlı bir araç olup olmadığıdır.

Çalışmada DSM-3-R KB tanısı alanlarla almayan hastalar affektif mizaç puanları açısından karşılaştırıldığında hipertimik ve depresif mizaç dışındaki mizaç boyutları KB tanısı alanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. DSM-5 genel KB tanısı alan hastalarla almayan hastalar affektif mizaç puanları açısından karşılaştırıldığında, hipertimi dışındaki dört mizaç boyutu açısından gruplar arasında orta boyda farklılık bulunmuştur. Bu bulgu, KB tanısı alan depresif hastalarda depresif-anksiyöz, siklotimik, sinirli ve endişeli mizaç özelliklerinin daha belirgin olabileceğini düşündürmektedir. DKB tanısı alan gruplar mizaç bakımından karşılaştırıldığında, tanı alan grupta sadece depresif-anksiyöz ve endişeli mizaç puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Dikkat çekici biçimde, DKB tanısı alan grupta

hipertimik mizaç puanları düşüktür ve gruplar arasındaki fark büyüktür. Aslan ve Demir'in (5) depresif bozukluğu olan hastalarda mizaç ve kişilik bozukluğunun araştırıldığı çalışmada baskın affektif mizaç ve kişilik bozukları karşılaştırılmıştır. Kişilik bozukluğu tanısı alan hastalarda depresif, siklotimik, anksiyöz ve sinirli baskın mizaç kişilik bozukluğu olanlarda olmayanlara göre daha yaygın bulunmuştur.

Yukarıdaki bulgular, hipertimi dışındaki mizaç boyutlarının birbirinden tümüyle bağımsız boyutlar olmamasına bağlı olabilir. Yapılan korelasyon analizinde, hipertimi dışındaki dört mizaç boyutu arasında orta-yüksek düzeyde korelasyon gözlenmesi bu yargıyı destekleyen bir bulgudur. Hipertimik mizaç puanları ise depresif-anksiyöz ve endişeli mizaç puanlarıyla düşük düzeyde negatif korelasyon gösterirken, siklotimik ve sinirli mizaçla korelasyon göstermemektedir. İlginç biçimde KDDA puanları da hipertimik mizaçla negatif korelasyon gösterirken diğer tüm mizaç boyutlarıyla yüksek düzeyde pozitif korelasyon göstermiştir. Bu bulgular, depresif-anksiyöz, siklotimik, sinirli ve endişeli mizaç özelliklerinin baskın olduğu kişilerde oturmuş bir kimlik duygusunun gelişmesinin zora girdiğini düşündürmektedir. İlgili literatürde mizaç boyutları arasındaki korelasyonları inceleyen bir çalışmaya ulaşılammıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Depresif yakınmalarla ayaktan veya yatarak tedavi gören 92 hasta üzerinde gerçekleştirilen bu çalışmada, her üç hastadan ikisinin akut majör depresyon tanısı aldığı, ancak bu tanıyı alanların yaklaşık yarısında altta yatan distiminin söz konusu olduğu bulunmuştur. Çifte depresyon, hafif şiddette, kronik gidişli bir depresif bozukluğun alevlenme dönemi olarak görülürse, distimik hastalarımızın yaklaşık üçte ikisinin alevlenme döneminde psikiyatriye başvurmuş oldukları söylenebilir. DSM-5 önerileri doğrultusunda distimi ve/veya kronik majör depresyonu olan hastaların hepsinin kronik depresif bozukluk genel başlığı altında toparlanması durumunda, çalışmaya katılan hastalar arasında kronik/epizodik depresyon oranı 2/1 olmaktadır.

Çalışmamıza katılan her beş hastadan dördü en az bir DSM-3R kişilik bozukluğu tanısı, üçü DSM-5 genel kişilik bozukluğu tanısı, ikisi paranoid kişilik bozukluğu tanısı almıştır. Kişilik bozukluğu tanılarının sıklığı açısından depresif bozukluk grupları arasında sınır ve depresif kişilik bozuklukları (DKB) için anlamlı fark bulunmuştur. Erken başlangıçlı distimide sınır kişilik bozukluğu görülme sıklığı % 38 ve DKB görülme sıklığı % 65'tir. Bu oranlar diğer gruplardan kabaca 3 kat yüksektir. Kimlik duygusundaki sarsıntı, erken başlangıçlı distimiklerde geç başlangıçlı distimiklere göre, genel ve/veya depresif kişilik bozukluğu tanısı alanlarda kişilik bozukluğu tanısı almayanlara göre çok daha şiddetli yaşanmaktadır.

Tanı gruplarının mizaç profilleri karşılaştırıldığında, kronik majör depresif hastaların profilinin en çok erken başlangıçlı distimi hastalarının profiline benzerlik gösterdiği dikkat çekmiştir. Geç başlangıçlı distimi hastalarının mizaç profili bir ölçüde epizodik depresyon hastalarıyla benzerlik göstermektedir. Erken başlangıçlı distimik hastalarda geç başlangıçlı distimiklere göre siklotimik, depresif-anksiyöz ve sinirli mizaç özellikleri daha belirgin, hipertimik mizaç özellikleri ise daha az belirgindir.

Bütün olarak bakıldığında bu çalışmanın bulguları; psikiyatri kliniklerinde depresif yakınmalar nedeniyle tedavi gören hastaların çoğunda epizodik değil kronik depresyonun söz konusu olduğunu, DSM-5'te kronik majör depresyonun distimi ile birleştirilmesinin doğru bir yaklaşım olduğunu, epizodik olsun kronik olsun depresif hastaların çoğunda eşlik eden kişilik bozukluğu bulunduğunu, distiminin erken ve geç başlangıçlı biçiminde iki alt tipe bölünmesinin uygun bir yaklaşım olduğunu

düşündürmektedir. Göreli olarak, erken başlangıçlı distimide depresif ve sınır kişilik bozuklukları daha sık, kimlik duygusundaki sarsıntı daha şiddetli, özellikle siklotimik ve depresif-anksiyöz mizaç özellikleri daha belirgindir.

Kronik depresyonun araştırmalardaki sıklığına karşılık klinik uygulamadaki seyrekliği, çok zaman bu tanının atlandığını düşündürmektedir. Bundan kaçınmak için, her depresif hastada hastalık süresinin ve altta yatan distimik örüntünün titizlikle sorgulanması önem taşımaktadır. Hastalığın kronik doğasının anlaşılması tedavi planının da bu doğrultuda yapılmasını sağlayabilir. Sözelimi ilaç tedavisine istenen düzeyde yanıt alınamayan kronik depresiflerde psikoterapinin devreye sokulması, yanıt alınanlarda da idame tedavisinin uzun tutulması uzun dönemde tedavi başarısını önemli oranda etkileyebilir. Hastalığın seyri ve tedavisi konusundaki bilgilerimizin zenginleşmesi açısından, akut ve kronik depresif hastalar üzerinde gerçekleştirilecek boylamsal izlem çalışmalarına gerek duyulmaktadır.

7. ÖZETLER

7.1 Özet

Amaç: Distimik bozukluk hafif seyirli kronik bir depresif duygudurumun varlığı ile karakterizedir. DSM-5 sınıflandırma sisteminde kronik major depresyon ile birlikte kronik depresif bozukluk olarak tanımlanacaktır. Bu çalışmada amacımız distimik bozukluk (kronik depresif bozukluk) ve major depresyona (epizodik depresif bozukluk) eşlik eden kişilik ve kimlik örüntüleri ve mizaç özelliklerini belirlemektir.

Yöntem: Adnan Menderes Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalında ayaktan ve yatarak tedavi gören 92 hastadan oluşan örneklemimize aşağıdaki ölçek ve görüşme formları yoluyla veri toplandı: DSM-4 Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), DSM-3R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II), Kimlik Duygusu Değerlendirme Aracı (KDDA), TEMPS-A affektif mizaç ölçeği, Hamilton Depresyon Skalası, DSM-5 Kişilik Fonksiyonelliği Klinik Değerlendirme Formu.

Bulgular: Çalışmamızda değerlendirilen depresif bozukluk tanısı alan 92 hastanın % 85'i major depresyon (% 68 akut ve % 17 kronik) ve % 51'i distimi tanısı almıştır. DB olan hastaların % 68'inde MD ve MD olan hastaların % 51'inde DB saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların DSM-3-R'ye göre % 81'inin en az bir kişilik bozukluğu tanısını ve DSM-5'e göre % 63'ünün genel KB tanısını karşıladığı belirlenmiştir. Tüm gruplarda en yüksek oranda (% 44) görülen kişilik bozukluğu paranoid kişilik bozukluğudur. Erken başlangıçlı distimide geç başlangıçlı distimiye göre sınır kişilik bozukluğunun anlamlı düzeyde yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir (% 38). Depresif kişilik bozukluğu hastaların % 30'unda saptanmış olup distimik hastalarda (% 43), çifte depresyonu olanlarda (% 50) ve erken başlangıçlı distimide (% 65) görece yüksek oranda bulunmuştur. Depresif bozukluk grupları afektif mizaç açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı düzeye ulaşan bir fark saptanmamıştır. Ancak erken ve geç başlangıçlı distimi kendi aralarında karşılaştırıldığında erken başlangıçlı distimi grubunda siklotimik mizaç puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. DSM-4 ve DSM-5 tanı grupları arasında KDDA değişkeni açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bununla birlikte DB tanısı alan hastalar başlangıç yaşına göre değerlendirildiğinde erken başlangıçlı distimi grubunda KDDA puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmaya katılan hastaların yaklaşık yarısında altta yatan distimi söz konusudur. Distimisi olan hastaların üçte ikisi akut alevlenme sırasında hekime başvurmuştur. Kronik major depresyon ve distimi birlikte düşünüldüğünde hastaların üçte ikisinde kronik bir depresif bozukluğun olduğunu söylemek mümkündür. Kronik major depresyon ve distiminin kişilik, mizaç ve kimlik özellikleri açısından benzer özellikler gösterdiği ve birlikte gruplandırılmalarının uygun olacağı düşünülmektedir. Ancak erken başlangıçlı distimide geç başlangıçlı distimiye göre kimlik gelişiminde aksamalar olması, sınır ve depresif kişilik bozukluğunun daha sık olması ve hipertimik mizaç dışında diğer mizaç özelliklerinin daha belirgin olması nedeniyle bu patolojileri tanımlayan alt kategorilerin bulunmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

7.2. Abstract

Personality, identity and temperamental characteristics of dysthymic and depressive patients

Purpose: Dysthymic disorder (DD) is a mild, chronic depressive condition. Proposedly, dysthymia will be defined as chronic depressive disorder together with chronic major depression in the DSM-5. The present study aims to investigate in a comparative manner the personality disorders, identity problems, and affective temperaments associated with episodic depressive disorder and chronic depressive disorder.

Method: Participants were 92 outpatients or inpatients under treatment for depressive symptoms at the psychiatry clinic of the Adnan Menderes University Research Hospital. Each participant was assessed clinically by means of semi-structured SCID-I and SCID-II interviews, Hamilton Depression Scale, DSM-5 criteria for personality functioning, and a series of self-report inventories for affective temperament (TEMPS-A) and identity confusion (IFAIC).

Findings: Of 92 participants, 85 % were diagnosed with major depression (68 % acute, 17 % chronic) and 51 % with dysthymic disorder. Sixty eight percent of patients with DD have the comorbid MDD and 51 % of patients with MD have the comorbid DD. Eighty one percent of the patients have at least one DSM-3-R personality disorders, and 63 % of the patients have general personality disorder according to the DSM-5 criteria. Paranoid personality disorder is the most common personality disorder in all groups (44 %), borderline personality disorder is found more common (38 %) in early onset dysthymia (EOD) as compared with late onset dysthymia. Depressive personality disorder (DPD) was diagnosed in 30 % of all the participants, 43 % of dysthymic patients, 50 % of the patients suffering from double depression, and 65 % of the patients with early onset dysthymia. No significant difference was found among the diagnostic groups in terms of affective temperaments and identity confusion scores. In contrast, the cyclothymic, depressive-anxious and hyperthymic temperament scores of the early onset dysthymics were found to be higher than those of the late onset dysthymics. Likewise, IFAIC scores of the early onset dysthymics were significantly higher than those of late onset dysthymics.

