

T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

MAJÖR DEPRESYONU OLAN HASTALARDA TEDAVİYE
UYUMUN MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ İLE
İLİŞKİSİ

Dr. Ülkü BEŞİKTEPE

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Nuray ATASOY

ZONGULDAK
2013

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**MAJÖR DEPRESYONU OLAN HASTALARDA TEDAVİYE
UYUMUN MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ İLE
İLİŞKİSİ**

Dr. Ülkü BEŞİKTEPE

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Nuray ATASOY**

**ZONGULDAK
2013**

TEZ ONAY TUTANAĞI

Tezin Teslim Edildiği Üniversite/Fakülte: Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

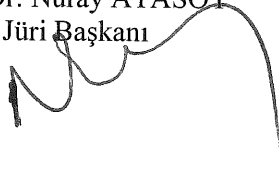
Tez Başlığı : Majör Depresyonu Olan Hastalarda Tedaviye Uyumun Mizaç ve Karakter Özellikleri İle İlişkisi

Tez Yazarı : Arş. Gör. Dr. Ülkü BEŞİKTEPE

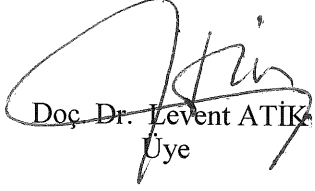
Tez Savunma Tarihi : 11/03/2013

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nuray ATASOY

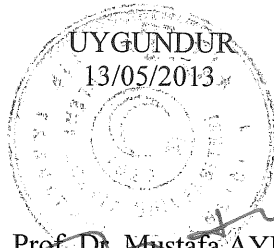
Doç. Dr. Nuray ATASOY
Jüri Başkanı



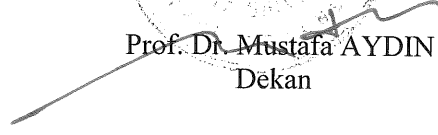
Doç. Dr. Levent ATIK
Üye



Yrd. Doç. Dr. Özge SARAÇLI
Üye



Prof. Dr. Mustafa AYDIN
Dekan



ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bana verdikleri emekleri için, Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Doç. Dr. Nuray ATASOY'a, Sayın Doç. Dr. Levent ATİK'e, Sayın Doç.Dr. Numan KONUK'a, Sayın Yrd. Doç. Dr. Özge SARAÇLI'ya,

Tezimin hazırlanmasındaki desteğinden dolayı danışman hocam Sayın Doç. Dr. Nuray ATASOY'a, değerli mesai arkadaşlarım Yasin AYAN'a, Ayşe Meltem YÜKSEL'e, Uzm. Dr. Adnan ATALAY'a, Bülent Ecevit Üniversitesi Psikiyatri Servisinde çalışan diğer araştırma görevlisi, hemşire ve personel arkadaşlarıma,

Tezimin araştırma, planlama ve istatistik değerlendirme dahil hemen her aşamasında yardımlarından dolayı Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi Sayın Dr. Füzünan KÖKTÜRK'e,

Uzun ve zor yolumda sonsuz sevgilerini benden esirgemeyen, her zaman yanımda olan sevgili annem, babam, kardeşlerim Tefik Emre ve Burak'a tüm kalbimle teşekkürlerimi sunuyorum.

*Dr.Ülkü Beşiktepe
Zonguldak, 2013*

ÖZET

Ülkü Beşiktepe. Major Depresyonu olan Hastalarda Tedaviye Uyumun Mizaç ve Karakter Özellikleri ile İlişkisi. Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Tezi. Zonguldak, 2013.

Major depresyon (MD), her yaşta görülebilen, kişinin biyopsikososyal yaşam alanlarını olumsuz yönde etkileyen ruhsal bir hastalıktır. Depresyon kliniğini etkileyen özelliklerden biri olarak kişilik, hastalığın seyir özelliklerinin anlaşılması için kullanılabilecek bir değişkendir. MD olanlarda; tedavi yöntemleri ve tedaviye cevabın öngörücüleri de önemlidir. Birçok çalışmada major depresyonda antidepresanlara cevabı öngörmek için mizaç özellikleri araştırılmıştır. Bu çalışmada major depresyonda tedaviye cevabı ve uyumu öngörmek için Mizaç Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory, TCI) ile mizaç ve karakter özelliklerine bakılması, depresif hastalarda önerilen antidepresan tedaviye uyum oranının tespit edilmesi, tedaviye uyumlu olan ve olmayan hastaların klinik ve sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılarak tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin tartışılması ve cevapla ilişkisine bakılması amaçlanmıştır. Literatürde MD olan hastalarda ödül bağımlılığı (ÖB) ve kendini yönetme (KY) skorları daha düşük, zarardan kaçınma (ZK) skoru daha yüksek olarak görülmüştür. Bizim çalışmamızda yenilik arayışı (YA), ZK ve KY skorları hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksekti. Yapılan çalışmalarda düşük ZK, yüksek ÖB, yüksek işbirliği yapma (İY) ve KY skorları olanlarda tedaviye cevabın daha iyi olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda ise tedaviye cevap ve uyum açısından kişilik özellikleri benzerdi. Hasta grubunda YA skorları erkeklerde kadınlara göre daha yüksekti. Hastaların ailelerinde psikiyatrik hastalık görülme oranı daha fazlaydı. Bu çalışmada MKE'nin YA, ZK, KY parametrelerinin MD'ye yatkınlık açısından öngörücü etkisi bulunmuştur. Tedaviye uyumu ve cevabı etkileyen etkenlerin belirlenebilmesi için, daha geniş hasta gruplarında ve daha uzun süreli izlem yapılmasının gerekli olduğu inancındayız. Tedavi takip süresinin kısa olması, MKE'nin MD üzerindeki geçerliliğinin henüz çalışılmamış olması gibi kısıtlılıklarına rağmen bu çalışmada elde edilen ön bulgular MKE'nin hastalığın klinik gidişini öngörmeye yerini araştırarak gelecekteki çalışmaların değerli olacağı konusunda fikir vermektedir.

Anahtar kelimeler: Major depresyon, tedaviye uyum, tedaviye cevap, mizaç ve karakter, TCI

ABSTRACT

Ülkü Beşiktepe. The Association of Compliance to Treatment with Temperament and Character Features in Patients with Major Depression. Bülent Ecevit University, Faculty of Medicine, Thesis of Psychiatry. Zonguldak, 2013.

Major depression (MD), can be seen at any age, is a mental disease that negatively affects bio-psycho-social environment of the person. The personality, one of the features that affect the clinical course of depression, can be a variable that can be used for determination of the course of the disease. In patients with MD, treatment methods and predictive responses to the treatment are also important. Many studies have investigated the temperament features to predict the response of MD with antidepressants. In the present study, it was aimed to examine temperament and character features with Temperament Character Inventory (TCI) to predict the compliance and response to treatment in MD; to determine the compliance rate to the suggested antidepressant therapy in depressive patients; to discuss the factors affect the compliance to therapy with comparing clinical and socio-demographic characteristics of the patients either with or without compliance to therapy, and to investigate the association of them with the response. In the literature, prize search and self-directedness (SD) scores were observed to be lower and harm avoidance (HA) score was found to be higher in patients with MD. In our study, novelty seeking (NS), HA and SD scores were found to be significantly higher in the patient group. In the studies, it was reported that response to the treatment could be better predicted in patients with low HA, high reward dependence (RD), high cooperativeness (C) and high SD scores. In the present study, personality features were similar in terms of response and compliance to the treatment. NS scores were found to be higher in men than women in the patient group. The incidence of psychiatric disorders was higher in the families of the patients. In the present study, it was found that there were predictive effects of parameters of NS, HA, and S of TCI on predisposition to MD. We consider that there is a need for larger studies with higher number of patients and longer follow-up duaration for determination of the factors affecting the compliance and response to the treatment. Despite the limitations such as the short duration of follow-up treatment and lack of studies conducted about the validity of TCI on MD, the preliminary data obtained from the present study makes us consider that future trials focused on the prediction of TCI about the clinical course of the disease will be valuable.

Keywords: Major depression, compliance to treatment, temperament and character, TCI

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
TABLO DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Depresyonun Tanımı	3
2.1.1. Majör depresyon epidemiyolojisi	3
2.1.2. Majör depresyon etyolojisi	4
2.1.3. Major depresyonun klinik bulguları	6
2.1.4. Majör depresyonun alt tipleri.....	8
2.1.5. Major depresyon tanı kriterleri	9
2.1.6. Major depresyonda tedavinin izlenmesi ve tedaviye cevap.....	11
2.2. Kişilik	12
2.2.1. Tanım	12
2.2.2. Psikiyatride kişilik kavramının tarihsel gelişimi	14
2.2.3. Kişiliğin oluşmasında etkili olan faktörler	17
2.2.4. Kişiliğe boyutsal yaklaşım.....	19
2.2.5. Cloninger'in genel psikobiyojik kişilik modeli ve MKE	22
2.3. Majör Depresyon ve Kişilik	27
2.3.1. Majör Depresyon ve Kişilik Bozukluğu	28
2.3.2. C kümesi kişilik bozuklukları	29
2.3.3. Başka türlü adlandırılmayan kişilik bozukluğu türleri.....	30
2.3.4. Majör depresyon ve mizaç karakter özellikleri.....	30
2.3.5. Depresyon tedavisine cevapla kişilik özelliklerinin ilişkisi.....	31
2.3.6. Depresyonda Tedaviye Uyum ve Kişilik Özelliklerinin Tedaviye Uyumla İlişkisi	32

3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Örneklem ve Kontrol Grubu	35
3.2. Majör Depresyon Tanılı Bireylerde Çalışmaya Alınma ve Dışlama Kriterleri	36
3.2.1. Majör depresyon grubu çalışmaya alınma kriterleri	36
3.2.2. Majör depresyon grubu çalışmadan dışlama kriterleri	36
3.3. Sağlıklı Kontrol Grubu Çalışmaya Alınma ve Dışlama Ölçütleri.....	36
3.3.1. Sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alınma ölçütleri.....	36
3.3.2. Sağlıklı kontrol grubu çalışmadan dışlama ölçütleri	36
3.4. Değerlendirme Araçları.....	36
3.4.1. Hasta veri formu	36
3.4.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, HDDÖ (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS).....	37
3.4.3. Beck Depresyon Envanteri	37
3.4.4. Beck Anksiyete Ölçeği	37
3.4.5. Mizaç Karakter Envanteri, MKE (Temperament and Character Inventory, TCI).....	38
3.5. Kullanılan değerlendirme formları ve ölçekler	38
3.6. Uygulamalar	39
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi	39
4. BULGULAR	41
4.1. Tanımlayıcı Bulgular.....	41
4.2 Klinik Değişkenler	42
4.3. Hasta Ve Kontrol Gruplarının Kişilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	42
4.4. Tedaviye Cevabın Kişilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	42
4.5. Tedaviye Cevap Zamanları	44
4.6. Tedaviye Cevabın Depresif Atak Sayısı ve Hastalık Başlangıç Yaşı Açısından Karşılaştırılması.....	45
4.7. Tedaviye Cevabın Alkol, Sigara Kullanımı Açısından Karşılaştırılması	45
4.8. Tedaviye Uyumlu ve Uyumsuz Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	46
4.9. Tedaviye Uyumun Kişilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	47
4.10. Tedaviye devamın kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması	47

4.11. Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği Puan Dağılımı.....	48
4.12. Hasta Grubunda Sosyodemografik ve Klinik Verilerin Kişilik Boyutlarıyla İlişkisi	49
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ	61
7. KAYNAKLAR	62
8. EKLER	78
Ek 1. Sosyodemografik veri formu	78
Ek 2. Mizaç ve karakter envanteri.....	79
Ek 3. Mizaç karakter envanteri derecelendirme anahtarı.....	88
Ek 4. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği	90
Ek 5. Beck depresyon ölçeği.....	94
Ek 6. Beck anksiyete ölçeği	95
Ek 7. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu	96
Ek 8. Etik Kurul Onayı	100

SİMGELER VE KISALTMALAR

BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision
HDDÖ	: Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği
ICD	: International Classification of Diseases
İY	: İşbirliği Yapma
İY1	: Sosyal Onaylama
İY2	: Empati
İY3	: Yardımseverlik
İY4	: Acıma
İY5	: Erdemlilik-Vicdanlılık
KA	: Kendini Aşma
KA1	: Kendilik Kaybı
KA2	: Kişiler Ötesi Özdeşim
KA3	: Manevi Kabullenme
KY	: Kendini Yönetme
KY1	: Sorumluluk
KY2	: Amaçlılık
KY3	: Beceriklilik
KY4	: Kendini Kabullenme
KY5	: Olumlu İkincil Mizaçlar
MD	: Majör Depresyon
MKE	: Mizaç Karakter Envanteri
ÖB	: Ödül Bağımlılığı
ÖB1	: Duygusallık
ÖB3	: Bağlanma
ÖB4	: Bağımlılık
SE	: Sebat Etme

SE	: Sebat etme toplam puan
TCI	: Temperament and Character Inventory (Mizaç Karakter Envanteri)
YA	: Yenilik Arayışı
YA1	: Keşfetmekten Heyecan Duyma
YA2	: Dürtüsellik
YA3	: Savurganlık
YA4	: Düzensizlik
ZK	: Zarardan Kaçınma
ZK1	: Beklenti Endişesi
ZK2	: Belirsizlik Korkusu
ZK3	: Yabancılardan Çekinme
ZK4	: Çabuk yorulma-Dermansızlık

TABLO DİZİNİ

<u>Tablolar</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Mizaç ve Karakter Arasındaki Farklılıklar (49, 80)	24
Tablo 2. Mizaç Boyutları Açısından Yüksek ve Düşük Skorları Olan Bireylerin Tarifleri (49,80).....	24
Tablo 3. Karakter Boyutları Açısından Yüksek Ve Düşük Skorları Olan Bireylerin Tarifleri (49, 80).....	25
Tablo 4. Hasta ve kontrol gruplarının demografik özelliklerinin karşılaştırılması..	41
Tablo 5. Hasta ve kontrol gruplarının kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması	42
Tablo 6. Tedaviye cevabın kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması	43
Tablo 7. Tedaviye erken cevap veren ve geç cevap veren hastaların kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması.....	44
Tablo 8. Tedaviye cevabın ve iyileşmenin kontrol haftalarına göre dağılımı	44
Tablo 9. Tedaviye cevap veren ve vermeyen hastaların depresif atak sayısı ve hastalık başlangıç yaşı açısından karşılaştırılması	45
Tablo 10. Tedaviye cevap veren ve vermeyen hastaların alkol, sigara kullanımı açısından karşılaştırılması	45
Tablo 11. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması	46
Tablo 12. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz hastaların depresif atak sayısı ve hastalık başlangıç yaşı açısından karşılaştırılması.....	47
Tablo 13. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz hastaların kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması	47
Tablo 14. Tedaviye devamın kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması.....	47
Tablo 15. Hasta grubunun haftalara göre beck depresyon, beck anksiyete ve hamilton depresyonu derecelendirme ölçeği puan dağılımı.....	48
Tablo 16. Hasta grubunda sosyodemografik ve klinik verilerin kişilik boyutlarıyla ilişkisi	50

1. GİRİŞ VE AMAÇ

MD, her yaşta görülebilen, kişinin biyopsikososyal yaşam alanlarını olumsuz yönde etkileyen ruhsal bir hastalıktır. Klinisyenlerin çoğu MD'si olan kişileri poliklinik ortamında ya da serviste yattığı süre içerisinde görerek değerlendirme şansına sahip olur. Halbuki hasta ile sürekli birlikte olan hasta yakınları hastalığın yükünü en ağır biçimde taşıyan kişilerdir. Bu nedenle hasta ve hasta yakınlarının aydınlatılması amacı ile hastalığın prognozu konusunda fikir sahibi olmak önemlidir.

Depresyon kliniğini etkileyen özelliklerden biri olarak kişilik hastalığın seyir özelliklerinin anlaşılması amacıyla kullanılabilecek bir değişkendir (1). Geçmişten bu yana insanları anlamak ve tanımak adına kişilikle ilgili birçok tanım ve sınıflandırma yapılmıştır. Psikiyatrinin gelişim sürecindeki her kuram kişiliği kendi açısından tanımlamış ve değerlendirmiştir. Bu anlamda Cloningerin psikobiyolojik kişilik kuramı kişiliğin değerlendirilmesinde hem kalıtsal biyolojik temele vurgu yapan mizaç özelliklerini hem sosyal, kültürel ve çevresel etkileşimleri dikkate alması bakımından öne çıkmaktadır.

Cloninger'e göre mizaç (temperament), karakter (character) ve kişilik (personality) birbirinden farklı kavramlardır (2). Halk arasında 'Huy' olarak da bilinen Mizaç; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. Karakter ise; çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş, sonradan öğrenilmiş tutumlardır, dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri içerir. Kişilik ise; genetik olarak gelen mizaçla, sonradan elde edilmiş karakterin birleşiminden oluşur (3).

Major depresyonun klinik gidiş özelliklerinin kişiler arasında farklılıklar göstermesi ve bu farklılıkların nedenlerinin henüz anlaşılmamış olması bu alanda araştırmalara ihtiyaç bulunduğunu göstermektedir. Özellikle hastalığın biyolojik nedenlerini ve gelişimini tam olarak anlamak ve en önemlisi de erken müdahale ve engelleme stratejilerini belirlemek, gerek klinisyenleri gerekse hasta ve yakınlarını aydınlatıcı olacaktır. Bu bağlamda depresyon hastalarında belirgin farklılık yaratan ve öne çıkan kişilik özellikleri olup olmadığı, eğer varsa bu durumun depresyon hastalığına özgü olup olmadığı ve depresyonun klinik seyri ile nedensel ilişki

gösterip göstermediği aynı zamanda bu kişilik özelliklerinin klinik seyir üzerinde öngörücü bir etkisinin olup olmadığı hala cevaplanması gereken sorulardır. Literatürde MD olan hastalarda ödül arama ve kendini yönetme skorlarının daha düşük, zarardan kaçınma skorunun daha yüksek olduğu bildirilmiştir (4).

MD olanlarda; tedavi yöntemleri ve tedaviye cevabın öngörücüleri önemlidir. Birçok çalışmada major depresyonda antidepresanlara cevabı öngörmek için mizaç özellikleri araştırılmıştır. Cloninger'in 4 mizaç, 3 karakter alt ölçeğini içeren kişilik teorisi, son yılların en göze çarpan teorilerden birisidir. Smith ve ark.'nın bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmaya 52 erken başlangıçlı depresyon öyküsü olan genç erişkin ve 89 sağlıklı kontrol alınmıştır. Çalışmaya alınan herkese MKE 125 uygulanmıştır. Erken başlangıçlı depresyonu olanların kontrollere göre ZK skorları daha yüksek, KY skorları ise daha düşük olarak görülmüş. Bu çalışmada genç erişkinlerde yüksek ZK ve düşük KY yineleyen depresyonun öngörücüleri olarak değerlendirilmiştir (4). Bizim çalışmamızda da MD'de tedaviye cevabı ve uyumu öngörmek için Mizaç Karakter Envanteri ile mizaç ve karakter özelliklerine bakılması, depresif hastalarda önerilen antidepresan tedaviye uyum oranının tespit edilmesi, tedaviye uyumlu olan ve olmayan hastaların klinik ve sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılarak tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin tartışılması ve cevapla ilişkisine bakılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon, oluşma nedenleri, gidişi ve tedavisi açısından oldukça karmaşık olan ruhsal bir bozukluktur. Depresyonun birçok tanımı yapılmıştır. Depresyonun anlaşılması ve tanınmasında üzerinde durulması gereken temel nokta onun bir sendrom olduğudur.

Genel anlamda depresyon derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, güçsüzlük, suçluluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, isteksizlik, motivasyon azalması, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile giden bir sendromdur (4).

2.1.1. Majör depresyon epidemiyolojisi

Yaygınlık: Major depresif bozukluk yaşam boyu yaygınlığı erkeklerde %5-12 arasındadır, kadınlarda ise yaşam boyu depresyon prevalansı %10-25 arasındadır (5).

Cinsiyet: Yapılan çalışmalarda, ülkeden ya da kültürden bağımsız olarak kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla major depresif bozukluk görüldüğü bulunmuştur (6, 7,8). Hormonal farklılıklar, çocuk doğurmanın etkileri, kadınlar ve erkekler için psikososyal stresörlerin farklılaşması ve öğrenilmiş çaresizlik modellerinin bu farka neden olduğu ileri sürülmektedir (7,9).

Yaş: Hastalık başlangıcı 20-40 yaş arasında en üst düzeye ulaşır. Puberte öncesi dönemde kızlar ve erkek çocuklar eşit dağılım gösterir, adolesan ve erişkinlik dönemlerinde depresyon oranı kadınlarda erkeklere göre iki - üç kat daha fazladır (6,9,10).

Medeni durum: Depresif bozukluklar evli insanlara kıyasla bekâr ve boşanmış kişilerde daha sıktır. (5)

Sosyal ve kültürel durum: Depresyon genellikle gelişmekte olan ülkelerde, maddi durumu kötü, eğitim seviyesi düşük, çalışmayan, ailesi ve çevresiyle sosyal iletişim becerisinden yoksun, çok erken yaşta evlenen, eşlerinden yeterince ilgi ve

destek göremeyen kadınlarda görülür (11,12,13). Depresif belirtilerde toplumların kültürlerine göre farklılıklar olabilmektedir. Örneğin, hristiyan toplumlarında ağır çökkünlüklerde günah veya büyük suç işlemiş olma duygusu sık belirtilirken, ülkemizde ve diğer gelişmekte olan ülke toplumlarında somatik belirtiler daha sık gözlenmektedir (14).

Kişilik özellikleri: Bazı çalışmalara göre bu kişiler genellikle kimseyi incitmemeye, herkesi hoşnut etmeye, iyiliksever olmaya eğilimli, aşırı duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü, yakınlarına aşırı bağımlı, mükemmeli arayan, onurlarına düşkün, öfkelerini dışa vurmayan, çabuk etkilenen ve üzülen kişilerdir. Bu özelliklerin çoğu yaşamın bir döneminde erdemli bir kişiliği gösterir. Bu erdemler yüzünden bu kişiler genellikle sevilirler, sayılırlar, başarılı olurlar. Çeşitli yaşam olayları, baskılar, örseleyici durumlar, yaşlanma, beklentilerin gerçekleşmemesi gibi durumlarla karşılaştıkça kişinin hayır diyememe, hep vermeye çalışma, aşırı sorumluluk alma meziyetleri eziyet haline gelir. Kişi kendini ezilmiş, yenik düşmüş, birçok doyum ve uyum kaynaklarını yitirmiş hissetmeye başlar. Depresif kişilerin hastalık nedeniyle benlik saygıları düşüktür, kendilerine karşı acımasızdırlar ve kendilerini cezalandırma eğilimindedirler. Hastalar geçmiş yaşantılarına bakarak kendilerini suçlayabilecekleri hataları bulmaya çalışırlar, sürekli olarak yetersizlik duyguları içindedirler. Depresif hastalar işte, evde, sosyal alanda uyum problemleri yaşarlar ve sıklıkla sinirlilik, kişiler arası sürtüşme ve zayıf iletişimi içeren tarzda yakın ilişkileri sürdürmede önemli problemler yaşarlar. Bu kişilik özellikleri, bazen depresyondan önce de olabilir, depresyonlu ruh hali geçtikten sonra bile çoğu zaman düzelmediği gözlenmiştir (14,15,16).

2.1.2. Majör depresyon etyolojisi

Bugün depresyonun etyolojik ve fizyopatolojik temelini tespit etmek için birçok araştırma yapılmasına karşın, bu hastalığın tam nedeni henüz belirlenememiştir. Depresyonun oluşmasında çok sayıda etyolojik faktörlerin; genetik, biyokimyasal, psikodinamik ve sosyokültürel etkenlerin kompleks etkileşimi olduğuna dair fikir birliği vardır(17).

Biyokimyasal etkenler: Biyolojik aminlerden noradrenalin ve serotonin, duygudurum bozukluklarının patofizyolojisiyle en çok ilişkili iki nörotransmitterdir (7,14). Korku, bunaltı, öfke gibi duyguların oluşunda adrenalin ve noradrenalinin önemi eskiden beri bilinmektedir. Noradrenalin düzeyini azaltan metildopa, propranolol ve reserpin gibi ilaçların çöökkünlüğe neden olabilmesi, noradrenalinin sinaptik kavşakta artmasına yol açan amfetaminin öfori doğurması bu varsayımı desteklemektedir (14).

Serotonin uyku-uyanıklık, yeme isteği, libido, beden ısısı gibi işlevlerde önemli düzenleyici görevi vardır. Serotonin azalması depresyonu tetikleyebilir ve düşük BOS 5 HIAA düzeyleri şiddet ve intiharla ilişkilidir. Dopamin aktivitesi depresyonda azalabilir. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ)'nin ve öteki serotonerjik antidepresanların depresyon tedavisinde etkili olmaları serotoninin depresyonun patofizyolojisine katıldığına işaret etmektedir (7,14).

Nöroendokrin düzenleme: Genel olarak, nöroendokrin anormallikler olasılıkla hipotalamusa biyolojik amin girdisinde bozulmayı yansıtır. Depresyonda hipotalamik pitüiter adrenal eksenindeki aktivite artışı kortizol salıverilmesinde artışa yol açar. Yine depresyonda tiroid stimüle edici hormon (TSH), büyüme hormonu (GH), folikül stimüle edici hormon (FSH), lüteinize edici hormon (LH) ve testosteron salıverilmesi azalır; geceleri melatonin salıverilmesi de azalır, bağışıklık işlevleri bozulur (5).

Uyku: Depresyondaki anormallikler arasında uykuya dalmada gecikme, hızlı göz hareketleri (REM) latansında (uykuya dalma ile ilk REM periyodu arasındaki süre) kısalma, ilk REM periyodu uzunluğunda artış ve anormal delta uykusu vardır.

Psikodinamik etkenler: Depresyonun kayıp sonrası oluşumu ve semptomatik olarak öfkenin kendine yönelmesi psikanalitik düşüncenin günümüze değin oluşan mirasının bir parçasıdır. Freud sevilen objenin gerçek ya da hayali olarak kaybı ya da tehdidi sonucu libidonun ambivalan olarak bağlandığı objeden geri çekilerek introjeksiyon yoluyla kendi benliği üzerine yatırıldığına inanmıştır. Katı üst benlik yüzünden kişi kaybedilen objeye duyduğu öfkeyi kendine yöneltir ve

bunun sonucu hastanın egosu tarafından içe alınan nefret nesnesini yok etmek için intihar girişimleri görülebilir (14,16).

Stresli Yaşam Olayları: Genellikle ilk episod dönemlerinin öncesinde görülür. Bu olaylar nöronlarda kalıcı değişikliklere sebep olup bireyi daha sonraki duygudurum bozukluğu dönemlerine yatkın hale getirir. Ekonomik sorunlar, aile sorunları, iş yaşamındaki çatışmalar, emeklilik, beden sağlığının bozulması, benliği örseleyici durumlarla karşılaşma, sevilen birinin kaybı gibi durumlar depresyon gelişimiyle en fazla ilişkili yaşam olayları olarak sayılabilir (14, 15, 16).

Depresyonun gelişimindeki önemli yaşam olayları, 11 yaşından önce bir ebeveynin kaybı, eş kaybı ve işsizliktir. Çalışmayan kişiler, çalışanlara kıyasla üç kat daha fazla major depresif dönem geçirme eğilimindedir (7).

Kalıtım: Aile ve kalıtım araştırmaları duygudurum bozukluğu olanların birinci derece akrabalarında hastalanma riskinin belirgin olarak yüksek olduğunu bildirmektedir. Yineleyici çökkünlük geçiren hastaların birinci derece akrabalarında hastalanma riski genel nüfustaki riske göre iki-üç kat daha yüksektir (6, 7, 15). İkiz çalışmalarında, tek yumurta ikizlerinde MD için eş hastalanma oranı yaklaşık %50 (3 veya daha fazla nöbet geçirmiş olanlarda %59, 3'ten az nöbet geçirenlerde %33) iken, çift yumurta ikizlerinde bu oran %10-25 kadardır. Duygulanım bozukluğu olan ebeveynlerin evlat edinilen biyolojik çocuklarında, duygulanım bozukluğu olmayan evlat edinen ailelerde yetişmiş olsalar bile bir duygudurum bozukluğu riskinin artmış olduğu gözlenmiştir (5, 7, 15).

2.1.3. Major depresyonun klinik bulguları

Depresyon stresli bir olayla tetiklenebilir, ancak ortada görünür bir neden yokken de ortaya çıkabilir. Belirtileri birden başlayabilir ya da aylar ve yıllar içinde yavaş yavaş gelişebilir. Depresyonun belirti ve bulguları değişkenlik gösterir. Hastalığın gidişinin belirli genel bir örneği yoktur.

Depresyonda erken belirtiler, genellikle yaygın bunaltı, yorgunluk, enerji kaybı ve uykusuzluk biçiminde olup bunu temel belirti olan çökkün duygu hali izler. Sürekli bir üzüntü, genel bir isteksizlik, süregiden bir huzursuzluk, sürekli kaygılar

taşıma, öteden beri yapageldiği etkinlikleri yapmakta artık zorluk çekme, geleceğe ilişkin umutsuzluk duyguları besleme, karar vermekte zorluk çekme, kendini değersiz olarak hissetme ve artık kendisine gereksinilmediğini düşünme, geçmişte zevk aldığı etkinliklerden artık zevk almaz olma, yaşam sevinci duymama, kendine bakım azalması, uyku alışkanlıklarında değişiklikler, yeme alışkanlıklarında değişiklikler, düşüncelerini odaklamada zorluk çekme, aşırı duygudurum dalgalanmaları, çaresizlik duyguları, sürekli olumsuz düşünme yakınmaları, ölüm ya da intihar düşünceleri görülür.

Ağır bir biçimde çökkün duygulanım MD için son derece karakteristiktir. Hastalar için bu durum hiç düzelmeyecektir. Sosyal geri çekilme ile birlikte ağlamaklı konuşma, özensiz giyinme, kırıksık alın, üzüntülü yüz ifadesi, düşük omuzlar, kamburumsu, öne bakan görünüm tipik depresyonlu beden görünümüdür. Devinimler ve her türlü dışa vuran davranış çoğu kez yavaşlamıştır. Çok ağır durumlarda bazen hasta ilgisiz, duygusuz gibi görünebilir, ilişki kurmak zor olabilir. Kadınların %75'inde, erkeklerin hemen hemen yarısında psikomotor ajitasyon görülür ve hastalar bunu yerinde duramama, tedirginlik ve devamlı gezinme şeklinde dışa yansıtırlar. Gelişmekte olan ülkelerde depresyonlu hastalar daha çok ağrı, hazımsızlık, uykusuzluk, kabızlık, kilo verme, cinsel işlev bozukluğu, bitkinlik gibi bedensel ve işlevsel belirtilerden yakınmaktadırlar. Yine bu ülkelerde, depresyonlu bireylerin bir kısmı paranoid hezeyanlar da göstermektedir. İntihara ise batıya oranla çok daha seyrek rastlanmaktadır (7, 14, 15, 16).

Batı toplumlarında ise intihar oranı daha sıktır, örneğin A.B.D'de yılda yaklaşık 50.000 kişi intihar sonucu hayatını kaybetmektedir. İntihar, bütün yaş grupları ve bütün ölüm nedenleri göz önünde bulundurulduğunda 7. sıradaki ölüm sebebidir. İstatistik sonuçlarına göre tekrarlayıcı MD'si olan ve tedavi edilmeyen hastaların %5-15'i intihar ile ölmektedir. İntihar sadece intihar edeni yok eden bir eylem değildir, aynı zamanda akrabalar, dostlar ve çalışma arkadaşları üzerinde de etkilidir (6).

MD'den kaynaklanan konsantrasyon ve dikkat bozukluklarının sebep olduğu kazaların sonucunda da ölüm ortaya çıkabilmektedir. MD'li hastalarda alkol kötüye kullanımı ve sigara içimi sık görülür ve her ikisi de sağlık problemlerini artırıcı

özelliklerdir. MD'li hastalar sıklıkla uykularını düzeltmek ve kendi kendilerine yardım etmek amacıyla alkol kullanabilirler. Trajik olan, alkolün geçici rahatlama sağlamasına rağmen altta yatan depresyonu ağırlaştırması sebebiyle kısır bir döngüye sebep olabilmektedir (6).

Depresyon yalnızca bireyi olumsuz etkilemez, aile, çevre ve ekonomik üretkenliği de olumsuz etkiler, bu nedenle depresyonlu hastalar erken tanınmalı ve tedavi edilmelidir. (14, 15).

2.1.4. Majör depresyonun alt tipleri

Melankolik özellik gösteren: Melankolik özellikleri olan Major depresif bozukluk, hemen hiçbir şeyden zevk almama ya da geçici olarak bile olsa kendini iyi hissetmeme ile belirlidir. Çok ağır bir depresif duygudurumun olmasının yanı sıra sabah erken uyanma olur, hasta sabahları kendisini çok daha kötü hisseder (diurnal ritm) belirgin psikomotor retardasyon veya ajitasyon, belirgin iştah azalması veya kilo kaybı ve uygun olmayan şiddet ve içerikte suçluluk düşünceleridir. Hastanelere yatırılan MD'li hastaların yaklaşık %70'i melankolik özellik göstermektedir (7, 15, 18, 19).

Atipik özellik gösteren: Atipik özellik gösteren depresyon, melankolinin tersine reaktif duygu durumu ile karakterizedir. Atipik depresyon melankolik depresyona kıyasla daha erken yaşlarda başlar, daha fazla psikomotor yavaşlama görülür. Bu kişilere daha büyük bir sıklıkla, birlikte bir panik bozukluğu, madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı ve somatizasyon bozukluğu tanısı konur. Hastalar melankolik tipin tersine iyi yaşam olayları ile kendilerini iyi hissedebilirler. Bu duruma ek olarak uyku ve iştahlarındaki değişiklikler, melankolik depresyonda olanlarla ters yöndedir. Ters nörovegetatif belirtiler olarak adlandırılan belirtiler, uyku, iştah ve libido artışı şeklindedir. Bu hastalarda özellikle akşam kendini kötü hissetmekle birlikte ağır letarji görülebilir. Kimi hastalar reddedilme ve eleştiriye aşırı duyarlılıktan (histeroid disfori) yakınabilirler (6, 15, 18, 19).

Psikotik özellik gösteren: Hastaneye yatırılmış, şiddetli depresyonlu hastaların % 10-25'i psikotik özellikli olup, hezeyan, halüsinasyon, düşünce

bozukluğu ve ciddi ölçüde uygunsuz davranışlar göstermektedirler. Bu psikotik belirtiler büyük bir sıklıkla duyguduruma uygun olmakla birlikte, duyguduruma uygun olmayan psikotik belirtiler de görülebilir. Hezeyanlar, depresyonda aynı zamanda güçlü intihar göstergesi olarak düşünülür. Psikotik depresyondaki hezeyanlar, hipokondriyak ya da nihilistik, suçluluk, günahkarlık, değersizlik ile ilişkili abartılı referans fikirler; halüsinasyonlarsa, adlarının çağrıldığını, kendilerine çeşitli kötülüklerle suçlayan, ölüme mahkum eden sesler işitme veya ölmüş yakınlarının görüntülerini görme biçiminde olabilir. Psikotik depresyonda intihar riski, psikotik olmayanlara göre daha fazladır. Psikotik düşünce biçimi, özellikle daha öldürücü metotların kullanımına yol açar. Hastalar intihar riskine karşı yatırılarak izlenmeli ve medikal tedavide antidepresan ve antipsikotikler birlikte uygulanmalıdır (7, 15, 18, 19).

Katotonik özellik gösteren: Katotonik özellikle giden depresyon nadirdir. Hareketsizlik (katalepsi ya da stupor), aşırı motor etkinlik (amaçsız), negativizm ya da mutizm, istemli davranışlarda acaiplikler olması (postür alma, kalıplaşmış yineleyici davranışlar, mannerizm ya da grimas ve ekolali-ekopraksi) ile giden bir klinik tablodur (18).

Mevsimsel özellik gösteren: Mevsimsel duygulanım bozukluğu klinik olarak hipersomni, anergi ve tatlılara aşırı düşkünlük ile karakterizedir. Bazen hastalar yılın belli dönemlerinde depresif episodlar gösterir. Sıklıkla mevsimsel duygulanım bozukluğu epizodları sonbahar ya da kışın başlayıp ilkbaharda düzelir. Ara sıra yazın da görülebilen, fakat kış aylarında daha sık görülen bu bozukluk, soğuk iklimlerde yaşayan genç kadınlar arasında (tüm hastaların %60-90'ı) daha yaygındır. Tedavide özellikle ışık tedavisi ve SSGİ grubu antidepresifler etkilidir (15,16).

2.1.5. Major depresyon tanı kriterleri

A. MD tanısı için DSM-IV-TR kriterlerine göre belirtilerin ya hastanın kendisi tarafından bildirilmesi (üzüntü ya da boşlukta hissetme) ya da hastadaki ağlamaklı, gözyürekli görünme gibi durumların başkaları tarafından gözlenmesi ile birlikte hastada hemen her gün görülen ve gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı belirgin ilgi

azalması ya da hastanın etkinliklerden eskisi gibi zevk alamıyor olması yanısıra aşağıda liste halinde belirtilen kriterlerden beş ya da daha fazlasının en az iki haftalık bir süreçte hemen hemen her gün görülmesi gerekir.

1. Ya öznel bildirimle ya da başkalarının gözlemleriyle belirtilmiş günün büyük bölümünde ve hemen her gün süren çökkün duygudurum,
2. Tüm etkinliklere veya bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamama,
3. Hemen her gün diyet uygulamaksızın anlamlı kilo yitimi veya kilo alma ya da hemen her gün iştahta azalma veya artma,
4. Hemen her gün aşırı uykusuzluk ya da aşırı uyuma,
5. Psikomotor retardasyon ya da ajitasyonun olması,
6. Yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması,
7. Değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması,
8. Düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma,
9. Yineleyen ölüm düşünceleri, sadece ölmekten korkma değil özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

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

E. Bu belirtiler yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (20).

2.1.6. Major depresyonda tedavinin izlenmesi ve tedaviye cevap

MD gerek bireyde yol açtığı yeti yitimi gerekse toplumda çok yüksek mali yitimlere neden olmasıyla öne çıkmaktadır. Tek uçlu depresyon gelişmiş ülkelerde yetiyitimi oluşturan nedenler içinde ilk sırada gelmektedir ve tüm dünyada ise dördüncü sıradadır (21).

Gelecekle ilgili tahminlerde ise MD'nin 2020 yılında tüm dünyada en önemli ikinci yetiyitimi nedeni olacağı kabul edilmektedir (22). Ülkemizde Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından Başkent Üniversitesi'ne yaptırılan Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi (23) kapsamında ise en fazla yeti yitimi yaratan hastalık olarak tek uçlu depresif hastalık saptanırken, yine üretken çağ olan 15-59 yaş aralığında tek uçlu depresif hastalık ilk sıradadır. MD yaşam kalitesinde yarattığı olumsuz etkiyle pek çok kronik tıbbi hastalığın önünde gelmektedir (24).

Depresyon tedavisini planlarken hedeflerin belirlenmesi gereklidir. Hedefler ne kadar iyi tanımlanırsa, tedavinin izlenmesi ve denetlenmesi de o düzeyde olanaklı olur. Bu amaçla depresyonun ve tedavisinin seyri ile ilgili bazı tanımlar getirilmiştir. David J. Kupfer tarafından tanınır hale getirilen tanımlar arasında yanıt (response), düzelme (remission), iyileşme (recovery), depreşme (relapse), yinelenme (recurrence) bulunmaktadır (25, 26).

Kısmi yanıt HDDÖ'de ya da MADRS'de %25-%50 arasında düşme, yanıt %50'den fazla düşme (27), düzelme belirlenen kesme puanının altına düşen hastaların düzelmiş kabul edilmesidir. Örneğin HDDÖ'nde 7 veya 8 puanın altına düşmek düzelme olarak tanımlanmaktadır (25, 26).

Yanıt hastanın başlanan tedaviyle düzelme göstereceğinin ön belirtisi olarak ölçülmesi gereken bir değişkendir. Yanıt ölçütünün sağlanması ile hastanın sürmekte olan tedaviye devam edip etmeyeceği veya bu tedavide nasıl bir yol izleneceği öngörülmektedir. Tedavi kılavuzlarının büyük bölümünde yanıt oranları tedavinin nasıl sürdürüleceğinin kararında yol göstericidir. Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi tarafından hazırlanan Depresyon Tedavi Kılavuzu Kaynak Kitabı'nda tedaviye dirençli durumların tedavisinin ele

alındığı bölümde, tedaviye yanıtta %25-50 arasında kalan hastalara yönelik stratejilerle tedaviye yanıtı %25'nin altında kalan hastalara yönelik uygulanacak stratejiler arasında fark olduğu belirtilmiştir (28).

2.2. Kişilik

2.2.1. Tanım

Kişilik, Latince maske demek olan 'persona'dan türemiş, 'personality' sözcüğünün Türkçe karşılığıdır. Kişilik kavramı geçmişten günümüze davranış bilimleri, psikoloji, pazarlama gibi değişik bilim dallarında farklı şekillerde ele alınmıştır. Davranışsal, psikolojik özelliklerin doğuştan gelen belirleyicileri ile sonradan kazanılanların ortaklaşa oluşturduğu yapı olarak tanımlanmaktadır (29).

Mizaç (temperament), karakter (character) ve kişilik (personality) birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. Karakter ise; çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır, dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri içerir. Kişilik ise; genetik olarak gelen huyla, sonradan elde edilmiş karakterin birleşiminden oluşur (30). Birçok yazar kişiliğin mizaç, karakter ve zekâdan oluştuğu fikrine katılmaktadır.

Davranışsal açıdan kişilik, bireyin zihinsel, bedensel ve ruhsal özelliklerinde görülen farklılıklardır (31). Davranış bilimcileri kişiliği açıklarken, toplumsal kişilik ve özel kişilik kavramları üzerinde durmuşlardır. Toplumsal kişilik kavramı içerisinde, anlam ifade eden hareketler ve üslup, bireyin genel hali, tehdit edici durumlara tepki gösterme şekli, tutumlar vb. değişkenler yer almaktadır. Özel kişilik kavramı içinde ise başkalarıyla paylaşılabilen düşünce ve yaşantılar bulunmaktadır (32). Davranış bilimcilerine göre bireyler 'kendilerine özgü kişilik' geliştirip buna uygun biçimde davranmaktadırlar. Kendini genç, sportif, dışa dönük gören ve çevresince bu şekilde tanımlandığını düşünen kişiler modayı ve yenilikleri yakından takip etmektedirler. Kendini yaşlı, çökmüş, toplum dışı kalmış olarak tanımlayan kişiler ise tamamen farklı bir şekilde davranmaktadırlar (33).

Psikolojik olarak kişilik söz konusu olduğu zaman bireyin bütün özellikleri anlatılmak istenmektedir (34). Psikologlara göre ise kişilik bireyin özel ve ayırıcı yanlarını içermektedir. Özeldir, çünkü bireyin sıklıkla yaptığı ya da tipik davranışlarını temsil etmektedir. Ayırt edicidir, çünkü bu davranışlar kişiyi başkalarından ayırmaktadır. Kısacası psikologlar kişilikten söz ettiklerinde genellikle bireysel farklılıklarla ilgilenmektedirler (35).

Çeşitli bilim dallarında farklı şekilde kavramlaştırılan kişilik kavramının tanımı ile ilgili birçok örnek verilebilir (36);

- “Kişilik ‘bireyin yaşama biçimi’dir (37).”
- “Kişilik, günlük olaylara tepki verme şeklini ifade etmektedir (38).”
- “Kişilik, insanları tanımlayan ve tanıtan, tahmin edilebilir davranışlar setidir (39).”
- “Kişilik, bir bireyin çeşitli durumlara verdiği tutarlı tepki şeklidir (40).”
- “Kişilik, bireyin diğer kişilerin yanında gösterdiği davranış özellikleridir (35).”
- “Kişilik, bir bireyi diğerinden ayıran, zihinsel, duygusal ve davranışsal özelliklerin toplamıdır (41).”
- “Kişilik, bireyin çevresine özgün ve farklı bir biçimde uyumunu belirleyen psikofiziksel sistemlerin dinamik bir bütünleşmesidir (42).”

Yapılan kişilik tanımları incelendiğinde araştırmacıların genellikle kişiliğin birtakım özelliklerini dikkate aldıkları görülmektedir. Bu özellikleri şöyle sıralayabiliriz; kişilik, doğuştan getirilen ve sonradan kazanılan özelliklerden oluşmaktadır; sosyal ortam içinde sergilenen davranışların toplamıdır; planlı bir şekilde oluşturulan bir çevrenin ortaya çıkardığı bir olgudur; bedensel ve zihinsel özelliklerin toplamından oluşmaktadır; davranışlara yön vermekte ve idare etmektedir; belirli zaman dilimleri içindeki davranışların bütünleşmesinden oluşmaktadır ve bireysel dengenin oluşturduğu bir bütündür (42, 43).

2.2.2. Psikiyatride kişilik kavramının tarihsel gelişimi

Kişilik, kişilik özelliği, karakter ve mizaç (temperament) kavramları bugünkü kullanım şekline ulaşmaya dek tarih boyunca felsefeci, psikolog ve psikiyatristler tarafından ele alınmış ve üzerinde tartışılmıştır.

Kişilik kavramı oldukça eskidir ve ilk tıbbi yazılarda yer almıştır. En eski sınıflandırma Hipokrat tarafından mizaca ilişkin olarak hümorale kuramla ortaya atıldı. Fiziksel yapı ile ruhsal durum arasında bir bağlantı olduğu görüşünü öne süren en eski yazıların sahibi Hipokrat, iki yapı tanımladı: Kısa ve kalın yapılı kişilerin yapısına “habitus apolepticus”, uzun boylu ve zayıf olanlarınkine de “habitus phthisicus” dedi. Daha sonra, bedende dört tip sıvı (hümor) bulunduğunu ve bireyin mizaç özelliklerinin bu sıvıların farklı dağılımından kaynaklandığını öne sürdü. Bu yaklaşımla, kişiliği boyutsal anlayışla değerlendirilebilecek bir yapı olarak, herkeste bu dört sıvının karışımı olduğu ve kişilik tipini belirleyen bu sıvıların göreceli miktarları olduğu düşünülmüştür (44,45).

Mizaç, antik çağda “benlik ve özelliklerinin bireysel ve biricik oluşunun biyolojik temelidir” şeklinde tanımlanmış, daha sonra 1887’de Stewart mizacın “kişilik tiplerinin organik bileşeni” olduğunu belirtmiştir (46).

Yüzyıllar sonra M. Rutter (1987), “Mizaç, Kişilik ve Kişilik Bozukluğu” adlı makalesinde mizaç kavramına açıklık getiren bulgulardan söz etmiştir. Çocukların bireysel farklılıklarının mizacın bileşikleri olan faaliyet düzeyi, otonom tepkisellik, davranışsal inhibisyon ve toplumsallaşma yeteneği gibi değişkenlerle ölçülebilmemesinin daha sonraki emosyonel gelişim ve psikiyatrik riskleri öngörme açısından önem taşıdığını ifade etmiştir (47).

Aristo’nun öğrencisi Theophrastus (M.Ö. 4.yy) kendinden çok sonra yaşamış olan araştırmacıların hala gıptayla bakabilecekleri betimleyici bir yaklaşımla kişilik kavramını ele aldı. Bu betimlemede “kişilik” özellik ve tip ayrımının gözetilmemesine karşın, bazı ICD ve DSM kişilik bozukluklarına ciddi benzerlik dikkati çeker. Theophrastus’un tanımladığı 30 ayrı kişilik arasında şunlar vardı: Yağcı, geveze, kaba, boyun eğen, yalancı, çıkarıcı, pinti, dengesiz, boş inançlı,

mızımız, güvenmeyen, saldırgan, övünge, kendini beğenmiş, burnu büyük, korkak, baskıcı (48). Bu kişiliklerin bazılarının bir araya gelmesiyle, bazılarının da kendi içinde bir bütünlük sunmasıyla çağımızın kişilik bozukluğu kavramına yaklaşılr. Özellikle “güvenmeyen kişilik” ICD ve DSM’deki paranoid kişilik kategorisini, “boş inançlı kişilik” daha çok şizotipal kişilik bozukluğunu hatırlatır (49).

19. yüzyılda “ahlaki delilik” (moral insanity) diye adlandırılan tablonun bugün kişilik bozukluğu dediğimiz durumlara büyük ölçüde benzediği görülebilir. Bir İngiliz hekimi olan James C. Prichard 1837’de ilk defa bu kavramdan söz etmiş ve ahlaki deliliği şöyle tanımlamıştır: “Zeka, bilgi ve akıl yürütme yetilerinde herhangi bir zayıflama yaratmaksızın, özellikle varsanı ve yanılsamaların görülmediği, doğal duyular, duygular, eğilimler, mizaç, alışkanlıklar, ahlaki tutumlar ve dürtülerde bir sapma”. Henry Maudsly, bu kişilerde ayrıntılı ruhsal durum muayenesinin belirgin bir patoloji göstermediğini, dahası dışavuran davranışların normal görünmesinden kaynaklı bu kişilerde kasıtlı bir durumdan daha öte bir şey olduğuna kamuoyunu inandırmanın zor olduğunu ifade etmiştir. Maudsley, sadistik ve agresif kişilikleri tanımlamış ve Briquet’den on yıl sonra histerik kişilikten söz etmiştir. 19. yüzyılın ikinci yarısında Morel, psikoz ve benzeri oluşumları hiyerarşik olarak altı bölüme ayırırken en üste en ağır ve sürekli olanı yerleştirdi. ICD-10’da kişilik özelliklerinin vurgulanması (personality accentuation) olarak adlandırılan durumlar ise son sırada yer aldı (49,50).

Kraepelin 1921’de depresif, manik, irritabl ve siklotimik kişiliklerin duygudurum bozukluklarına ‘kişisel yatkınlık’ (personal disposition) yaratan temel mizaçlar olduğunu belirtmiştir. Çoğu manik-depresif hastada bu duygulanım mizaçlarının bulunduğunu, hastaların akut nöbet yatıştıktan sonra da bu mizaçlara geri döndüğünü, hasta olmayan aile bireylerinde de bu mizaçlara rastlanabileceğini gözlemlemiştir. Schneider 1958 yılında Kraepelin’in gözlemlerini genişletmiş, depresif ve hipomanik mizaçlar tanımlamıştır. Schneider, Kraepelin’in aksine bu iki duygulanım mizacının duygudurum bozukluklarıyla genetik olarak bağlantısı olmadığını savunmuştur (38, 51).