Conclusion: Dysthymia is diagnosed in approximately half of the patients suffering from depressive symptoms. Two thirds of the patients with dysthymia seek for

psychiatric help during acute exacerbations of major depression. Two thirds of all the participants have chronic depressive disorder as a new category proposed for the DSM-5 to cover both dysthymia and chronic major depression. The validity of this new diagnostic category is supported by the similarity of dysthymic and chronic major depressive patients with respect to personality disorders, identity disturbance and affective temperamental characteristics. Nevertheless, given the closer association of early onset dysthymia with borderline and depressive personality disorders, disturbed sense of identity, and all but the hyperthymic temperament in present study, it might be appropriate to preserve early onset dysthymia and late onset dysthymia in the DSM-5 as clinical subtypes of chronic depression.

8. KAYNAKLAR

- 1- Akhtar S. The syndrome of identity diffusion. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1381-1385.
- 2- Akiskal HS, Placidi GF, Maramba I. TEMPSI:delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive and irritable temperaments in a nonpatient population. *J Affect Disord*, 1998; 51: 7-19.
- 3- Akiskal HS. Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *J Affect Disorders* 2001; 62: 17-31.
- 4- Akdeniz F, Kesebir S, Dr. Vahip S, Gönü AS, Duygudurum Bozuklukları ile Mizaç Arasında İlişki Var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15: 183-190
- 5- Aslan S, Yancar Demir E. Yineleyici ve Tek Dönem Major Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Kişilik ve Affektif Mizaç Özellikleri. *Klinik Psikiyatri* 2008; 11: 61-71
- 6- Bellino S, Patria L, Ziero S, Rocca G, Bogetto F Clinical features of dysthymia and age: a clinical investigation. *Psychiatry Res* 2001; 103: 219-228.
- 7- Bleiberg B. Identity problem and borderline problems in children and adolescents. Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8. baskı, BJ Sadock, VA Sadock (ed), Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins, 2005 s. 3457-3469.
- 8- Clark DA, Beck AT, Beck JS Symptom differences in major depression, dysthymia, panic disorder, and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 205-209.
- 9- Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme kullanım kılavuzu (SCID-I). Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 1999.
- 10- Coşkunol H, Bağdiken İ, Soriaş S. SCID-II (Türkçe versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994; 9: 26-29.
- 11- Çuhadaroğlu F Identity Confusion and Depression in Groups of Adolescents Having Psychiatric and Physical Symptoms. *Turk J Pediatr* 1999; 41: 73-79.
- 12- Dereboy İF Kimlik Bocalaması: Anlamak, Tanımak, Ele Almak. Malatya: Özmert Ofset, 1993.

- 13- Dereboy İF, Dereboy Ç, Coşkun A Özdeğer duygusu, öz imgesi ve kimlik duygusu-II: Bir kimlik duygusu değerlendirme aracına doğru - ön çalışma. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1994; 1: 61-69.
- 14- Dereboy İF, Dereboy Ç, Sevinçok L. Gençlerde Kimlik Gelişimi Sürecini Değerlendirmekte Kullanılan İki Ölçeğin Psikometrik Özellikleri: Karşılaştırmalı bir çalışma. Turk Psikiyatri Derg 1999; 10: 92-101.
- 15- Devanand DP, Nobler MS, Singer T, Kiersky JE, Turret N, Rooose SP, Sackeim HA. Is dysthymia a different disorder in the elderly? American Journal of Psychiatry 1994; 151: 1592-1599.
- 16- Dunner DL. Duration of periods of euthymia in patients with dysthymic disorder. American Journal of Psychiatry 1999; 156: 1992-1993.
- 17- Erikson EH. Identity: Youth and Crisis. New York, W.W. Norton, 1968.
- 18- Eryüksel GN. Ergenlerde kimlik statülerinin incelenmesine ilişkin kesitsel bir çalışma. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 1987.
- 19- First M, Spitzer R, Gibbon M. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I). Washington DC, American Psychiatric Press, 1997.
- 20- Ghaemi SN. Why antidepressants are not antidepressants: STEP-BD, STAR*D, and the return of neurotic depression. Bipolar Disorders 2008; 10: 957-968.
- 21- Goldberg DP, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorders across centres. Mental Illness in General Health Care, An International Study, TB Üstün, N Sartorius (eds), John Wiley Sons Chichers, 1995.
- 22- Gültekin BK. Adnan Menderes Üniversitesi öğrencilerinde sosyal fobi ve sosyal fobinin yaşam kalitesi ve kimlik oluşumu üzerine etkileri. Uzmanlık Tezi, Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2008.
- 23- Jacobson E. The Self and the Object World. New York, International Universities Press, 1964.
- 24- Joiner TE Jr, Cook JM, Hersen M, Gordon KH. Double depression in older adult psychiatric outpatients: hopelessness as a defining feature. Affect Disord 2007; 101: 235-238.
- 25- Karamustafaoğlu O, Maner F, Karamustafaoğlu Bozkan N, Ulusoy M. Distimi ve Kişilik Bozuklukları. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 1992; 5: 20-23.

- 26- Kaynak Demir H, Dereboy F, Dereboy Ç. Gençlerde Kimlik Bocalaması ve Psikopatoloji Türk Psikiyatri Dergisi 2009; 20: 227-235
- 27- Kelsoe JR. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Edition Turkish version, 1629-1630.
- 28- Kernberg O. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New Jersey, Jason Aronson, 1975.
- 29- Kernberg OF. Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. New Jersey, Jason Aronson, 1976.
- 30- Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z. Bipolar Bozuklukta Mizaç İle Klinik Özelliklerin İlişkisi Türk Psikiyatri Dergisi 2005;16: 164-169
- 31- Kılıç C. Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili. Hazırlayanlar: N Erol, C Kılıç, M Ulusoy ve ark., Ankara. T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1998; 77-94
- 32- Klein DN, Kocsis JH, McCullough JP, Holzer CE, Hirschfeld RM, Keller MB. Symptomatology in dysthymic and major depressive disorder. Psychiatr Clin North Am 1996; 19: 41-53.
- 33- Klein DN, Schatzberg AF, McCullough JP, Keller MB, Dowling F, Goodman D, Howland RH, Markowitz JC, Smith C, Miceli R and Harrison WM. Early- versus late-onset dysthymic disorder: comparison in out-patients with superimposed major depressive episodes. Journal of Affective Disorders 1999; 52: 1-3
- 34- Klein DN, Santiago NJ. Dysthymia and chronic depression: introduction, classification, risk factors, and course J Clin Psychol 2003; 59: 807-816.
- 35- Klein DN, Shankman SA, Rose S. Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. Am J Psychiatry 2006; 163: 872-880.
- 36- Kovacs M, Akiskal HS, Gatsonis C, Parrone PL. Childhood-onset dysthymic disorder. Clinical features and prospective naturalistic outcome. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 365-374.
- 37- Kwon JS ve ark. Three-Year Follow-Up of Women With the Sole Diagnosis of Depressive Personality Disorder: Subsequent Development of Dysthymia and Major Depression, Am J Psychiatry 2000; 157: 1966-1972

- 38- Lyness JM, King DA, Cox C. The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability, *J Am Geriatr Soc* 1999b; 47: 647-652.
- 39- Marcia JE. Development and validation of ego-identity status. *J Pers Soc Psychology* 1966; 3: 551-558.
- 40- Markowitz JC, Skodol AE, Petkova E, Xie H, Cheng J, Hellerstein DJ, Gunderson JG, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH. Longitudinal comparison of depressive personality disorder and dysthymic disorder, *Comprehensive Psychiatry* 2005; 46: 239–245.
- 41- Masand PS, Kaplan DS, Gupta S, Bhandary AN. Irritable bowel syndrome and dysthymia. Is there a relationship? *Psychosomatics* 1997; 38: 63-69.
- 42- Masi G, Favilla L, Mucci M, Poli P, Romano R. Depressive symptoms in children and adolescents with dysthymic disorder. *Psychopathology* 2001; 34:29-35.
- 43- Mazzarini L, Pacchiarotti I. Predominant polarity and temperament in bipolar and unipolar affective disorders ve ark. *Journal of Affective Disorders* 2009; 119: 28–33.
- 44- McCullough JP, Braith JA, Chapman RC, Kasnetz MD, Carr KF, Cones JH, Fielo J, Roberts WC. Comparison of early and late onset dysthymia. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178: 577-581.
- 45- Modabernia MJ, Tehrani HS, Fallahi M, Shirazi M, Modabbernia AH. Prevalence of depressive disorders in Rasht, Iran: A community based study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008; 4: 4-20.
- 46- Modestin J, Oberson B, Erni T. Identity disturbance in personality disorders. *Compr Psychiatry* 1998; 39: 352-357.
- 47- Moshman D. *Adolescent Psychological Development: Rationality, Morality, Identity*. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 2005.
- 48- Offer D, Ostrov E, Howard KI. *The Teenage World: Adolescents' Self-Image in Ten Countries*. New York, Plenum Medical Books, 1998.
- 49- Okan İbiloğlu A, Çayköylü A. Bipolar-I, Bipolar-II ve Majör Depresif Bozuklukta Ayrışan Sosyodemografik, Klinik ve Mizaç Özellikleri 2011; 22: 159-65
- 50- Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Boratav C. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Distimik Bozukluk *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13: 23-32

- 51- Pepper CM, Klein DN, Anderson RL, Riso LP, Ouimette PC, Lizardi H. DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 239-247.
- 52- Reich JH, Noyes R A comparison of DSM-III personality disorders in acutely ill panic and depressed patients. *J Anxiety Disord*, 1987; 1: 123-128.
- 53- Ryder AG, Bagby RM, Schuller DR. The overlap of depressive personality disorder and dysthymia: a categorical problem with a dimensional solution. *Harvard Review of Psychiatry* 2002; 10: 337-352.
- 54- Ryder AG, Schuller DR, Bagby RM. Depressive personality and dysthymia: evaluating symptom and syndrome overlap. *J Affect Disord* 2006; 91: 217-227.
- 55- Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Pirkola S, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist J. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 326-332
- 56- Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11: 3-16
- 57- Samuel DB, Widiger TA. A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis *Clinical Psychology Review* 2008; 28: 1326–1342
- 58- Sanderson WC, Welzler S, Beck AT. Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Res* 1992; 42: 93-99.
- 59- Sansone RA, Sansone LA. Dysthymic disorder: forlorn and overlooked? *Psychiatry* 2009; 6: 46-51.
- 60- Sansone RA, Sansone LA. Early- versus Late-Onset Dysthymia: A Meaningful Clinical Distinction? *Psychiatry* 2009; 6: 14–17.
- 61- Serretti A, Jori MC, Casadei G, Ravizza L, Smeraldi E, Akiskal H. Delineating psychopathologic clusters within dysthymia: a study of 512 out-patients without major depression. *J Affect Disord* 1999; 56: 17-25.
- 62- Spitzer RL, Williams J, Gibbon M Users guide for the structured clinical interview for DSM-III-R. Washington DC, American Psychiatric Association Press, 1990.
- 63- Sorias S, Saygılı R, Elbi H. DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi Türkçe versiyonu SCID-II kişilik bozuklukları formu. Bornova İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1990.
- 64- Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF. *Textbook of Mood Disorders*, 2005.