Kretschmer’e göre duygulanım mizaçları keskin sınırlarla ayrılmamıştır, psikopatolojiler normal mizaç tiplerinin patolojik olarak belirginleşmiş türevleridir.

Kretschmer sikloid (cycloid) ve siklotimik (cyclothymic) tipleri şöyle açıklamıştır: (1) sosyal, iyi kalpli, kibar, iyi huylu; (2) mutlu, neşeli, canlı, sıcakkanlı; (3) içe dönük, sessiz, sakın, ciddi. Tüm sikloidlerin ilk ölçütleri karşıladığını, hipomanik sikloidlerin ikinci, depresif sikloidlerin üçüncü ölçütleri karşıladığını söylemiştir. Sikloid kişiliğin manik-depresif psikozun, şizoid (schizoid) tipin şizofrenik psikozun öncü mizacı olduğunu savunmuştur.

Hastalık ve normallik arasındaki tüm geçişlerin ‘sağlıklı’ siklotimik mizaçlılardan ‘hasta’ siklotimikler (sikloidler) ve ‘psikotik’ siklotimikler (manik-depresifler) arasındaki süreklilik boyunca gerçekleştiğini eklemiştir (38). Bunun yanında Kretschmer’e göre mizaç hormonal sistem ve beden yapısından etkilenir, iki uçlu bozukluğu olan hastalar piknik yapıda, şizofrenler leptozom yapıdadır (51). Kraepelinden sonra, Cloninger ve Akiskal da mizacı ele almışlardır. Cloninger mizaç ve karakter ikilisini incelemiş, Akiskal ise ‘affektif mizaç’ (affective temperament) tanımlamasını yapmıştır. Akiskal affektif mizacın duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu iddia etmiş ve beş temel affektif mizacı tanımlamıştır: depresif, siklotimik, hipertimik (Kraepelin’in manik tipine karşılık gelir), sinirli (irritabl) ve endişeli (anksiyöz) mizaç (52).

Kişilik kavramının anlaşılmasına psikanalitik görüşlerin de katkıları olmuştur. Freud (1908), “Karakter ve Anal Erotizm” adlı makalesinde anal kişilik yapısında düzenlilik, cimrilik ve inatçılık gibi kişilik özelliklerinin belirleyici olduğunu, bunun da dışkılama denetiminin kazanıldığı dönem ve anal bölgenin erotojenliğiyle ilgili olduğunu söylemiştir. Ayrıca kalıcı karakter özelliklerinin ya ilk dürtünün değişmemiş uzantıları, ya da bu dürtülerin yüceleştirilmesi (süblimasyonu) veya onlara karşı oluşan karşıt tepkiler (reaksiyon formasyon) olduğunu öne sürmüştür (53).

Franz Alexander (1930) nörotik karakterden söz ederken özellikle karakter nörozu ile semptom nörozunu ayırt etmiştir. Semptom nörozunun benliğe yabancı (egodistonik), karakter nörozunun ise benliğe uyumlu (egosintonik) olup başkalarıyla olan ilişkilerde zorluklara neden oluşuyla kendini belli ettiğini belirtmiştir. Daha sonra Horney, Fromm ve Reich kişilik, kişilik çözümlemesi ve nörozların kesişme noktaları üzerine önemli katkılar içeren yapıtlar ortaya koymuşlardır. Kernberg

(1975), kişiliğin örgütlenme düzeyi açısından “aşağı düzeyde kişilik bozuklukları” olarak kabul edilen bir grubun tanınmasına ilişkin yöntemleri ortaya koymuştur (54,55).

Costa ve McCrae, kişilik kavramına boyutsal yaklaşım getiren günümüz kuramcılarındandır. İlk olarak 1978’de geliştirdikleri model sadece Nevrotizm, Dışa Dönüklük (Extroversion) ve Deneyime Açıklık (Openness) kavramlarını kapsarken, daha sonra bu kavramlara Uzlaşabilirlik (Agreeableness) ve Sorumluluk (Conscientiousness) kavramlarını da ekleyerek beş faktörlü bir kişilik modeli geliştirmişlerdir (56, 57).

Eysenck, kişilikle ilgili yaptığı çalışmalar sonucunda psikopatolojiyle temel olarak ilişkili olduğunu öne sürdüğü üç boyuttan bahsetmiştir: “nevrotizm”, “içe dönüklük-dışa dönüklük” ve “psikotizm” olarak tanımlamış ve bu kişilik özelliklerinden otonomik sinir sistemi aşırı aktif olanların nevrotizme, şartlandırılmış cevaplar vermeye eğilimli olanların ise psikotizme yatkın olduğunu söylemiştir (58, 59).

2.2.3. Kişiliğin oluşmasında etkili olan faktörler

Bireyin kişiliği değerlendirilirken birçok faktörün dikkate alınması gerekmektedir. Çünkü kişilik doğuştan gelen potansiyel, eşsiz deneyimler ve sosyo-kültürel etkilerle şekillenmektedir (60).

Kişiliğin oluşmasında rol oynayan faktörleri dört ana grup içerisinde incelemek mümkündür. Bu faktörler şunlardır (36);

- Bedensel (fizyolojik, biyolojik) faktörler,
- Sosyokültürel faktörler,
- Aile faktörü,
- Sosyal yapı-sosyal sınıf,
- Diğer faktörler.

Bedensel (fizyolojik-biyolojik) faktörler: Kişiliği oluşturan temel faktörlerden birincisi bedensel ya da fizyolojik faktörlerdir. Kişilerin fizyolojik yapı ve özellikleri

ile kişilik yapıları ve kişiliğin davranışsal yönü arasında ilişki bulunmaktadır. Kişilik ile ilgili çalışmalar yapan bazı kuramcılar, bireyin cinsiyeti, yaşı, bedensel yapısı ile kişiliği arasında ilişki olduğunu ileri sürmektedirler. Bireyin cinsiyetine göre yapabileceği ya da yapamayacağı davranışları kişiliğin oluşmasında etkili olmaktadır. Cinsiyet kadar yaş da kişiliği etkilemektedir. Toplumun farklı yaş gruplarından beklentileri farklıdır. Bu durum da kişilik özelliklerinin ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır. Bireyin vücut yapısı da kişiliği üzerinde etkilidir. İlk kişilik kuramlarından birinde bireyler vücut yapılarına dayalı olarak üçe ayrılmış ve bu vücut tipleri ile kişilik özellikleri arasında bağ kurulmuştur. Buna göre kısa boylu ve tombul bir kişinin girişken, rahat ve yumuşak huylu olduğu; uzun, zayıf bir kişinin sakin, kontrollü, sıkılgan olduğu ve yalnızlıktan hoşlandığı; kasları gelişmiş, iri yapılı bir insanın ise gürültülü, saldırgan ve fiziksel olarak aktif olduğu tespit edilmiştir. Ancak cinsiyet, yaş, bedensel yapı gibi kalıtsal özelliklerin kişiliği etkileme derecesi bireyden bireye değişmektedir. Yani kalıtsal özellikler kişiliği her bireyde aynı ölçüde oluşturmamaktadır (61, 62).

Sosyo-kültürel faktörler: Kişilik sadece kalıtsal faktörler tarafından belirlenemez (42). Kalıtım ve çevre şartları arasındaki karşılıklı etkileşme sonucunda meydana gelen gelişmeyle birlikte olgunlaşarak belirli bir kişilik özelliği kazanmaktadırlar. Çevre şartları içerisinde insanları en fazla etkileyen faktör, fertlerin içinde yaşadıkları toplumun sosyo-kültürel özellikleridir. Yemek yeme, giyinme şeklindeki değişmeler ve bunun kişilik üzerindeki etkisi düşünüldüğünde kültür-kişilik ilişkisi daha açık bir biçimde görülmektedir (61)

Aile faktörü: Kişiliğin biçimlenmesinde en önemli çevresel faktör ailedir (63). Bireylerin sosyo-kültürel değerleri ilk öğrenmeye başladıkları yer aile ortamıdır. Çocuklar yetişirken, anne babanın birçok kişilik özelliklerini, ahlâki ve kültürel standartlarını taklit ederek öğrenirler.

Sosyal sınıf ve sosyal yapı faktörü: Toplumsal yaşamda bireylerin ait oldukları sosyal sınıflar ve içinde bulundukları alt kültürler de kişiliğin oluşmasında etkilidir. Bu farklı alt kültürler değişik grupların ve buna bağlı olarak farklı kişilik tiplerinin oluşmasına neden olmaktadır. Bireyin ait olduğu sosyal sınıf da, onun

eğitim imkânlarını, yaşama biçimini, düşünce ve eğilimlerini, tüketim biçimlerini ve kişilik özelliklerini etkilemektedir (42).

Diğer faktörler: Kişiliğin oluşumunda, insanın içinde doğup büyüdüğü coğrafyanın da etkisi vardır. Coğrafi çevre içerisinde iklimin, tabiat ve yaşanan bölgenin fiziki şartlarının kişilik özellikleri üzerinde belirgin etkileri vardır (63).

2.2.4. Kişiliğe boyutsal yaklaşım

DSM-IV'deki kategorik sistemin, tedavi verilip verilmeyeceğine karar vermek, psikiyatristler arasında iletişimi sağlamak gibi avantajları vardır. Bununla birlikte kişilik bozuklukları kategorilerinin semptom ve özellik bakımından oldukça heterojen olması, kişilik bozuklukları arasında yüksek komorbiditenin olması ve zaman içinde tanısal değişimleri tanımlamak konusundaki zayıflıkları gibi dezavantajları da içermektedir. Bununla beraber boyutsal modeller zamanla olan değişimleri ve değerlendiriciler arası farklılıkları değerlendirirken ortaya koyduğu skorlar daha güvenilirdir. Aynı zamanda kategorik tanımlar arasında net olmayan sınırları, eşik altı belirtileri, klinik ilgi odağı olabilecek durumları ve semptom heterojenitesini açıklamaya yardımcı olabilmektedir (64).

DSM sınıflandırmasındaki kategorik yaklaşımın kısıtlılıklarını ortadan kaldırmak arayışı çerçevesinde DSM-V'te kişilik bozuklukları değerlendirilirken, kişilik özelliklerini (*trait*) referans alınması önerilmektedir (64). Kişilik patolojisini değerlendirmede kişilik özellikleri bakışına önemli bir örnek Cloninger'in yedi faktörlü modelidir (2). Bu bakışa göre kişilik özelliklerinin biyolojik temelde şekillenmesine özel vurgu yapılmaktadır (65).

Kişilik bozukluklarının boyutsal çekirdek özelliklerinin tanımlanması, etkili bir tarama yapmak, alt tipte önemli olan özellikleri ortaya koymak ve ayırıcı tanı ve tedavide daha etkili bir yol izlemek gibi faydalar sağlayabilir.

DSM kategorik sınıflamasına göre, MKE ve NEO-FIVE gibi boyutsal özelliklerinin değerlendirildiği kişilik değerlendirme araçlarının öngörücü değeri hakkında bazı çalışmalar yapılmıştır. Dragon ve arkadaşları, DSM-III-R'nin kişilik bozukluğu tanımları hakkında öngöründe bulunmak için kişilik boyutunu içeren kendi

kendine yapılan çok eksenli yapılandırılmış görüşmelerden MKE ve NEO-FIVE'in yeterliliğini sınamaya çalışmıştır. Buna göre kişilik faktörleriyle semptomların ilişkisi açısından DSM-III-R kişilik bozuklukları için yapılandırılmış görüşme kullanılarak ölçülen özelliklerle MKE profilleri karşılaştırıldığında düşük KY ile düşük İY'nin bütün kişilik bozukluklarında semptom sayısı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Ayrıca A kümesi semptomlarının düşük ÖB ile B kümesi kişilik yüksek YA'yla, C kümesi kişilik yüksek ZK'yla yüksek derecede ilişkili olduğunu göstermişlerdir (66). Dragon ve arkadaşlarının çalışmasında MKE ölçütleri ve DSM-III-R kategorisine göre kişilik bozuklukları semptom sayıları arasında diğer bazı korelasyonlar da ortaya konmuştur. KA skorları sadece şizoid semptomlarla, SE skorları da sadece pasif agresif semptomlarla negatif korele bulunmuştur. Ayrıca YA, ZK ve ÖB boyutları ile her bir DSM-IV kişilik bozukluğu semptomları arasındaki yüksek korelasyon da bildirilmiştir (67).

Bu bulgulara göre bireyler, genellikle KY açısından zayıf olduklarında kişilik bozukluğu tanısını alırlar ve bu hastalar sorumluluk almada, kendilerine anlamlı hedefler seçmede, değişikliklere karşı çare buluculukta, sınırlamaları kabullenmede ve alışkanlıklarını disiplinize etmede güçlük çekerler. Bununla beraber bazen KY açısından güçlü olan bireyler de kişilik bozukluğu tanısı alırlar çünkü bunlar işbirlikçi değildirler. Yani bu disiplinize ve hedefe yönelik bireyler çok ben merkezidir, sosyal olarak hoşgörüsüzdür, yardımsever değildirler, empati kuramazlar, şefkat duygusu ve bazı ahlaki prensiplerden yoksundurlar (66).

ZK, nevrotizm, KY ve İY ile yüksek derecede ilişkili olmasına rağmen kişilik bozukluğu varlığı için kaçınılmaz bir faktör olarak belirlenmemiştir. NEO kişilik envanterinde nevrotisizm kişilik bozukluğunun en önemli belirticisidir fakat, KY ve depresyon hesaba katıldığında bu faktörün anlamlı olmadığı ortaya çıkar ki MKE depresyon dahil diğer hastalıklar söz konusu olduğunda kişilik bozukluklarını tespit etme ve değerlendirmede daha hassas olduğunu tespit edilmiştir. NEO envanterinin baz alındığı nevrotisizm, MKE'deki KY, ZK, ve İY ile çeşitli şekillerde ilişkilidir. NEO-FIVE'in nevrotisizm boyutunun kişilik bozukluklarını öngörmesindeki değeri ortaya konmakla beraber (68), diğer mental bozuklukları ve iyi uyum göstermiş ekstrem kişilik bozukluklarını ayırtlaştırmakta eksik kaldığı tespit edilmiştir

(69,70). NEO envanteri MKE değişkenlerinin % 40'ını açıklayabilmiş, SE ve KA'yı açıklamakta yetersiz kalmıştır (71).

DSM-III-R kişilik bozukluklarını taramak için KY'nin kullanımı faydalı olabilmektedir. 20'nin altında skora sahip olan bireylerin % 90 olasılıkla kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir (66). Yedi boyutlu MKE kişilik değerlendirmesinin kullanılması, diğer yapılandırılmış görüşmelerden daha az zaman alır. Ayrıca bazen birden fazla tanı konulması gereken kategorik kriterlerin yerine, tedavi ve ayırıcı tanı için sistematik ve geniş bir kişilik profilini sağlamamıza olanak saçlar.

Genel olarak MKE, DSM kişilik bozuklukları semptomlarını öngörmede istatistiksel olarak daha iyidir. Bununla beraber, Cloninger'e göre en önemli fark, MKE'nin daha geniş olması ya da istatistiksel gücü değil, içeriği ve etiyolojik homojenitesidir. KY, kişilik maladaptasyonunu tespit ederken karışıklığa yol açan anksiyete ve depresyon gibi psikopatolojiler söz konusu olduğunda, kişilik bozukluğunun çekirdek özelliklerini tespit etmede nörotisizmden daha verimli ve kullanışlıdır (72).

Kişiliğin MKE'deki gibi mizaç ve karakter boyutları ile ayrı ayrı ele alınması tedavi planı açasından da faydalı olabilir. Örneğin kişiliğin mizaç boyutları değil ama karakter boyutları, kognitif, varoluşçu, psikodinamik terapiler için odak noktası olabilir. Costa ve McCrae (73) nevrotisizmin ve diğer NEO faktörlerinin psikoterapiye rağmen yüksek derecede sabit kaldığını ifade etmişlerdir. Buna karşı olarak kişiliğin özellikle genetik temelli mizaç boyutlarından ve bundan ayrı olarak karakter boyutlarından oluştuğu teoremine dayanan psikobiyolojik mizaç ve karakter teoremine göre ise karakter gelişimi erişkinlikte de devam etmektedir (71). Bu durum uzun dönem kişilik bozuklukları (66) ve karakter özellikleri çalışmalarında da desteklenmiştir (74,75). Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalarda yapılan uzunlamasına çalışmalarda mizaç özelliklerinin fazla değişkenlik göstermemesine rağmen KY ve İY açasından olgunlaşmalar gösterdikleri ortaya konmuştur (66). Mizaç özellikleri aynı zamanda psikofarmakolojik ve davranış terapisiyle de değişkenlik gösterebilir (71, 76).

2.2.5. Cloninger'in genel psikobiyojik kişilik modeli ve MKE

Cloninger, kişiliğin iki temel bileşeni olarak gördüğü mizaç ile karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyojik kişilik modeli geliştirmiş ve tanımlamıştır. (2,77). Bu kuramı, psikometrik kişilik çalışmaları, ikizler ve ailelerde yapılan uzunlamasına gelişimsel çalışmalar, nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmalarından elde edilen bilgilerin sentezi üzerine kurmuştur (78).

Bu model, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyokültürel etkiler karşısında değişmez oldukları ve algısal bellekte kavram öncesi yanlılıkları içerdikleri varsayılan dört mizaç boyutu (YA, ZK, ÖB ve SE) ve yetişkinlikte olgunlaştıkları ve kendilik kavramları hakkında içgörü öğrenmesi ile kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu (KY, İY ve KA) içermektedir (78).

Mizaç boyutları; yenilik, tehlike veya ceza ve ödül'e yanıt olarak çağrışımsal öğrenmedeki bireysel farklılıklara göre tanımlanmaktadır. Mizaç faktörlerinden biri, YA, yeniliğe yanıt olarak sık araştırmacı aktivite, dürtüsel karar verme, ödül alma olasılığı belirlediğinde aşırılık ve taşkınlık, çabuk kolay sinirlenme ve engellenmeden aktif kaçınma gibi davranışların etkinleşmesindeki veya başlamasındaki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir. İkinci mizaç faktörü, ZK gelecekte olabilecek sorunlar için kötümser endişeler, belirsizlik korkusu ve yabancılardan utanma gibi pasif kaçınan davranışlar ve kolayca yorulma gibi davranışların ketlenmesinde veya durdurulmasındaki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir. Üçüncü mizaç faktörü ÖB, kendini aşırı duygusallık, sosyal bağıllık ve diğerlerinin onayına bağımlılık gibi gösteren davranışların devamlılığı ve sürekliliğindeki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir. Önceleri ÖB'nin bileşenlerinden biri olarak düşünülen, dördüncü mizaç faktörü SE, engellenme, yorgunluk ve aralıklı pekiştirilmeye rağmen davranışın sürekliliğindeki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir. Mizaç boyutları özgül bir merkezi monoaminerjik sistem aktivitesi ile korelasyon göstermektedir: YA düşük dopaminerjik aktivite ile, ZK yüksek serotonerjik aktivite ile ve ÖB düşük noradrenerjik aktivite ile korelasyon göstermektedir (77, 78).

Karakter bilerek ortaya konulan amaç ve değerler açısından kişisel farklılıkları ifade eder ki, bu amaç ve değerler, kişinin bizzat kendisi, diğer insanlar ve diğer varlıklarla ilgili kavram ve sezgilerin öğrenilmesine ve anlayışına dayanır. Karakter özellikleri, çocukluk döneminde ebeveyne bağlanmayla başlayan nesne ilişkilerindeki bireysel farklılıkları, çocuklukta bunların farklılaşması ve hayat boyunca adım adım olgunlaşması durumunu tarif eder. Kendilik kavramlarının üç yönü; bir kişinin kendini ne ölçüde bir otonom kişi (KY), toplumun entegre bir parçası (İY) ve evrenin bütünleşmiş bir parçası (KA) olarak tanımladığına göre farklılaşmaktadır (2,78).

Mizaç, duygulara dayalı becerilerin ve alışkanlıkların bütünleştirilmesinin altında yatan duyumsama, bağlantı kurma ve motivasyon süreçlerine karşılık gelmektedir. Karakter ise, kavramsal öğrenmeye dayanan sembolizasyon ve soyutlaştırma süreçlerine karşılık gelmektedir. Mizaç (kişiliğin “duygusal özü”), kortikositriatolimbik sistem tarafından düzenlenen işlemsel belleği içermektedir. Karakter (kişiliğin “kavramsal özü”), sembolizasyon ve soyutlama yüksek bilişsel işlevlerini içeren önermesel bellek ile ilişkilidir. Bu iki temel bellek ve öğrenme sistemi işlevsel olarak ayrıştırılabilir. Örneğin, striatal lezyonlarla karakterize Parkinson hastalığı olan kişiler, işlemsel öğrenmede bozulmalar gösterirken, önermesel öğrenmede göstermezler. Tam tersi olarak, medial temporal lob’daki lezyonlarla karakterize amnestik sendromlu kişiler, önermesel öğrenmede bozulmalar gösterirler, işlemsel öğrenmede bozulma göstermezler (78, 79).

Cloninger ve arkadaşları, Cloninger’in psikobiyolojik kişilik kuramına dayalı olarak, kişiliğin yedi boyutunu ölçen, Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE, Temperament and Character Inventory) adı verilen kapsamlı bir ölçüm aracı geliştirdiler (2,73). MKE dört mizaç ve üç karakter özelliğini değerlendirmektedir. Tablo 1.’de mizaç ve karakterin, psikobiyolojik yapı ve işleyiş kuralları açısından bazı farklılıkları özetlenmiştir.

Tablo 1. Mizaç ve Karakter Arasındaki Farklılıklar (49, 80)

Öğrenme değişkeni	Mizaç	Karakter
Farkındalık seviyesi	Otomatik	Bilinçli
Bellek formu	Algılar Prosedürler	Kavramlar Önermeler
Aktivite tipi	Alışkanlıklar, beceriler	Amaçlar, değerler
Emosyon tipi	Tepkisel (temel)	Değerlendirici (kompleks)
Öğrenme ilkesi	Bağlantısal Koşullandırma	Kavramsal Kavrama
Edinti, kazanç	Aşamalı (kantitatif)	Ani (kalitatif)
Anahtar beyin sistemi	Limbik sistem Striatum	Temporal korteks Hipokampus

Faktör analitik çalışmalar, hem mizaç, hem de karakterin çok boyutlu olduğunu göstermektedir. Örneğin MKE’de mizacın dört boyutu ve karakterin 3 boyutu ayırt edilmiştir. Tablo 2. ve Tablo 3.’de mizaç ve karakter boyutu skorlarının yüksek ve düşük olan bireylerin tarifleri özetlenmiştir.

Tablo 2. Mizaç Boyutları Açısından Yüksek ve Düşük Skorları Olan Bireylerin Tarifleri (49,80).

Mizaç boyutu	Yüksek skor	Düşük skor
Zarardan kaçınma	Karamsar Sakıngan-korkak Çekingen Bitkin	İyimser Cesaretli Canayakın Enerjik
Yenilik arayışı	Araştırmacı Dürtüsel Savurgan İrritabl	Tutuk Rijid Tutumlu Sabırlı
Ödül bağımlılığı	Duygusal Açık yürekli İçten Karşısındakinin duygularına katılan	Tenkitçi Soğuk Objektif Bağımsız
Sebat etme	Çalışkan Azimli Tutkulu Mükemmeliyetçi	Tembel Bozguncu Elde ettiğiyle yetinen Faydacı

Tablo 3. Karakter Boyutları Açısından Yüksek Ve Düşük Skorları Olan Bireylerin Tarifleri (49, 80).

Karakter boyutu	Yüksek skor	Düşük skor
Kendini yönetme	Sorumluluk sahibi Amaçlı Çare bulucu Kendini kabullenen Disiplinli	Suçlamaya eğilimli Amaçsız Beceriksiz Kendini beğenmiş Disiplinsiz
İşbirliği yapma	Duyarlı Empatik Yardımsever Şefkatli İlkeli	Hoşgörüsüz Düşüncesiz Düşmancıl İntikamcı Fırsatçı
Kendini aşma	Kendilik kaybı olan Kişiler arası özdeşimi olan Maneviyatçı Aydın Ülkücü	Hayal gücü kısıtlı Aşırı denetimli Materyalistik Paylaşımçı olmayan Pratik

MKE’de belirtilen dört karakter boyutu, zarardan kaçınma, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve sebat etmedir. Örneğin zarardan kaçınma açısından düşük skora sahip kişiler tehlike hakkında önceden daha az anksiyete ya da korku hissederler, dolayısıyla iyimser risk alıcısıdırlar; eğer karakter olarak yeterli olgunlukta değillerse, savunma mekanizması olarak sıklıkla hipokondriazis ve izolasyonu kullanırlar (81). MKE’de zarardan kaçınma, beklenti endişesi (ZK1), belirsizlik korkusu (ZK2), yabancılardan çekinme (ZK3), ve çabuk yorulma-dermansızlık (ZK4) olmak üzere 4 ayrı alt ölçekte değerlendirilmiştir. Yenilik arayışında yüksek olan bireyler impulsif, frustre olduğunda çabuk sinirlenen, kendilerine zevk veya heyecan getireceğine inandıklarında kuralları veya düzeni bozma eğilimindedirler; yenilik arayışında düşük olanlar bu açıdan düşünceli ve kurallara riayet edicidirler. TCI’da yenilik arayışı keşfetmekten heyecan duyma (YA1), dürtüsellik (YA2), savurganlık (YA3) ve düzensizlik (YA4) olmak üzere 4 alt ölçekte değerlendirilmiştir. Ödül bağımlılığı açısından düşük olan bireyler soğuk ve sosyal iletişimlere karşı duyarsızdır. Ödül bağımlılığında yüksek olan bireyler sıcak sosyal yakınlaşmalar kurmaya eğilimlidirler ve duygusal çekiciliğe içtenlikle yanıt verme

eğilimindedirler. MKE’de ödöl bağımlılığı, duygusallık (ÖB1), bağlanma (ÖB3) ve bağımlılık (ÖB4) olmak üzere 3 ayrı alt ölçekte değerlendirilir. Sebat etmede düşük olan bireyler elde ettikleriyle yetinirler ve frustre olduklarında duygudurumları kolayca labil hale gelebilir. MKE’de sebat etme tek bir ölçekte değerlendirilir. Bu özelliklerin hepsi bağımsız olarak işleseler de boyutlar arasında olası bir çok kombinasyon ortaya çıkar. Değişik konfigürasyonlar, boyutlar arası fonksiyonel etkileşimler sonucunda kişinin, kalitatif olarak farklı emosyonel yanıt paternlerini oluştururlar.