- 65- Subodh BN, Avasthi A, Chakrabarti S. Psychosocial impact of dysthymia: a study among married patients. *J Affect Disord* 2008; 109: 199-204.
- 66- Türkbay T, Özcan C, Doruk A ve ark. Consequences of identity confusion on adolescents' psychiatric symptoms and self-esteem. *Psychiatry in Türkiye* 2005a; 7: 92-97.
- 67- Türkbay T, Özcan C, Doruk A. Ergenlerde kimlik bocalaması üzerine cinsiyetin etkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2005b; 12: 69-74.
- 68- Ülkeröğlü F, Tezcan AE, Kuloğlu M, Çulha F, Karabulut C, Ay M, Doğan İ. Distimi-Çifte Depresyon-Majör Depresyon Tan ılı Hastaların Kişilik Yapıları Açısından Karşılaştırması *Düşünen Adam* 1999; 12: 14-21
- 69- Vaeroy H, Merskey H. The prevalence of current major depression and dysthymia in a Norwegian general practice. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 324-328.
- 70- Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazıcı O, Akiskal K, Akiskal H. Affective temperaments in clinically well-subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *Journal of Affective Disorders* 2005; 85: 113-125
- 71- Wilkinson-Ryan T ve Westen D. Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 528–541.
- 72- Yazıcı O. Distimi. *Klinik psikiyatri dergisi* 2004; 2: 54-62

9. EKLER

9.1. ADÜ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI DİSTİMİ ARAŞTIRMASI KLİNİSYEN DERECELENDİRME VE DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME (SCID-I). RAPOR FORM

A.Hastaya İlişkin Bilgiler			
Adı Soyadı		Hasta No	
Telefonu		Hastane Dosya No	
Adresi		Yatış Tarihi	
		Çıkış Tarihi	

Yaş		Cinsiyet	(1) erkek (2) kadın
Eksen I Tanıları	1. 2. 3.	Farmakoterapi	1. 2. 3.
Eksen II Tanıları	1. 2.	Psikoterapi	1. 2.
Eksen III Tanısı		İntihar girişimi sayısı	
Eksen IV Tanısı		Klinik Global İzlenim	
Eksen V yatışta Eksen V çıkışta	GİS: GİS:	Bilgilendirilmiş Onam	hastaya verildi () hasta dosyasına kondu () araştırma dosyasına kondu ()

T-0 Ölçümleri		Gerçekleştirilen işlemler (√) işareti ile belirtilecek	
SCID I	derecelendi () bilgisayara girildi ()	SCID II	hastaya doldurtuldu () derecelendi () bilgisayara girildi ()
Sosyodemografik Bilgi Formu	doldurtuldu () bilgisayara girildi ()	İstismar Tarama Formu	doldurtuldu () bilgisayara girildi ()
KDDA	doldurtuldu () bilgisayara girildi ()	TEMPS-A	doldurtuldu () bilgisayara girildi ()
Hamilton depresyon ölçeği	derecelendi () bilgisayara girildi ()		

C-DİSTİMİ

	Semptom	Yok	Var
1	o Depresif duygudurum		
2	o İştahsızlık		
3	o Aşırı yemek yeme		
4	o Uykusuzluk		
5	o Aşırı uyku		
6	o Düşük enerji düzeyi - yorgunluk		
7	o Düşük benlik saygısı		
8	o Düşüncelerini yoğunlaştırma (konsantrasyon) ya da karar verme güçlüğü		
9	o Umutsuzluk duyguları		

D-Distimi B Tanı Ölçütleri

	Semptom	Yok	Var
1	o Düşük benlik saygısı, özgüven azlığı ya da yetersizlik duyguları		
2	o Karamsarlık		
3	o Ümitsizlik		
4	o Çaresizlik duyguları		
5	o İlgi kaybı		
6	o Zevk alamama		
7	o Sosyal geri çekilme		
8	o Kronik yorgunluk-halsizlik		
9	o Suçluluk duyguları, pişmanlıklar		
10	o Toplumdan çekilme		
11	o Öznel irritabilite ya da aşırı öfke		
12	o Etkinlikte, üretkenlikte azalma		
13	o Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflığı, karamsarlık		

E. Tipik olarak Nörotik depresyonu olan hastalar, daha hafif depresyonu, daha belirgin anksiyete semptomları olan ve psikososyal stresörlere daha yatkın oluyorlar. Episodik yerine kronik bir seyir izler. Kronik depresif-anksiyete bozuklukları ile Major Depresif bozukluğun genetik kalıtlabilirliğinin yanı sıra tedavi cevapları da farklılık gösterir. Nörotik Depresyon için önerilen tanı kriterleri:

- A. Normal üzüntüden daha yoğun veya kısıtlayıcı olan fakat farklı olmayan deprese affekt.
- B. Aşağıdaki semptomlardan en az 2 fakat en fazla 4 semptomun karşılanması: Uyku değişiklikleri (artmış veya azalmış), günlük aktivitelere azalmış ilgi, düşük özgüven, azalmış enerji, azalmış konsantrasyon, iştah değişiklikleri (azalmış-artmış), intihar düşüncesi
- C. Günün çoğunda görülen kronik üzüntü ve psikolojik anksiyete veya birçok somatik semptom; örn: gastrointestinal şikayetler (bulantı, hıkaye...), başağrısı veya parestezi.
- D. A, B ve C kriterleri en az 6 aydır, hemen her gün ve günün büyük bölümünde olmalı.
- E. Olumlu ve olumsuz yaşam koşullarına ve günlük olaylara reaktif ruh durumu.
- F. Belirgin psikomotor retardasyon ve belirgin suçluluk/kendini cezalandırma olmamalı.
- G. Yukarıda belirtilerin bulunduğu sürenin çoğunda DSM-IV Major Depresif Atak tanı kriterleri olmamalı
- H. DSM-IV Major Depresif Atak, kronik subtipi tanı kriterleri karşılanmamalı.

E-Nörotik depresyon

	Semptom	Yok	Var
1	C1+C4+C5+D5+D1+C6+D13+C2+C3		
2	İntihar düşüncesi		
3	Somatik yakınmalar		
4	Kronik üzüntü		
5	Anksiyete		

F. Depresif Kişilik Bozukluğu

	Semptom	Yok	Var
1	Olağan duyguduruma eşlik eden keder, keyifsizlik, mutsuzluk, neşesizlik		
2	Benlik kavramında yetersizlik, değersizlik, düşük benlik saygısı		
3	Kendine karşı eleştirici, suçlayıcı, küçültücüdür		
4	Düşüncelere dalma, tasalanma		
5	Başkalarına karşı olumsuz, eleştirici, yargılayıcı		
6	Karamsarlık		
7	Suçluluk hissetmeye ya da vicdan azabı çekmeye yatkınlık		

G-Yaygın Anksiyete Bozukluğu

	Semptom	var	yok
A.	En az 6 ay süreyle bir çok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı kaygılanma, kuruntulara kapılma		
B.	Kişi, kendini kuruntulara kapılmaktan alıkoyamaz.		
C.	Aşağıdaki altı semptomdan üçüne eşlik eder		
C1.	Huzursuzluk, aşırı heyecan çekme ya da tasalanma		
C2.	Kolay yorulma		
C3.	Düşüncelerini odaklayamama ya da zihnin durmuş gibi olması		
C4.	İrritabilite		
C5.	Kas gerginliği		
C6.	Uyku bozukluğu		

H. Kronik Depresif Bozukluk

	A45-60- A,B,C,E,F,G,H + ,D-		
--	-----------------------------	--	--

I. Konversiyon Bozukluğu

	Semptom	var	yok
A.	İstemli motor ya da duyu işlevlerini etkileyen nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumu düşündüren semptom ya da defisitler.		
B.	Bu semptom ya da defisite psikolojik etkenlerin eşlik ettiği yargısına varılır, söz konusu semptom ya da defisitin başlaması ya da alevlenmesi öncesinde çatışmalar ya da diğer stres etkenleri vardır		
C.	Bu semptomlar amaçlı olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır.		
D.	Bu semptomlar ya da defisitler nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumla ya da bir maddenin doğrudan etkileriyle ya da kültürel olarak uygun bulunan bir davranış ya da yaşantı olarak tam açıklanabiliyorsa konversiyon bozukluğu tanısı konmaz.		
E.	Bu sorun, belirgin bir sıkıntı doğurmasıyla; toplumsal, mesleki alanlarında işlevsellikte bozulmaya neden olmasıyla ve tıbbi değerlendirmeyi gerektirmesiyle klinik açıdan önemli olmaktadır.		
F.	Semptomlar ağrı ya da cinsel işlev bozukluğuyla sınırlı ve yalnızca somatizasyon bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkıyorsa ya da başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanabiliyorsa konversiyon bozukluğu tanısı konmaz.		

İ. Ağrı Bozukluğu

	Semptom	var	yok
A.	Bir ya da daha fazla anatomik bölgede görülen ağrı klinik görünümün önde gelen özelliğidir ve klinik açıdan değerlendirmeyi gerektirecek kadar şiddetlidir.		
B.	Ağrı, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar.		
C.	Ağrının başlangıcı, şiddeti, alevlenmesi ya da sürmesinde psikolojik etkenlerin önemli bir rolünün olduğu yargısına varılır.		
D.	Bu semptomlar belirli bir amaca yönelik olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır.		
E.	Ağrı, bir duygudurum, anksiyete bozukluğum ya da psikotik bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve disparoni için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.		

j. Somatizasyon Bozukluğu

	Semptom	var	yok
A.	Birkaç yıllık dönem içinde ortaya çıkan tedavi arayışlarıyla ya da toplumsal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fizik yakınma		
B1	4 ağrı semptomu: baş, karın, sırt, eklem,ekstremite, göğüs, rektum, menstruasyon, cinsel ilişki ya da idrar yapma sırasında		
B2	2 GIS semptomu: ağrı dışında GIS semptomu: bulantı, şişkinlik, gebelik sırasında olağan dışı kusma, diyare, konstipasyon, hazımsızlık, birden çok yiyeceğin dokunması		
B3	1 cinsel semptom: Ağrı dışında en az 1 cinsel ya da üreme organıyla ilgili semptom, cinsel ilgisizlik, erektil ya da ejakülatuar işlev bozukluğu, menstruasyon düzensizliği, aşırı menstrual kanama, gebelik boyunca kusma		
B4	1 Psödonörolojik semptom: Ağrı ile sınırlı olmayan, nörolojik bir durumu düşündüren en az bir semptom ya da defisitöyküsü.Koordinasyon ya da denge bozukluğu, paralizi ya da lokalize güç yitimi, yutma güçlüğü ya da boğazda düğümlenme duygusu, afoni, üriner retansiyon, halüsinasyon, dokunma ya da ağrı duyumu yitimi, çift görme , körlük, sağırılık, katılmalar gibi gibi konversiyon semptomları, amnezi gibi dissosiyatif semptomlar, bayılma dışı bilinç yitimi		
C1	Bu semptomlar ya da defisitler nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumla ya da bir maddenin doğrudan etkileriyle ya da kültürel olarak uygun bulunan bir davranış ya da yaşantı olarak tam açıklanabiliyorsa konversiyon bozukluğu tanısı konmaz		
C2	İlişkili genel tıbbi durum olsa bile fizik yakınmalar ya da bunların bir sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bozulma öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularına göre beklenenden çok daha fazladır.		
D	Bu semptomlar belirli bir amaca yönelik olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır		

K. Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk

	Semptom	var	yok
A.	Bir ya da daha fazla fizik yakınmanın olması: yorgunluk, iştahsızlık, GIS ya da GÜS yakınmaları.		
B1	Yeterli bir incelemeden sonra, bu semptomlar bilinen genel bir tıbbi durum ya da maddenin doğrudan etkileri ile açıklanamaz		
B2	İlişkili genel tıbbi durum olsa bile fizik yakınmalar ya da bunların bir sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bozulma öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularına göre beklenenden çok daha fazladır.		
C	Bu semptomlar toplumsal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.		
D	Bu bozukluğu süresi en az 6 aydır.		
E	Bu semptomlar belirli bir amaca yönelik olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır		

A. DUYGUDURUM EPİZODLARI

Majör Depresif Epizod

A. En az 2 hafta süreyle

		?	-	+
A1	Depresif duygudurum	?	-	+
A2	Azalmış ilgi yada zevk alamama	?	-	+
A3	Kilo veya iştah değişimi	?	-	+
A4	İnsomnia/ hipersomnia	?	-	+
A5	Psikomotor ajitasyon/ retardasyon	?	-	+
A6	Yorgunluk/ enerji kaybı	?	-	+
A7	Değersizlik/ Uygun olmayan suçluluk duyguları	?	-	+
A8	Düşünce/ konsantrasyon güçlüğü ya da kararsızlık	?	-	+
A9	Ölüm veya intihar etme düşünceleri	?	-	+
A10	A1-A9 arası maddelerden en az 5 i + kodlanmıştır.	?	-	+
A11	Belirtilerin sıkıntı yada bozulmaya neden olması	?	-	+
A12	Madde kullanımına yada genel tıbbi bağlı değildir	?	-	+