Mizaç özelliği olarak belirli davranışlara veya emosyonlara olan eğilimler olsa da bunların net olarak davranışlara ve emosyonlara ne şekilde yansıdığını anlamak için karakter biçiminin de tanımlanması gerekir. Örneğin maceracı mizaç (örn; düşük zarardan kaçınma, yüksek yenilik arayışı ve düşük ödöl bağımlılığı) antisosyal kişilik bozukluğuna ve tip 2 alkolizme (karakter olgun değilse) ya da karakter olgun ise bilimsel araştırmalarda hayal gücü yüksek araştırmacılığa ve objektiviteyle sonuçlanabilir (49,82). Karakter gelişimini güçlü bir şekilde etkileyen, bir kendini kontrol etme moderatörü olarak sebat etme eylemleri, emosyonel düzenlemede ve kişilik gelişiminde önemli bir role sahiptir.

Düşük kendini yönetme, sorumsuzluk, amaçsızlık, disiplinli olmayan davranışlar ve zayıf dürtü kontrolüyle ilişkilidir. MKE’de kendini yönetme, sorumluluk alma (KY1), amaçlılık (KY2), beceriklilik (KY3), kendini kabullenme (KY4) ve uyumlu ikincil mizaçlar (KY5) olmak üzere beş ayrı alt ölçekte değerlendirilmektedir. Düşük işbirliği yapma, empati yapma eksikliği ile ilişkilidir ve sonuç olarak işbirliği yapmayan bireyler düşmancıl, agresif, kindar, intikamcı ve fırsatçı kişiler olarak tanımlanır. MKE’de işbirliği yapma, sosyal onaylama (İY1), empati duyma (İY2), yardımseverlik (İY3), acıma (İY4) ve erdemlilik-vicdanlılık (İY5) olmak üzere beş ayrı alt ölçekte değerlendirilmektedir. Düşük kendini aşma, kişiler ötesi özdeşleşme ve vicdanlılıkta eksiklikle ilişkilidir ve bu kişiler materyalistiktirler ve erdemlilik ya da evrensel uyum gibi soyut düşüncelerle ilgilenmezler. MKE’de kendini aşma, kendilik kaybı (KA1), kişiler arası ötesi özdeşim (KA2) ve manevi kabullenme (KA3) olmak üzere üç ayrı alt ölçekte değerlendirilmektedir (2, 67, 72).

Ayrıca mizaç ve karakter biçimleri birbirleriyle karışık fakat sistematik yollarla ilişki içerisindedirler. Mizaç, karakter gelişimini kısmen sınırlamasıyla beraber sosyokültürel öğrenme ve deneyimlerin etkileri sebebiyle tam olarak belirlemez. Örnek olarak DSM-III-R ölçütlerine göre borderline mizaç olarak ta adlandırılan mizaç biçimi (yüksek yenilik arayışı, yüksek zarardan kaçınma ve düşük ödül bağımlılığı) kendini yönetme ve işbirliği yapma açısından gelişmeme eğilimi yaratır (80).

2.3. Majör Depresyon ve Kişilik

Bireyin gelişim sürecinde ve şimdiki yaşantısında ruh sağlığı açısından olumsuz olabilecek etkenler kadar olumlu etkenler de bulunmaktadır. Birçok risk ya da koruma etkeninin bileşkesi olumsuz bir süreç gösterdiğinde psikopatoloji oluşmaktadır. Toplumun yaklaşık %20'sinde depresyon görülüp büyük bir bölümünde görülmemesi koruyucu sistemlerin düşünülenden fazla olduğunu göstermektedir. Hastalığın ortaya çıkmasında tek bir risk etkeni sorumlu tutulmamakta; genetik yapının çevreyle olumsuz etkileşimi ve bunun zamanlaması önemli bulunmaktadır. Ailesel yüklülük, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, 18-44 yaşlar arasında olmak, işsiz ve bekâr olmak, düşük sosyoekonomik durum, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar depresyon için temel risk etkenleri gibi görünmektedir (83).

Kişilik özellikleri, depresyon için koruyucu etken olabileceği gibi, risk faktörü de olabilmektedir. Bireyin yaşamı boyunca stresle başa çıkmasında ve kişilerarası ilişkilerinde güçlük yaratan, nevrotik, bağımlı, obsesif, içe dönük, kendine güveni az, girişken olmayan, kaygılı, karamsar kişilik özellikleri üzerinde depresyonun daha çok gelişmekte olduğu bildirilmektedir (1). Yaşam olayları bireyin sorunlarla başa çıkma yetisini geliştirecek düzeyde gerçekleştiğinde benliğin güçlenmesine olanak sağlarken, aşırı şiddette ve başa çıkılamaz olduğunda ruhsal dengeyi sarsarak ruhsal hastalıkların gelişmesine neden olabilmektedir. Olumsuz yaşam olayları ile depresyon arasında ilişki olduğunu ve depresyonun başlamasından önce yaşam olaylarının sık görüldüğünü bildiren çok sayıda çalışma yapılmıştır (84,85). Yaşam olaylarının tek başına klinik bir depresyona yol açmadığı,

ama diğ er faktörlerle etkileşerek depresyonun gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir.        yaşam olaylarının etkileri birey için   neldir ve bu etki bireyin ona y  klediğı anlam, bireyin başı çıkma yetisi ve toplumsal destekleriyle yakından ilişkilidir. Bireyin olayı tanımlamasını ve değerlendirmesini, ona olumlu ya da olumsuz bir değer y  klemesini bilişsel etkenler saçlar. Yaşam olaylarının simgesel anlamları, erken yaşantılarla olduğu kadar, toplumsal süreçler tarafından da belirlenir. Bu süreçler kişiliğın gelişiminde, toplumsal destek sağlanması, toplumsal becerilerin kazanılmasında bireylere ayrı olanaklar sunmaktadır. Bu ayrılıklar da ister istemez psikopatolojinin gelişmesine yansımaktadır (87).

2.3.1. Majör Depresyon ve Kişilik Bozukluğu

Yapılan  alışmalar MD’li hastaların yaklaşık yarısı gibi önemli bir kısmında kişilik bozukluğunun komorbid olarak bulunduğunu göstermektedir (86,87). Kişilik, genellikle bir kişinin objektif olarak gözlemlenebilen davranışları ile onun bildirdiğı   zel i  yaşantılardan oluşmaktadır (7). Kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için her şeyden önce bireyin toplumsal uyumunda, düzenli iş tutabilmesinde, ilişkilerinde s rekli lik sağlayabilmesinde önemli bozuklukların değişmeyen bir biçimde uzun süre bulunması gerekir (14).

Kişilik  zelliklerinin depresyonun gidişı üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada; iyileşmiş depresif hastalardan, tek bir depresif nöbet geçirmiş hastaların nevrotizm değerleri, birden fazla depresif nöbet geçirmiş depresif hastaların değerlerinden anlamlı olarak y  ksek bulunmuş ve “nevrotik depresyon” tanısı alan hastaların nevrotizm değerleri diğ er hastalara göre daha y  ksek bulunmuştur (88). Özellikle erken başlangıçlı majör depresyon, süregen depresyon, distimi, atipik depresyon ve  ifte depresyonda kişilik bozukluğu sıklığı artmaktadır (89). Kişilik bozukluğu ile birliktelik gösteren MD hastalarındaki klinik özellikler şunlardır (90): Başlangıç yaş  daha erkendir, hastaneye yatma sayıları daha fazladır, nöbetler daha uzun sürer, daha fazla intihar düşünceleri ve girişimleri vardır, ailede alkolizm veya antisosyal kişilik bozukluğu oranı fazladır, deksametazon baskılanmaması daha azdır, EKT yapılma oranı daha düşüktür, antidepresanlara yanıt daha azdır.

Çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları depresyonlu bireylerde en sık görülen eksen II tanılardır (86,87). Depresyona yatkın kişilik özellikleri bulunan kişilerin benlik saygısı düşük ve strese duyarlılıkları daha fazladır (91). Bazı yazarlar Dopamin (D4) ve Dopamin (D3) genetik polimorfizmi olan depresif hastalarda (C Kümesi Kişilik Bozuklukları) çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif kişilik bozukluklarının ilişkili olabileceğini bildirmektedir (92,93,94).

2.3.2. C kümesi kişilik bozuklukları

Çekingen Kişilik Bozukluğu: Çekingen Kişilik bozukluğunun temel klinik özelliği başkaları tarafından reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık göstermeleri ve cesaretsizliktir. Sevildiğinden emin olmadıkça insanlarla ilişkiye girmek istemezler, mahcup olacağı ya da alay konusu olacağı korkusuyla yakın ilişkilerde tutukluk gösterirler. Yüzleri kızarır, elleri titrer ve bu durumu farkedilecek diye endişe ederler. Çekingen kişilik bozukluğu olanlar çoğunlukla kenar işlerde, sorumluluk gerektirmeyen meslek alanlarında çalışırlar ve sıklıkla yakın arkadaşları ve dostları olmaz (7,14).

Bağımlı Kişilik Bozukluğu: Yalnız başlarına karar veremeyen, özerk girişim yapamayan, eyleme geçemeyen, sorumluluk alamayan bu kişiler yetişkin çağın doğal beklentileri karşısında bir çocuk gibi çaresiz kalabilirler. Yaşamlarındaki önemli durumların sorumluluğunu başkalarına bırakırlar, kendilerine güvenleri yoktur. Karamsarlık, kendine güvensizlik, pasiflik, cinsellik ve öfke duygularını ifade etme korkusu bağımlı kişilik bozukluğu hastalarının karakterize davranışlarıdır (14,16).

Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu: Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan hastalar, aşırı şekilde, kurallarla, düzenlilikle, intizamla, temizlikle, ayrıntılarla ve mükemmeli başarma ile uğraşırlar. Bu kişiler tipik olarak düzenlilik endişelerini ve mükemmeliyetçiliklerini, onları diğerlerinden daha üstün yapan olumlu bir özellik olarak görürler. Şekilci, ciddi ve gülme hislerinden yoksundurlar. İnsanlara karşı soğukturlar, uzlaşamazlar ve isteklerinin karşılanması için başkalarını zorlarlar çünkü başkalarının yaptıklarını beğenmezler ve başkaları ile beraber çalışmayı reddedebilirler (7,16).

2.3.3. Başka türlü adlandırılmayan kişilik bozukluğu türleri

Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu: Pasif agresif kişilik bozukluğuna sahip bireyler kendisinden birşeyler talep eden kişilere karşı pasif direniş ve olumsuz tutumlar sergilerler. Bu isteklere dolaylı olarak kızarlar ve karşı çıkarlar. İşi ağırdan alıp, inatçılık, kasıtlı verimsizlik ve bellek yanılsamaları sergilerler. Bu bireyler sürekli somurtkan, tartışmacı ve alaycıdırlar. Başkaları tarafından takdir edilmemekten, yanlış anlaşılmaktan yakınırlar ve eleştirileri mantıksız bulurlar. Kişiler arası ilişkilerde mutsuz olurlar, yaşamdan gerçekten ne istediklerini hiçbir zaman bilemezler (14, 16, 20).

Depresif Kişilik Bozukluğu: Depresif kişilik bozukluğu sürekli depresif düşünceler ve davranışlarla karakterizedir. Bu bireyler sıkıcıdırlar ve düşük benlik saygıları vardır. Kendi kendilerine karşı acımasızdırlar ve diğerlerini yargılama eğilimindedirler. Sakin, pasiftirler ve kendilerine güvenmeme eğilimindedirler. Bozukluk MD'den, kronikliği ve uyku ya da iştah bozuklukları gibi depresyonun somatik belirtilerinin yokluğuyla ayrılabilir (16,20).

Sadomazoşistik Kişilik Bozukluğu: Sadizm ve mazoşizm özel cinsel bir sapma türü için kullanılan terimlerdir. Fakat çağımızda daha çok özel bir kişilik bozukluğu için kullanılmaktadır. Bu kişiler başkalarına eziyet etmeyi ve eziyet çekirtmeyi, ya da eziyet edilmeyi, eziyet altında kalmayı yaşama biçimi olarak benimsemişlerdir (14).

2.3.4. Majör depresyon ve mizaç karakter özellikleri

Depresyon hastalarındaki yüksek ZK, düşük İY ve KY puanlarının depresyon şiddetiyle ilişkisi olduğu gözlenmiştir (95).

ZK serotonerjik aktivite ile ilişkilidir ve ZK'sı yüksek kişiler stresli olaylara yüksek oranda depresyonla karşılık verirler (77). Strese azalmış tolerans ve stresle baş edememe psikosomatik hastalık geliştirmeye ve depresyona yakınlıkla ilişkilidir. MKE ile yapılmış bir takip çalışması olan Mazza ve arkadaşlarının çalışmasında

antidepresanla tedavi sonrası ZK puanının azalmasına rağmen halen yüksek kalması, ZK yüksekliğinin hem durumsal hem de sürekli özellikte olduğunu doğrulamaktadır (96).

İki uçlu hastalarda yapılan çalışmalarda depresyon ve normal kişilerle karşılaştırıldığında, genel olarak YA değerlerinin yüksek (97), SE değerlerinin düşük olduğu (98) bulunmaktadır. Yüksek YA değerleri uzun süreli izlemde işlevsellikte bozulmanın bir göstergesi olabilir (99).

2.3.5. Depresyon tedavisine cevapla kişilik özelliklerinin ilişkisi

MD en sık görülen psikiyatrik hastalıklardan birisidir. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI) MD tedavisinde sıklıkla kullanılan ilaçlardır. SSGI'ların etkinliği yüksek olmasına rağmen (102), cevap paternleri hastalara göre değiştiği için SSGI'ya cevabı tahmin etmek zordur. Bundan dolayı antidepresan cevabı tahmin etmek için gerekli faktörleri tanımlamak ve MD olan hastalara uygun tedavi yöntemleri önermek önemlidir. Araştırmacılar 20 yıldan fazla süredir kişilik ve antidepresana yanıt arasındaki ilişkiyi araştırıyorlar (77). Cloninger 3 bağımsız mizaç boyutu (YA,ZK,ÖB) içeren bir biyososyal kişilik modeli geliştirdi. Bu boyutların genetik olarak belirlendiğini, ve dopamin, serotonin, noradrenalin nörotransmitter sistemlerinin aktiviteleriyle ilişkili olduğunu söylemiştir. Üç Boyutlu Kişilik Testi (The Tridimensional Personality Questionnaire) (TPQ) YA, ZK, ÖB boyutlarını araştırmak için geliştirildi. 240 sorulu MKE ise kişiliğin 7 boyutunu ölçmek için geliştirildi (2). MKE 4 mizaç, 3 karakter boyutunu içermektedir. Humanistik ve kişi ötesi psikolojinin kişilik araştırmalarının sosyal ve kognitif sentezinden oluşur.

Kampman and Poutanen (101) yaptıkları çalışmada şu ana kadar yayınlanan makalelerde MKE skorları (özellikle ZK) ve MD hastalarında tedaviye cevap arasında kesin bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Çok sayıda araştırma MKE'yle ölçülen kişilik faktörlerini kullanarak antidepresanlara klinik cevabı tahmin etmeye çalışmıştır (102, 103). MKE'nin kısa formuyla (MKE-125) MD'li 48 hastada paroksetinle çift kör tedaviye başlandıktan 6 hafta sonra düşük ZK ve yüksek ÖB skoru olanlarda; tedaviye cevabın daha iyi olduğunu belirtmiş (102), SSGI ya da

Selektif noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNGI)'larla MKE'yi kullanarak benzer sonuçlar göstermiştir (104). MKE kullanarak yüksek İY ve KY skorları olanların 8 hafta sonra heterosiklik bir ajan olan maprotiline daha iyi cevap verdiklerini göstermiştir. Abrams ve ark. (105) ZK skorlarının, MD ve distimik bozukluğu olan hastalarda sertralin tedavisine cevapla ilişkili olduğunu belirtmiştir. Daha önce yapılmış çalışmalar; tedaviye cevap verenleri, antidepresanlarla tedaviye başladıktan 6-8 hafta sonra cevap verenler olarak tanımlamıştır. Antidepresanlara erken ve geç cevap verenler arasında kişilik farklılıkları vardır. Bu çalışma MD'de paroksetin cevap zamanını araştırmaktadır. Yapılan çalışmaların çoğunluğu kişilik boyutlarından olan ZK'nın depresyonla ilişkili olduğunu göstermiştir (105,106,107,108,109,110). Bu bulgular nörotisizm(N) ve depresyon arasındaki ilişkiyle benzer (111, 112, 113) ZK ve N'nin birbiriyle yüksek derecede ilişkili olduğu bilinmektedir (114, 115). Ayrıca kişilik değerlendirmesi yapılırken görülen yüksek ZK skorlarının depresif duygudurumla ilişkili olduğu (100, 109, 110), ancak bu sonuçla yüksek ZK skorunun depresyon için doğru bir belirteç olduğunu söylemek zordur. Daha önceden depresif atak geçirmiş olmak ZK skorlarında etkili olabilir (105,109).

Ayrıca yapılan bu çalışmaların çoğunda kullanılan hasta popülasyonu depresif subtip, yaş, cinsiyet, sosyal sınıf ve etnisite açısından heterojendir. Duygudurum bozukluklarında kişilik boyutlarıyla ilgili bir diğer bulgu da düşük KY skorunun depresyonla ilişkili olmasıdır (100, 110, 116).

2.3.6. Depresyonda Tedaviye Uyum ve Kişilik Özelliklerinin Tedaviye Uyumu İlişkisi

Yaklaşık %15 civarındaki yaşam boyu prevalansı ile MD, günümüzün en sık görülen psikiyatrik hastalığıdır (117). Yapılan çalışmalarda böyle önemli bir sağlık sorunu oluşturmalarına rağmen MD'nin tanınma ve tedavi edilme oranlarının oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Bazı araştırmalarda, MD'li olguların ancak %25 kadarına tedavi verildiği ve bu hastaların sadece %10'unun yeterli süre ve dozda antidepresan tedavi aldıkları bildirilmiştir (118). Ayrıca, depresif bozukluğu olan hastalar tedavi edilmediklerinde ya da yetersiz tedavi aldıklarında depresif atağın uzadığı ve tekrarlama eğiliminin arttığı gösterilmiştir (119).

Görölme sıklığının yüksek olmasının yanı sıra depresyon, kişinin mesleki ve sosyal işlevselliğini etkileyerek yaşam kalitesini önemli ölçüde bozması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (120). MD'nin neden olduğu sağlıkla ilişkili yaşam kalitesindeki azalma, sık görülen diğer hastalıklarla karşılaştırılabilir düzeydedir. Duygudurum bozukluklarını içeren mental hastalıklar, kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları gibi sık ortaya çıkan medikal hastalıklara oranla sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde daha fazla bozulmaya neden olurlar (121, 122). Dünya Sağlık Örgütü, MD'li hastalarda ortaya çıkan yeti kaybının diğer kronik hastalığı olan hastalardaki yeti kaybından daha fazla olduğunu bildirmiştir (123).

Bu verilere bakıldığında depresyonun yeterli doz ve sürede tedavisi daha da önem kazanmaktadır. Çoğu hastanın (%75 veya daha fazla) yaşamları boyunca birden çok atak yaşadığı ve üçten fazla atak olduğunda uzun süreli tedavinin atakların tekrarını önlemede etkili olduğu düşünüldüğünde, tedaviye uyumun önemi daha da artıyor görünmektedir (122, 124).

Depresif bozuklukların ilaçlarla tedavisindeki gelişmelere rağmen, bu başarının klinik pratiğe aynı oranda yansıdığını söylemek güçtür. Bunun önde gelen nedenlerinden birisi hastanın önerilen tedaviye uyumsuzluğudur. Bu tedaviye yanıt vermeyen hastalarda olduğu kadar, başlangıçta belli bir antidepresandan faydalandıktan sonra alevlenme izlenen hastalarda da görülen ortak bir sorundur (125).

Tedaviye uyumsuzluk, ilacın doktor tarafından önerilen dozda kullanılmaması, ilacın kullanım saatlerine uyulmaması ya da tedavinin erken kesilmesi nedeniyle ortaya çıkabilir. Tedaviye uyum davranışı özgün klinik durumlar, hastalığın doğası ve uygulanan tedavi programının özelliklerinden etkilenir. Sadece depresif bozukluklar değil genel olarak bakıldığında hastaların üçte birinin tedaviye tam uyduğu, üçte birinin kısmen uyduğu ve üçte birinin hiçbir tedaviye uymadığı belirtilmektedir. Psikiyatrik hastalarda tedaviye uyumsuzluk diğer tıbbi durumlardan daha yüksektir (124,126). Hastaların depresyon ve tedavisi hakkında danışma ihtiyacının tartışıldığı bir makalede, depresyon için tedavi gören hastaların %50'den fazlasının üç hafta içinde tedaviyi bıraktıkları bildirilmiştir. Bu yüksek oran, etkinin başlamasındaki gecikmeye, klinik yanıtın başlamasından sonra

da ilaç tedavisinin uzun süre devam edilmesinin gerekliliğine ve yan etkiler konusunda hastanın bilgilendirilmesindeki yetersizliğe bağlanmıştır (123, 124).

Cohen ve arkadaşları (2004) kişilik özellikleri ve depresyon tedavisine uyum arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; NEO'nun bölümlerinden dışa dönüklük (ekstraversiyon), deneyime açıklık (openness), uyum için negatif bir belirteç, uzlaşabilirlik (agreeableness) ise pozitif bir belirteç olarak gösterilmiştir. NEO-PI-R ile ölçülen heyecan arayışı tedavi uyumuyla ilişkili bulunmamasına rağmen Ekselius ve arkadaşları (2000) yüksek dürtüsel heyecan aramayı tedavi uyumuyla ilişkili bulmuşlar. Deneyime açık olan kişiler heyecanlı, kendiliğinden hareket eden, ne yaptığının farkında olan, yaratıcı, konuşkan özelliklerle tedavi uyumuyla pozitif ilişkilidir. Yüksek dışa dönüklük ve deneyime açıklık özellikleri olan depresyon hastalarında, semptomlarında daha çabuk subjektif iyileşme oluyor ancak tedavi uyumu semptomlarda düzelme sonrasında bozulabiliyor, bu nedenle semptomlarda düzelme görüldükten sonra tedavi uyumuna daha çok dikkat etmek gerekir (128).

Hastanın tedaviye uyumu, başarılı bir antidepresan tedavinin sağlanmasında en önemli konudur. Tedaviye uyum kontrollere düzenli gelmeyi, tedavi programını tamamlamayı, ilaçları düzenli kullanmayı ve önerilen davranış önerilerini yerine getirmeyi içeren bir konudur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem ve Kontrol Grubu

Bu çalışma Mayıs 2012–Mart 2013 tarihleri arasında Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğinde izlenen, DSM IV kriterlerine göre tanı almış MD'si olan, çalışmaya uygunluk ölçütlerini karşılayan, sözel olarak çalışma anlatıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden, çalışma dışı tutulma koşulları bulunmayan 100 hasta ve hasta grubuyla yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş psikiyatrik hastalığı ve kronik fiziksel hastalığı olmayan 100 sağlıklı kontrol ile görüşülerek yürütülen bir çalışmadır.

MD tanısı alan hastalara ve sağlıklı kontrollere Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) içeren anketler uygulandı. MD tanısı alan hastaların depresif semptomları tedaviden önce, tedavi başladıktan sonra 2, 4, 6 ve 8. haftalarda HDDÖ, BDÖ, BAÖ ile takip edildi. Hastaların uyum durumu değerlendirilirken; 2, 4, 6 ve 8. haftalarda tüm kontrollere gelen ve aşağıdaki kriterlerin beş ve daha fazlasını karşılayan hastalar "uyumlu" olarak kabul edildi (129).

1. Hastanın ilaçlarını muayenenin yapıldığı güne kadar kullanıyor olması,
2. Hastanın ilacını (ilacını/ilaçlarını günde kaç kez, günde kaç adet, ne zaman aldığı açısından) hekimin önerdiği şekilde uyguluyor olması,
3. Hekimin verdiği ilaçtan başka ilaç kullanmıyor olması,
4. İlacın dozunda her hangi bir değişiklik yapmaması,
5. İlacına 2 günden fazla ara vermemesi,
6. İlaç yan etkileri olduğunda ilacını almaya devam etmesi, hekimine yan etkileri danışması,
7. Tedavi sürerken kullanılan ilaç türü ya da dozunda hekimin yaptığı değişikliklere uyması

3.2. Majör Depresyon Tanılı Bireylerde Çalışmaya Alınma ve Dışlama Kriterleri

Majör Depresyon Tanılı Bireylerde Çalışmaya Alınma ve Dışlama Kriterleri aşağıdaki şekilde açıklanabilir.