A13	Yas ile açıklanamaz	?	–	+
A14	A10, A11, A12, A13 + kodlanmıştır Tanı geçen ay karşılanmısa burayı işaretle	?	–	+ MDE
A15	MD Epizodların sayısı			
	Epizodun başlangıcı			
	Kontrol ediniz: şu anda Geçmiş			
	Geçmişte ise sonlanış			
Manik Epizod				
A16	A. Eleve, taşkın yada irritabl duygudurum	?	– Git A45	+
A17	En az 1 hafta süreyle	?	– Git A45	+
A18	B.1 Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite	?	–	+
A19	B.2 Uyku gereksiniminde azalma	?	–	+
A20	B.3 Daha konuşkan olma	?	–	+
A21	B.4. Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin yarışıyor gibi olması	?	–	+
A22	B.5 Distraktibilite	?	–	+
A23	B.6 Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon	?	–	+
A24	B.7 Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma	?	–	+
A25	B1-B7 arası semptomlardan en az üçü (duygudurum irritabl ise ve kabarmış değilse 4 ü) +	?	– Git A45	+
A26	C. Şiddeti belirgin klinik bozulmaya neden olacak kadar ağır	?	– Git A29	+
A27	D. Madde kullanımına yada genel tıbbi bağlı değildir	?	– Git A45	+
A28	A, B, C, D ölçütleri + Tanı geçen ay karşılanmısa burayı işaretle	?	–	+ Mnk Epzd
A29	Manik epizodların toplam sayısı			
	Epizodun başlangıcı			
	Kontrol ediniz: şu anda Geçmiş			
	Geçmişte ise sonlanış			
Hipomanik Epizod				
A30	A. En az 4 gün boyunca süren kabarmış, taşkın ya da irritabl duygudurum	?	– Git A45	+
A31	B.1 Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite	?	–	+
A32	B.2 Uyku gereksiniminde azalma	?	–	+
A33	B.3 Daha konuşkan olma	?	–	+
A34	B.4 Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin yarışıyor gibi birbirlerinin peşisıra gelmesi	?	–	+
A35	B.5 Distraktibilite	?	–	+
A36	B.6 Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon	?	–	+
A37	B.7 Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma	?	–	+
A38	B1-B7 arası semptomlardan en az üçü (ya da duygudurum kabarmış ise dördü) + dir	?	– Git A45	+
A39	C. İşlevsellikte değişiklik olması	?	– Git A45	+
A40	D. Değişikliklerin başkaları tarafından gözlenebiliyor olması	?	– Git A45	+
A41	E. Belirgin bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırmayı gerektirecek derecede ağır değildir ya da psikotik özellik göstermez	?	– Git A26	+
A42	F. Madde kullanımına yada genel tıbbi bağlı değildir	?	– Git A45	+
A43	A, B, C, D, E, F ölçütleri + Tanı geçen ay karşılanmısa burayı işaretle	?	–	+ Hipo M Epz
A44	Hipomanik epizodların toplam sayısı			
Distimik Bozukluk				
A45	A. 2 yıl depresif duygudurum	?	–	+
A46	B. 1 İştahsızlık ya da aşırı yemek yeme	?	–	+

A47	B. 2 Uykusuzluk ya da aşırı uyku	?	–	+
A48	B. 3 Düşük enerji düzeyi	?	–	+
A49	B. 4 Düşük benlik saygısı	?	–	+
A50	B. 5 Düşünceleri yoğunlaştırma güçlüğü	?	–	+
A51	B. 6 Umutsuzluk duyguları	?	–	+
A52	B semptomların dan en az 2 si + dir	?	–	+
A53	C. 2 yıllık sürede 2 aydan daha uzun semptomsuz dönem olmamıştır	?	–	+
A54	O sıradaki distimik bozukluğun başlama yaşı	?	–	+
A55	D. bozukluğun ilk 2 yılı boyunca MDE geçirilmemiştir	?	–	+
A56	E. daha önce manik mixt ya da hipomanik epizod geçirilmemiştir.	?	–	+
A57	F.Belirtiler sadece psikotik bozukluğun gidişi sırasında görülmez	?	–	+
A58	G. Madde kullanımına yada genel tıbbi bağlı değildir	?	–	+
A59	H. Belirtilerin sıkıntı yada bozulmaya neden olması	?	–	+
A60	A, B, C, D, E, F, G ve H ölçütleri +	?	–	+ Dist Bzk. Git A61
Genel Tıbbi Duruma bağlı Duygudurum bozukluğu				
A61	A. Duygudurumda bozukluğun olması	?	– Git A 65	+
A62	B. Bu bozukluk genel tıbbi durumun doğrudan sonucudur	?	– Git A 65	+
A63	C.Klinik açıdan belirgin sıkıntıya neden olma	?	–	+
A64	A, B, C + Genel Tıbbi Durumu belirtiniz: Tip Major depresif benzeri epizod Diğer depresif belirtiler Manik Mixt Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	–	+ GTD bağlı Duyg. Bozukluğu Git A 12 Git A 27 Git A 42 Git A 58 Git D 11 Git D 18
Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu				
A65	A. Duygudurumda bozukluğun olması	?	–	+
A66	B. 1 Belirtiler madde entoksikasyonu yada yoksunluğu sırasında yada sonraki 1 ay içinde ortaya çıkmıştır B. 2 İlaç kullanımı bu bozukluk ile doğrudan ilişkilidir.	?	– Git A 12 Git A 27 Git A 42 Git A 58 Git D 11 Git D 18	+
A67	C. Bu bozukluk madde kullanımı ile açıklanamaz	?	– Git A 12 Git A 27 Git A 42 Git A 58 Git D 11 Git D 18	+
A68	D.Klinik açıdan belirgin sıkıntıya neden olma	?	–	+
A69	A, B, C, D + Tip Major depresif benzeri epizod Diğer depresif belirtiler Manik Mixt Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	–	+ GTD B Duyg Bozuk Git A 12 Git A 27 Git A 42 Git A 58 Git D 11 Git D 18
B.PSİKOTİK VE EŞLİK EDEN SEMPTOMLAR				
Hezeyanlar				
B1	Referans hezeyanları(tanımlayınız)	?	–	+
B2	Persekütuar hezeyanları(tanımlayınız)	?	–	+
B3	Grandiyöz hezeyanlar(tanımlayınız)	?	–	+
B4	Somatik hezeyanlar(tanımlayınız)	?	–	+
B5	Diğer hezeyanlar (tanımlayınız)	?	–	+
B6	İşitsel halüsinasyonlar	?	–	+
B7	Görsel halüsinasyonlar	?	–	+

B8	Dokunma halüsinasyonları			?	–	+
B9	Diğer halüsinasyonlar			?	–	+
B10	Katotonik davranışlar			?	–	+
B11	İleri derecede dezorganize davranış			?	–	+
B12	İleri derecede uygunsuz duygulanım			?	–	+
B13	İleri derecede dezorganize konuşmalar			?	–	+
B14	Negatif Semptomlar			?	–	+
B15	PSİKOTİK SEMPTOMLARIN KRONOLOJİSİ					
Semptomların tipi		Başlayış	Sonlanış	Gidiş	Geçen ay olup olmadığına bakınız	
C.PSİKOTİK BOZUKLUKLARIN AYIRICI TANISI						
C1	Psikotik semptomlar, duygudurum semptomlarından farklı zamanda meydana gelir			?	– Git D1	+
ŞİZOFRENİ ÖLÇÜTLERİ						
C2	A. 1 aylık süre boyunca aktif semptomların bulunması			?	– Git C21	+
C3	B. Şizoafektif bozukluk ve duygudurum bozukluğu dışlanmıştır.			?	– Git C16	+
C4	C. En az 6 ay devam eden belirtiler			?	– Git C13	+
C5	D. İşlevsellikte bozulma			?	– Git C39	+
C6	E. Madde Kullanımına veya Genel Tıbbi Duruma Bağlı olmama			?	– Git D1	+
C7	A, B,C,D ve E ölçütleri karşılandı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle			?	–	+ Sch
Şizofreni Altıptleri						
C8	Paranoid tip			?	–	+ Git D1
C9	Katotonik tip			?	–	+ Git D1
C10	Dezorganize tip			?	–	+ Git D1
C11	Farklılaşmamış tip			?	–	+ Git D1
C12	Rezidüel tip			?	–	+ Git D1
Şizofreniform Bozukluk						
C13	Epizod en az 1ay sürer fakat 6 aydan kısadır			?	– Git C27	+
C14	Madde Kullanımına veya Genel Tıbbi Duruma Bağlı değildir			?	– Git D1	+
C15	B ve C ölçütleri karşılandı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle			?	–	+ Schform B Git D1
Şizoafektif Bozukluk						
C16	A. Şizofrenideki A semptomları ile eş zamanlı duygudurum epizodu			?	– Git C39	+
C17	B. Aynı dönemde belirgin duygudurum semptomlarının olmadığı en az iki hafta boyunca hezeyanlar yada hallüsinasyonlar			?	– Git C39	+
C18	C. Hastalığın önemli bir kısmında duygudurum epizodu vardır			?	– Git C39	+
C19	D. Madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı değildir			?	– Git D1	+
C20	A, B, C ve D ölçütleri karşılandı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle			?	–	+ Schaff Bzk Git D1
Sanrısız Bozukluk						
C21	Bizar olmayan hezeyanlar			?	– Git C27	+
C22	Şizofreni için A tanı kriterlerinin hiçbir zaman karşılanmamıştır			?	– Git C39	+
C23	İşlevsellik açıkça acayip yada bizar değildir			?	– Git C39	+

C24	Toplam hastalıkta duygudurum epizodlarının süresi hezeyanların süresine göre daha kısadır	?	– Git C39	+
C25	Madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı olmaması	?	– Git D1	+
C26	A, B, C, D ve E ölçütleri karşılandı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	–	+ Sanr Bzk Git D1
Kısa Psikotik Bozukluk				
C27	A. Bir veya daha fazla psikotik semptomun bulunması	?	– Git C39	+
C28	B. Belirtilerin süresi en az 1 gün ancak 1 aydan daha kısadır	?	– Git C39	+
C29	Duygudurum bozukluğu, şizoafektif bozukluk yada şizofreni değildir	?	– Git C39	+
C30	Madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı olmaması	?	– Git D1	+
C31	A, B, C, D ve E ölçütleri karşılandı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	–	+ K. Psk Boz Git D1
Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluklar				
C32	Belirgin hallüsinasyonlar yada hezeyanlar	?	– Git C35	+
C33	B/C Genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik bir sonucudur ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz	?	– Git C35	+
C34	A ve B/C tanı ölçütleri karşılanmıştır Hezeyanlarla giden Hallüsinasyonlarla giden Genel tıbbi durumu belirtiniz Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	–	+ GTD B Psk B Git C6 Git C14 Git C 19 Git C25 Git C30
Madde Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluklar				
C35	A. Belirgin hallüsinasyonlar veya hezeyanlar	?	–	+
C36	B. İkisinden biri (1)belirtiler madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında (2)ilaç kullanımı bu bozuklukla etyolojik olarak ilişkilidir.	?	– Git C6, C14 Git C19,C25 Git C30	+
C37	Madde kullanımının yol açmadığı bir psikotik bozuklukla açıklanamaz	?	– Git C6 Git C14 Git C 19 Git C25 Git C30	+
C38	A, B, C kriterleri karşılanmıştır Alkole bağlı psikotik bozukluk hezeyanlarla giden Alkole bağlı psikotik bozukluk hallüsinasyonlarla giden Diğer maddelere bağlı psikotik bozukluk hezeyanlarla giden Diğer maddelere bağlı psikotik bozukluk hallüsinasyonlarla giden Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	–	+ Madde K.B. Psk B Git C6 Git C14 Git C 19 Git C25 Git C30
C39	Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	–	+ Git D1
D.Duygudurum Bozuklukları				
Bipolar I Bozukluk				
D1	Bir veya daha fazla manik yada mikst epizod öyküsü	?	– Git D5	+
D2	Genel tıbbi bir durumun yada bir maddeye bağlı olmayan en az bir manik ya da mikst epizod	?	– Git D5	+
D3	Şizoafektif bozuklukla daha iyi açıklanamaz,Şizofreni, Şizofreniform bozukluk,BTA psikotik bozukluk üzerine binmiş değildir.	?	– Git D5	+
D4	Bipolar I Bozukluğu Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle Enson epizod hipomanik Tek manik epizod Enson epizod manik Enson epizod mikst Enson epizod depresif Enson epizod belirlenmemiş Şiddet	?	– Git E1	+