3.2.1. Majör depresyon grubu çalışmaya alınma kriterleri

1. 18 yaş üzerinde olmak
2. DSM IV tanı kriterlerine göre, Major Depresyon tanısı almış olmak
3. Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.2.2. Majör depresyon grubu çalışmadan dışlama kriterleri

1. Anlamlı iletişim kuramayacak düzeyde zekâ geriliği olanlar
2. Testleri yapabilecek düzeyde eğitimi olmayanlar
3. Kontrol edilemeyen veya ciddi medikal durumlar
4. Demans ve delirium vakaları
5. Diğer bir eksen I tanısı varlığı

3.3. Sağlıklı Kontrol Grubu Çalışmaya Alınma ve Dışlama Ölçütleri

3.3.1. Sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alınma ölçütleri

1. 18 yaş üzerinde olmak
2. Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.3.2. Sağlıklı kontrol grubu çalışmadan dışlama ölçütleri

Tıbbi ve psikiyatrik hastalığı olmayanlar

3.4. Değerlendirme Araçları

3.4.1. Hasta veri formu

Araştırmada, hastaların sosyodemografik özelliklerini ve hastalığın klinik özelliklerini saptamak amacıyla hazırlanmış olan yarı yapılandırılmış bir çizelge kullanıldı. Bu çizelgede cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim yılı, hastalık başlangıç yaşı, geçirilmiş dönem sayıları, kullandığı ilaçlar, alkol sigara kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık, bilinen fiziksel hastalık maddelerine yer verildi. Bireylerin

kimlik bilgileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu en son bitirilen okul biçiminde, medeni durumu dosya kayıtlarından ve kendisinden sorgulandı.

3.4.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, HDDÖ (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

Klinisyen tarafından uygulanan, depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçen bir testtir. Hamilton ve Williams tarafından geliştirilmiştir. Toplam 17 soru içeren bu testte 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. En yüksek 53 puan alınır. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Kesme noktaları 23>; çok şiddetli, 19-22; şiddetli, 14-8; orta derecede, 8-13; hafif derecede ve 7< normal olarak saptanmıştır (130).

3.4.3. Beck Depresyon Envanteri

Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay, 21 maddeli 4 şıklı bir envanterdir. Ölçeğin tüm maddeleri 0-3 arasında derecelendirilmiştir. En yüksek 63 puan alınır. Depresyonda görülen bilişsel, duygusal ve güdüsel alanlarda ortaya çıkan davranış belirtilerini ölçmektedir. Zaman sınırlaması yoktur. Yaklaşık 10-15 dakikada yanıtlanabilir (131). Beck ve Arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin maddeleri klinik gözlem ve verilere dayanarak hazırlanmıştır. Nesrin Hisli tarafından 1988 yılında Türkçeye uyarlanmıştır.

3.4.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Anksiyete şiddetini ölçmek için Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen öz bildirime dayalı bir ölçek olan Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Anksiyete ve depresyon çalışmalarında ve tedavi izlemelerinde anksiyeteyi güvenilir olarak ölçen bir klinik anksiyete ölçeğidir. Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay, 21 maddeli likert tipi 4 şıklı bir envanterdir. Ölçeğin tüm maddeleri 0-3 arasında derecelendirilmiştir. En yüksek 63 puan alınır. Hastaya sorulan sorularla sıkıntı hissinin onu son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiği sorgulanır. Bu çalışmada test skorlarına göre hafif, orta ve ağır anksiyete şeklinde bir sınıflama yapılmamıştır.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılmıştır (132).

3.4.5. Mizaç Karakter Envanteri, MKE (Temperament and Character Inventory, TCI)

Mizaç ve karakter değişikliği durumu, MKE kullanılarak değerlendirildi. MKE Cloninger'in kişilik kuramının temel alınarak geliştirilmiş, Türkçe'ye de çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (71, 133, 134). Test, 240 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme formudur. MKE, zarardan kaçınma, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve sebat etme olan 4 mizaç boyutunu ve kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma olmak üzere 3 karakter boyutunu değerlendiren sorular içerir. Ayrıca zarardan kaçınma, beklenti endişesi (ZK1), belirsizlik korkusu (ZK2), yabancılardan çekinme (ZK3), ve çabuk yorulma ve dermansızlık (ZK4) olmak üzere 4 ayrı alt ölçekte ve bunların toplamı olan ZK toplamda değerlendirilir. Yenilik arayışı (YA), keşfetmekten heyecan duyma (YA1), dürtüsellik (YA2), savurganlık (YA3) ve düzensizlik (YA4) olmak üzere 4 alt ölçekte ve bunların toplamı YA Toplamda değerlendirilir. Ödül bağımlılığı, duygusallık (ÖB1), bağlanma (ÖB3) ve bağımlılık (ÖB4) olmak üzere 3 ayrı alt ölçekte ve bunların toplamı olan ÖB Toplamda değerlendirilir. Sebat etme (SE) tek bir ölçekte değerlendirilir. Kendini yönetme, sorumluluk alma (KY1), amaçlılık (KY2), beceriklilik (KY3), kendini kabullenme (KY4) ve uyumlu ikincil mizaçlar (KY5) olmak üzere beş ayrı alt ölçekte ve bunların toplamı olan KY Toplamda değerlendirilir. İşbirliği yapma, sosyal onaylama (İY1), empati duyma (İY2), yardımseverlik (İY3), acıma (İY4) ve erdemlilik-vicdanlılık (İY5) olmak üzere beş ayrı alt ölçekte ve bunların toplamı olan İY Toplamda değerlendirilir. Kendini aşma, kendilik kaybı (KA1), kişiler ötesi özdeşim (KA2) ve manevi kabullenme (KA3) olmak üzere üç ayrı alt ölçekte ve bunların toplamı KA Toplamda değerlendirilir.

3.5. Kullanılan Değerlendirme Formları ve Ölçekler

EK I : Sosyodemografik ve Klinik Bilgiler Veri Formu

EK II : Mizaç Karakter Envanteri

EK III : Mizaç Karakter Envanteri Derecelendirme Anahtarı

- EK IV : Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
EK V : Beck Depresyon Ölçeği
EK VI : Beck Anksiyete Ölçeği
EK VII : Bilgilendirilmiş onay formu
EK VIII : Etik Kurul Onay

3.6. Uygulamalar

Klinik durumu belirlemek ve hastalık bilgilerini elde etmek için hastalara Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği uygulandı, sonrasında hasta veri formu dolduruldu. Daha sonra TCI uygulandı. TCI'da zaman sınırlaması olmadığından test süreleri test uygulanan bireye göre değişmekle birlikte testin ortalama uygulaması 45 dakika sürdü. Sağlıklı kontrol grubuna Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve TCI uygulandı.

Hasta ve kontrol grubuna alınan tüm gönüllülere çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında sözel ve yazılı bilgi verildi, ardından sözel ve yazılı onayları alındı. Çalışmamız Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay almıştır.

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel değerlendirme SPSS 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılarak yapıldı. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart hata ve ortanca (minimum-maksimum), kategorik yapıdaki veriler için sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Cinsiyet bakımından gruplar arasındaki farklılık Ki-kare testi ile incelendi. Sayısal değişkenler bakımından iki grubun karşılaştırılmasında parametrik test varsayımları sağlandığında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, sağlanmadığında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Sayısal değişkenler bakımından üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında parametrik test varsayımları sağlanıyor ise tek yönlü varyans analizi, sağlanmıyor ise Kruskal-Wallis varyans analizi kullanıldı. Tek yönlü varyans

analizinde gruplar arasında fark bulunduğunda grupların ikişerli karşılaştırılması çoklu karşılaştırma yöntemlerinden Tukey Testi ile Kruskal-Wallis varyans analizinde alt grupların ikişerli karşılaştırılması ise Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile yapıldı. Sayısal değişkenler bakımından zaman içerisindeki değişimler Friedman testi ile değerlendirildi. Friedman analizi sonrasında grupların ikişerli karşılaştırılması Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon testi ile yapıldı. İki sayısal değişken arasındaki doğrusal ilişki parametrik test varsayımları sağlandığında Pearson korelasyon analizi ile, sağlanmadığında ise Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Sonuçlar % 95 güven aralığında değerlendirildi ve $p<0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmanın hasta grubu 100 major depresyonu olan hastadan, kontrol grubu aynı sayıda sağlıklı gönüllüden oluştu. Hasta grubunun yaşları 18 ile 79 arasında, kontrol grubunun yaşları 18-80 arasında değişmekteydi. Hastaların yaş ortanca değeri 37 iken, kontrol grubunun 36 olarak bulundu, iki grup arasında yaş açısından anlamlı farklılık yoktu ($p=0.425$). Yüz MD hastasının 19 (% 19.0)'u erkek, 81 (% 81.0)'i kadındı. Hasta ve kontrol gruplarının demografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Hasta ve kontrol gruplarının demografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Hasta n=100		Kontrol n=100		p
		ortanca (min-max)		ortanca (min-max)		
Yaş		37 (18-79)		36 (18-80)		0.425
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	81	81.0	71	71.0	0.136
	Erkek	19	19.0	29	29.0	
Eğitim	Okuryazar	1	1.0	0	0.0	0.051
	İlkokul	50	50.0	32	32.0	
	Ortaokul	5	5.0	11	11.0	
	Lise	21	21.0	29	29.0	
	Üniversite	23	23.0	28	28.0	
Medeni Hal	Bekar	20	20.0	28	28.0	0.294
	Evli	70	70.0	66	66.0	
	Dul, boşanmış	10	10.0	6	6.0	
Sigara	Kullanmıyor	53	53.0	63	63.0	0.347
	Kullanıyor	45	45.0	35	35.0	
	Bırakmış	2	2.0	2	2.0	
Alkol	Kullanmıyor	87	87.0	88	88.0	1.000
	Kullanıyor	13	13.0	12	12.0	

Min: Minimum, Max: Maximum

4.2. Klinik Değişkenler

Hastalarda klinik özelliklere ait belirleyicilere bakıldığında hastalık başlangıç yaşı hastalarda (34.2), sağlıklı kontrollere (28.9) göre daha büyüktü. Hastaların ailelerinde; sağlıklı kontrollerin ailelerine göre psikiyatrik hastalık görülme oranı daha fazlaydı ($p<0.001$).

4.3. Hasta ve Kontrol Gruplarının Kişilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Hasta ve kontrol grupları kişilik özellikleri açısından karşılaştırıldığında yenilik arayışı ($p=0.001$), zarardan kaçınma ($p<0.001$) ve kendini yönetme ($p<0.001$) skorları hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek görüldü.

Tablo 5. Hasta ve kontrol gruplarının kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması

	Hasta n=100	Kontrol n=100	p
	Ortanca (min- max)	Ortanca (min- max)	
YA	18.0 (9-27)	16.0 (9-29)	0.001
ÖB	13.0 (5-20)	13.0 (2-21)	0.485
SE	5.0 (0-8)	6.0 (0-8)	0.056
İY	24.5 (13-36)	23.5 (13-35)	0.006
	Ortalama± SH	Ortalama± SH	
ZK	21.7 ± 0.4	17.2 ± 0.4	<0.001
KY	26.4 ± 0.6	22.4 ± 0.6	<0.001
KA	19.4 ± 0.5	18.6 ± 0.6	0.357

İY: İşbirliği Yapma, KA: Kendini Aşma, KY: Kendini Yönetme, ÖB: Ödül Bağımlılığı, SE: Sebat etme toplam puan, YA: Yenilik Arayışı, ZK: Zarardan Kaçınma, SH: Standart Hata, Min: Minimum, Max: Maximum

4.4. Tedaviye Cevabın Kişilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Antidepresana yanıt 4 kategoride sınıflandırıldı: yanıt yok (nonresponse), kısmi yanıt (partial response), yanıt (response) ve düzelme ya da iyileşme (remission). Kısmi yanıt HDDÖ'de %25-%50 arasında düşme, yanıt HDDÖ'de %50'den fazla düşme, düzelme ise $HDDÖ \leq 7$ olarak kabul edildi (35). Tedavinin 8. haftasında HDDÖ puanlarında % 25'ten az düşüş olan hastalar tedaviye cevap vermeyenler olarak

kabul edildi. Sekiz haftalık izlem sonucunda hasta grubu tedaviye cevap verenler ve cevap vermeyenler olarak iki gruba ayrıldı ve elde edilen veriler kişilik özellikleri açısından karşılaştırıldı. İki grup arasında kişilik özellikleri açısından anlamlı fark görülmedi.

Tedavinin 2. haftasında HDDÖ'nde %25 ve daha fazla azalma olan hastalar tedaviye erken cevap verenler, tedavinin 6. ve 8. haftasında HDDÖ'nde %25 ve daha fazla azalma olan hastalar tedaviye geç cevap verenler olarak kabul edildi. Tedaviye cevap veren hasta grubu kendi içinde tedaviye erken cevap verenler ve geç cevap verenler olarak ikiye ayrıldı ve kişilik özellikleri açısından karşılaştırıldı. İki grup arasında kişilik özellikleri açısından anlamlı fark görülmedi.

Tablo 6. Tedaviye cevabın kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması

	Tedaviye cevap vermeyen n=20	Tedaviye cevap veren n=43	p
	Ortalama± SH	Ortalama± SH	
YA	17.8 ± 0.8	17.7 ± 0.8	0.959
ZK	22.4 ± 0.9	22.2 ± 0.6	0.820
ÖB	14.0 ± 0.6	13.5 ± 0.5	0.512
SE	5.1 ± 0.3	4.9 ± 0.3	0.605
KY	26.9 ± 1.1	25.7 ± 0.9	0.485
	Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)	
İY	25.5 (22-33)	24.0 (19-33)	0.073
KA	21.0 (12-28)	18.0 (10-30)	0.347

İY: İşbirliği Yapma, KA: Kendini Aşma, KY: Kendini Yönetme, ÖB: Ödül Bağımlılığı, SE: Sebat etme toplam puan, YA: Yenilik Arayışı, ZK: Zarardan Kaçınma, SH: Standart Hata, Min: Minimum, Max: Maximum

Tablo 7. Tedaviye erken cevap veren ve geç cevap veren hastaların kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması

	Erken cevap n=7	Geç cevap n=13	p
	Ortanca (min-max)	Ortanca(min-max)	
YA	18 (13-23)	18 (12-23)	0.536
ZK	23 (12-25)	25 (16-31)	0.097
ÖB	14 (9-17)	15 (5-18)	0.817
SE	5 (4-6)	4 (0-8)	0.588
KY	29 (17-38)	27 (16-36)	0.393
İY	24 (21-32)	24 (19-32)	0.757
KA	20 (13-30)	17 (10-28)	0.241

İY: İşbirliği Yapma, KA: Kendini Aşma, KY: KendiniYönetme, ÖB: Ödül Bağımlılığı, SE: Sebat etme toplam puan, YA: Yenilik Arayışı, ZK: Zarardan Kaçınma, SH: Standart Hata, Min: Minimum, Max: Maximum

4.5. Tedaviye Cevap Zamanları

Sekiz haftalık tedavi sonunda hastaların 43'ü tedaviye cevap verdi, bu hastaların 17'si tamamen iyileşti. Hastaların tedaviye cevap zamanları haftalara göre Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Tedaviye cevabın ve iyileşmenin kontrol haftalarına göre dağılımı

	Kısmi Cevap n=23		Cevap n=18		İyileşme n=17	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2. hafta	4	17.4	3	16.7	-	-
4. hafta	8	34.8	8	44.4	11	64.7
6. hafta	3	13.0	3	16.7	-	-
8. hafta	8	34.8	4	22.2	6	35.3

4.6. Tedaviye Cevabın Depresif Atak Sayısı ve Hastalık Başlangıç Yaşı Açısından Karşılaştırılması

Tedaviye cevap veren ve vermeyen hastalarda hastalık başlangıç yaşı birbirine benzer bulundu ($p=0.802$). Tedaviye cevap veren ve vermeyen hastalarda depresif atak sayısı ($p=0.771$) açısından anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 9. Tedaviye cevap veren ve vermeyen hastaların depresif atak sayısı ve hastalık başlangıç yaşı açısından karşılaştırılması

	Cevap vermeyen n=20 ortanca (min-max)	Cevap veren n=43 ortanca (min-max)	p
Atak sayısı	2.0 (1-6)	2.0 (1-4)	0.771
Başlangıç yaşı	32.0 (20-73)	32.0 (16-58)	0.802

Min: Minimum, Max: Maximum

4.7. Tedaviye Cevabın Alkol, Sigara Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

Tedaviye cevap veren hasta grubunun 39 (%90.7)'u, tedaviye cevap vermeyen grubun 17 (%85)'si alkol kullanmıyordu. İki grup arasında alkol kullanımı açısından anlamlı fark bulunmadı ($p=0.669$). Her iki grup da sigara kullanımı açısından birbirine benzerdi ($P=0.667$).

Tablo 10. Tedaviye cevap veren ve vermeyen hastaların alkol, sigara kullanımı açısından karşılaştırılması

		Tedaviye cevap				p
		Yok		Var		
		n	%	n	%	
Alkol	Kullanmıyor	17	85.0	39	90.7	0.669
	Kullanıyor	15	3.0	4	9.3	
Sigara	Kullanmıyor	11	55.0	22	51.2	0.667
	Kullanıyor	9	45.0	20	46.5	
	Bırakmış	0	0.0	1	2.3	

4.8. Tedaviye Uyumlu ve Uyumsuz Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tedaviye uyumlu olan hasta grubunun yaşları 18 ile 79 arasında, uyumsuz olan hasta grubunun yaşları ise 18-59 arasında değişmekteydi. Uyumlu ve uyumsuz hasta grubunun her ikisinin de yaş ortanca değeri 37 olarak bulundu, iki grup arasında yaş açısından anlamlı farklılık yoktu ($p= 0.832$). 79 tedaviye uyumsuz hastanın 63 (% 79.7)'ü kadın, 16 (% 20.3)'sı erkekti. 21 tedaviye uyumlu hastanın 18 (% 85.7)'i kadın, 3 (% 14.3)'ü erkekti. Tedaviye uyumlu olan ve uyumsuz olan hasta grubu cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, alkol ve sigara kullanımı, hastalık başlangıç yaşı, depresyon atak sayısı açısından benzerdi.

Tablo 11. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Tedaviye Uyum				p
		Uyumsuz		Uyumlu		
		n	%	n	%	
Yaş		37 (18-79) ortanca (min-max)		37 (18-59) ortanca (min-max)		0.832
Cinsiyet	Kadın	63	79.7	18	85.7	0.756
	Erkek	16	20.3	3	14.3	
Medeni durum	Bekar	17	21.5	3	14.3	0.412
	Evli	53	67.1	17	81.0	
	Boşanmış-dul	9	11.4	1	4.8	
Eğitim	Okuryazar	1	1.3	0	.0	0.328
	İlkokul	37	46.8	13	61.9	
	Ortaokul	5	6.3	0	.0	
	Lise	16	20.3	5	23.8	
	Üniversite	20	25.3	3	14.3	
Alkol	Kullanmıyor	67	84.8	20	95.2	0.290
	Kullanıyor	12	15.2	1	4.8	
Sigara	Kullanmıyor	40	50.6	13	61.9	0.445
	Kullanıyor	37	46.8	8	38.1	
	Bırakmış	2	2.5	0	.0	

Min: Minimum, Max: Maximum

Tablo 12. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz hastaların depresif atak sayısı ve hastalık başlangıç yaşı açısından karşılaştırılması

	Uyumsuz n=79 median (min-max)	Uyumlu n=21 median (min-max)	p
Atak sayısı	2.0 (1-6)	1.0 (1-3)	0.382
Başlangıç yaşı	32.0 (17-73)	30.0 (16-58)	0.438

Min: Minimum, Max: Maximum

4.9. Tedaviye Uyumun Kişilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz hasta gruplarına kişilik özellikleri açısından bakıldığında iki grup birbirine benzer bulundu.

Tablo 13. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz hastaların kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması

	Uyumsuz n=79 Ortalama± SH	Uyumlu n=21 Ortalama± SH	p
YA	17.9 ± 0.4	18.1 ± 0.9	0.806
ZK	21.7 ± 0.4	21.7 ± 0.9	0.984
KY	26.1 ± 0.6	27.2 ± 1.5	0.471
KA	19.1 ± 0.598	20.5 ± 1.4	0.317
	Ortanca (min- max)	Ortanca (min- max)	
ÖB	13.0 (5-20)	15.0 (7-18)	0.193
İY	25.0 (13-36)	25.0 (19-33)	0.643
SE	5.0 (0-8)	5.0 (3-8)	0.421

İY: İşbirliği Yapma, KA: Kendini Aşma, KY: Kendini Yönetme, ÖB: Ödül Bağımlılığı, SE: Sebat etme toplam puan, YA: Yenilik Arayışı, ZK: Zarardan Kaçınma, SH: Standart Hata, Min: Minimum, Max: Maximum

4.10. Tedaviye devamın kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması

Tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyen hastalar kişilik özellikleri açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 14. Tedaviye devamın kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması

	Tedaviye devam eden n=37	Tedaviye devam etmeyen n=63	p
	Ortalama± SH	Ortalama± SH	
YA	17.78 ± 0.637	18.00 ± 0.447	0.777
ZK	22.46 ± 0.672	21.30 ± 0.493	0.163
ÖB	13.51 ± 0.545	13.03 ± 0.341	0.431
KY	25.46 ± 1.087	26.89 ± 0.685	0.270
KA	19.78 ± 0.947	19.78 ± 0.677	0.374
	Ortanca (min- max)	Ortanca (min- max)	
İY	24.00 (19-33)	25.00 (13-36)	0.238
SE	5.00 (0-8)	5.00 (1-8)	0.741

İY: İşbirliği Yapma, KA: Kendini Aşma, KY: Kendini Yönetme, ÖB: Ödül Bağımlılığı, SE: Sebati etme toplam puan, YA: Yenilik Arayışı, ZK: Zarardan Kaçınma, SH: Standart Hata, Min: Minimum, Max: Maximum

4.11. Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği Puan Dağılımı

Hastaların Beck Depresyon ölçeği puanları; kontrole geldikleri tüm haftalarda muayeneye geldiği İlk haftaya göre anlamlı derecede düşüktü ($p<0.001$). Hastaların Beck anksiyete ölçeği puanları; 2. Hafta dışında kontrole geldikleri tüm haftalarda muayeneye geldiği İlk haftaya göre anlamlı derecede azaldı ($p<0.001$). En yüksek puan 2. haftada görüldü. Hastaların Hamilton Depresyonu Derecelendirme ölçeği puanları; kontrole geldikleri tüm haftalarda muayeneye geldiği İlk haftaya göre anlamlı derecede düşüktü ($p<0.001$).

Tablo 15. Hasta grubunun haftalara göre beck depresyon, beck anksiyete ve hamilton depresyonu derecelendirme ölçeği puan dağılımı

	Başlangıç	2. hafta	4. hafta	6. hafta	8. hafta	p
Beck depresyon	28.5 (10-58)	26.0 (11-52)	17.0 (4-53)	14.0 (2-53)	10.0 (0-57)	<0.001
Beck anksiyete	31.5 (2-61)	32.0 (8-60)	20.0 (4-54)	14.0 (1-52)	14.0 (0-60)	<0.001
Hamilton depresyon	27.5 (8-40)	28.0 (1-39)	20.0 (2-42)	14.0 (2-42)	15.0 (0-43)	<0.001

4.12. Hasta Grubunda Sosyodemografik ve Klinik Verilerin Kişilik Boyutlarıyla İlişkisi

Hasta ve kontrol grubunda sigara kullananlarda, YA skorları kullanmayanlara göre; erkeklerde kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksekti. Eğitim durumu kişilik özellikleri açısından karşılaştırıldığında lise mezunlarında KY skorları anlamlı derecede yüksek bulundu. Medeni durum, yaş ve alkol kullanımı bakımından kişilik özellikleri değerlendirildiğinde gruplar arasındaki kişilik boyutları skorları benzer bulundu.