	1-Hafif 2-Orta 3-Ağır, Psikotik özellikleri olmayan 4-Ağır, psikotik özellikleri olan 5-Kısmi Remisyonda 6-Tam Remisyonda 0-Belirlenmemiş			
Bipolar II Bozukluk				
D5	Genel tıbbi duruma ya da Madde kullanımına bağlı olmayan en az bir hipomanik epizod	?	– Git D10	+
D6	Genel tıbbi duruma ya da Madde kullanımına bağlı olmayan en az bir major depresif epizod	?	– Git D10	+
D7	Hiçbir zaman bir manik epizod yada bir mikst epizod geçirilmemiştir	?	– Git D10	+
D8	Şizoafektif bozuklukla daha iyi açıklanamaz, Şizofreni, Şizofreniform bozukluk, BTA psikotik bozukluk üzerine binmiş değildir.	?	– Git D10	+
D9	En son epizod Bipolar II Bozukluğu, Hipomanik Bipolar II Bozukluğu, Depresif Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	– Git E1	+
Diğer Bipolar Bozukluklar				
D10	Klinik açıdan belirgin manik yada hipomanik semptomlar	?	– Git D13	+
D11	Genel tıbbi bir duruma yada bir maddenin doğrudan etkilerine bağlı değildir	?	– Git D13	+
D12	Tipi belirle Siklotimik bozukluk Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	– Git E1	+
Major Depresif Bozukluk				
D13	Genel tıbbi durumun yada bir maddenin doğrudan etkilerine bağlı olmayan en az bir major depresif epizod	?	– Git D17	+
D14	Şizoafektif bozuklukla daha iyi açıklanamaz, Şizofreni, Şizofreniform bozukluk, BTA psikotik bozukluk üzerine binmiş değildir.	?	– Git D17	+
D15	Hiçbir zaman bir manik, mikst yada hipomanik epizod geçirilmemiştir	?	– Git D17	+
D16	Major Depresif Bozukluk Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle Major Depresif Bozukluk, tek epizod Major Depresif Bozukluk, rekürren Şiddet 1-Hafif 2-Orta 3-Ağır, Psikotik özellikleri olmayan 4-Ağır, psikotik özellikleri olan 5-Kısmi Remisyonda 6-Tam Remisyonda 0-Belirlenmemiş	?	– Git E1	+
BTA Depresif Bozukluklar				
D17	Klinik olarak belirgin depresif semptomlar	?	– Git E1	+
D18	Genel tıbbi bir durumun yada bir maddenin doğrudan etkilerine bağlı değildir	?	– Git E1	+
D19	BTA Depresif Bozukluk Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	– Git E1	+
E.ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI				
E1	Bir aşırı içki içme dönemi ya da alkol ile ilişkili sorun olduğuna yönelik bir kanıtın olması	?	– Git E17	+
Alkol Kötüye Kullanımı tanı ölçütleri				
E2	Alkol kullanımına bağlı olarak işte, okulda yada evde sorumluluklarını alamama	?	–	+
E3	Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanma(alkollü iken araba, makine vb kullanma)	?	–	+
E4	Alkole bağlı yineleyici yasal sorunlar	?	–	+
E5	Alkolün etkilerine bağlı sosyal sorunlara rağmen içme	?	–	+
E6	KÖTÜYE KULLANIM MADDELERİNDEN ENAZ BİRİ +	?	– Git E17	+

Alkol Bağımlılığı				
E7	Tasarlandığında daha yüksek miktarlarda ya da uzun bir dönem süresince içme	?	—	+
E8	Alkol kullanımını denetim altına almak için sürekli istek ya da boşa çıkan çabalar vardır	?	—	+
E9	Alkolü sağlamak, kullanmak yada etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama	?	—	+
E10	Önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanlarını değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması	?	—	+
E11	Fiziki yada psikolojik bir sorununun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımı	?	—	+
E12	Tolerans	?	—	+
E13	Yoksunluk	?	—	+
E14	BAĞIMLILIK MADDELERİNDEN EN AZ 3 TANESİ + DİR VE 12 AYLIK DÖNEM İÇERİSİNDE ORTAYA ÇIKAR	?	— Git E2 Git E16	+
E15	Alkol Bağımlılığı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	—	+ Git E17
E16	Alkol Kötüye kullanımı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	—	+ Git E17
ALKOLDIŞI MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI				
E17	Herhangi bir zamanda kullanılan ilacın adını işaretleyiniz	En ağır kullanım dönemi(Yaş, tarih, süre) ve kullanım şeklini tanımlayınız.		
	Sedatif/ hipnotik/ Anksiyolitik Kannabis Uyarıcılar: Amfetamin ve diğerleri Opioid Kokain Hallüsinojen/ Fensiklidin: LSD, Meskalin,ekstazi, ketamin Diğer madde: Stereoidler, tutkallı inhalanlar, nitröz oksit vb			
		Madde kullanımı		
		YOK Git F1	VAR Git E23	
Alkol dışı maddeleri kötüye kullanıma tanı ölçütleri				
E18	1. Madde kullanımına bağlı işte, okulda yada evde sorumluluklarını alamama	?	—	+
E19	2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanma(madde etkisinde araba, makine vb kullanma)	?	—	+
E20	3. Maddeya bağlı bağlı yineleyici yasal sorunlar	?	—	+
E21	4. Maddenin etkilerine bağlı sosyal sorunlara rağmen içme	?	—	+
E22	5. KÖTÜYE KULLANIM MADDELERİNDEN ENAZ BİRİ +	?	— Git E17, F1	+ Git E32
Alkol dışı maddelere bağımlılık tanı ölçütleri				
E23	3. Tasarlandığında daha yüksek miktarlarda ya da uzun bir dönem süresince madde alma	?	—	+
E24	4. Madde kullanımını denetim altına almak için sürekli istek ya da boşa çıkan çabalar vardır	?	—	+
E25	5. Maddeyi sağlamak, kullanmak yada etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama	?	—	+
E26	6. Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanlarını değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması	?	—	+
E27	7. Fiziki yada psikolojik bir sorununun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımının sürdürülmesi	?	—	+
E28	1. Tolerans	?	—	+
E29	2. Yoksunluk	?	—	+
E30	BAĞIMLILIK MADDELERİNDEN EN AZ 3 TANESİ + DİR VE 12 AYLIK DÖNEM İÇERİSİNDE ORTAYA ÇIKAR	?	— Git E18, E32	+ Madde Bağ. Git F1
E31	Amfetamin Bağımlılığı Kannabis Bağımlılığı Kokain Bağımlılığı Hallüsinojen Bağımlılığı İnhalan Bağımlılığı Opioid Bağımlılığı Fensiklidin Bağımlılığı Sedatif/ hipnotik/ Anksiyolitik Bağımlılığı Diğer madde Bağımlılığı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle			
E32	Amfetamin Kötüye kullanımı Kannabis Kötüye kullanımı Kokain Kötüye kullanımı Hallüsinojen Kötüye kullanımı İnhalan Kötüye kullanımı			Madde Kötüye kullanımı Git F1

	Opiooid kötüye kullanımı Fensiklidin kötüye kullanımı Sedatif/ hipnotik/ Anksiyolitik kötüye kullanımı Diğer madde kötüye kullanımı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle		
--	--	--	--

F.ANKSİYETE BOZUKLUKLARI				
Panik Bozukluğu				
F1	A(1)Yineleyen beklenmedik panik ataklar	?	– Git F25	+
F2	A(2) Aşağıdakilerden en az biri vardır a. Panik atağının sonuçları ile ilgili endişe b. Başka nöbet geçirme korkusu c. Nöbetlere bağlı davranış değişikliği	?	– Git F25	+
F3	Aşağıdaki panik atak semptomlarının en az dördünün birden başlaması ve 10 dk. içinde en yüksek düzeye ulaşması.	?	– Git F25	+
F4	(1)Çarpıntı	?	–	+
F5	(2)Terleme	?	–	+
F6	(3)Titreme yada sarsılma	?	–	+
F7	(4)Nefes darlığı yada boğuluyor gibi olma	?	–	+
F8	(5)Solğun kesilmesi	?	–	+
F9	(6)Göğüs ağrısı yada göğüste sıkıntı hissi	?	–	+
F10	(7)Bulantı yada karın ağrısı	?	–	+
F11	(8)Baş dönmesi sersemlik hissi	?	–	+
F12	(9)Derealizasyon yada depersonalizasyon	?	–	+
F13	(10)Kontrolünü kaybetme yada çıldırma korkusu	?	–	+
F14	(11)Ölüm korkusu	?	–	+
F15	(12)Paresteziler	?	–	+
F16	(13)Üşüme,ürperme yada ateş basmaları	?	–	+
F17	1-13 arası maddelerden en az dört tanesi “+” kodlanmıştır	?	– Git F25	+
F18	C.Madde kullanımına veya genel tıbbi bir duruma bağlı değildir	?	– Git F25	+
F19	D.Başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz	?	– Git F25	+
				Panik bozk
Agorafobi ile birlikte Panik Bozukluğu				
F20	(1)Agorofobi varlığı	?	– Git F24	+
F21	(2)Agorofobik durumlardan kaçınma yada belirgin sıkıntı ya da anksiyete ile katlanma	?	– Git F24	+
F22	(3)Anksiyete ya da fobik kaçınma başka bir mental bozuklukla açıklanamaz	?	– Git F24	+
F23	Agorafobi vardır Agorafobi ile birlikte Panik Bozukluğu Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	–	+
F24	Agorafobi yoktur Agorafobi olmadan Panik Bozukluğu Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	–	+
				Afobi Pan B Git F25
				Afobisiz P B Git F25
Obsesif Kompulsif Bozukluk				
F25	Obsesyonlar (1) Yineleyici düşünceler,dürtüler yada düşlemler	?	– Git F30	+
F26	(2)Obsesyonlar gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir	?	– Git F30	+
F27	(3)Kişi bu düşünceleri,dürtüleri yada düşlemlerine önem vermemeye yada bunları baskılamaya çalışır yada başka düşünce yada eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır	?	– Git F30	+
F28	(4)Kişi obsesyonlarını kendi zihninin bir ürünü olarak görür	?	– Git F30	+
F29	Obsesyonlardan 1, 2, 3 ve 4 +	?	–	+
F30	Kompulsiyonlar (1)Kişinin yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar ve zihinsel eylemler	?	– Git F33	+
F31	(2)davranışlar yada zihinsel eylemler sıkıntıdan kurtulmaya yöneliktir	?	– Git F33	+

F32	Kompulsiyonlardan 1 ve 2 +	?	–	+
F33	A. Obsesyonlar(F29) yada kompulsiyonlar(F32) vardır	?	– Git F39	+
F34	B. Kişi obsesyon yada kompulsiyonlarının aşırı yada anlamsız olduğunu kabul eder	?	– Git F39	+
F35	Obsesyon yada kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur	?	– Git F39	+
F36	Başka bir eksen I Bozukluğu varsa obsesyon yada kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir	?	– Git F39	+
F37	Bir maddenin yada genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir	?	– Git F39	+
F38	A,B,C,D,E kriterleri “+” ile kodlamıştır Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	–	+ OKB
F39	TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI LİSTESİ			
Kısa Tanımlama			Tarih	Yaş
Posttravmatik Stres Bozukluğu				
A. Aşağıdakilerden ikisinin olduğu travmatik olay yaşanmıştır				
F40	1. Kişi gerçek bir ölüm yada ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin yada başkalarının fizik bütünlüğünü bir tehdit olayını yaşamış, tanık olmuştur	?	– Git F65	+
F41	2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır	?	– Git F65	+
B. Travmatik olaylar aşağıdakilerden biri yoluyla sürekli yaşanır.				
F42	1. Olayın elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları	?	–	+
F43	2. Olayı sık sık rüyada görme	?	–	+
F44	3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma yada hissetme	?	–	+
F45	4. Olayı hatırlatan iç yada dış olaylarla karşılaşınca yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma	?	–	+
F46	5. Olayı hatırlatan iç yada dış olaylarla karşılaşınca fizyolojik bir tepki gösterme	?	–	+
F47	B semptomlarından en az biri “+” ile kodlanmıştır	?	– Git F65	+
C. Aşağıdakilerden en az 3 nün varlığı ile travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve tepki gösterme düzeyinde azalma				
F48	1. Travma ile ilgili düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma	?	–	+
F49	2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler yada kişilerden uzak durma çabaları	?	–	+
F50	3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama	?	–	+
F51	4. Önemli etkinliklere karşı ilginin yada bunlara katılımın belirgin olarak azalması	?	–	+
F52	5. İnsanlardan uzaklaşma yada insanlara yabancılaştığı duyguları	?	–	+
F53	6. Duygulanımda kısıtlılık	?	–	+
F54	7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma	?	–	+
F55	C belirtilerinden en az 3’ ü + ile kodlanmıştır	?	– Git F65	+
D. Aşağıdakilerden en az ikisinin bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık belirtilerinin sürekli olması				
F56	1. Uykuya dalmakta yada uykuyu sürdürmekte güçlük	?	–	+
F57	2. İritabilite yada öfke patlamaları	?	–	+
F58	3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme	?	–	+
F59	4. Hipervijilans	?	–	+
F60	5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme	?	–	+
F61	D belirtilerinden en az 2 semptom “+” ile kodlanmıştır	?	– Git F65	+
F62	Bu bozukluk 1 aydan daha uzun sürer	?	– Git F65	+
F63	Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yada toplumsal, mesleki alanlarda bozulma	?	– Git F65	+
F64	A, B,C, D ,E, F ölçütleri “+” ile kodlanmıştır. Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	–	+ PTSD
DİĞER ANKSİYETE BOZUKLUKLARI				
F65	Panik Bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	–	+
F66	Sosyal Fobi Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	–	+

F67	Özgül Fobi Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	—	+
F68	Generalize Anksiyete Bozukluğu Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	—	+
BTA Anksiyete Bozukluğu				
F69	Bu kategori herhangi bir özgül anksiyete bozukluğu,anksiyete ile giden uyum bozukluğu yada karışık anksiyete ve depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamayan belirgin anksiyete fobik kaçınma gösteren bozuklukları kapsar	?	— Git F72	+
F70	Genel tıbbi Diğer durumun yada bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir	?	—	+
F71	BTA Anksiyete Bozukluğu Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	—	+ BTA Ank B
GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI ANKSİYETE BOZUKLUĞU				
F83	A.Belirgin anksiyete, panik atakları, obsesyonlar ya da kompulsyonlar	?	—	+
F84	B/C. Bozukluk genel tıbbi duruma bağlıdır ve başka mental bozuklukla açıklanamaz	?	— Git F87	+
F85	E. Belirtiler klinik açıdan sıkıntıya neden olur	?	—	+
F86	A,B/C ve E ölçütleri + Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu Neden olan genel tıbbi durumu belirtiniz Tipi Yaygın anksiyete gösteren Panik atakları gösteren Obsesif kompulsif semptomlar gösteren Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	—	+ GTB Ank bozk Git F18 Git F37 Git F70
MADDE KULLANIMININ YOLAÇTIĞI ANKSİYETE BOZUKLUĞU				
F87	A.Belirgin anksiyete, panik atakları, obsesyonlar ya da kompulsyonlar	?	—	+
F88	B. İkisinden biri 1. Belirtiler madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında ya da sonraki bir ay içerisinde ortaya çıkmıştır 2. İlaç kullanımı belirtilerle etyolojik açıdan ilişkilidir	?	— Git F18 Git F37 Git F70	+
F89	C. Belirtiler madde kullanımının yol açmadığı bir anksiyete bozukluğu ile açıklanamaz	?	— GTB Ank B. Git F18,37,70	+
F90	E. Belirtiler klinik açıdan sıkıntıya neden olur	?	— GTB Ank B. Git F18,37,70	+
F91	A,B, C ve E ölçütleri + Madde kullanımının yolaçtığı bağlı anksiyete bozukluğu Neden olan genel maddeyi belirtiniz Tipi Yaygın anksiyete gösteren Panik atakları gösteren Obsesif kompulsif semptomlar gösteren Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	—	+ Madde K B Ank B Git F18, F37,F70
Somatoform Bozukluklar				
F72	Somatizasyon Bozukluğu Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan 30 yaşından önce ortaya çıkan en az 8 adet açıklanmamış bedensel yakınma Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk Somatoform bozukluk için tanı ölçütlerini karşılamayan açıklanmamış bedensel yakınmalar Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	—	+
F73	Hipokondriyazis Yeterli tıbbi değerlendirme yapılmasına ve güvence verilmesine karşın ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesi Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	—	+
F74	Vücut Dismorfik Bozukluğu Görünümündeki hayali bir kusur ile uğraşıp durma Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	—	+
H.Yeme Bozuklukları			?	—
F75	Anoreksiya Nevroza Şişman biri olmaktan aşırı korkmaya eşlik eden olağan sayılan kiloda yada bunun biraz üzerinde bir vücut	?	—	+

	ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle			
F76	Bulimia Nervosa Yineleyen tıknırcasına yeme epizodlarının olması Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretle	?	–	+
Uyum Bozuklukları				
F77	A. Stres etkenlerinin başlangıcından sonraki 3 ay içinde gösterebilir stres etkenlerine bir tepki olarak duygusal yada davranışsal semptomların gelişmesi	?	– SCID Bitti	+
F78	B. Aşağıdakilerden birinin varlığı ile kanıtlandığı üzere bu semptomlar yada davranışlar klinik açıdan önemlidir.	?	– SCID Bitti	+
F79	C. Stresle ilişkili bozukluk başka özgül bir eksen I bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamaz ve önceden var olan eksen I yada eksen II bozukluğunun alevlenmesi değildir.	?	– SCID Bitti	+
F80	D. Bu semptomlar yası göstermemektedir	?	– SCID Bitti	+
F81	E. Stres etkeni bir kez sonlanınca semptomlar ek bir 6 aylık süreden daha uzun sürmez	?	– Git D17, F69	+
F82	A,B,C,D,E kriterleri “+” ile kodlanmıştır Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu Anksiyete ile giden uyum bozukluğu Karışık anksiyete ve depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu Davranım bozukluğu ile giden uyum bozukluğu Karışık duyg ve davranım bozukluğu ile giden uyum bozukluğu Belirlenmemiş uyum bozukluğu	?	–	+
				Uyum Boz SCID BİTTİ

9.2. Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Auto questionnaire Türkçe versiyonu (TEMPS-A)

TEMPS-A

Lütfen her cümleyi dikkatle okuduktan sonra yaşamınızın büyük bir bölümü için size uyup uymadığına karar verin. Nasıl birisi olduğunuzu, çevrenizdeki insanların sizi nasıl anlattığını, çocukluğunuzda ve gençliğinizde nasıl birisi olduğunuzu, bu özelliklerin sizin huyunuzu suyunuzu anlatıp anlatmadığını’ düşünerek:

- Eğer cümle size “**kesinlikle uyuyorsa**” → (D) Doğru’yu daire içine alınız.
- Eğer cümle size “**tam olarak uymuyorsa**” ya da “**yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa**” → (Y) Yanlış’ı daire içine alınız.
- Her cümleyi Doğru ya da Yanlış olarak cevaplayınız. Lütfen boş bırakmayınız.
- Bu cümlelerin herkes için geçerli doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Size uyan cevabı işaretleyiniz.

1. D Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. D İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. D Hayatım boyunca çok çektim.
4. D İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. D Kolay pes ederim.
6. D Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. D Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. D Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
9. D Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. D Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. D Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. D Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. A Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. D Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. A Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. A İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. D Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. D Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. C Normal olarak günde 9 saatten fazla uykuya ihtiyacım vardır.
20. C Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
21. C Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
22. C Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
23. C Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
24. C Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
25. I Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
26. C Sıklıkla bir şeye başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
27. C Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.

28. **C** Canlılık ve uyusukluk arasında sürekli gider gelirim.
29. **C** Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
30. **C** Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşanmaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
31. **C** Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
32. **C** Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
33. **C** Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.
34. **C** Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
35. **C** Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algıları.
36. **C** Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.
37. **C** Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
38. **C** Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
39. **H** Coğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
40. **H** Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
41. **H** Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
42. **H** Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
43. **H** Kendime müthiş güvenirim.
44. **H** Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
45. **H** Her zaman bir şeylerle meşgulümdür.
46. **H** Birçok işi hem de yorulmadan yapabilirim.
47. **H** Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
48. **H** Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
49. **H** Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
50. **H** Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
51. **H** İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
52. **H** İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
53. **H** Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
54. **H** Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
55. **H** Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğumu hissedirim.
56. **H** İşin patronu, “tepedeki adam” olmayı seven tipte bir kişiyim.
57. **H** Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
58. **H** Cinsel isteklerim daima fazladır.
59. **I** Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
60. **I** Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
61. **I** Çok yakınırim.
62. **I** Başkalarını çok eleştiririm.
63. **I** Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissedirim.
64. **I** Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissedirim.
65. **I** Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor.
66. **I** Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiçbir şey görmüyor.

67. **I** Terslendiğimde kavga edebilirim.
68. **I** İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
69. **I** Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
70. **I** İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
71. **I** O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
72. **I** Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
73. **I** Küfürbaz olarak bilinirim.
74. **I** Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
75. **I** Çok kuşkucu bir kişiyim.
76. **I** Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
77. **D** Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
78. **D** Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
79. **D** Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
80. **D** Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
81. **D** Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
82. **A** Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
83. **D** Gevşemeyi beceremiyorum.
84. **D** Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissedirim.
85. **A** Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
86. **A** Sık sık midem bozulur.
87. **A** Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
88. **A** Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissedirim.
89. **A** Heyecanlandığımda tuvalete dah sık gitmek zorunda kalırım.
90. **D** Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
91. **D** Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.
92. **D** Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
93. **A** Uykum dinlendirici değil.
94. **A** Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
95. **A** Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
96. **A** Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
97. **D** Kendimi güvende hissetmiyorum.
98. **D** Günlük işleştteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
99. **D** Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
100. **A** Ani sesler beni kolayca irkiltir.

9.3. DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II).

SCID KİŞİLİK ENVANTERİ

AŞAĞIDA SİZİN KİŞİLİĞİNİZ VE KARAKTERİNİZLE İLGİLİ SORULAR VARDIR. AMACIMIZ SİZİN NASIL BİR İNSAN OLDUĞUNUZU, HUYUNUZU VE GENELDE NASIL DAVRANDIĞINIZI ANLAMAKTIR. LÜTFEN SORULARI DİKKATLE OKUYUP, YERİNE GÖRE CEVAP KAĞIDINDAKİ ‘Evet’ VEYA ‘Hayır’ YANITLARINDAN SİZE UYAN BİRİNİ İŞARETLEYİN. TÜM SORULARI İŞTENLİKLE CEVAPLAMAYA ÇALIŞIN. EĞER ANLAMADIĞINIZ BİR SORU OLURSA BOŞ BIRAKIN.