Tablo 16. Hasta grubunda sosyodemografik ve klinik verilerin kişilik boyutlarıyla ilişkisi

		Kişilik boyutları													
		YA	p	ZK	P	ÖB	p	SE	p	KY	p	İY	p	KA	p
Cinsiyet	Kadın	18.0 (9-25)	0.003	21,8 ± 0,5	0.710	13,3 ± 0,3	0.606	5.0 (0-8)	0.512	26,2 ± 0,6	0.544	24 (13-36)	0.958	19,2 ± 0,6	0.424
	Erkek	20.0 (14-27)		21,4 ± 0,8		12,3 ± 0,6		5.0 (2-8)		27,1 ± 1,7		25 (16-31)		20,3 ± 1,3	
Medeni durum	Bekar	20.0 (12-25)	0.208	20,5 (13-27)	0.187	13,5 (9-19)	0.681	6,0(2-8)	0.147	25.0 (17-36)	0.510	23,5 (16-32)	0.716	18,5 (12-29)	0.532
	Evli	18.0 (9-27)		21,5 (12-31)		13,5 (5-20)		5,0(0-8)		27,5(10-38)		24,5 (13-36)		19,0 (5-30)	
	Boşanmış-dul	17,5 (11-22)		25,0 (13-31)		12,5 (8-16)		4,0(1-5)		27,5(20-34)		25,0 (20-32)		16,5 (13-24)	
Eğitim	İlkokul	18.0 (9-27)	0.429	22.0 (12-31)	0.863	13.0 (5-18)	0.187	5.0 (0-7)	0.421	28.0 (10-38)	0.034	24.0 (16-36)	0.092	20.0 (8-30)	0.335
	Ortaokul	17.0 (214-21)		22.0 (21-27)		13.0 (8-14)		5.0 (2-7)		26.0 (21-33)		26.0 (24-31)		15.0 (13-25)	
	Lise	19.0 (9-25)		23.0 (13-29)		14.0 (8-20)		5.0 (3-8)		28.0 (19-36)		26.0 (21-33)		19.0 (12-30)	
	Üniversite	20.0 (12-24)		21.0 (13-29)		13.0 (9-19)		4.0 (1-8)		24.0 (13-34)		24.0 (13-28)		18.0 (5-26)	
Alkol	Kullanmıyor	17.7 ± 0.4	0.143	21.7 ± 0.4	0.739	13.4 ± 0.3	0.166	5.0 (0-8)	0.155	26.2 ± 0,6	0.505	24.8 ± 0,4	0.520	19.1 ± 0,6	0.264
	Kullanıyor	19.3 ± 1.0		22.0 ± 0.9		12.1 ± 0.7		5.0 (2-8)		27.4 ± 1,5		25.6 ± 0,9		21.0 ± 1,4	
Sigara	Kullanmıyor	18.0 (9-27)	0.012	21.4 ± 0.5	0.338	13.3 ± 0.4	0.815	5.0 (0-8)	0.655	26.0 ± 0,9	0.441	24.6 ± 0,5	0.305	19.3 ± 0,7	0.856
	Kullanıyor	19.0 (9-25)		22. 2 ± 0.6		13.1 ± 0.5		5.0 (1-8)		26.9 ± 0,8		25.4 ± 0,6		19.5 ± 0,9	

İY: İşbirliği Yapma,

KA: Kendini Aşma,

KY: KendiniYönetme,

ÖB: Ödül Bağımlılığı,

SE: Sebat etme toplam puan,

YA: Yenilik Arayışı,

ZK: Zarardan Kaçınma.

5. TARTIŞMA

Depresyon kliniğini etkileyen özelliklerden biri olarak kişilik hastalığının seyir özelliklerinin anlaşılması amacıyla kullanılabilecek bir değişken olabilir. MD'nin klinik gidiş özelliklerinin kişiler arasında farklılıklar göstermesi ve bu farklılıkların nedenlerinin henüz anlaşılmamış olması bu alanda araştırmalara ihtiyaç bulunduğunu göstermektedir. Hastalığın, tedaviye uyum ve cinsiyet gibi klinik özelliklerinden, genetiğine ve beyin görüntülemesine kadar pek çok faktör hastalık seyrinin önceden kestirime uygunluğu açısından araştırılmıştır. Bu bağlamda depresyon hastalarında belirgin farklılık yaratan ve öne çıkan kişilik özellikleri olup olmadığı, eğer varsa bu durumun depresyon hastalığına özgü olup olmadığı, bu kişilik özelliklerinin klinik seyir üzerinde öngörücü bir etkisinin olup olmadığı hala cevaplanması gereken sorulardır. Bu çalışmada temel olarak major depresyonun klinik seyrinin “kişilik özellikleri” kullanılarak öngörülüp öngörülemeyeceği araştırılmak yoluyla bu ihtiyacın karşılanmasına katkı sağlanmaya çalışılmıştır.

MD'de mizaç ve karakter özellikleri ile ilgili araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmalardan sonuç çıkarmak kullanılan yöntemlerin çeşitliliği nedeniyle güç olmaktadır. Metodoloji farklılıkları ve kısıtlılığının en önemli unsuru kişiliğin zaman içinde değişen tanımı ve kişilik ölçüm ve değerlendirme araçlarındaki çeşitlilik olmuştur.

Bu çalışmada özel olarak kişiliğin tanımlanması ve ölçümlerin meydana getirdiği metodolojik farklılık dezavantajını giderebileceği düşünülerek MKE kullanılmıştır. Çünkü son yıllarda MKE kişiliği değerlendirmede kategorik yaklaşımın yetersizliklerini kapatmak bakımından kişiliği boyutsal değerlendirmeye imkan tanımaktadır. Bununla beraber çalışmamızın sonuçlarını yorumlarken olası tanımsal ve kavramsal karmaşayı daha net ortaya koyabilme amacı ile kişilik bozukluklarının kategorik olarak değerlendirildiği güncel sınıflamada kullanılmıştır.

MD'si olan hastaların mizaç ve karakter özelliklerinin doğrudan depresyondan mı kaynaklandığı, yoksa bu kişilerin daha önceki kişilik özelliklerini mi yansıttığını öngörmemiz henüz mümkün değildir. Aynı zamanda mizaç ile duygudurum bozuklukları arasındaki süregelen ilişki, mizaçsal farklılıkların

epizodların nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu sorusunu akla getirmektedir. Konuyla ilgili kesin verilerin olmaması da tartışmaların sürmesine neden olmaktadır. Ancak pek çok bulgu mizaçsal niteliklerin yaşamın erken dönemlerinde geliştiği ve uzun dönem fonksiyon gösterdiği hipotezini desteklemektedir (34). Cloninger'e göre mizaç özelliklerinin kalıtsal bir durum olması nedeni ile bu mizaç boyutlarının kliniğe etkisi bu vakalar için sonuç değil de sebep olabileceği yönünde dikkat çekmektedir (2).

Kişilik alt ölçekleri olan ZK ve KY, MKE'yle belirlenen depresyonla ilişkili olabilecek belirleyiciler olarak kabul edilebilir (62). Çalışmamızda MD'si olan hastalar sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında; kişilik özellikleri açısından farklılık göstermiştir. YA ($p=0.001$), ZK ($p<0.001$) ve KY ($p<0.001$) skorları hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek görüldü. Kaneda ve ark.'nın (2011) yaptığı çalışmada sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında MD olan hastalarda ÖB ve KY skorları daha düşük, ZK skoru daha yüksek olarak görülmüş (134). Hansenne ve ark. (1999), Celikel ve ark. (2009)'nın yaptığı çalışmalarda hasta grubunda kontrol grubuna göre ZK skoru daha yüksek, KY ve İY skoru daha düşüktü (100, 135). Bu çalışmalar Kampman ve Poutanen'in çalışmasıyla benzer sonuçlar ortaya koymuştur (107). Bizim çalışmamızda bu çalışmalardan farklı olarak KY skoru hasta grubunda daha yüksek bulunmuştur. Bu durum çalışmalara alınan hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerinin farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubu çoğunlukla sağlık personellerinden ($n=51$) oluşuyordu. Bir vaka-kontrol araştırmasında sağlık çalışanları için iş yerindeki stres kaynakları kadar iş dışındaki olumsuzlukların ve kişilik özelliklerinin de önemli olduğu saptanmış, Bunun yanında iş stresi, rol karmaşası, iş yükünde artış, yöneticilerle sorun yaşama, iş ile ilgili içsel ödüllerin kaybı gibi değişkenleri de içeren etmenler depresif bozuklukla ilişkili bulunmuştur (136,137). Sağlık personelinin mizaç özellikleri genel topluma göre daha farklı, depresyona daha meyilli olabilir.

Kampman ve Poutanen ZK'yi risk alma ve tedaviye cevapla ilişkili bulmuşlardır. Daha önce yapılmış 12 çalışmanın metaanalizinde yüksek ZK'nin, şimdiki ve ileride görülebilecek depresif semptomlarla ve depresyonun genel karakteriyle uyumlu olduğunu belirtmişler.

Çalışma grubumuzun sosyodemografik veriler ve klinik özelliklerinin bilinmesi MKE skorlarının öngörücü değerlerinin nasıl bir örneklem grubunda ortaya konduğunu izah etmesi bakımından önemlidir. MD hastaları için; birçok araştırmada vurgulanan kadın olmak, eğitim düzeyinin düşüklüğü, olumsuz yaşam olaylarının varlığı, işsizlik, ekonomik düzeyin düşüklüğü en sık incelenen değişkenlerdir (76). Çocukluk döneminde toplumsal olanakların yetersiz oluşu ve eğitim düzeyinin düşüklüğü depresyon yaygınlığı ile ilişkili bulunmuştur. Erken yaşam dönemlerinde ayrıcalıklı olmak ve yüksek eğitim düzeyinin depresyona karşı koruyucu olduğu söylenmektedir (138). Kadınlarda depresyon yaygınlığının yüksek bulunması da biyolojik değişkenlerden çok eğitim ve toplumsal olanaklardan yeterince yararlanamama gibi toplumsal değişkenler çerçevesinde değerlendirilmelidir. Doğu Avrupa'da Polonya, Çek Cumhuriyeti ve Rusya'da yapılan 12053 erkek ve 13582 kadını kapsayan geniş ölçekli bir araştırmada toplumsal eşitsizliklerle hem kadınlar hem de erkeklerde görülen depresyon arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Toplumsal olanakların bu ülkelerde diğer doğu Avrupa ülkelerine göre daha kötü olduğu, cinsiyet temelli bir yaklaşımın tartışmayı daraltıcı olacağı vurgulanmıştır (139). Hussein ve ark. (2004) tarafından Pakistan'da 125 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada sosyal yetersizlikler ve eğitim düzeyi düşüklüğünün depresyon ile güçlü bir ilişkisinin bulunduğu belirtilmiştir (140). Pakistan'ın kentsel alanlarında yaşayanlarda eğitim düzeyi düşüklüğünün yoksulluktan bile daha belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (141). Literatürle uyumlu olarak hastalarımızın çoğunluğunun kadın olduğunu (n=81), yarısının ilkokul mezunu olduğunu (n=50) görmekteyiz (Tablo 4).

Literatürde MD'de kişilik özelliklerini inceleyen çalışmalarda kadın ve erkek hastaların oranı birbirine daha yakinken (134, 142), hasta grubumuz çoğunlukla kadınlardan (n=81) % 81 oluşmaktaydı (Tablo 4), bu nedenle literatürden farklı sonuçlar elde edilmiş olabilir. Demiraslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada depresyonu olan olguların çoğunun evli olduğu görülmüştür (142). Literatürle uyumlu olarak bizim hasta grubumuzun çoğunluğu (%70) evliydi (Tablo 4). Çalışmamızda hastaların ailelerinde; sağlıklı kontrollerin ailelerine göre psikiyatrik hastalık görülme oranı daha fazlaydı ($p<0.001$). Sonuçlarımızın genel literatür bilgileri ile uyumlu olduğu görülmektedir (143, 144).

MD olanlarda; tedavi yöntemleri ve tedaviye cevabın öngörücüleri önemlidir. Depresyon tedavisinde ilaç etkinliği ile ilgili yapılan randomize kontrollü çalışmalarda hastaların ancak %30 ila %40'ının tam remisyona ulaştığı (belirtilerin tümüyle ya da tama yakın kaybolması), %60 ila %70'inin halen depresif belirtilerinin devam ettiği, hatta %10-15 hastada hiç yanıt (en az %50'lik düzelme) olmadığı gösterilmiştir (145,146). Diğer önemli bir konu da bu klinik araştırmaların sınırlı süre yapılmış olmasıdır. Bu sürede yanıt alınmadığı halde daha uzun sürede aynı ilaçla yanıt alınan olgular da olabilmektedir. Uzun süreli izleme çalışmaları bir yıl içinde iyileşme oranını %67 olarak vermektedir (147). Çalışmamızda sekiz haftalık tedavi izlemi sonunda hastaların 43'ü (%43) tedaviye cevap verdi, bu hastaların 17'si (%17) tamamen iyileşti. Geçirilen depresyon sayısının tedaviye direnci arttırdığı ve bunun büyük ihtimalle nörotransmitterlerde kalıcı değişimler olması sonucu ortaya çıktığı (148) ileri sürülen iddialar arasındadır. Tek depresyon epizodu geçirmiş olan hastaların tedaviye verdikleri cevap, tekrarlamalı epizodları olanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). O halde tekrarlamalı epizodlar geçirmenin tedaviye cevap açısından negatif etkisi olduğu ileri sürülebilir (149).

Birçok çalışmada MD'de antidepresanlara cevabı öngörmek için mizaç özellikleri araştırılmıştır. Smith ve ark.'nın bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmaya 52 erken başlangıçlı depresyon öyküsü olan genç erişkin ve 89 sağlıklı kontrol alınmış. Çalışmaya alınan herkese MKE 125 uygulanmıştır. Erken başlangıçlı depresyonu olanların kontrollere göre zarardan kaçınma(HA) skorları daha yüksek, (HA; ortalama skor 14.5'e 7.8, $p <0.0001$), kendini yönetme(SD) skorları ise daha düşük olarak görülmüştür (SD; ortalama skor 14.1'e 19.9, $p <0.0001$). Bu çalışmada genç erişkinlerde yüksek HA ve düşük SD yineleyen depresyonun öngörücüleri olarak değerlendirilmiştir (61). Bizim çalışmamızda ise tedaviye cevap veren ve cevap vermeyen grup arasında kişilik özellikleri açısından anlamlı fark görülmedi.

Çalışmamızda tedaviye cevap zamanına göre kişilik özellikleri değerlendirildiğinde, tedaviye erken cevap verenler ve geç cevap verenler arasında anlamlı fark görülmedi. Kaneda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2011) tedaviye erken cevap verenler; tedaviye cevap vermeyenler, tedaviyi bırakanlar ve geç cevap

verenlerle kişilik özellikleri açısından karşılaştırıldığında ZK skoru daha düşük, KY skoru daha yüksek olarak görülmüştür. Geç cevap verenlerin MKE skorları diğer gruplardan farklı değildir. Erken cevap verenlerin kişilik özellikleri diğer gruplardan daha farklı olarak görülmüştür. Kaneda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada MD'de tedaviye başlamadan önce MKE uygulanması ile antidepresanlara yanıtı öngörmenin mümkün olabileceği belirtilmişken (134), bizim çalışmamızda tedaviye yanıt ve MKE arasında bir ilişki bulunamadı. Tedaviye cevap veren ve vermeyen hastalarda depresif atak sayısı açısından anlamlı fark bulunmadı ($p=0.771$)

Bu çalışmada MD'de tedaviye uyumu öngörmek için MKE ile mizaç ve karakter özelliklerine, depresif hastalarda önerilen antidepresan tedaviye uyum oranına, tedaviye uyumu etkileyen faktörlere ve cevapla ilişkisine bakılmıştır. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldığında psikiyatri hastalarının tedaviye uyumuna ilişkin çalışmalarda bildirilen oranlar farklıdır. Genel olarak bu oranın düşük olduğu ve bunun uygulanan tedavilerin başarısını önleyen önemli bir engel oluşturduğu konusunda bir görüş birliği vardır. Önerilen doz ve tedaviye uyumdaki bu düşük oran nedeniyle, bir hasta tedaviden fayda görmediğini söyleyerek uzun bir ilaç listesi ile başvurduğunda, önerilen tedavilere uygun doz ve sürede devam edip etmediği öncelikle gözden geçirilmelidir (150).

Tedavinin başarısını büyük ölçüde belirleyen tedaviye uyum ve bu uyumu etkileyen faktörlerle ilgili çok sayıda araştırma yapılmıştır. Bu alanda Cramer ve Rosenheck, 1975-1996 yılları arasında tedaviye uyumla ilişkili literatürü taradıkları metaanaliz çalışmalarında genel olarak psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunun düşük olduğunu ve hastaların ancak %65'inin önerilen tedaviye uyduklarını bildirmişlerdir (151). Ülkemizde Tunca ve Hancıoğlu hastaların psikiyatriste devamını etkileyen etmenleri araştırdıkları çalışmalarında, ilk görüşmeden sonra psikiyatri hastalarının %44'ünün kontrole gelmediğini, bu durumun özellikle eğitim düzeyi düşük ve sosyoekonomik durumu kötü olan hastalarda daha sık olarak ortaya çıktığını bulmuşlardır (150). Bazı yayınlarda bu bulgulardan farklı olarak, cinsiyet, eğitim düzeyi veya sosyoekonomik durumla tedaviye uyumun ilişkisiz olduğu; tedaviye uyumun en iyi göstergesinin daha önceki tedavilere uyum olduğu

belirtilmiştir. Günlük doz sayısının az olması ve kişilik bozukluğunun olmaması gibi faktörler de tedaviye uyumu artırmaktadır. Ayrıca ilk kontrollerin daha sık yapılmasının da uyum üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (153). Bizim hasta grubumuzda tedaviye uyum oranı (%21) literatüre göre düşüktü. Bu oran daha önce de bahsettiğimiz Tunca ve Hancıoğlu'nun çalışmasındaki %44'lük oranla örtüşmemektedir. Fakat bizim çalışmamız depresif hasta grubu ile sınırlı iken bahsedilen çalışma psikiyatri kliniğine başvuran tüm hastalarla gerçekleştirilmiştir. Bizim hasta grubumuzda, yayınlarda vurgulanana göre ilk kontrollerin daha sık ve izlemin tek hekim tarafından yapılmasına ve hastaların çoğunluğunun (n=80) tek ilaç kullanmasına ve ilacını tek doz şeklinde kullanmasına rağmen tedavi uyumu daha azdır.

Bu sonuç hastaların poliklinik şartlarında muayene edilmesi ve çalışmamızda kullanılan tedaviye uyum şartlarının çok katı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Tunca ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi düşük olan hastaların tedaviye devam oranı daha azken tersine Ervatan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim düzeyi düşük hastaların tedaviye devam oranı bir miktar yüksek olarak izlenmiştir ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır(124). Bizim çalışmamızda ise tedaviye uyumlu olan ve uyumsuz olan hasta grubu eğitim durumu açısından benzerdi.

Literatürde tedaviye uyum oranı üzerine cinsiyet farkını etkisiz bulan yayınlar bulunmasına rağmen Ervatan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doktor tarafından önerilen doza uyum ve tedaviyi sürdürme oranı kadın hastalarda belirgin olarak yüksekti. Kadınlarda tedaviye uyumun daha fazla olmasının, kadın hasta grubunda kadınların çoğunun çalışmaması ve gün içinde kontrollere gelebilme olanaklarının daha fazla olmasıyla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Çalışmamızda 79 tedaviye uyumsuz hastanın % 79.7'si kadın, % 20.3'ü erkekti. 21 tedaviye uyumlu hastanın % 85.7'si kadın, % 14.3'ü erkekti. Tedaviye uyumlu olan ve uyumsuz olan hasta grubu cinsiyet açısından benzerdi.

Tedaviye uyumlu olan hasta grubunun yaşları 18 ile 79 arasında, uyumsuz olan hasta grubunun yaşları ise 18-59 arasında değişmekteydi. Uyumlu ve uyumsuz hasta grubunun her ikisinin de yaş ortanca değeri 37 olarak bulundu, iki grup

arasında yaş açısından anlamlı farklılık yoktu ($p= 0.832$). Tedaviye uyumlu olan ve uyumsuz olan hasta grubu arasında medeni durum, alkol ve sigara kullanımı, hastalık başlangıç yaşı, depresyon atak sayısı açısından anlamlı fark bulunmadı.

Pampallona ve arkadaşları 2002 yılında MD hastalarının tedaviye uyumlarıyla ilgili hazırladıkları derlemede randomize kontrollü çalışmalarda MD hastalarının üçte birinin çalışmayı tamamlamadığını, tedaviyi bıraktıklarını belirtmişlerdir (154). Maddox ve arkadaşlarının 1994 yılında yaptığı çalışmada hastaların %53'ü 12 haftalık tedaviyi tamamlamadan bırakıp çalışma dışı kalmıştır (155). Bu sonuçlar Demyttenaere ve arkadaşlarının Avrupa'da aile çalışma gruplarının sonuçlarıyla benzerdi (156).

Sirey ve arkadaşları kişilik patolojisini göstermek için 2001 yılında kişiler arası problem envanterini (157) kullanmışlar. Çalışma sonucu antidepresan tedaviye uyumun hastaların kişilik patolojisinin olmamasıyla ilişkili olduğunu belirtmişler (158). Ekselius ve arkadaşları 2000 yılında; antidepresan tedavi uyumuyla kişilik arasındaki ilişkiyi göstermek için Carolinska Kişilik Ölçeğini (159) kullanarak heyecan arama skorlarındaki yüksekliğin tedavi uyumsuzluğuyla ilişkisi olduğunu göstermiştir (160). Benzer şekilde Wingerson ve arkadaşları (1993) çalışmalarda tedaviyi erken bırakmanın, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu hastalarında Üç Boyutlu Kişilik Testinin yenilik arayışı boyutuyla pozitif ilişkili olduğunu göstermişlerdir (161). Stein ve Hackerman (1991) Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) ve NEO-PI'yı birlikte kullanarak; düşük vicdanlı olma, yüksek nörotisizm skorlarının zayıf tedavi uyumu için gösterge olduğunu belirtmişlerdir. (162). Bu sonuçlar tek vaka çalışmasından elde edildiği için bu hipotezleri doğrulamak için prospektif kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Demyttenaere (1997) kişilik özellikleri ve depresyon tedavisine uyum arasındaki ilişkiyi incelerken psikodinamik faktörlere de değinmiştir. Psikiyatrik hastalarda tedavi uyumunu daha iyi anlamak için yansıtma, inkâr, idendifikasyon ve transferans mekanizmalarına bakmıştır (163, 164). Hastaların depresyonda olduklarını inkâr ettikleri ya da başka bir aile üyesinde olan hastalığı kabul etmek istemediği için tedaviye uyum sağlamadıklarını belirtmiştir.

Cohen ve arkadaşları (2004) kişilik özellikleri ve depresyon tedavisine uyum arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; NEO'nun bölümlerinden dışa dönüklük (ekstraversiyon), deneyime açıklık (openness), uyum için negatif bir belirteç, uzlaşabilirlik (agreeableness) ise pozitif bir belirteç olarak gösterilmiştir. NEO-PI-R ile ölçülen heyecan arayışı tedavi uyumuyla ilişkili bulunmamasına rağmen Ekselius ve arkadaşları (2000) yüksek dürtüsel heyecan aramayı tedavi uyumuyla ilişkili bulmuştur. Deneyime açık olan kişiler heyecanlı, kendiliğinden hareket eden, ne yaptığının farkında olan, yaratıcı, konuşkan özelliklerle tedavi uyumuyla pozitif ilişkilidir. Yüksek dışa dönüklük ve deneyime açıklık özellikleri olan depresyon hastalarında, semptomlarında daha çabuk subjektif iyileşme oluyor ancak tedavi uyumu semptomlarda düzelme sonrasında bozulabiliyor, bu nedenle semptomlarda düzelme görüldükten sonra tedavi uyumuna daha çok dikkat etmek gerekir (165). Bizim çalışmamızda tedaviye uyumlu ve uyumsuz hasta gruplarına kişilik özellikleri açısından bakıldığında iki grup birbirine benzer bulundu. Tedaviye devam eden ve tedaviye devam etmeyen hastalar kişilik özellikleri açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı.

Çalışmamızda depresif semptomlar tedaviden önce, tedavi başladıktan sonra 2., 4., 6. ve 8. haftalarda HDDÖ ile takip edildi. Kırılı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada HDDÖ ortalama puanlarının çalışma süresi içindeki değişimi dikkate alındığında sertralin kullanımına başladıktan sonraki 1. haftanın sonundan itibaren ortalama puanlarda istatistik olarak anlamlı düzeylerde düşüşlerin ortaya çıktığı dikkati çekmiştir ($p<0.001$) (149). Bu bulgu daha önce sertralin ile yapılan etkinlik çalışmalarının bulguları ile uyum içindedir (166, 167, 168). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak hastaların BDÖ ve HDDÖ puanları; kontrole geldikleri tüm haftalarda muayeneye geldiği ilk haftaya göre anlamlı derecede düşüktü ($p<0.001$). Hastaların Beck anksiyete ölçeği puanları; 2. hafta dışında kontrole geldikleri tüm haftalarda muayeneye geldiği ilk haftaya göre anlamlı derecede düşüktü ($p<0.001$). En yüksek puan 2. haftada görüldü.

Madde kullanımı da tedaviye uyumu azaltan önemli bir etken olarak gösterilmiştir. Zincir ve arkadaşları (2012) sigarayı bırakan ve bırakamayan hasta gruplarını mizaç karakter özellikleri ve dürtüsellik açısından karşılaştırmışlar.

Cloninger'in YA, ZK, ÖB, SE, KY, İY ve KA mizaç ve karakter alt ölçek değerleri anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Erkek ve kadın hastalar YA, ZK, ÖB, SE, KY, İY, KA puanları açısından anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir, bu çalışmanın ana bulgusu MKE'nin üç ana mizaç boyutlarından olan YA ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin saptanmamış olmasıdır (169). Bizim çalışmamızda ise hasta ve kontrol grubunda sigara kullananlarda, YA skorları kullanmayanlara göre; erkeklerde kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksekti. Zincir ve arkadaşlarının çalışma sonuçları bizim hipotezimizle uyumlu bulunmamıştır. Dolayısıyla, YA'nın çekilme belirtilerini azaltmak yoluyla olumlu pekiştirme sağladığını ve sigara içme davranışını artırdığını bildiren bazı araştırma sonuçlarını doğrulamamaktadır (170, 171, 172). Bizim çalışmamızda ayrıca MKE'nin ZK boyutu ve ÖB ile nikotin kullanımı arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç ÖB ve nikotin bağımlılığı arasında olumsuz bir ilişkinin varlığını gösteren bazı çalışmalarla benzerdir. Bazı çalışmalarda alkol kullanım bozukluğu tanısı alan hastalar kontrollere göre daha yüksek düzeyde YA ve ZK, daha düşük düzeyde SE ve KY göstermişlerdir (173, 174). Bizim çalışmamızda ise alkol kullanımına kişilik özellikleri açısından bakıldığında gruplar arasındaki kişilik boyutları skorları benzerdi.