1. Başkalarının sizi eleştirmesi, sözlerinizi veya davranışlarınızı onaylamaması sizi incitir mi?
2. Ailenizin dışında, kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz hiç kimsenin olmadığı duygusuna kapılır mısınız?
3. Gerçekten istendiğinizden emin olmadıkça, insanlara yaklaşımdan kaçınır mısınız?
4. İnsanlarla çok yakın olmanızı gerektirecek durumlardan kaçınır mısınız?
5. Topluluk içindeyken, yanlış bir şey söylemek, yada cevap verememek korkusu ile konuşmadığınız olur mu?
6. Başkalarının önünde, kızarmak, ağlamak yada sinirli görünmekten korkar mısınız?
7. Başkalarına kolay gelen bir çok şey size zor yada tehlikeli gelir mi?
8. Günlük işlerinizi yaparken sık sık başkalarına danışma ihtiyacı duyar mısınız?
9. Sizinle ilgili önemli konularda kararları başkalarının mı vermesini istersiniz?
10. Yanıldıklarınızı düşünseniz bile, başkalarının fikrine karşı çıkmaktan çekinir misiniz?
11. Bir işi tek başınıza yapmak size zor gelir mi?
12. İnsanlara kendinizi kabul ettirmek için, kimsenin yapmak istemediği işleri üstlenir misiniz?
13. Yalnız kalmaktan rahatsız olur musunuz?
14. Bir yakınızdansanız temelli ayrıldığınızda kendinizi çok kötü hisseder misiniz?
15. Terk edilmekten veya yalnız kalmaktan çok korkar mısınız?
16. İşlerinizi en mükemmel şekilde yapmaya çalışırken çok zaman kaybeder misiniz? (Bu nedenle geç kaldığınız ya da işinizi bitiremediğiniz olur mu?)
17. İşleri sıralı ve düzenli yapmaya özen gösterir misiniz? Ayrıntılarında önemli olduğuna inanır mısınız?
18. Başkalarının, işleri aynen sizin söylediğiniz gibi yapmaları için ısrar eder misiniz?
19. Sizden başka kimsenin doğru yapmayacağını düşündüğünüz için, işleri başkasına bırakmaktan kaçınır mısınız?
20. Çalışmaya düşkünlüğünüz nedeniyle, arkadaşlarınıza, ailenize ya da eğlenmeye zaman ayıramadığınız olur mu?
21. Karar vermekte zorlanır mısınız? Örneğin, işleri hangi sıra ile yapacağınıza karar veremediğiniz olur mu?
22. Sık sık, uygunsuz bir şey yapmış olabileceğinizi düşünüp endişelenir misiniz?
23. Çevrenizde toplum kurallarına aykırı davrananlara kızar mısınız?
24. İnsanlara yakınlık göstermekte zorluk çeker misiniz?
25. İnsanlara bir şey vermek ya da ayırmak size zor gelir mi?
26. Eski, artık kullanmadığınız eşyaları atmakta zorlanır mısınız?
27. İşlerinizi son ana ertelediğiniz ve bu nedenle zamanında bitiremediğiniz olur mu?
28. Sevmediğiniz, istemediğiniz bir işi yapmanız istendiğinde sinirlenir ya da bozulur musunuz?

29. Bazı insanlar, istemedikleri bir işi yapmaları beklendiğinde ağırdan alır yada işi yapmazlar. Sizin de böyle davrandığınız olur mu?
30. İnsanlar sizden sık sık aşırı istekte bulunurlar mı?
31. Aslında yapmak istemediğiniz işleri kolay unuttur musunuz?
32. Başkalarının düşündüğünün aksine, görevlerinizi ve size düşen sorumlulukları iyi yaptığınıza inanır mısınız?
33. Yapacağınız iş konusunda başkalarının size akıl öğretmesine kızar mısınız?
34. İnsanlar, üzerine düşeni yapmayarak onları engellediğinizden yakınır mı?
35. Amirleriniz genellikle sizden daha yetersiz ve beceriksiz midir?
36. Arkadaşlarınız ya da sevdiklerinizin size genellikle kötü davranan ya da sizden faydalanan kişiler midir?
37. Genelde hayal kırıklıklarını ve üzücü olayları siz mi davet edersiniz?
38. Başkalarının yardımını sık sık geri çevirir misiniz?
39. Başkaları size, genellikle ihtiyacınız olmayan konularda mı yardım teklif ederler?
40. Bir başarı karşısında, bunu hak etmediğinizi düşünerek suçluluk duyar mısınız? Bu yüzden başarınızı baltalamak ister misiniz?
41. Söylediğiniz yada yaptığınız bir şeyin başkalarını kızdırdığını görüp şaşırıldığınız yada bozulduğunuz olur mu?
42. Eğlenmeye pek fırsat bulmadığınız yada eğlence fırsatlarını kaçırdığınız olur mu?
43. Eğlenceli ortamlarda bile kendinizi neşeli hissetmediğiniz, eğlenmeye çalışmanıza rağmen eğlenemediğiniz olur mu?
44. Başarılı olmak yada istediğinizi elde etmek için yapmanız gerekenleri genellikle ihmal eder misiniz?
45. Başkalarının işine yardım ettiğiniz halde kendi işinizi ihmal ettiğiniz olur mu?
46. Size iyi davranan insanları sıkıcı, kötü davrananları ise yakın bulduğunuz olur mu?
47. Kendinizden çok başkalarının yararına olacak şeyleri mi yaparsınız?
48. Başka insanlara istemedikleri halde yardım etmeye çalışır mısınız?
49. Eğer dikkat etmezseniz insanların sizi kullanacağını yada zarar vereceğini düşünür müsünüz?
50. Arkadaşlarınızın sadakat ve güvenilirliğinden zaman zaman kuşkuya düştüğünüz olur mu?
51. İnsanların söylediği ya da yaptığı şeylerdeki gizli ima ve tehlikeleri sezer misiniz?
52. Sizi kızdıran yada kötülük yapan insanları zor mu affedersiniz?
53. Başkalarının sizin hakkınızda bir şeyler bilmesinden tedirgin olur musunuz?
54. Alıngan bir insan mısınız?
55. Kıskanç bir insan sayılır mısınız?
56. Eşinizin(yada sevgilinizin) sizi aldattığından kuşkulandığınız olur mu?
57. Aralarında konuşan insanlar gördüğünüzde acaba benim hakkımda mı konuşuyorlar diye düşündüğünüz oldu mu?
58. İlgisiz gibi görünen bazı olay yada durumların, özellikle sizinle ilgili olduğu duygusuna hiç kapıldınız mı?
59. Bir toplantıda tanımadığınız birkaç kişinin olması sizi rahatsız eder mi?
60. Hiç olağan dışı (yada doğa üstü) olaylarla tanış oldunuz mu?
61. Büyüye, ruhlara yada altıncı hisse inanır mısınız?
62. Eşyaları, gölgeleri yada sesleri başka şeylerle karıştırdığınız oldu mu?
63. Kimseyi göremesenez bile, etrafınız da bir şeyin yada bir kişinin varlığını hissettiğiniz oldu mu?
64. Hiç, bir insanın yüzünün yada aynaya bakarken kendi yüzünüzün değiştiğini gördünüz mü?

65. İnsanlara yakın olmaktan sıkılır mısınız? Örneğin, ailenizin yada arkadaşlarınızın yanında değilken daha mı rahat olursunuz?
66. Başkaları ile birlikte çalışmaktansa, işlerinizi yalnız yapmayı tercih eder misiniz?
67. Hiçbir zaman çok kızmayan yada çok neşelenmeyen bir insan sayılır mısınız?
68. Başka bir insanla cinsel ilişki kurmakta ilgisiz misiniz?
69. Başkalarının hakkınızda söylediklerine (iyi ya da kötü) aldırmanın, önem vermeyen biri misiniz?
70. Başkalarının sizi övmesi, beğenmesi yada yaptıklarınızı onaylaması çok hoşunuza gider mi?
71. Karşı cinsten insanlarla beraber olmak, konuşmak yada şakalaşmaktan hoşlanır mısınız?
72. Güzel görünmek sizin için önemli bir şey midir?
73. Bazı insanların duyguları çok güçlüdür ve duygularını herkesin içinde gösterirler. Örneğin, fazla samimi olmadığı insanlara bile sarılabilir yada kızınca bağırıp çağırırlar. Siz de böyle biri misiniz?
74. İnsanların size bakması, sizinle hoşlanması hoşunuza gider mi?
75. Olaylar yada insanlar karşısında kolay parlayıp, çabuk yatıştır mısınız?
76. Duygularınız çabuk değişir mi? (Örneğin, ağlarken gülmeye başladığınız olur mu?)
77. Sizce kendi ihtiyaçlarınız başkalarının isteklerinden önce mi gelir?
78. Hiç, insanlar size, sadece kendinizle ilgilendiğiniz söylediler mi?
79. Bir şey istediğinizde, fazla bekleyemez, bunun hemen olmasını için ısrar eder misiniz?
80. İnsanlar sizi eleştirdiğinde çabuk bozultur yada kırılır mısınız? Bunun, uzun süre etkisinde kalır mısınız?
81. İnsanlardan isteklerinizi yapmalarını bekler misiniz? Bunun için başkalarını kullandığınız oldu mu?
82. İnsanlardan yararlanmaya hakkınız olduğunu düşünür müsünüz?
83. Başkalarınca anlaşılmayan bir takım yetenek ve üstünlükleriniz var mı?
84. Zaman zaman özel bir insan olduğunuzu düşünür müsünüz? Başkaları, kendini beğenmiş biri olduğunuzu düşünür mü?
85. Sorunlarınızın çok özel olduğunu, bu nedenle çok az kişinin sizi anlayabileceğini düşünür müsünüz?
86. Çok başarılı, güçlü, ünlü, çekici yada sevilen bir kişi olduğunuzu hayal eder misiniz?
87. Bazı kuralların yada yasakların size uygulanmaması gerektiğini düşünür müsünüz?
88. İnsanların size dikkat etmesine yada hayran olmasına önem verir misiniz?
89. İnsanlar, onların duygularını anlayamadığınızdan yada acılarına katılamadığınızdan şikayet ederler mi?
90. İnsanların başarılarını yada sahip oldukları şeyleri kıskanır mısınız?
91. İnsanlara karşı olan duygularınızda sık değişimler olur mu? Örneğin çok sevdiğiniz birinden kısa bir süre sonra nefret ettiğiniz oldu mu?
92. Hiç, başınızı derde sokabilecek şeyler yaptığınız oldu mu? Aklınıza estiği gibi para harcadığınız, örneğin nasıl ödeyeceğinizi düşünmeden, taksitle gereksiz şeyler aldığınız oldu mu?
93. Hiç, daha yeni tanıştığınız biriyle yattığınız oldu mu?
94. Hiç, fazla içki yada uyuşturucu kullandığınız oldu mu?
95. Hiç, tehlikeli araba kullandığınız oldu mu?
96. Hiç, aşırı yemek yediğiniz oldu mu?
97. Hiç marketlerden ufak tefek bir şeyler aşırıdığınız oldu mu?
98. Moraliniz sık bozultur mu? Örneğin sık sık üzüntülü, sıkıntılı yada sinirli dönemleriniz oldu mu?
99. Hiç, kendinizi kaybedecek kadar öfkələndiğiniz oldu mu?

100. Karşınızdakini dövecek yada kavga edecek kadar kızar mısınız?
101. Hiç, kendinizi öldürmeye ya da yaralamaya kalkıştınız mı? Ya da böyle bir şeye niyetlendiniz mi?
102. Hiç, bilerek, kendinize zarar verebileceğiniz bir kazaya sebep oldunuz mu?
103. Değişik yerlerde yada değişik kişilerle beraberken kendinizi farklı biri gibi hissettiğiniz, bu nedenle zaman zaman kim olduğunuzu bilemediğiniz oldu mu?
104. Geleceğiniz, iş planlarınız, yada hayattan ne istediğiniz konusunda karar veremediğiniz yada ne istediğiniz bilemediğiniz oldu mu?
105. Ne gibi insanlarla arkadaşlık etmek istediğinizi bilemediğiniz duygusuna kapılır mısınız?
106. Hiç, değer yargılarınız yada inançlarınız konusunda kuşkuya düştüğünüz oldu mu?
107. Sık sık boşluk hissi ya da can sıkıntısı duyar mısınız?
108. Önem verdiğiniz birinin sizi terk edeceğinden çok korkar mısınız?

BUNDAN SONRAKİ SORULAR 15 YAŞINDAN ÖNCEKİ HAYATINIZLA İLGİLİDİR.

109. 15 yaşından önce okuldan kaçır mıydınız?
110. Çocukken hiç evden kaçtınız mı?
111. Kavgacı bir çocuk muydunuz?
112. 15 yaşından önce kavgada, alet kullanır mıydınız?
113. Hiç başka bir insanı sizinle cinsel ilişkiye zorladınız mı?
114. Çocukken hayvanlara eziyet eder miydiniz?
115. Kavga dışında bilerek başka çocukların canını yakar mıydınız?
116. Hiç, size ait olmayan şeylere tasarlayarak zarar verdiniz mi?
117. Hiç, yangın çıkardınız mı?
118. Çocukken yalan söyler miydiniz?
119. 15 yaşından önce hırsızlık yaptınız mı?
120. 15 yaşından önce yan kesicilik yaptınız mı? Ya da adam soydunuz mu?

9.4. Kimlik Duygusu Değerlendirme Aracı (KDDA)

KDDA

Bu test 28 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddede sözü edilen yaşantıların sizin ruhsal durumunuzla ne ölçüde uygunluk gösterdiğini, yani sizin düşünce ve duygularınızı ne ölçüde yansıttığını, o maddenin karşısındaki kutuya aşağıdaki sayılardan birini yazarak belirtin. Eğer bir maddenin birden fazla bölümü varsa, cevabınızı maddenin tümünü göz önüne alarak verin. Lütfen bütün maddeleri cevaplandırın.

Bana hiç uymuyor	: 1
Bana pek uymuyor	: 2
Bana biraz uyuyor	: 3
Bana oldukça uyuyor	: 4
Bana tümüyle uyuyor	: 5

1. Kendimi tutarlı bir insan olarak görmekte zorlanıyorum. Değişik ortamlarda farklı biçimlerde davranıyorum ve bundan rahatsızlık duyuyorum. Bazen, hangi ortamda ya da hangi ilişkide gerçekten kendim olabildiğimi düşünüyorum.
2. Çok yakın olduğum insanları bile hep aynı gözle göremiyorum. Aynı kişi bir an sevimli ve dost olarak görüntüyor gözüme, ama başka bir zaman sevimsiz ve düşman tavırlı olduğunu düşünüyorum.
3. Kendi doğrularımı ya da kendi yolumu bulabildiğimi sanmıyorum. Nasıl biri olmak ve nasıl bir geleceğe yönelmek istediğimden emin değilim. Bazen birine özeniyor ve onun gibi olmak istediğimi düşünüyorum. Ama bir süre sonra başka birine özenmeye başlıyorum.
4. Ufak tefek olaylar beni derinden etkiliyor. Bir şey beklediğim gibi olmayınca sanki yıkılıyorum, kendimi suçlu ve değersiz görüyorum, çok mutsuz oluyorum. Ama sonra iyi bir şeyler oluyor ve moralim bir anda düzeliyor, canlı ve neşeli oluyorum, kendime güvenim geliyor.
5. Çocukluk dönemlerimi düşündüğüm zaman garip bir kopukluk algılıyorum. Sanki geçmişte kalan çocukla ben aynı insan değilmişiz, farklıymışız gibi hissediyorum. Bu da içimde, yaşam sürecim sanki kopuk halkalardan oluşmuş gibi bir duygu doğuruyor.
6. Farklı insanlarla ilişkideyken farklı biçimde davrandığımı, bir bakıma farklı kişiliklere büründüğümü sanıyorum. Bu yüzden, olduğum gibi davranamadığımı, kendim olmayı beceremediğimi düşünüyorum ve davranışlarımı sahte buluyorum.
7. Bana en yakın insanların bile beni nasıl tanıdıklarından emin değilim. Bazen öyle geliyor ki; sanki her biri beni farklı bir insan olarak tanıyor. O zaman kimin beni gerçekten tanıdığını soruyorum kendime. Ama ben de kendimi tanıdığımından emin değilim.
8. Kendi yolumda yürüdüğümünden emin değilim. Bana uygun olmayan bir yola yönelmiş olmaktan ve kendime yabancılaşmaktan korkuyorum. Hala kendimi arıyorum, yaşamda ne yapmak ve nasıl biri olmak istediğimi anlamaya çalışıyorum.
9. Geleceğe ilişkin planlar yaparken gerçekçi olmayı pek beceremiyorum. Belki de hayallerimin peşinde koşmaktan vazgeçemiyorum. Gerçekler kuru, sıkıcı ve bazen de ürkütücü geliyor. Yakınımdaki insanlar ayaklarımın yere basmadığını söylüyorlar.
10. Geleceğimi etkileyecek konularda karar vermekte zorlanıyorum. Çünkü bana uygun olanı seçtiğimden bir türlü emin olamıyorum. Bazen bir şeyi yapmaya karar veriyorum ama bir türlü harekete geçemiyorum.
11. Şu anki halimden ve izlediğim çizgiden pek hoşnut sayılmam. Kendimden beklediğim, yani yaşamda başarmak istediğim bu değildi ama daha iyisi elimden gelmiyor. Böyle giderse, yaşamda arzuladığı yere gelememiş biri olacağım.
12. Girdiğim çevrelerde yer edinebildiğimi sanmıyorum. Bana öyle geliyor ki; aile ya da arkadaş çevremde pek önemsenmiyorum, yani varlığımın yokluğum açısından onlar açısından pek bir fark yok.
13. En yakın ilişkilerimde bile, karşımdaki insanın beni gerçekten sevip benimsediğine güvenemiyorum. O öyle davranırsa bile içtenliğine inanmıyorum. Bir gün beni yüz üstü bırakmasından kaygılanıyorum. Belki bu yüzden insanlardan uzak duruyorum ve pek yakın arkadaşlıklar kurmuyorum.
14. Gelecekte beni güzel günlerin ve doyumlu ilişkilerin beklediğini düşünmeye çalışıyorum; ama olmuyor. Sanki zaman ancak düş kırıklığı ve kötü şeyler getirebilmiş gibi geliyor.
15. Bazen sanki zaman çok hızlı geçmiş, ruhum büyüme fırsatı bulamamış ve çocuk kalmış gibi geliyor. O anlarda zamanı yavaşlatmak ya da durdurmak istiyorum. Zamana ayak uyduramama duygusu bende gereksiz bir telaş ve aceleciliğe neden oluyor. Bazen de kendimi çok yaşlanmış gibi hissediyorum.
16. Yaşamımı başkalarının istekleri ve beklentileri yönlendiriyormuş gibi geliyor. Sanki dizginlerim başkalarının ellerinde. Bu yüzden, bazen bir şeyi kendi isteğimle mi yoksa başkaları öyle istediği için mi yaptığımdan emin olamıyorum.
17. Özlediğim gibi biri olabileceğimden kuşkuluyum. Kendimde beğenmediğim pek çok yan var. Bu yüzden kendimden pek hoşnut sayılmam. Adamakıllı biri olmak için gereken niteliklere sahip olduğumdan emin değilim.

18. Sanki sürekli olarak dışarıdan kendimi izliyorum, ya da başkalarının beni nasıl gördüğünü düşünüyorum. Davranışlarımda, konuşmamda başkalarını güldürecek tuhaflıklar varmış gibi geliyor. Bu biraz sıkılgan ve alıngan olmama yol açıyor.
19. Ne zaman bir amaca ulaşmak için hıslansam, sanki yanlış bir şeyler yapıyormuşum hissine kapılıyorum ve içimde bir huzursuzluk büyümeye başlıyor. Sonra da, yine yanlış bir amacın peşinden koştuğumu düşünüyorum ve vazgeçiyorum.
20. Kendimi büyümüş ve iş gücü sahibi biri olarak düşlediğim zaman içime bir sıkıntı giriyor. Artık yetişkin bir insan olduğumu düşünmeye ve öyle davranmaya çalıştığım zamanlarda da benzer huzursuzluğu duyuyorum. Bu yüzden erişkinlik yıllarımda nasıl biri olacağımı kestiremiyorum.
21. Bazen sanki kazanmak değil kaybetmek istiyormuşum gibi davranıyorum. Bir bakıma kendi kendimi çelmeliyorum, yani bindiğim dalı kesiyorum. Belki de başarılı ve sevilip sayılan biri olmayı istemiyordumdur.
22. Kendimi pek çok konuda yetersiz ve eksik hissediyorum. Bazen yeterince iyi yaptığım hiç bir iş olmadığını düşünüyorum. İlerde de hangi işte çalışırsam çalışayım, işimin ustası olabileceğimi sanmıyorum.
23. Çoğu zaman, uğraştığım işleri boş ve anlamsız buluyorum. Bu yüzden, üzerime düşen işleri en iyi biçimde becermek ya da bir alanda başarılı olmak için yeterli çabayı gösteremiyorum. Bazen işe yaramaz biri olduğumu düşünüyorum.
24. Öğrenmem beklenen şeyleri öğrenebileceğime ve gelecekte mesleğimde yetkin olacağıma inanmıyorum. Öğrenmek, becermek ve başarmak için yeterli çabayı gösterememem belki bundan kaynaklanıyordur.
25. Bağlı olduğum bir arkadaş grubum yok. Hiç bir gruba giremiyorum, çünkü hepsinde bana ters gelen şeyler buluyorum ve gruptaki insanlara güven duyamıyorum. Ayrıca, onların da beni güvenilir bulmayacaklarını ve aralarına almayacaklarını düşünüyorum.
26. Bazen kendimde karşı cinse ait özelliklerin bulunduğu duygusuna kapılıyorum. Öyle anlarda kendimi tam bir kız ya da tam bir erkek olarak düşünmekte zorlanıyorum. Sanki ikisinin arasında kalmışım gibi hissediyorum.
27. Ailemi bir kenara bırakırsak, çevremde görüşlerine saygı duyduğum, önerilerine kulak verdiğim ve sözünü dinlediğim bir kimsenin olmadığını söyleyebilirim. Böyle bir yol gösterici bulmak isterdim, ama kimsenin sözünü dinlemek istemiyorum. Ben de kimseye sözümü dinletemiyorum.
28. Neye inanacağımı tam olarak bilemiyorum. Hangi değerleri benimseyeceğim, hangi ilkelere tutunacağım konusunda kafam açık değil. Bazen hiç bir şeye inanmadığımı düşünüyorum. O zaman sanki yaşama tutunamıyormuşum gibi geliyor.

9.5. Klinik Değerlendirme Formu

DSM-V Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri

Kişilik bozuklukları, kişinin kültürel normlar ve beklentiler bağlamında adaptif olan bir özkimlik duygusu ve kişilerarası işlevsellik kapasitesi geliştirme yetersizliğinin temsilidir.	Skor
A. Adaptif yetmezlik aşağıdakilerden biri veya ikisi ile belirlidir.	
1. Özkimliği duygusunda bozukluk aşağıdakilerden biri veya daha çoğu ile anlaşılır:	
iv. Kimliğin bütünleştirilmesi. Kötü biçimde kaynaştırılmış öz duygusu veya kimlik duygusu (ör: kişisel bütünlük ve süreklilik duygusunun sınırlı olması; öz-durumlarında kaymalar yaşama; dış dünyaya sunulan özün bir dış cephe olduğuna inanma)	
v. Özkavramının bütünleşikliği. Yoksul ve iyi ayırtmamış öz duygusu veya kimlik duygusu (ör: kendi özelliklerini tanımak ve tarif etmekte zorlanma; içsel boşluk duygusu; kişilerarası sınırların belirsizliği, kendini sosyal bağlama göre değişik biçimlerde tanımlama)	
vi. Kendini yönlendirme. Düşük özyönlendirme (ör: doyum ve ödül sağlayıcı hedefler belirleyememe ve bu hedeflere ulaşamama; yaşamda yön, anlam ve amaç yokluğu)	
2. Etkin kişilerarası işlevsellik geliştirmekte yetersizlik aşağıdakilerden biri veya daha çoğu ile belirlidir:	
i. Empati. hasarlı empati ve düşünme kapasitesi (ör: başkalarının zihinsel durumlarını anlamakta zorlanma)	
ii. Yakınlık. Hasarlı yakın ilişkiler kurma kapasitesi (ör: yakınlık ve samimiyet kurup sürdürememe; etkin bir bağlanma figürü olarak işlev görme yetersizliği; arkadaşlıklar kurma ve sürdürme yetersizliği)	
iii. İşbirlikçilik. Toplumsal dayanışma davranışı kapasitesi geliştirmede yersizlik (ör: Toplumsal çevrenin ahlak kurallarına uygun davranma kapasitesi geliştirme yetersizliği, özgeciliğin yokluğu)	
iv. Başkalarının tasarımlarının karmaşıklığı ve bütünleşikliği. Başkalarının tasarımlarının zayıf biçimde bütünleştirilmiş olması (ör: yaşamındaki özel kimselerin imgelerini kopuk ve ilişkisiz biçimde oluşturur).	
B. Adaptif yetmezliğe bir veya daha çok kişilik treytinin uç düzeyleri eşlik eder.	
C. Adaptif yetmezlik zaman içinde ve durumlar arasında görece stabildir ve başlangıcı en azından ergenlik yıllarına dek izlenebilir.	
D. Adaptif yetmezlik sadece başka bir mental bozukluğun sonucu veya belirtisi olarak açıklanamaz.	
E. Adaptif yetmezlik sadece herhangi bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine (ör: kötüye kullanılan bir madde veya ilaç) veya bir genel medikal soruna (ör: ciddi kafa travması) bağlanamaz.	