Daha önce bildirilen sonuçların aksine bizim çalışmamızda; cinsiyet ve YA (177), cinsiyet ve ZK (100, 175, 176, 177, 178) arasında ilişki saptanmadı. Hasta ve sağlıklı kontrolleri seçim kriterlerindeki farklılık bu çelişkiyi açıklayabilir. ÖB, YA ve ZK skorlarının eksen I ve eksen II bozukluk varlığıyla ilişkili olduğu biliniyor (181). Daha önce bildirilen bu ilişki tanı konulmamış mental bozukluklar ve dışarıdan etkileyen diğer değişkenler nedeniyle olabilir. Cloninger tarafından YA'nın yaşla negatif korele olduğu (76), maturasyonun ve günlük sosyal faaliyetlerin artmasıyla YA skorlarının azaldığı söylenmiş. Cloninger'e göre YA skorları her dekatta bir puan düşmektedir (175). Cloninger'in bulguları bağımsız çalışma takımları tarafından desteklenmesine rağmen (179,180) bizim çalışmamızda ve başka çalışmalarda (100, 181) yaşla YA skoru arasında ilişki olmadığından, daha yaşlı yetişkinlerin neden daha az YA skorları olduğu belirsiz görünmektedir. Böyle bir varsayımı dikkate alırsak genç erişkinlerde yaş ve YA skorları arasında korelasyon

bulunamayabilir (100). Bizim çalışmamızda ise yaşa kişilik özellikleri açısından bakıldığında gruplar arasındaki kişilik boyutları skorları benzerdi.

Mauro ve arkadaşlarının çalışması mesleki statü ve mizaç karakter boyutları arasındaki ilişkiye bakan ilk çalışmadır (182). Mesleki statü ve ÖB, İY arasındaki pozitif ilişkinin sürpriz olmadığı, yüksek ÖB düzeyi olan kişilerin profesyonel kariyerle daha ilgili olabileceği, toplum içinde daha yüksek bir pozisyon elde etmek isteyebileceklerini vurgulamıştır. Aynı şekilde yüksek İY düzeyi olanların yüksek mesleki mevkilere gelmeyi isteyeceklerini belirtmiştir. Yüksek eğitim düzeyinin KA ile ilişkili olmamasına rağmen, mesleki mevkinin KA için önemli bir prediktör olduğu bildirmiştir. Bu, sadece eğitim durumunun KA'yı realize etmek için yeterli olmadığını gösteriyor. Mauro ve arkadaşlarının çalışmasında; kültürel birikim, dini açıdan yetiştirme tarzı, hayat tecrübesi hakkındaki veriler elde edilemediği ancak KA boyutunu etkileyen faktörler hakkında derinlemesine bir araştırma yapabilmek için gerekli olabileceği bildirilmiştir (182). Bizim çalışmamızda ise eğitim durumu kişilik özellikleri açısından karşılaştırıldığında lise mezunlarında KY skorları anlamlı derecede yüksek bulundu.

6. SONUÇ

Bu çalışmada MD'nin klinik özellikleri ve seyri üzerinde MKE parametrelerinden bazılarının anlamlı olarak öngörücü özelliği bulunmuştur. MD olanlarda, olmayanlara göre YA, ZK ve KY skorları daha yüksekti. Sekiz haftalık izlem sonucunda tedaviye cevap verenler ve cevap vermeyenler arasında kişilik özellikleri açısından anlamlı fark görülmedi. Hastaların 43'ü tedaviye cevap verdi, bu hastaların 17'si tamamen iyileşti. Tedaviye erken cevap verenler ve geç cevap verenler arasında kişilik özellikleri açısından anlamlı fark görülmedi. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz hasta grupları kişilik özellikleri açısından birbirine benzer bulundu. Sigara kullanımının YA skorlarını arttırdığı görüldü.

Çalışmamızda ön planda kişilik özellikleriyle, MD'nin ve MD tedavisine uyum ve cevabın ilişkisine bakılması düşünüldüğü için çalışmaya katılan örneklem grubunun gelir düzeyi, meslekleri, yaşadıkları yer, stres etkenleri çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmamızın takip süresi 2 ayla sınırlıdır, oysaki depresif hastalar için önerilen tedavilerin süresi çok daha uzundur. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar karşılaştırılırken kullanılan ilacın türü, günlük alınan doz miktarı, ilaç yan etkisi ve ek tedaviler göz ardı edilmiştir. Bunlar çalışmamızın sınırlılıklarıdır. Tedaviye uyumu etkileyen etkenlerin belirlenebilmesi için, daha geniş hasta gruplarında ve daha uzun süreli izlem yapılmasının gerekli olduğu inancındayız. Ayrıca cinsiyetin tedaviye uyum üzerine etkisini daha iyi anlayabilmek için depresyonun fenomenolojisinde cinsiyet farklarının araştırılması yararlı olabilir. Bulgularımızın daha geniş olgu serilerinde, çok merkezli çalışmalarla desteklenmesi gerektiğini düşünüyoruz. Kişilik özellikleri birçok psikiyatrik bozuklukta tedaviye yanıtın güçlü öngörücüleri olarak bildirilmiştir (174). Ancak yine de çalışmamız göstermektedir ki MD hastalarında kişiliğin değerlendirilmesi yalnızca kategorik değerlendirmeye sınırlı kalmamalıdır. MKE gibi boyutsal kişilik değerlendirme araçları ile MD hastalarında gözlenen kişilik özelliklerinin klinik seyir üzerinde öngörücü etkisinin olabileceği yönünde fikir sunmaktadır.

Bu sonuçların MD olan hastalara genelleştirilebilmesi için gelecekte yapılacak benzer çalışmalara gereksinim vardır.

7. KAYNAKLAR

1. “Duygudurum bozukluklarının doğası ve çeşitliliğine yeni bir bakış”, Türk Psikiyatri Dergisi, 3(3): 163-169.
2. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry, 50: 975-990, 1993.
3. Akiskal HS. The bipolar spectrum: New concepts in Classification and diagnosis. American psychiatric Press, Washington, DC 271-292, 1983.
4. Smith D, Duffy L, Stewart M, Muir W, Blackwood D, High Harm Avoidance and Low Self-directedness in Euthymic Young Adults with Recurrent, Early-onset Depression Journal of Affective Disorders 87 (2005) 83–89
5. Benjamin J.Sadock, M.D Virginia A. Sadock, M.D Klinik Psikiyatri Güneş Kitapevi dördüncü baskı Aydın H. Bozkurt A. (çevirenler) Ankara 2009:145-149.
6. Sheldon H. Preskorn Depresyonun Ayaktan Tedavisi 2. baskı Kırılı S. (çeviren) Bursa 1999: 3-20.
7. Benjamin J.Sadock, M.D Virginia A. Sadock, M.D Klinik Psikiyatri GüneşKitapevi ikinci baskı Aydın H. Bozkurt A. (çevirenler) Ankara 2005:174-176, 336-354.
8. May AK, Mahlmeister RL Maternal and Neonatal Nursing’ J.L. Lipincott Company 1994: 870-874.
9. Noble RE. Depression in women. Metabolism Clinical and Experimental. 2005; 54: 49-52.
10. DeRosa N, Logsdon MC A comparison of screening instruments for depression in postpartum adolescents. J Child Adoles Psychiatry Nurs.2006; 19: 13 - 20.
11. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postpartum depresyon yaygınlığı ve risk faktörleri C.Ü Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 26: 55-59.
12. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. J Consult Clin Psychol. 1989; 57: 269-274.

13. Boyce PM. Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. Arch Womens Ment Health 2003; 6: 43-50.
14. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 8. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi 2001: 305-310, 427-440.
15. Aşkın R. Depresyon El Kitabı 2. baskı Konya 1999: 100-122.
16. Elbert M, Loosen PT, Nurcombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Birsöz S, Karaman T (çevirenler) Ankara GüneşKitapevi 2003: 467-484, 290-298.
17. Elbert MH, Loosen PT. Psikiyatri Tanı Ve Tedavi Lange İkinci Baskı Güneş Tıp Kitapevleri 2013 S: 304-306
18. Köroğlu E. Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı İkinci Baskı, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, Ankara 2007 S:255-256
19. Nierenberg AA, Susman N, Trivedi M. Depresyonda Depreşmenin Yönetimi. Kırılı S, Sivrioğlu Y.(çevirenler) 2. Baskı Bursa 2003: 1-12.
20. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000. Köroğlu E (çeviren). Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2001:152-153
21. Murray CJL, Lopez AD (1997a) Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. Lancet, 349: 1436–1442.
22. Murray CJL, Lopez AD (1997b) Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: global burden of disease study. Lancet, 349: 1498–1504
23. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi (2004) Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, s: 267-305.
24. Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD ve ark. (1995) Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. Arch Gen Psychiatry, 52: 11–19.

25. Prien RF, Carpenter LL, Kupfer DJ. The definition and operational criteria for treatment outcome of major depressive disorder. A review of the current research literature. Arch Gen Psychiatry. 1991; 48 (9): 796-800
26. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, Rush AJ, Weissman MM. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. Arch Gen Psychiatry. 1991; 48 (9): 851-5.
27. Yazıcı O, Oral E T, Vahip S, Depresyon Sağaltım Klavuzu Kaynak Kitabı Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 1. Baskı, Nisan 2008, S: 72,
28. İşman Haznedaroğlu D, Gönül AS. Depresyon Sağaltımında Kombinasyon ve Güçlendirme Seçenekleri, Eds: Yazıcı O, Oral ET, Vahip S, Depresyon Sağaltım Kılavuzu Kaynak Kitabı'nda. Bayt Yayıncılık, Ankara, 2008, s: 99-118.
- 29- Widiger T, The DSM III-R Personality Disorders: an overview. Am J Psychiatry, 145:786-795, 1988.
30. Akiskal HS. (1983) Diagnosis and classification of affective disorders: new insights from clinical and laboratory approaches. Psychiatr Dev 1: 123-160.
31. Eroğlu F. (2000), Davranış Bilimleri, İstanbul: Beta Basım A.Ş, 5. Baskı.
32. Atkinson LR, Atkinson CR, Hilgard RE. (2005). Psikolojiye Giriş-II, (Çeviren: Kemal Atakay, Mustafa Akatay, Aysun Yavuz), İstanbul: Sosyal Yayınlar.
33. Karafakıoğlu M. (2005). Pazarlama İlkeleri, Birinci Basım, İstanbul: Literatür Yayıncılık.
34. Musetti L, Perugi G, Soriani A. Depression before and after age 65. Br. J. Psychiatry 155:330-336, 1989.
35. Morgan C.T. (1999), Psikolojiye Giriş, 13. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları, Yayın No:1.
36. Deniz A. (2007). Kişilik Özellikleri ile Algılanan Risk Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, <http://acikarsiv.atauni.edu.tr/fulltext/572.pdf>
37. Dubrin A. (1994). Applying Psychology: Individual and Organizational "Effectiveness, Prentice Hall, New Jersey.

38. Davies M. (1998), Understanding Marketing, Prentice Hall, New Jersey.
39. Aghaee NG, Ören T. (2004), “Effects of Cognitive Complexity in Agent Stimulation”, Summer Computer Stimulation Conference, July 25–29, San Rose.
40. Bovee CI, Houston MJ, Thill JV. (1995). Marketing, Second Edition, McGraw Hill.
41. Ordun G. (2004), “Beş Temel Kişilik Özelliği ve Alt Faktörlerinin Analizine İlişkin Bir Çalışma”, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, Kasım Sayı: 2, Cilt: 33.
42. Güney S. (2000), Davranış Bilimleri, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2. Baskı.
43. Şimşek Ş, Akgemci T, Çelik A. (2005). Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış, İstanbul: Adım Yayıncılık.
44. Lion JR. A Comparison Between DSM III and DSM II Personality Disorders. Personality Disorders JR Lion (Ed.), Baltimore, Williams and Wilkins, 1-9, 1982.
45. Tyrer P, Ferguson B, Development of the concept of abnormal personality. Personality Disorders, P Tyrer (Ed), London, Wright, 3, 1988.
46. Berrios GE. The History of Mental Symptoms, Cambridge University Pres, 419, 1996.
47. Rutter M. Personality and Personality Disorder, Br J Psychiatry, 150: 443-458, 1987.
48. Perry JC. Vaillant GE. Personality Disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry 5th Edition Vol 2, HI Kaplan, B Sadock (Ed.s), Baltimore, Williams and Wilkins, 1352-1395, 1989.
49. Akay Ö. Bipolar Bozuklukta Kişilik Özelliklerinin Hastalık Seyrine Etkisi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Psikiyatri A.D. , Tıpta Uzmanlık Tezi, 2008
50. WHO, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, WHO, 1992.
51. Von Zerksen D, Akiskal HS (1998) Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. J AffectDisord, 51: 1-5.

52. Akiskal HS, Mallya G (1987) Criteria for the ‘soft’ bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull*, 23: 68-73.
53. Freud S. Character and Anal Erotism, Standard Edition of the Complete Works of S.Freud, Vol IX, J Strachey (Ed.), London, The Hogarth Pres, 168-175, 1908.
54. Kernberg O. Severe Personality Disorders, New Haven, Yale Universities Pres, 1984.
55. Leaff LA. Psychodynamic Aspects of Personality Disturbances, Personality Disorders JR Lion (Ed.), Baltimore, Williams and Wilkins, 339-359, 1982.
56. McCrae RR. The five factor model and its assessment in clinical settings. *J Pers Assess*, 57: 399-414, 1991.
57. Costa PT, McCrae RR. Stability and change in personality assessment: the revised NEO Personality Inventory in the year 2000. *J Pers Assess*, 68: 86-94, 1997.
58. Eysenck HJ. Dimensions of personality: 16, 5 or 3 criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12: 773-790, 1991.
59. Millon T, Davis RD, Disorders of personality DSM-IV and beyond. Wiley-Interscience Publication, 2: 60, 1996.
60. Chisnall PM. (1995). Consumer Behaviour, McGRAW-HILL Book Company, Third Edition, Berkshire.
61. Yakut Ö. (2006). Eğitim Yöneticilerinin Liderlik Davranışları ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
62. Smith D, Duffy L, Stewart M, Muir W, Blackwood D. High Harm Avoidance and Low Self directedness in Euthymic Young Adults with Recurrent, Early-onset Depression *Journal of Affective Disorders* 87 (2005) 83–89
63. Kültür YZ. (2006), Ortaöğretim Kurumlarındaki Yöneticilerin Liderlik Stilleri ve Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi
64. Trull TJ, Tragesser SL, Solhan M, Schwartz-Mette R. Dimensional models of personality disorder: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition and beyond. *Curr Opin Psychiatry*. 20;52–56, 2007.

65. Marlowe MJ, Biological aspects of personality disorder. *Br J Hosp Med.* 49: 564-9, 1993.
66. Dragon M, Svaric MD, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential Diagnosis of Personality Disorders by the Seven-Factor Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry.* 50: 991-999, 1993.
67. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry.* 44: 573-588, 1987.
68. Trull TJ. DSM-III-R personality disorders and the five factor model of personality: an empirical comparison. *J Abnorm Psychol.* 3: 553-560, 1992.
69. Costa PT, McCrae RR. "The NEO Personality Inventory Manual" Odessa, Psychological Assessment Resources, 1985.
70. Ben-Porath YS, Waller NG. Normal personality inventories in clinical assesment: general requirements and the potential for using the NEO personality inventory. *Psychol Assess,* 4: 14-19, 1992.
71. Stangl D, Pfohl B, Zimmerman M, Bowers W, Corenthal C, A structured interview for DSM-III personality disorders: a preliminary report. *Arch Gen Psychiatry.* 42: 594-596, 1985.
- 72- Cloninger CR, Pryzbeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI). A guide to its develompent and its use. 1994.
73. Costa PT, McCrae RR. Personality in adulthood: a six year longitudunal study ofself reports and spouse ratings on the NEO personality inventory. *J Pers Soc Psychol.* 54: 853-863, 1988.
74. Whitbourne SK, Tesch SA. A comparison and identity and intimacy statutes in college students and alumni. *Dev Psychol,* 21: 1039-1044, 1985.
75. Schaie SK, Willis SE. "Adult development and aging" 3rd ed. New York, HarperCollins. 1991.
76. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev,* 3: 167-226, 1986.
77. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry,* 44, 573-588, 1987.

78. Arkar H, Sorias O, Tunca Z, Şafak C. Mizaç ve karakter envanteri'nin türkçe formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği Türk Psikiyatri Dergisi 16(3):190-204, 2005.
79. Cloninger CR, Svrakic DM (2000) Personality disorders. In B. J. Sadock and V. A. Sadock (Eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th. edn. Baltimore: Williams & Williams.
80. Cloninger CR, Svrakic DM. Integrative psychobiological approach to psychiatric assesment and treatment. Psychiatry, (60), 1997.
81. Mulder RT, Joyce PR, Selman JF, Cloninger CR. Towards an understanding of defense style in terms of temperament and character. Acta Psychiatrica Scandinavica, 93: 99-104, 1996.
82. Cloninger CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. Science. 236:410-416, 1987.
83. “Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(1), 41- 48, <http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/apd/fulltext/2000/Cilt1/Sayi1/41-47.pdf> (01.01.2009).
84. “Life events and depressive disorder review II: Events as precipitating factors”, ArchGen Psychiatry, 37: 541-548.
85. “Contribution of life events to causation of psychiatric illness”, Psychol Med; 8: 245-253.
86. Tedlow J, Leslie V, Keefe BR, Alpert J, Nierenberg AA, Rosenbaum JF, Fava M. Axis I and Axis II disorder comorbidity in unipolar depression with anger attacks. J. Affect Disord. 1999; 52: 217-223.
87. Brieger P, Ehrt U, Marneros A, Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. Compr Psychiatry. 2003; 44: 22-28.
88. Uluşahin A, Uluğ B (1997) Clinical and personality correlates of outcome in depressive disorders in a Turkish sample. J Affect Disord, 42: 1-8.
89. Enns MW, Swenson JR, McIntyre RS ve ark. (2001) Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders: comorbidity. Can J Psychiatry, 46 (Suppl 1): 77-90.

90. Black DW, Bell S, Hulbert J ve ark. (1988) The importance of Axis II in patients with major depression: a controlled study. *J Affect Disord*, 14: 115-122.
91. Dennis CL, Boyce P Further psychometric testing of a brief personality scale to measure vulnerability to postpartum depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004; 25: 305-311.
92. Light KJ, Joyce PR, Luty SE, Mulder RT, Frampton CM, JoyceLR, Miller AL, Kennedy MA. Preliminary evidence for an association between a dopamine D3 receptor gene variant and obsessive-compulsive personality disorder in patients with major depression *Am J Medical Genetics Part B* 2006; 141: 409-413.
93. Joyce PR, Rogers GR, Miller AL, Mulder RT, Luty SE, Kennedy MA. Polymorphisms of DRD4 and DRD3 and risk of avoidant and obsessive personality traits and disorders. *Psychiatry Res*. 2003; 119: 1-10.
94. Leon SL, Esther A. Croes, Fakhreddin A. Sayed-Tabababaei, Stephan Claes, Christine Van Broecheven C, and Cornelia M.van Dujin. The dopamine D4 receptor gene 48- base-pair-repeat polymorphism and mood disorders: a meta –analysis *Biol psych*. 2005; 57: 999-1003.
95. Hansenne M, Roggers J, Pinto E ve ark. (1999) TCI and depression. *J Psychiatr Res*, 33: 31-36.
96. Mazza M, Mazza O, Pomponi M, Di Nicola M, Padua L, ViciniMve ark. (2009) What is the effect of selective serotonin reuptake inhibitors on temperament and character in patients with fibromyalgia? *Compr Psychiatry*,50: 240–244.
97. Young LT, Bagby RM, Cooke RG, Parker JD, Levitt AJ, Joffe RT (1995) A comparison of TPQ dimensions in bipolar disorder and unipolar depression. *Psychiatr Res*, 58: 139-143.
98. Osher Y, Lefkifker E, Kotler M (1999) Low persistence in euthymicmanic-depressive patients: a replication. *J Affect Disord*, 53: 87-90.
99. Strakowski SM, Stoll AL, Tohen M, Faedda GL, Goodwin DC (1993) The Tridimensional Personality Questionnaire as a predictor of six-month outcome in first episode mania. *Psychiatr Res*, 48: 1-8.

100. Steffens DC, Krishnan KR, Helms M, et al. 1997. Are SSRIs better than TCAs. Comparison of SSRIs and TCAs: A meta-analysis. *Depress. Anxiety* 6 (1), 10–18.
101. Kampman O, Poutanen O, in press. Can onset and recovery in depression be predicted by temperament. A systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.*
102. Hruby R, Nosalova G, Hruby S, 2010. Predictive significance of TCI-R for antidepressant treatment. *Med. Sci. Monit.* 16 (8), 383–388
103. Tome MB, Cloninger CR, Watson JP, Isaac MT, 1997. Serotonergic autoreceptor blockade in the reduction of antidepressant latency: personality variables and response to paroxetine and pindrol. *J. Affect. Disord.* 44, 101–109.
104. Sato T, Hirano S, Narita T, Kusunoki K, Kato J, Goto M, Sakado K, Uehara T, 1999. Temperament and character inventory dimensions as a predictor of response to antidepressant treatment in major depression. *J. Affect. Disord.* 56, 153–161.
105. Abrams KY, Yune SK, Kim SJ, Jeon HJ, Han SJ, Hwang J, Sung YH, Lee KJ, Lyoo AIK, 2004. Trait and state aspects of harm avoidance and its implication for treatment in major depressive disorder, dysthymic disorder, and depressive personality disorder. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 58, 240–248.
106. Brown SL, Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR, 1992. The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach. *J. Psychiatr. Res.* 26, 197–211.
107. Joffe RT, Bagby RM, Levitt AJ, Regan JJ, Parker JDA, 1993. The Tridimensional Personality Questionnaire in major depression. *Am. J. Psychiatry* 150, 959–960.
108. Bagby RM, Joffe RT, et al, 1995. Major depression and the five-factor model of personality. *J. Pers. Disord.* 9, 224–234.
109. Richter J, Eisemann M, Richter G, 2000. Temperament and character during the course of unipolar depression among patients. *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosci.* 250, 40–47.

110. Farmer A, Mahmood A, Redman K, Harris T, Sadler S, McGuffin P, 2003. A sib-pair study of the Temperament and Character Inventory scales in major depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 60 (5), 490– 496.
111. Katz R, McGuffin P, 1987. Neuroticism in familial depression. *Psychol. Med.* 17, 155– 161.
112. Roberts SB, Kendler KS, 1999. Neuroticism and self-esteem as indices of the vulnerability to major depression in women. *Psychol. Med.* 29, 1101– 1109.
113. Farmer A, Redman K, Harris T, Mahmood A, Sadler S, Pickering A, McGuffin P, 2002. Neuroticism, extraversion, life events and depression. *Br. J. Psychiatry* 181, 118– 122.
114. Zuckerman M, Cloninger CR, 1996. Relationships between Cloninger's, Zuckerman's, and Eysenck's dimensions of personality. *Pers. Individ. Differ.* 21 (2), 283– 285.
115. Sher KJ, Bartholow BD, Wood MD, 2000. Personality and substance use disorders: a prospective study. *J. Consult. Clin. Psychol.* 68 (5), 818–829.
- 116-Hirano S, Sato T, Narita T, Kusunoki K, Ozaki N, Kimura S, Takahashi T, Sakado K, Uehara T, 2002. Evaluating the state dependancy of the Temperament and Character Inventory Dimensions in patients with major depression: a methodological contribution. *J. Affect. Disord.* 69, 31– 38.
117. Olver JS, Cryan JF, Burrows GD ve ark. (2000) Pindolol augmentation of antidepressants: A review and rationale. *Aust NZJ Psychiatry*, 34: 71-79.
118. Simon GE, Von Korff M (1995) Recognition, management and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med*, 4: 99-105.
119. Keller MB (1993) The difficult depressed patient in perspective. *J Clin Psychiatry*, 54(Suppl 2):4-8.
120. Weissman NM, Leaf PJ, Tishler GI (1988) Affective disorders in five united states communities. *Psychol Med*, 18: 141-153.
121. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M ve ark. (1995) Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders: results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*, 274: 1511-1517.

122. Rakel ER (1999) Depression. Primary care: Clinics in Office Practice, 26: 238-253.
123. Davidson JRT, Meltzer-Brody SE (1999) The Underrecognition and undertreatment of depression: What is the breadth and depth of the problem? J Clin Psychiatry, 60(Suppl 7):4-9.
124. Özel Ervatan S, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N, Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal İzlem Çalışması, Klinik Psikiyatri 2003; 6: 5-11
125. Thase ME, Rush AJ (1997) When at first you don't succeed: sequential strategies for antidepressant nonresponders. J Clin Psychiatry, 58(Suppl 13):23-29.
126. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) Doctor patient relationship and interviewing techniques. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 7. Baskı, HI Kaplan, BJ Sadock, JA Grebb ve ark. (Ed), Baltimore, Williams and Wilkins.
127. Rush AJ (1999) Strategies and tactics in the management of maintenance treatment for depressed patients. J Clin Psychiatry, 60(Suppl 14): 21-26.
128. Cohen NL, Babby RM, et al: The Five Factor Model of Personality and Antidepressant Medication Compliance. Can J Psychiatry 49: 106-113, 2004
129. Demirkıran F, Terakye G, Depresif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumları Ve Destekleyici Hemşirelik Uygulamalarının Uyum Düzeyine Etkisi, KrizDergisi 9 (2): 29-39
130. Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi 4: 251-259, 1996.
131. Öner N. (2006). Türkiye’de kullanılan psikolojik testlerden örnekler, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 2. baskı içinde (446-847).
132. Ulusoy M. (1993) Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

133. Köse S, Sayar K, Ak İ, Aydın N. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 14: 107-131, 2004.
134. The influence of personality factors on paroxetine response time in patients with major depression Kaneda A, Yasui-Furukori N, Nakagami T, Sato Y, Kaneko S, Journal of Affective disorders 2011
135. Celikel FC, Kose S, Cumurcu BE, Erkorkmaz U, Sayar K, Borckardt JJ, Cloninger CR, 2009. Cloninger's temperament and character dimensions of personality in patients with major depressive disorder. Compr. Psychiatry 50, 556–561.
136. Weinberg A, Creed F (2000) Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff, Lancet, 355: 533-537.
137. Binbay T, Kaya B (2006) Özelleştirmeler, sağlık çalışanları ve psikososyal etmenler. Toplum ve Hekim, 21(3): 189-193.
138. Kaya B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış Klinik Psikiyatri 2007; 10(Ek 6): 11-20
139. Nicholson A, Pikhart H, Pajak A ve ark. (2007) Socio-economic status over the life-course and depressive symptoms in men and women in Eastern Europe. J Affect Disord.
140. Husain N, Gater R, Tomenson B ve ark. (2004) Social factors associated with chronic depression among a population-based sample of women in rural Pakistan. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 39: 618-624.
141. Mumford DB, Minhas FA, Akhtar S ve ark. (2000) Stress and psychiatric disorder in urban Rawalpindi. Community survey. Br J Psychiatry, 177: 557-562.
142. Demirarslan P, Peykan Gökalp GP, Ögel K, Babaoğlu AN, Kronik Depresyonda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler: İyileşen Majör Depresyon Olguları ile Karşılaştırma, Düşünen Adam; 1999, 12 (1): 4-11
143. Merikangas KR, Prusoff BA, Weissman MM (1988) Parental concordance for affective disorders: Psychopathology in off-spring. J Affect Disord, 15: 279-290.

144. Ünal S, Küey L, Lüleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri Klinik Psikiyatri 2002; 5: 8-15
145. Rush AJ, Kraemer HC, Sackeim HA Fava M, Trivedi MH, Frank E, Ninan PT, Thase ME, Gelenberg AJ, Kupfer DJ, Regier DA, Rosenbaum JF, Ray O, Schatzberg AF. Report by the ACNP Task force on response and remission in major depressive disorder. Neuropsychopharmacology 2006; 31: 1841-1853.
146. Fava M, Davidson KG. Definition and epidemiology of treatment resistant depression. Psychiatr Clin North Am 1996; 19: 179-200.
147. Yüksel N. Dirençli Depresyonların Tedavisi Klinik Psikiyatri 1998; 2: 115-119.
148. Birsöz S, Turgay A: Psikiyatride ilaç tedavisi. Medikomat, Ankara 122-23.
149. Kırılı S, Güleç C, Küey L, Bekaroğlu M, Evlice YE, Ünal S. Antidepresan tedaviye cevabın yaş, epizod sayısı, epizodun süresi ve ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü ile ilişkisi
150. Sussman N, Joffe RT (1998) Augmentation of antidepressant medication. J Clin Psychiatry, 59 (Suppl 5): 3-4.
151. Cramer JA, Rosenheck R (1998) Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. Psychiatr Serv, 49: 196-201.
152. Tunca Z, Hancıoğlu M (1993) Hastaların psikiyatriste devamını etkileyen etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 4: 219-223.
153. Rush AJ (2000) Mood disorders: Treatment of depression. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7. Baskı, V Sadock (Ed), New York, Lippincot and Wilkins.
154. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Patient adherence in the treatment of depression. Br. J. Psychiatry 180: 104-109, 2002
155. Maddox JC, Levi M, Thompson C: The Compliance with Antidepressants in General Practice. J. Psychopharmacol 8: 48-53, 1994
156. Demyttenaere K, Enzlin P, Dewe W, Compliance with Antidepressants In Primary Care Setting, 1: Beyond Lack of Efficacy and Adverse Events. J. Clin Psychiatry 62 (Suppl 22): 30-33, 2001

157. Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA. et al. Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric Properties and Clinical Applications. *J Consult Clin Psychol* 56: 885-892, 1988
158. Sirey J, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatr Serv* 2001;52:1615–20. *Am J Psychiatry* 2001;158:479-481. 10.1176/appi.ajp.158.3.479
159. Schalling D, Asberg M, Edman G, et al: Markers for Vulnerability to Psychopathology Temperament Traits Associated with Platelet MAO Activity. *Acta Psychiatr Scand* 76: 172-182, 1987
160. Ekselius L, Bengtsson F, Von Knorring L: Non-compliance with Pharmacotherapy of Depression is Associated with a Sensation Seeking Personality. *Int Clin Psychopharmacol* 15: 273-278, 2000
161. Wingerson D, Sullivan M, Dager S, Flick S, Dunner D, Roy-Byrne, P. Personality traits and early discontinuation from clinical trials in anxious patients. *J Clin Psychopharmacol* 1993; 13: 194–7.
162. Stein MB, Hackerman FR. The use of the MMPI-2 in conjunction with the Neo Personality Inventory. *Psychol Rep* 1991; 69: 955–8.
163. Demyttenaere K: Compliance During Treatment with Antidepressants, *J Affect Disord* 43: 27-39, 1997
164. Book HE: Some Psychodynamics of Non-compliance. *Can J Psychiatry* 32: 115-117, 1987
165. Cohen NL, Babby RM, et al: The Five Factor Model of Personality and Antidepressant Medication Compliance. *Can J Psychiatry* 49: 106-113, 2004
166. Lapierre YD: Controlling acute episodes of depression. *Int Clin Psychopharm* 6: 23-26, 1991.
167. Mendels J: The acute and long-term treatment of major depression. *J Clin Psychopharm* 7: 21-29, 1992.
168. Reimherr FW, Chouinard C, Cohn CK, et al: Antidepressant efficacy of sertraline: A double-blind, placebo and amitriptyline controlled, multicentre

comparison study in outpatients with major depression. *J Clin Psychiatry* 51: 9-12, 1990.

169. Zincir SB, Zincir N, Sünbül EA, Kaymak E. *Journal of Mood Disorders* Volume: 2, Number: 4, 2012 - www.jmood.org

170. Rezvanfard M, Ekhtiari H, Mokri A, et al. Psychological and behavioral traits in smokers and their relationship with nicotine dependence level. *Archives of Iranian Medicine*. 2009; 13: 395-405.

171. O'Doherty J, Kringelbach ML, Rolls ET, Hornak J, Andrews C. Abstract reward and punishment representations in the human orbitofrontal cortex. *Nat Neurosci*. 2001; 4: 95-102.

172. Heath AC, Madden PAF, Slutske WS, Martin NG. Personality and the inheritance of smoking behavior: a genetic perspective. *Behav Genet*. 1995; 25: 103-17.

173. Le Bon O, Basiaux P, Streel E, et al. Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug Alcohol Depend* 2004; 73: 175-182.

174. Y. Akvardar, H. Arkar, B. Akdede, *Alkol Kullanım Bozukluklarında Kişilik Özellikleri Bağımlılık Dergisi*, Cilt: 6, Sayı: 2, 2005

175. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. The Tridimensional Personality Questionnaire: US normative data. *Psychol Rep* 1991; 69: 1047 ± 57.

176. Young LT, Bagby RM, Cooke RG, Parker JD, Levitt AJ, Jofe RT. A comparison of Tridimensional Personality Questionnaire dimensions in bipolar disorder and unipolar depression. *Psychiatry Res* 1995; 58: 139 ± 43.

177. Meszaros K, Willinger U, Fischer G, Schonbeck G, Aschauer HN. The tridimensional personality model: influencing variables in a sample of detoxified alcohol dependents. European Fluvoxamine in Alcoholism Study Group. *Compr Psychiatry* 1996; 37: 109 ± 14.

178. Devoto A, Lucidi F, Violani C, Bertini M. Effects of different sleep reductions on day time sleepiness. *Sleep* 1999; 22: 336 ± 43.

179. Goldman RG, Skodol AE, McGrath PJ, Oldham JM. Relationship between the Tridimensional Personality Questionnaire and DSM-III-R personality traits. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 274 ± 6.
180. Lepine JP, Pelissolo A, Teodorescu R, Teherani M. Evaluation of the psychometric properties of the French version of the Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ). *Encephale* 1994; 20: 747 ± 53.
181. Reichborn-Kjennerud T, Lingjaerde O. Response to light therapy in seasonal affective disorder: personality disorders and temperament as predictors of outcome. *J Affect Disord* 1996; 41: 101 ± 10.
182. Mauro V, Mendlowicz, Girardin Jean-Louis, J. Christian Gillin, Hagop S. Akiskal, Leticia M. Furlanetto, Mark H. Rapaport, John R. Kelsoe, Sociodemographic predictors of temperament and character, *Journal of Psychiatric Research* 34 (2000) 221 ± 226

8. EKLER

Ek 1. Sosyodemografik veri formu

Adı Soyadı	:
Yaş	:
Cinsiye	:
Eğitim durumu	:
Medeni hal	:
Alkol	:
Sigara	:
Başlangıç yaşı	:
Atak sayısı	:
Kullandığı ilaç	:
Ailede Psikiyatrik Hastalık	:
Bilinen fiziksel hastalık	:
Telefon	:

Ek 2. Mizaç ve karakter envanteri

Mizaç ve Karakter Envanteri

(Türkçe TCI)

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

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

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

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

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

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

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

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen bütünüyle yanıttan emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ek 3. Mizaç karakter envanteri derecelendirme anahtarı

TCI Derecelendirme Anahtarı

Tüm ölçekler için pozitif olarak puanlandırılan (D= 1, Y= 0) maddelerin altı çizilmemiş, negatif olarak puanlandırılan maddelerin altı çizilmiştir (D= 0, Y= 1). Aşağıdaki maddeler ise TCI'n bir bölümü olarak puanlanmamıştır: 69, 75, 101, 111, 118, 134, 140, 170, 176, 190, 213, 230, 239, 240.

Yenilik Arayışı (Novelty Seeking)

- NS1 Keşfetmekten heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık (11 madde)
1, 29, 52, 70, 99, 114, 144, 167, 191, 211, 238
- NS2 Dürtüsellik-iyice düşünme (10 madde)
13, 35, 61, 82, 108, 130, 148, 187, 203, 237
- NS3 Savurganlık-Tutumluluk (9 madde)
19, 41, 66, 109, 139, 155, 174, 192, 219
- NS4 Düzensizlik-Düzenlilik (10 madde)
34, 53, 79, 91, 110, 141, 165, 183, 204, 212
- NS Toplam Yenilik Arayışı Puanı (40 madde): NS1 + NS2 + NS3 + NS4

Zarardan Kaçınma (Harm Avoidance)

- HA1 Beklenti endişesi ve karamsarlık-Sınırsız iyimserlik (11 madde)
2, 20, 42, 65, 81, 112, 119, 149, 164, 188, 225
- HA2 Belirsizlik korkusu (7 madde)
12, 26, 67, 129, 154, 189, 217
- HA3 Yabancılardan çekinme (8 madde)
27, 54, 80, 100, 142, 157, 209, 231
- HA4 Çabuk yorulma ve dermansızlık (9 madde)
22, 43, 63, 92, 113, 147, 182, 202, 236
- HA Toplam Zarardan Kaçınma Puanı (35 madde): HA1 + HA2 + HA3 + HA4

Ödül Bağımlılığı (Reward Dependence)

- RD1 Duygusallık (10 madde)
3, 28, 55, 83, 102, 120, 158, 181, 210, 224
- RD3 Bağlanma (8 madde)
21, 44, 68, 117, 143, 180, 201, 226
- RD4 Bağımlılık (6 madde)
14, 46, 71, 131, 156, 193
- RD Toplam Ödül Bağımlılığı Puanı (24 madde): RD1 + RD3 + RD4

Sebat Etme (Persistence)

- P Sebat etme (8 madde)
11, 37, 62, 103, 128, 166, 205, 218

Kendi Kendini Yönetme (Self-Directedness)

- S1 Sorumluluk alma-Kınama (8 madde)
4, 24, 58, 86, 121, 151, 169, 198
- S2 Amaçlılık-Amaçsızlık (8 madde)
9, 30, 59, 105, 126, 159, 177, 223
- S3 Beceriklilik (5 madde)
40, 106, 171, 197, 233
- S4 Kendini kabullenme- Kendisiyle çekişme (11 madde)
32, 60, 74, 85, 94, 107, 136, 150, 179, 214, 229
- S5 Aydınlanmış ikinci mizaç (12 madde)
17, 36, 39, 90, 104, 115, 135, 162, 184, 196, 207, 221
- S Toplam Kendi Kendini İdare Etme Puanı (44 madde): S1 + S2 + S3 + S4 + S5

İş Birliği Yapma (Cooperativeness)

- C1 Sosyal kabullenme-Sosyal hoşgörüsüzlük (8 madde)
5, 16, 48, 89, 122, 133, 172, 234
- C2 Empati duyma-Sosyal ilgisizlik (7 madde)
25, 49, 73, 137, 161, 185, 227
- C3 Yardımseverlik-yardım sevmemezlik (8 madde)
10, 47, 64, 87, 127, 153, 178, 216
- C4 Acıma-intikamcılık (10 madde)
7, 33, 57, 78, 98, 124, 146, 168, 199, 222
- C5 Temiz kalplilik vicdanlılık-Kendi kendine yara sağlama (9 madde)
18, 50, 72, 93, 138, 160, 186, 206, 235
- C Toplam İş Birliği Puanı (42 madde): C1 + C2 + C3 + C4 + C5

Kendi Kendini Aşma (Self-Transcendence)

- ST1 Kendini kaybetme-Kendilik bilincinde yaşantı (11 madde)
8, 23, 45, 76, 96, 125, 152, 173, 195, 215, 228
- ST2 Kişiler arası özdeşim-Kendi kendine ayrışma (9 madde)
15, 31, 51, 84, 95, 132, 163, 200, 232
- ST2 Manevi kabullenme-Akılca maddecilik (13 madde)
6, 38, 56, 77, 88, 97, 116, 123, 145, 175, 194, 208, 220
- ST Toplam Kendi Kendini Aşma Puanı (33 madde): ST1 + ST2 + ST3

Ek 4. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği

Hastanın adı-soyadı : _____

Test tarihi (gün-ay-yıl) : _____

Testi uygulayan hekim : _____

1. DEPRESİF DUYGUDURUM (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik) ()

0= Yok .

1= Sadece soruları yanıtlarken anlaşıyor.

2= Hasta bu durumları daha açık bir şekilde söylüyor.

3= Depresyonunun sözel olmayan belirtilerini açıkça gösteriyor (postür, yüz ifadesi, ses, ağlama).

4= Hasta bu durumlardan birisinin kendisinde bulunduğunu, sözel ve sözel olmayan yolla açıkça belirtiyor.

2. SUÇLULUK DUYGUSU ()

0= Yok.

1= Kendini suçlu bularak insanları üzdüğünü hissediyor.

2= Geçmişteki hatalar ve günahlarla ilişkin suçluluk düşünceleri var.

3= O anki hastalığını bir ceza olarak kabul ediyor, suçluluk sanrıları var.

4= Suçlayıcı ve itham edici sesler duyuyor ve/veya tehdit edici görsel varsanılar görüyor.

3. İNTİHAR ()

0= Yok.

1= Hayatının yaşamaya değmeyeceğini hissediyor.

2= Ölmüş olmayı arzuluyor veya kendisi için olası her türlü ölümü düşünüyor.

3= İntihar düşünceleri veya davranışı var.

4= İntihar girişimi (herhangi bir ciddi intihar girişimi 4 puan olarak değerlendirilir).

4. UYKUYA DALMADA GÜÇLÜK ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK ()

0= Uykuya dalmada herhangi bir güçlük çekmiyor.

1= Son üç geced en az birinde uykuya dalmadan önce, yarım saatten daha fazla bir süreyi yatakta geçiriyor.

2= Son üç geced en üçünde de uykuya dalmadan önce, yarım saatten daha fazla bir süreyi yatakta geçiriyor.

5. GECE YARISI UYANMA ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK ()

0= Yok.

1= Son üç gecedен en az birinde gece boyunca huzursuz ve rahatsız olmaktan yakınıyor.

2= Her gece uyanıyor (tuvalet gereksinimi dışında her yataktan kalkış 2 puan olarak değerlendirilir.

6. SABAH ERKEN UYANMA ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK ()

0= Yok.

1= Sabahın erken saatlerinde uyanıyor fakat tekrar uyuyor.

2= Yataktan kalktıktan sonra tekrar uyuyamıyor.

7. İŞ VE AKTİVİTELER ()

0= Sorun yok.

1= Aktiviteleriyle işiyle ya da hobileriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2= Aktivite, hobi ya da işe duyulan ilginin kaybolması. Hasta bunu doğrudan kendi söyler ya da dolaylı olarak kayıtsızlığı ve kararsızlığı ile gösterir.

3= Aktivitelere ayrılan zamanda ve üretkenlikte azalma. Hastane değerlendirmesinde eğer hasta en az üç saatini aktivitelere (hastane işi veya hobileri) ayırmıyorsa 3 puan verin.

4= O anki hastalığı nedeniyle çalışmayı bırakmış. Hastanede hasta servis işleri dışında hiçbir aktiviteye katılmıyorsa veya yardım almadan servis işlerini yapamıyorsa 4 puan ile değerlendirin.

8. RETARDASYON ()

0= Normal konuşma ve düşünme.

1= Görüşme sırasında hafif retardasyon gözleniyor.

2= Görüşme sırasında açıkça retardasyon gözleniyor.

3= Görüşme yapmakta güçlük çekiyor.

4= Tam stupor.

9. AJİTASYON ()

0= Yok.

1= Şüpheli veya hafif ajitasyon.

2= Eller, saçlar vb ile oynama.

3= Ayakta dolaşma, sakin oturamama.

4= Ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak yeme

10. PSİŞİK ANKSİYETE ()

0= Yok .

1= Subjektif gerilim ve iritabilite.

2= Küçük şeylerden kaygı duyma.

3=Yüzde veya konuşmada belirgin endişe ifadesi.

4= Yaşamını belirgin olarak etkileyen sıkıntı ve korkularını anlatıyor.

11. SOMATİK ANKSİYETE ()

(Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik belirtiler:

*Gastrointestinal –ağız kuruluğu, gaz çıkarma, hazımsızlık, daire, kramplar, geğirme

*Kardiovasküler- palpasyonlar, baş ağrıları

* Solunumla ilgili-hiperventilasyon, iç çekme

* Sık idrara çıkma

*Terleme)

0=Yok.

1= Hafif.

2= Orta.

3= Şiddetli.

4= Çok şiddetli.

12. SOMATİK SEMPTOMLAR-GASTROİNTESTİNAL ()

0= Yok.

1= İştahsız, ancak hastane personelinin teşvikiyle yiyebiliyor. Karında şişkinlik.

2= Hastane personeli zorlamadan yemekte güçlük çekiyor. Gıda alımı azalmıştır. Kabızlıktan yakınıyor.

13.SOMATİK SEMPTOMLAR GENEL ()

0= Yok.

1= Ekstremitelerde, sırtta ve başta ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrıları ve kas ağrıları. Enerji kaybı ve yorgunluk hissi.

2= Açıkça ve sürekli yorgun ve tükenmiştir veya belirgin bir yakınması vardır.

14. GENİTAL SEMPTOMLAR ()

0=Yok (Cinsel ilgi ve aktivite her zamanki gibidir).

1= Hafif (Cinsel istek ve zevk orta derecede azalmıştır).

2= Şiddetli (Cinsel istek ve zevk açıkça yoktur).

15. HIPOKONDRIAZİS ()

0=Yok.

1= Vücut semptom ve işlevleriyle her zamankinden biraz daha fazla meşguldür.

2= Fiziksel sağlığından belirgin olarak kaygılanmaktadır.

3= Bütün semptomlarını açıklayabilecek bir fiziksel hastalığı olduğundan emindir (Örneğin beyin tümörü, kanser vs).

4= Hipokondriak düşünceler sanrısız düzeydedir.

16. KİLO KAYBI ()

(A veya B değerlendirmesi yapın)

A. Anamneze göre değerlendirirken

0= Kilo kaybı yok.

1= Mevcut hastalığa bağlı olası kilo kaybı.

2= Kesin (Hastaya göre) kilo kaybı.

B. Haftalık ölçümlerde (doktor veya sağlık personeline yapılan). Gerçek vücut ağırlığı değişiklikleri ölçülürken

0= Haftada 0.5 kg'dan daha az kilo kaybı.

1= Haftada 0.5 kg'dan fazla kilo kaybı.

2= Haftada 1 kg'dan fazla kilo kaybı.

17. İÇGÖRÜ ()

0= Depresif ve hasta olduğunun farkında.

1= Hasta olduğunu farkında fakat bunu kötü gıdalar, iklim şartları, aşırı çalışma, virüs, dinlenme ihtiyacı gibi nedenlere bağlıyor.

2= Hasta olduğunu tümüyle reddediyor.

Ek 5. Beck depresyon ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğini kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufak bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskisi oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

Ek 6. Beck anksiyete ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verimıştır. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

Ek 7. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu



**BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Sayın,

Sizi Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yürütülen "Major Depresyonu Olan Hastalarda Tedaviye Uyumun Mizaç ve Karakter Özellikleri ile İlişkisi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahibsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Doç. Dr. Nuray Atasoy

Katılma ve Çıkma:

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahibsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya tedaviniz ve klinik izleminizde hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Gizlilik:

İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Bakanlık ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişimleri bulunabilmektedir; ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Herhangi bir zararlanma durumunda yükümlülük/sorumluluk:

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar araştırmacı tarafından karşılanacaktır. Uygulama sırasında gelişebilecek herhangi bir hasara karşı (ölüm/sakatlanma dahil) güvence altına alınmaktasınız, oluşabilecek hasar size tarafımızdan yapılan sigorta ile tazmin edilecektir (Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması gerekli olmayan araştırmalar için zorunlu değildir).

Araştırmanın Amacı:

Major depresyonu olanlarda; tedavi yöntemleri ve antidepresan tedaviye uyumu öngörmek önemlidir. Bu çalışmada hastalarımız tedaviye uyumlu olan ve tedaviye uyumlu olmayan olarak iki gruba ayrılarak kişilik özelliklerinin; tedaviye uyuma olan etkisine bakılması hedeflendi. Bu çalışmada major depresyonda tedaviye uyumu öngörmek için Mizaç Karakter Envanteri ile mizaç ve karakter özelliklerine bakılması ve tedaviye uyumla ilişkisine bakılması amaçlanmıştır.

Çalışmanın adı:
Tarih:



**BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Bu araştırmada yer almanız ile size Mizaç Karakter Envanteri, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği uygulanacaktır. Mizaç Karakter Envanteri 240 sorudan oluşmakta ve uygulama süresi ortalama 20 dakika, Beck Depresyon Ölçeği 21 sorudan oluşmakta ve uygulama süresi yaklaşık 10 dakika, Beck Anksiyete Ölçeği 21 sorudan oluşmakta ve uygulama süresi yaklaşık 10 dakika sürmektedir.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Doç. Dr. Nuray Atasoy, Arş. Gr. Dr. Ülkü Beşiktepe

Araştırmanın Süresi: 6ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 150

Size Getirebileceği Olası Faydalar:

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar: Bu çalışma ile ilgili olarak herhangi bir sorumluluğunuz yoktur. Bu araştırmada sizin için tıbbi açıdan herhangi bir risk söz konusu değildir.

Masraflar:

Araştırma bütçe gerektirmemektedir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

İletişim Kurulacak Kişi(ler):

Araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili daha fazla bilgi temin edebilmeniz veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durum için günün 24 saatinde 0372 261 21 41 nolu telefondan Dr Ülkü Beşiktepe 'ye ulaşabilirsiniz.

Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirilebileceksiniz

Çalışmanın adı:
Tarih:



BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
KLINİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasımın bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgileri mevzuatta belirtilen kişi/kurum/kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışında aktarılmasına olur veriyorum.

“[.....] çalışması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.); (Gönüllü tarafından uygun olan şık işaretlenmelidir)

- Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum
- İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Çalışmanın adı:

Tarih:



**BÖLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Açıklamaları Yapan Kişinin
Adı-Soyadı:
İmzası:
Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

Çalışmanın adı:
Tarih:

Ek 8. Etik Kurul Onayı



T.C.
ZONGULDAK KARAELMASÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

20

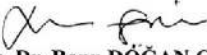
TOPLANTI TARİHİ : 03/04/2012
TOPLANTI NO : 2012/08

KARARLAR :

- 1- ZKÜ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Nuray ATASOY'un sorumluluğunda yapılacak olan 2012-38-06/03 Protokol no'lu "Major Depresyonu Olan Hastalarda Tedaviye Uyumun Mizaç ve Karakter Özellikleri ile İlişkisi" konulu çalışmanın Etik Kurallara uygunluğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R


Doç. Dr. Banu DÖĞAN GÜN
ZKÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı