

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

DEPRESYON HASTALARINDA KİŞİLİK TİPİ ÖZELLİKLERİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Yasemin Nur MAKAS ORAL

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN

Erzurum-2017

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

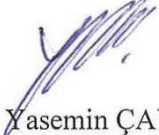
İlgi: 16.03.2017 tarihli ve 42190979-302.14.05- E.1700082761 sayılı belge.

TIPTA UZMANLIK TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta uzmanlık öğrencisi araştırma görevlisi **Dr. Yasemin Nur MAKAS ORAL**'ın "**Depresyon Hastalarında Kişilik Tipi Özellikleri**" konulu tezini incelemek üzere oluşturulan tez jürisine üye olarak seçildiğimiz ilgi yazınızla bildirilmesi üzerine jüri üyeleri, **24.03.2017** tarihinde toplanmış ve ilgili öğrenci tez savunmasına alınmıştır.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunmasının tamamlanması sonucunda adı geçen tezi jüri üyelerince oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederiz.


Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı V.
Jüri Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği A.D. Öğretim Üyesi
Jüri Üyesi



Yrd. Doç. Dr. Coşkun ÖZTEKİN
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği A.D. Öğretim Üyesi
Jüri Üyesi



İÇİNDEKİLER

ONAY	III
TABLolar DİZİNİ	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ	V
KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TEŞEKKÜR	VIII
ÖZET.....	IX
ABSTRACT	XI
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Depresyon	3
2.1.1. Depresyonun Tarihçesi.....	3
2.1.2. Depresyonun Etiyolojisi.....	4
2.1.2.1. Genetik	4
2.1.2.2. Depresyonun Nöroanatomi si.....	4
2.1.2.3. Biyolojik Etkenler	6
2.1.2.4. Nöroendokrin Sistem	8
2.1.2.5. İmmun Sistem	9
2.1.2.6. Psikososyal Etkenler	9
2.1.3. Depresyonun Epidemiyolojisi	11
2.1.4. Depresyonun Belirti ve Bulguları (14).....	13
2.1.5. Depresyonun Tanısı	15
2.1.6. Depresyonun Ayırıcı Tanısı	17
2.1.7. Depresyonda Gidiş ve Sonlanım	22
2.1.8. Depresyonun Tedavisi.....	24
2.2. Kişilik.....	30
2.2.1. Kişiliğin Tanımı	30
2.4. Enneagram.....	36
2.4.1. Dokuz Kişilik Tipi	37
2.4.1.1. Bir Numaralı Kişilik Tipi: Mükemmeliyetçi-Reformcu	38
2.4.1.2. İki Numaralı Kişilik Tipi: Yardımsever	39

2.4.1.3. Üç Numaralı Kişilik Tipi: Başaran-Motivatör	40
2.4.1.4. Dört Numaralı Kişilik Tipi: Traji-Romantik.....	42
2.4.1.5. Beş Numaralı Kişilik Tipi: Gözlemci-Araştırmacı	43
2.4.1.6. Altı Numaralı Kişilik Tipi: Sadık-Sorgulayan	44
2.4.1.7. Yedi Numaralı Kişilik Tipi: Ehli Keyf-Rahatına Düşkün.....	45
2.4.1.8. Sekiz Numaralı Kişilik Tipi: Reis-Lider	46
2.4.1.9. Dokuz Numaralı Kişilik Tipi: Barışçı-Sakin.....	47
3. GEREÇ VE YÖNTEM	49
4. BULGULAR	51
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ VE ÖZELLİKLER	61
7. KAYNAKLAR	62
8. EKLER.....	73
EK-1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni.....	73
EK-2. Taştan Kişilik Tipi Ölçeği(TKTÖ).....	75

ONAY

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 28.09.2016 tarih ve 1600220217 sayılı yazısı ile “Depresyon Hastalarında Kişilik Tipi Özellikleri” konulu tez konusunun araştırma görevlisi Dr. Yasemin Nur MAKAS ORAL tarafından çalışılması uygun görülmüştür. Çalışma Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı'na 28.09.2016 tarih ve 6 sayılı oturumunun 59 no lu kararı ile tez çalışması olarak kabul edilmiştir. Seçilen konu incelenmek üzere Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı'na görüşülmüş ve 24.10.2016 tarih ve B.30.2.ATA.0.01.00/4 sayılı yazısı ile 6 no lu toplantısının 23 no lu kararınca çalışma etik kurallara uygun görülmüştür.

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Depresyon-psödodepresyon ayırıcı tanısı	18
Tablo 2. Demans-Psödodemans ayırıcı tanısı	21
Tablo 3. Depresyon hastalarından oluşan çalışma grubu ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun cinsiyet dağılımı.....	51
Tablo 4. Depresyon hastalarından oluşan çalışma grubu ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun eğitim durumu dağılımı	52
Tablo 5. Depresyon hastalarından oluşan çalışma grubu ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun yaş dağılımı.....	52
Tablo 6. Depresyon hastalarından oluşan çalışma grubu ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun kişilik tiplerine göre dağılımı.....	53
Tablo 7. Depresyon hastalarından oluşan çalışma grubu ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun kişilik tipleri sayı ve yüzdeleri.....	56
Tablo 8. Çalışmanın evreninin kişilik tipi dağılımı.....	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Enneagram sisteminde dokuz kişilik tipinin gösterimi.....	38
Şekil 2. Çalışma ve kontrol grubunun kişilik tiplerine göre dağılımı.....	54
Şekil 3. Çalışma grubundaki hastaların kişilik tipi dağılımı.....	54
Şekil 4. Kontrol grubundaki bireylerin kişilik tipi dağılımı	55
Şekil 5. Çalışmanın evreninin kişilik tipi dağılımı	57



KISALTMALAR DİZİNİ

TKTÖ	: Taştan Kişilik Tipi Ölçeği
M.Ö.	: Milattan Önce
M.S.	: Milattan Sonra
PMD	: Psikoz Manyak Depresif
BDNF	: Brain Derived Neurotrophic Factor
MR	: Manyetik Rezonans görüntüleme
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
GABA	: Gamma Amino Butirik Asit
TRH	: Thyrotropin Releasing Hormone
TSH	: Thyrotrophin Stimulating Hormone
CRF	: Corticotropin Releasing Factor
NE	: Norepinefrin
MAO	: Monoamin Oksidaz
5HT	: 5-Hidroksitriptamin
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
SERT	: Serotonin taşıyıcısı
CRH	: Corticotropin Releasing Hormone
ACTH	: Adrenocorticotrophic Hormone
DST	: Deksametazon Supresyon Testi
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
REM	: Rapid Eye Movement
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
EKT	: Elektro Konvulzif Tedavi
TSA	: Trisiklik antidepresanlar
SSRI	: Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörleri
SNRI	: Serotonin Noradrenalin Reuptake İnhibitörleri

BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BFM	: Beş Faktör Kişilik Modeli
PKM	: Psikobiyolojik Kişilik Modeli
AMM	: Afektif Mizaç Modeli
MMPI	: Minnesota Multiphasic Personality Inventory



TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görev yaptığım süre içerisinde uzmanlık eğitimimde ve birçok konuda yardımları ile önemli katkıları olan sayın hocam Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Aile Hekimliği uzmanlığı eğitimim süresince ve yaptığım tez çalışmalarım sırasında bana destek ve yön vererek değerli yardımlarda bulunan sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Çalışma arkadaşlarım olarak birlikte aynı ortamı, güzellikleri ve sıkıntılarıyla paylaştığım tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

Hayatımın her döneminde verdiğim tüm kararlarda yanımda olan, fedakakarlıklarıyla ve sevgileriyle büyüdüğüm, haklarını ödeyemeyeceğim çok kıymetli annem ve babama teşekkür etmeyi borç bilirim.

İlk gördüğüm andan beridir canımdan can olan, hayatımın anlamı yaşama sevincim canım kızım İpek Su'yuma sonsuz teşekkür ederim. İyi ki varsın canım kızım.

Dr. Yasemin Nur MAKAS ORAL

ÖZET

Depresyon Hastalarında Kişilik Tipi Özellikleri

Amaç: Bu çalışmada amacımız depresyon hastalığı ve kişilik tipleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmamız Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniği ile Atatürk Üniversitesi Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama ve Araştırma Merkezine (ATYAM) 25.10.2016-15.02.2017 tarihleri arasında başvuran daha önce bir psikiyatri uzmanı tarafından depresyon tanısı almış ve herhangi başka bir psikiyatrik hastalığı olmayan 228 kişi ile depresyon ve herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış sağlıklı 228 kişilik kontrol grubu olmak üzere 18-64 yaş arasında toplam 456 kişi üzerinde yapıldı. Her iki gruba kişisel bilgi toplama formu ve kişilik tiplerini tespit etmek amacıyla Taştan Kişilik Tipi Ölçeği uygulandı.

Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik veriler için sayı ve yüzde; numerik veriler için ortalama ve standart sapma sunuldu. Numerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Histogram grafiği ile incelendi. Hipotez testleri olarak Student t testi, Tek Yönlü ANOVA, Ki Kare ve Tukey testleri kullanıldı. İstatistiksel olarak önemlilik sınırı $p<0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışma grubunun 144'ü (%31,6) kadın iken; 84'ü (%18,4) erkek idi. Kontrol grubunun ise 134'ü (%29,4) kadın iken 94'ü (%20,6) erkek idi. Çalışma grubu ile kontrol grubu arasında cinsiyet yönüyle anlamlı fark saptanmadı ($p=0,337$).

Eğitim durumu yönüyle gruplarımızı incelediğimizde depresyon tanısı alan grubun 18'inin (%3,9) ilkokul, 26'sının (%5,7) ortaokul, 108'inin (%23,7) lise, 76'sının (%16,7) üniversite mezunu olduğu; kontrol grubunun ise 16'sının (%3,5) ilkokul, 30'unun (%6,6) ortaokul, 107'sinin (%23,5) lise, 75'inin (%16,4) üniversite

mezunu olduğu görüldü. Gruplar arasında eğitim durumu yönüyle anlamlı fark saptanmadı ($p=0,937$).

Çalışmamıza katılan depresyon tanılı kişilerin yaş ortalaması $35,5\pm10,4$ iken kontrol grubunun yaş ortalaması $39,1\pm10,2$ idi. Çalışma grubu ve kontrol grubu arasında yaş yönüyle anlamlı fark saptandı ($p<0,05$).

Depresyon hastalarında en sık kişilik tipi %20 oranıyla ($n=91$) dört numaralı (traji-romantik) kişilik tipi bulundu. Kontrol grubunun en sık kişilik tipi ise %8.1 oranıyla ($n=37$) iki numaralı kişilik tipi bulundu. Çalışma ve kontrol grubunda kişilik tipi yönüyle anlamlı fark vardı ($p<0,05$).

Sonuç: Depresyon hastalarının kişilik tipleri incelendiğinde dört numaralı kişilik tipinin (traji-romantik) sağlıklı kontrol grubuna göre daha sık olduğu görüldü. Bu durum, dört numaralı kişilik tipine sahip bireylerin gelecekte depresyon gelişme ihtimaline karşı yakından izlenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Çalışmamızın sonuçlarının daha geniş kapsamlı ve çok merkezli çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, kişilik tipi, enneagram, TKTÖ

ABSTRACT

Personality Traits in Depressed Patients

Objective: In this study, we aim to evaluate the relationship between depression and personality types.

Method: Our study is performed on a total of 456 people aged between 18-64 and applied to Atatürk University Medical Faculty Polyclinic of Family Medicine and Atatürk University Acupuncture and Complementary Medical Methods Application and Research Center (ATYAM) between 25.10.2016-15.02. dates, 228 of them were diagnosed with depression by a psychiatric specialist and had no other psychiatric disorder and 228 of them were control group who were healthy and had no psychiatric diagnosis of depression. In order to determine the personal information collection form and personality types of both groups, Taştan Personality Type Scale was applied.

SPSS 22.0 package program was used in the analysis of the data. In descriptive statistics; number and percentage were presented for categorical data; average and standard deviation were presented for numerical data. The convenience of numerical variables to the normal distribution was evaluated by Histogram graph. Student t test, one-way ANOVA, chi square and Tukey tests were used as hypothesis tests. Statistically, the significance limit was accepted as $p < 0.05$.

Findings: 144 (%31,6) were female and 84 (%18,4) were male of study group. 134 (%29,4) were female and 94 (%20,6) were male of control group. There was no significant difference between study group and control group in terms of gender ($p=0,337$).

When we examined our groups in terms of educational status, we found that 18 (3.9%) members of the group that was diagnosed with depression were primary school graduate, 26 (5.7%) were secondary school graduate, 108 (23.7%) were high school graduate, 76 (16,7%) were university graduate; and 16 (3,5%) members of

control group were primary school graduate, 30 (6,6%) were secondary school graduate, 107 (23,5%) were high school graduate, 75 (16,4%) were university graduate. There was no significant difference between the groups in terms of educational status.

The average age of people diagnosed with depression who participated in our study was 35.5 ± 10.4 while the average age of the control group was 39.1 ± 10.2 . There was a significant difference between the study group and the control group in terms of age ($p < 0.05$).

Number four (tragi-romantic) personality type with 20% ($n = 91$) average was found the most frequent personality type in depressive patients. The most frequent personality type of the control group was the number two personality type with (8.1%) ($n = 37$) average. There was a significant difference between study and control groups in terms of personality type ($p < 0,05$).

Conclusion: When personality types of depression patients were examined, it was seen that number four personality type (traji romantic) was more frequent than healthy control group. This suggests that individuals with number four type should be closely monitored in the future for the possibility of developing depression. The results of our study need to be supported by more comprehensive and multi-centered studies.

Key Words: Depression, personality type, enneagram, TKTO

1. GİRİŞ

Depresyon; duygulanımsal, bilişsel, davranışsal ve bedensel bulgularla seyreden psikiyatrik bir bozukluktur (1, 2). Bilimsel kanıtlar yirminci yüzyılın ikinci yarısında depresyon yaygınlığının fark edilir biçimde arttığını göstermektedir (3). DSÖ raporlarına göre toplumda yaygın görülen ve yeti yitimine yola açan bir ruhsal bozukluk olan depresyonun yaygınlığının daha da artacağı, kalp damar hastalıklarından sonra en yaygın görülen ikinci hastalık olacağı öngörülmektedir (4). Dolayısıyla depresyona neden olan veya koruyucu olduğu düşünülen etkenler ilgi çekmektedir. Birçok araştırmada kadın olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, düşük sosyoekonomik düzey, bekar ya da boşanmış olmak depresyona neden olduğu düşünülen en sık incelenen değişkenlerdir (5). Bireyin kişilik özelliklerinden sosyal destek düzeyine ve stresle başa çıkma becerisine varan birçok değişken de depresyonun ortaya çıkmasında toplumsal süreçlerle etkileşim içindedir (6).

Kişilik, bireylerin düşünce, duygu ve davranış gibi psikolojik tepkilerindeki farklılıkları belirleyen sadece yaşanan an, içinde bulunulan biyolojik durum veya sosyal ortam ile açıklanamayan biçimde süreklilik gösteren özellikler ve eğilimler olarak tanımlanabilir (7). Kişilik, bireyin kendi fizyolojik, zihinsel ve ruhsal özellikleri hakkında bilgisi; iç ve dış çevresiyle kurduğu, diğer bireylerden ayırt edici, tutarlı ve yapılaşmış bir ilişki biçimi; bireye özgü duygu, düşünce ve davranışların örgütlenip bütünleşmesi şeklinde farklı tanımlamalarla da ifade edilmektedir (8). Birçok kuramcıya göre kişilik bireyle ilgili zihinsel, duygusal, sosyal ve fiziksel hemen her şeyi kapsar (9). Varoluş sürecinde insanları anlamak ve tanımak adına kişilikle ilgili birçok tanım ve sınıflandırma yapılmıştır. Psikiyatrinin gelişim sürecinde de bu durum devam etmiş ve her kuram kişiliği kendi açısından tanımlamaya çalışmıştır. Kişiliğe ilişkin bu güne kadar oluşturulmuş tanımlar ve geliştirilmiş araçlar değerlendirildiğinde hepsinin bir takım avantaj ve dezavantajlara sahip oldukları görülmektedir (10).

Kişilik kuramlarında yapılan tanımlamalarla uyumlu olan dönemlerde kişiliği anlamaya yönelik birtakım değerlendirme araçları da geliştirilmiştir. Değerlendirme araçları nesnel ölçüm yapan testler ve projektif olarak tanımlanan öznel

değerlendirme yapan testler olarak iki gruba ayrılabilir. Yapısal değerlendirmede kullanılan testler arasında en sık kullanılanı Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteridir (Minnesota Multiphasic Personality Inventory- MMPI). Projektif testler arasında en sık kullanılanlar ise Rorschach ve Tematik Algı Testi (Thematic Apperception Test-TAT)dir. Her iki test de psikanalitik kavramlara dayandığı için tekrarlanabilirlik ve güvenilirlik sorunları olan testlerdir (9). Günümüzde kişiliği anlamaya yönelik yapılan tanımlamalardan biri de Enegramı göre yapılan tanımlamadır ve bu tanımlamaya göre 9 farklı kişilik bulunmaktadır (11). TKTÖ (12) enegramı göre yapılan bu tasnifin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasının yapılmış halidir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

2.1.1. Depresyonun Tarihçesi

Duygudurum bozukluklarına ilişkin gözlemler, insanlık tarihi boyunca, değişik çağlarda değişik toplumlarda, çeşitli mitolojilerde, eski ve semavi dinlerde yer almıştır. M.Ö. 1400-1500 yüzyıllarından beri Hindistan'da yaygın olan bir inanca göre; ruhsal bozuklukların, depresyonların nedeni şeytandır. Birbirinden farklı yedi tip şeytanın insanın ruhunu elde etmesi sonucu çeşitli depresyonların ortaya çıktığına inanılmaktadır. Benzer inançlar eski Mısır ve Sümer mitolojilerinde de yer almıştır (13).

Hipokrat (M.Ö. 460-377) insanın duygudurumu ile beden sıvıları arasında bağlantı kurmuş, hafif kanlı mizaç, ağır kanlı mizaç, kara sevdalı mizaç ve sinirli mizaç olarak birbirinden farklı dört mizaç (duygudurum) tanımlamıştır. Hipokrat “kara safra” anlamına gelen “melankoli” terimiyle karasevdalı kişilik yapılarında, karaciğer ve safra yollarındaki bozukluklardan kaynaklanan durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik, uykusuzluk, kaygı, yetersizlik ve intihar düşünceleriyle ortaya çıkan bir hastalık tablosu tanımlamıştır (13). Galen (M.S. 131-201) ilk çağda eski Yunan'da kişilik yapılarının ve ruh ve sinir hastalıklarının açıklanmasına, adlandırılmasına ve sınıflandırmasına bilimsel görüş getiren Hipokrat'ın etkisi altında kalmış, onun kişilik yapısı ve hastalıklarla ilgili görüşlerini geliştirmiştir (13). Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri İbn-i Sina (M.S. 980-1037) olmuş, “Kanun” (Canon) kitabında ruh bozukluklarını ve hastalıklarını on beş grup içinde toplamış ve ilginç olgu örnekleri vermiştir (13). 19. Yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankolinin değişik türlerini, klinik belirtilerini yazmışlarsa da hepsini Psikoz Manyak Depresif (PMD) adı altında toparlamayı, hastalığın belirtilerinin, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını Kraepelin (1896) başarmıştır (14).

Depresyonun bugünkü tıbbi kavramlaştırılması onun duygulanımsal, bilişsel, davranışsal ve bedensel bulgularla seyreden bir psikiyatrik bozukluk olduğunu öngörmektedir (1, 2).

2.1.2. Depresyonun Etiyolojisi

2.1.2.1. Genetik

Depresyon geçiren hastaların birinci derece akrabalarında hastalanma riski genel nüfustaki riske göre iki üç kat yüksektir. Bu oran akrabalık derecesi arttıkça artar (15). Yineleyici ve erken başlangıçlı depresyonda kalıtımın rolünün daha fazla olduğu düşünülmektedir(16).

Biyolojik ebeveynlerinde mizaç bozukluğu olan çocuklarda onları evlatlık alan ebeveynlerde bir mizaç bozukluğu olmaması durumunda dahi depresyon geliştirme riski normal popülasyona göre daha fazla bulunmuştur. Bir başka araştırma da kalıtımın lehine sonuçlar elde edilmiştir; mizaç bozukluğu olan evlatlık edinilmiş çocukların biyolojik ebeveynlerinde mizaç bozukluğu yaygınlığı, evlatlık edinilmemiş mizaç bozukluklu çocukların ebeveynlerinki ile yakındır (15).

Monozigot ikizlerde major depresyon konkordansı (eş hastalanma riski) %50 civarında iken dizigot ikizlerde bu oran %10-25 civarındadır (15).

Çok genli ve gen çevre etkileşimine dayanan karmaşık bir patofizyolojisi olan depresyonun patofizyolojisinde rol oynadığı düşünülen genlerle (aday gen) yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin glukokortikoid reseptör geni, monoamin oksidaz A geni, glutamaterjik genler, BDNF geni gibi birçok gendeki polimorfizimlerle bağlantı gösterilmiştir (17).

2.1.2.2. Depresyonun Nöroanatomi

Duygudurum bozukluklarının beyin metabolik ve kan dolaşımı bozukluğu ile ilişkili olabileceğini gösteren ipuçları şunlardır; Birincisi, depresif hastalarda

bölgesel glukoz kullanımı, serebral kan akımı ve kan-beyin bariyerinde değişiklikler bulunmasıdır. İkincisi, tedavi sonunda bu belirtilen değişimlerin normale dönmesidir (18).

Depresyonun nöroanatomisine ilişkin yapılan sayısız yapısal ve işlevsel görüntüleme çalışması beynin birçok farklı bölgesinde çeşitli değişiklikler olduğunu göstermektedir. Bu denli farklı bulgunun elde edilmesi dikkatlerin tek bir beyin noktasına odaklanmaktan çok beynin farklı bölgeleri arasında var olan bağlantı döngülerine yönelmesine yol açmıştır. Bu döngüler içinde amigdala, ön singulat korteks, medyal prefrontal korteksi içeren medyal prefrontal limbik ağ serotonin nörotransmisyonu; ventral striatum ve bağlantılı orbitofrontal ve medyal prefrontal korteksi içeren ödül ağı ise dopaminle düzenlenmektedir (17).

Krishnan ve arkadaşları (1992) frontal lobda volüm kaybına dikkati çekmişler, Coffey ve arkadaşları (1993) da MR ile, major depresyon tanısı konmuş hastalarda, eşleştirilmiş kontrollere göre frontal lobda %7 küçülme bulmuşlardır. Sonraki dönemde, PET çalışmaları da frontal lob patolojilerine işaret etmiştir. PET çalışmalarında, major depresyonda, frontal lobda kan akımında ve glukoz metabolizmasında azalma dikkati çekmiştir (19, 20). Ito ve arkadaşları (1996) ve Vasile ve arkadaşları (1996), çalışmalarında, depresiflerde, dorsolateral prefrontal korteks, superior ve orta frontal giruslar, sağ anterior singulat, lateral frontal alanda kan akımının azaldığını göstermişlerdir (21, 22). Drevets ve arkadaşları (1992), birinci derece akrabalarında depresyon bulunan depresiflerde hastalık döneminde sol ventrolateral bölgeden medial prefrontal kortekse doğru olan bölgede kan akımında artış bulmuştur. Aynı grubun, hastalık dışındaki döneminde bu patolojinin ortadan kalktığını göstermesi bu alanın depresyonla ilişkili olabileceği düşüncesini desteklemektedir (23). Çalışmalarda frontal bölgede ortaya konmuş olan patolojiler, depresyonda, tanımlanmış döngülerde beklenen bozukluklarla örtüşmektedir.

Çalışmalar, major depresyonda basal ganglia yapılarının volümünde ve glukoz metabolizmasında azalma olduğuna işaret etmektedir. Özellikle geç başlangıçlı tablolarda bu değişiklikler belirgindir (24, 25). PET çalışmaları, nükleus kaudatus ya da basal ganglianın depresyonda rolü olduğuna işaret etmiş, MR

bulguları da bunları desteklemiştir (22). Basal ganglia patolojileri olanların antidepresif ilaç yan etkilerine karşı daha duyarlı olduğu düşünülmektedir (23).

Depresyonda hipotalamo-hipofizo-adrenal aksta duyarlılık artışı bilinmektedir. Serebellum, limbik sistemle fonksiyonel ilişkiler içinde oluşu nedeniyle depresyonda ele alınmaktadır.

2.1.2.3. Biyolojik Etkenler

Depresyonda biyokimyasal düzeneklerde ortaya çıkan değişikliklerin olduğu yadsınamaz; ancak bu değişikliklerin neden mi yoksa organizmanın strese karşı tepkisini ayarlama sürecindeki moleküler düzeyde işlevler mi olduğu daha uzun süre tartışılacak gibi görünmektedir. Birincil bir endokrin bozuklukta hormon değişimlerine karşılık olarak ruhsal belirtilerinde ortaya çıktığı bilindiği gibi, ağır üzüntü ya da coşku durumlarında ikincil olarak hormon değişimleri görülebileceği de göz önünde tutulmalıdır. Çalışmalar depresyonda serotonin, noradrenalin, dopamin gibi monoaminler, GABA, P-maddesi, BDNF, TRH, CRF, somatostatin, leptin, asetilkolin gibi birçok nörotransmitterin rolü olduğunu göstermektedir (14).

Noradrenalin: SSS'de noradrenerjik nöronların büyük bir kısmı 4. ventrikül tabanında bulunan locus coeruleus'ta bulunmaktadır. Reseptörlerin SSS'de en yoğun olarak bulundukları yer ise genel olarak hipotalamustur. Reseptörlerden alfa1 uyanıklık durumu, alfa2 presinaptik oto reseptör sedasyon, postsinaptik olan ise dikkatin sürdürülmesinde önemlidir. Beta1 ve beta2 yine aktivatör nitelikte reseptörlerdir. SSS'de bu sistemin aktivasyonu, dikkat kesilme, korku, alarm durumu ile kendini belli eden panik reaksiyonuna yol açar. Buna karşılık bu sistemin etkinliğinin azalması da depresyon gelişiminde rol oynamaktadır. Çünkü, NE ve locus coeruleusun kognitif fonksiyonlarda, duygudurum, emosyonel durum ve davranışlarda önemli olduğu düşünülmektedir (26). Depresyonda noradrenerjik sistemin rolü olduğunu gösteren başlıca kanıtlar şunlardır: monoaminlerin yıkımında rol oynayan MAO-A enziminin etkinliğinin artması; özkıyım sonucu ölen kişilerin beyin incelemelerinde kortekste beta adrenerjik reseptör yoğunluğunda artış saptanması; stresin depresyona yatkın kişilerin beyinlerinde noradrenalin turnover

etkinliğini arttırması ve noradrenalin geri alımını önleyen ilaçlarla düzelen hastalarda noradrenalin düzeyini düşüren girişimler yapılıncaya depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasıdır (27).

Serotonin: Serotonerjik nöronlar depresyon etiyolojisinde yeri belirlenmiş diğer nöronlardır. Serotonerjik yolların büyük bölümü beyinde raphe sistemi içinde inen ve çıkan yollar şeklinde bulunur. Çıkan yolak, uyku regülasyonu, normal davranış kalıbının sürdürülmesi, sıcaklık ve kan basıncının düzenlenmesi, beslenme davranışının düzenlenmesi, hormonal düzenleme, depresyon, anksiyete ve migren patogeneğinde rol oynamaktadır. İnen yolak ise ağrı duyusunun santral iletiminde rol oynar. Rapheden frontal kortekse olan serotonerjik projeksiyonların duygudurumun düzenlenmesinde; bazal gangliya olan projeksiyonların akatizi, agitasyon, obsesyon ve kompulsiyonda; limbik bölgeye olan projeksiyonların anksiyete ve panikte; hipotalamik projeksiyonların yeme davranışında ve uyku merkezine olan projeksiyonların da uykunun düzenlenmesinde önemli rolü olduğu bilinmektedir (26). Depresyon olgularında prefrontal kortekste 5-HT_{2A} bağlanması artmaktadır. Bu artış ile agresyon ve intihar davranışı arasında bağ kurulmaktadır. İntihar girişiminde bulunan bazı hastaların BOS' larında serotonin metabolitlerinin ve trombositlerdeki serotonin geri alım bölgelerinin düşük konsantrasyonda olması depresyonun ortaya çıkmasındaki serotonin rolünü açıklamaktadır. Depresyon olgularında serotonin emilim hızı da düşüktür. Serotonin taşıyıcısı(SERT) ise depresyon olgularında azalmaktadır. Bu azalma depresif belirtilerle ilişkili bulunmaktadır. Serotonin taşıyıcısı depresyon oluşumu yanında antidepresan ilaçların etki farklılıklarını da sağlamaktadır (26).

Dopamin: Dopamin zevk alma yetisini düzenleyen ana nörotransmittedir. Beyindeki dopamin düzeyinin düştüğü Parkinson hastalarında depresyon sık görülür. Depresyon hastalarının beyin görüntüleme ve ölüm ardı çalışmalarında dopamin taşınımının azaldığını gösteren bulgular, BOS' da dopamin metabolit düzeyinin düşüklüğü ve dopamin taşınımını artıran ilaçların antidepresan etkilerinin olması dopamin yolağının depresyon sırasında etkilendiğini göstermektedir (27).

2.1.2.4. Nöroendokrin Sistem

Hormonların psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi üç yönden önemlidir: İlk olarak, bazı peptid hormonlar klasik nörontransmitterler gibi işlev görürler. İkincisi, nöroendokrin eksenlerin hormonları kan yoluyla beyne taşınarak, feedback mekanizması oluşturur ve nöronal fonksiyonu etkileyebilirler. Üçüncü olarak da, bazı psikiyatrik hastalıklar klasik nöroendokrin eksenlerin hiperaktivitesi veya hipoaktivitesi ile seyredebilmektedirler (26).

Hipotalomo-Pitüiter-Adrenal Eksen: CRH, ACTH ve kortizol seviyeleri fiziksel ve psikişik streslere cevap olarak artmakta ve hemostazın sağlanmasında, adaptif cevapların geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Major depresyonlu hastaların çoğunda plazma kortizol konsantrasyonu yükselmiştir, kortizol metabolitleri artmıştır ve 24 saatlik idrar serbest kortizol konsantrasyonu yükselmiştir. Yani depresyonda kortizol hipersekresyonu vardır (26). Bu eksendeki bozuklukları gösteren deksametazon supresyon testi (DST) depresyon hastalarının yarısında bozuk bulunmaktadır. DST' si bozuk olan hastaların çoğunda sağaltım sonrasında depresyon düzelince DST' nin de düzeldiği görülür. Düzelmeyen olmaması ise kısa süre içinde hastalığın depreşeceğinin göstergesi olarak kabul edilir (27). Öte yandan bir başka yaklaşım da CRH salınımındaki artışın bunaltı, çevresel koşullara tepki vermeme, sabah kötüleşmesi, uyku sürekliliğinin bozulması, psikomotor devinimlerde değişiklikler, iştah azalması, cinsel istekte azalma ve bilişsel bozulmaya yol açması nedeniyle melankolik özellikli depresyonlarla bağlantılı olduğunu öne sürmektedir (28, 29).

Hipotalomo-pitüiter-tiroid eksen: Tiroid hormonları hemen hemen tüm organ sistemlerinin işlevlerinde, özellikle beslenme metabolizmasında, ısı regülasyonunda, tüm vücut dokularının gelişiminde ve fonksiyonunda rol oynamaktadır. Bu primer endokrin fonksiyonunun yanısıra TRH' nin nöronal eksitabilite, davranış ve nörotransmitter regülasyonunda direk etkisi bulunmaktadır. Hipertiroidizmde genellikle anksiyete, yorgunluk, depresyon, emosyonel labilite ve agitasyon, hatta nadiren psikoz semptomları gözlenir. Hipotiroidizmde ise psikomotor yavaşlama, yorgunluk, azalmış libido, depresif mizaç, intihar eylemi,

demans benzeri durum ve sekonder psikotik semptomlar gözlenmektedir (26). Depresyonda en önemli bulgu TRH'a TSH yanıtının azalması ve T4 düzeyinin yükselmesidir. Kontrollü çalışmalar tiroid işlevleri ile ilgili değişik bulguların kesinliğine kuşku düşürmektedir. Ancak, antidepresanlara dirençli depresyonlarda T3 eklenmesi ile kimi olgularda daha iyi sonuç alınabilmesi tiroid işlevi üzerindeki ilgiyi artırmaktadır (14).

Prolaktin: Hiperprolaktinematik hastalarda depresyon, azalmış libido, stres intolaransı, anksiyete ve artmış irritabilite şikayetleri gözlenmektedir.

2.1.2.5. İmmun Sistem

İmmünolojik bozuklukların birincil olmaktan çok kortizol artışı veya hipotalamik düzensizliklere ikincil geliştiği görüşü hakimdir. Bağışıklık sisteminin sürekli etkinleşmesi ile depresyon hastalarında IL-6, IL-1, TNF-alfa, CRP de yükselir. Bazı araştırmalar sitokinlerdeki yükseklik ile depresyon belirtilerinin şiddeti arasında bir korelasyon olduğunu göstermişlerdir (27). Antidepresan ilaçlar depresyon döneminde yükselen sitokinlerin üretilmesini baskılayarak normale dönmesini sağlamaktadır (17).

2.1.2.6. Psikososyal Etkenler

Psikanalitik Görüş: Depresyonla ilgili ilk psikanalitik görüşler Freud ve K. Abraham'a aittir. Yas ve depresyon arasındaki benzerlikler üzerinde durulmuş ve aralarındaki fark “agresyonun bireyin kendine yönelmesi” modeli ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bu kurama göre bir sevgi nesnesinin kaybı söz konusudur. Kaybedilen kişi introjekte (içe-atım) edilir, yani sevilen kişinin tasarımı benliğin içinde saklanır. Ancak bu kişiye duyulan sevginin yanında bilinçdışı nefret, öfke gibi olumsuz duygular da vardır. Bu duygular nedeniyle (yasdan farklı olarak) kişi suçluluk hisseder, benlik saygısında düşme olur. Ayrıca introjekte edilen kişiye karşı duyulan agresyon-öfke bireyin kendisine yönelir (bu da özkıyım davranışlarının nedeni olarak görülür). Depresyon için öne sürülen "nesne kaybı" kavramı daha sonra genişletilmiştir. Kayıp yalnızca sevilen bir kişi değil, sevilen, değer verilen herhangi

canlı-cansız bir nesne veya soyut bir kavram için de kullanılır olmuştur. Hatta kayıp gerçek olabileceği gibi gerçek olmayan, kişinin kayıp gibi algıladığı bir durum da olabilir (15).

Benlik Psikolojisi' ne göre insanlarda güçlü, üstün, güvenli, iyi ve sevilen bir kişi olma arzuları vardır. Benliğin narsistik emelleri denilen bu arzular gerçekleşmesi mümkün olmayan düzeyde ise veya gerçekleşmesini engelleyen durumlarla karşılaştıklarında kişinin benlik saygısında düşme olur, bu da depresyona neden olur (15).

Bilişsel Görüş: Beck' in Bilişsel Kuramı' na göre depresyonda temel patoloji bilişsel alandadır. Yani bireyin çevresi ve kendisi ile ilgili algılamaları, değerlendirmeleri ve yorumlarında yanlışlıklar-çarpıklıklar-yanlışlıklar mevcuttur. Bu kalıplaşmış düşünce şemaları kişide karamsarlık, çaresizlik duyguları uyandırır. Terapide bu bilişsel çarpıklıklar hasta ile birlikte saptanarak değiştirilmeye çalışılır (30). Bu düşünceler *otomatiktir*, farkına varmadan birdenbire akla gelirler; *çarpıtılmıştır*, gerçekleri tam olarak yansıtmazlar; *engelleyicidir*, depresyonun sürmesine neden olurlar, bazı şeylerin değiştirilmesi için harekete geçmeyi engellerler; *sorgulanmazlar*, gerçeklere uygun ve doğruymuş gibi görünürler, bu nedenle doğru olup olmadıkları sorgulanmaz; *direngendir*, akılda atılmaları zordur (31).

Davranışçı Görüş: İlk kez Seligman' ın köpeklerle yaptığı deneye dayanan “Öğrenilmiş Çaresizlik” görüşüne göre eğer hayvan kaçışının olmayacağı bir ortamda sürekli acı veren uyaranlara (elektrik şoku) maruz bırakılırsa bir süre sonra kaçma davranışı veya girişimlerinden vazgeçer. Çünkü ne yaparsa yapsın kaçamayacağını ve çaresiz kaldığını görmüştür. Bu durum insanlardaki depresyona benzerlik gösterir. Sürekli baş edemedikleri yaşam olayları ile karşılaşan insanlarda da benzer biçimde çaresizlik duygularının eşlik ettiği bir depresyon gelişir (15).

Hastalık Öncesi Kişilik: Depresyona yatkın kişiler genellikle kimseyi incitmemeye, herkesi hoşnut etmeye, iyiliksever olmaya eğilimli, aşırı duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü, yakınların aşırı bağlı ve bağımlı, kendisinden ve

yakınlarından yüksek beklentileri olan, mükemmeli arayan, onurlarına düşkün, öfke duygularını dışa vurmayan, çabuk etkilenen ve üzülen, kuruntulu kişilerdir. Bu özelliklerin çoğu yaşamın bir döneminde erdemli bir kişiliği gösterir. Bu erdemler sayesinde bu kişiler sevilirler, sayılırlar, başarılı olurlar. Çeşitli yaşam olayları, baskılar, örseleyici durumlar, yaşlanma, beklentilerin gerçekleşmemesi gibi durumlarla karşılaştıkça kişinin bu 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 (14).

2.1.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon yinelemelerle giden yüksek yeti yitimine neden olan ve tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluktur. Her yaşta görülebilir ancak 25-44 yaşları arasında daha sık izlenen bir hastalıktır (32). Yaşam boyu majör depresyon yaygınlığını Angst (1992) %4.4-%19.6 ve Kessler (1994) %17 olarak belirtmiştir (33, 34). Depresyonda sıklık (yılda görülen yeni olgu) erkeklerde 80-200/100.000, kadınlarda 250-600/100.000 olarak bildirilmiştir; yaşam boyu hastalanma riski erkekler için %8-12, kadınlar için %20-26 olarak bulunmuştur (14). Major depresyonun kadınlarda erkeklerin 2 katı olmasının nedenleri olarak; hormonal farklılıklar, genetik duyarlılık, tiroid hastalıkları, menstruasyon gibi biyolojik etmenler yanında; çocukluğundan itibaren şiddete maruz kalma, girişken olma yönünden baskılanma, boyun eğen, pasif ve bağımlı olmayı öğrenme, kadına verilen toplumsal roller ve ondan beklentiler (ev işleri, çocuk doğurma, çocuk yetiştirme, eşe karşı sorumluluklar), düşük eğitim ve gelir olanakları, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, ayrımcılığa maruz kalma gibi riskler gösterilmektedir (35-39). Son 30-40 yıl içinde yapılan araştırmalardan elde edilen verilere göre depresyonda kadın erkek arasındaki farkın giderek azaldığı sanılmaktadır. Bu, gelişmiş toplumlarda kadının sosyoekonomik konumundaki değişikliğe bağlı olabilir. Depresyon kadınlarda en çok 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmekte ise de bu bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından daha çok görüldüğüne ilişkin veriler artmaktadır (14).

Major depresyonun başlangıç yaşı önemli olup, ilk depresyon döneminin erken yaşta başladığı kişilerde; sosyal ve mesleki işlevsellik daha çok bozulup yaşam kalitesi daha çok düşmektedir, eş tanılı fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar ile intihar girişimi artışı yanında, daha fazla sayıda depresif dönemler izlenmekte ve depresif belirtiler daha şiddetli olmaktadır (32).

Majör depresyon bozukluğu riski bekarlarda, ayrı yaşayanlarda, dul ve boşanmış olanlarda evlilerden daha yüksek çıkmıştır (39-42). Hiç evlenmemişlerde boşanmış ve dullara göre daha düşük saptanırken (40, 43), yaşlılarda ise evli olmayanlarda evlilere göre daha yüksek saptanmıştır (44). Düşük gelir düzeyi, işsizlik, okur-yazar olmama diğer risk faktörleri olarak sayılabilir.

Depresyon ölüm riski açısından da önem taşır. Bütün öz kıyım olgularının %50-70'i duygudurum bozukluklarından kaynaklanmaktadır (14). Depresyonun başka hastalıklarla bir arada bulunması eşlik eden bedensel hastalığın gidişini olumsuz etkiler, ölüm riskini ve bedensel hastalığın yol açtığı yeti yitimini artırır. Genel hastanelerde yatan hastalar arasında depresyon ek tanısı olanların oranı %5-10 olarak bildirilmiştir (45). Koroner arter hastalığında, inmelerde, kanser hastalarında, yaşamı tehdit eden akut bedensel hastalıklarda, diyaliz hastalarında depresyon ek tanısının morbidite ve mortaliteyi artırdığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Öte yandan depresyon ek tanısının bulunduğu durumlarda bedensel hastalığa bağlı ölüm oranı da artar (46).

Toplumdaki her 6 kişiden birinin yaşamı boyunca depresyon geçirmesine karşın bu hastaların ancak %40'ı depresyon nedeniyle tedavi görmektedir (16). Gelişmiş ülkelerde bile toplumun ruhsal sorunlara karşı önyargıları ve ailelerin hastalarını saklama eğilimleri yüzünden tedavi görme olanağı daha da düşmektedir. Sıklığı, ağır iş gücü yetimine neden olması, tedavi edilebilir bir hastalık olmasına karşın tedavi olanaklarının yetersiz kalması gibi nedenlerle depresyonun önemli ve yaygın bir halk sağlığı sorunu olduğundan kuşku yoktur.

2.1.4. Depresyonun Belirti ve Bulguları (14)

I. Genel Görünüm: Yüz çizgileri belirgin, alın çizgileri derinleşmiş, omuzlar çöküktür, yüzünde üzüntülü bir ifade vardır. Kimi hastaların kendilerine bakımı azalmış olabilir. Bazı hastalarda genel bir yavaşlama, durgunluk hemen göze çarpar. Bazen çok sıkıntılı ve tedirgin görünüm ile birlikte hasta yerinde duramaz, dövünür, ileri geri yürür.

II. Konuşma ve İlişki Kurma: Hafif ve orta şiddetteki depresyonlarda hasta ile ilişki kurmak güç olmaz. Şiddetli depresyonlarda konuşma alçak sesli ve yavaştır. Hastadan yanıt almak güç olabilir. Çok ağır depresyonda ise hiç konuşmama (mutizm) görülebilir.

III. Duygulanım: Duygulanımda genel bir keyifsizlikten derin üzüntü, iç acısı duyma derecesine varan artma vardır. Buna *çökkün duygudurum (low mood)* denir. Hastalar sık ve kolay ağlamaktan yakınabilirler. Depresyonun şiddetini ve alttiplerini belirlemede kullanılan bir başka kavram da *çökkün duygudurumun çevresel uyaranlara verdiği yanıt*tır. Örneğin, atipik depresyonda çökkün duygudurum olumlu ortamlarda hafifler, hatta kaybolabilir. DSM-V' te üzgün sıfatına *umutsuz* sıfatı da eklenmiştir. Bir çalışmada majör depresyonu olan hastaların %11'i üzüntü tanımlarken umutsuz olmadıklarını; %8'i ise umutsuzluk tanımlarlarken üzüntü hali tanımlamadıklarını bildirmektedir (47, 48).

Ağır depresyonlarda üzüntü, keder, elem duygularının yoğunluğunun çok baskın olması bazen başka duyguların yaşanmasını engelleyebilir. Duygulanımda küntleşme ile karışabilen bu duruma dikkat etmek gerekir.

Kimi hastalarda üzüntü ile birlikte bunaltı (anksiyete), tedirginlik, kimi zaman da öfke hali olabilir. Bunaltılı hastalarda tedirginlik, yerinde duramama görülebilir. Bu duruma *bunaltılı ya da tedirgin çökkünlük* denir. Sabah bunaltısı ağır depresyonların tanısında önemli bir bulgudur.

Sıklıkla tanımlanan eskiden istekle ve zevkle yaptığı, ilgilendiği şeylere karşı isteksizlik ve zevk alamama (anhedonia) depresyonun en önemli belirtilerindendir.

IV. Bilişsel Yetiler: Hastalar sıklıkla unutkanlıktan yakınır. Fakat bu gerçek bir bellek bozukluğu değildir. Unutkanlık yakınması ağır üzüntü, sıkıntı ve dikkat azalmasına bağlıdır. Kimi hastalarda unutkanlık çok belirgin olduğundan bir yalancı bunama (psödodemans) izlenimi verebilir. Depresyonda genellikle algı bozukluğu görülmez.

V. Düşünce Süreci ve İçeriği: Düşünce hızı yavaşlamıştır. Düşünce içeriği geçmiş pişmanlıklar, acı veren olumsuz anılar, gelecek korkusu ile doludur. Çaresizlik ve umutsuzluk egemendir. Kendi kendini suçlama eğilimi vardır. Hastanın özsaygısı çok azalmıştır. Kendini işe yaramaz, değersiz, küçük görür. Suçlanma, değersizlik, işe yaramazlık düşünceleri cezalandırılma beklentilerine yol açar ve intihar düşünceleri gelişir. Özellikle orta yaş depresyon hastaları başlangıç döneminde bedensel yakınmalarla hekim hekim dolaşabilirler.

VI. Devinim: Hastalarda devinimde de (psikomotor) yavaşlama belirgindir. Devinim yavaşlığı hastadaki isteksizliğe, enerji eksikliğine bağlıdır. Ağır bunaltılı hastalarda yerinde duramama, ellerini ovuşturarak sürekli dolaşma ve aşırı tedirginlik (psikomotor ajitasyon) görülebilir.

VII. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler: Hastaların çoğunda yeme isteği azalır. Seyrek olarak aşırı yemek yeme ve kilo alma görülebilir. Sindirim sisteminde iştah azalması yanı sıra genel yavaşlama belirtileri ve kabızlık sık görülür. Genellikle enerji azlığı, güçsüzlük, halsizlik ve çabuk yorulmadan yakınır. Uykuya dalmada güçlük, uykunun sık bölünmesi ya da erken uyanma görülebilir. Depresyonda toplam uyku süresi azalır, uyku derinliği azalır, REM dönemleri daha uzun sürer. Cinsel isteksizlik olur, isteksizliğe bağlı olarak cinsel uyarılmada zorluk, antidepresan ilaçlara bağlı olarak sertleşme ve orgazm sorunları sık görülür.

2.1.5. Depresyonun Tanısı

Depresyon belirtilerinin çoğu herkesin zaman zaman yaşayacağı belirtilerdir. Depresyonu bir sendrom olarak farklılaştıran bu belirtilerin bir arada oluşu, yoğunluğu ve sürekliliğidir.

DSM-5'e göre depresyon tanı kriterleri şu şekildedir (47);

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitime ya da zevk alamamadır.

1. Çökkün duygudurum neredeyse her gün günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn: üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn: ağlamaklı görünür).
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemlle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn: bir ay içinde ağırlığın %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, özel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekmeye ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Ölçme ve Değerlendirme Araçları:

Klinik çalışmalarda olduğu kadar günlük klinik uygulamalarda da izlenen hastanın ilaçlara verdiği yanıtın değerlendirilmesi gerekir. Bu amaçla geliştirilen ve en yaygın olarak kullanılan ölçme araçları şu şekilde sıralanabilir;

Beck Depresyon Envanteri (BDE) (49): Depresif belirti ve tutumu değerlendiren 21 maddeden oluşur. Depresyonun şiddeti ile ilgili bilgi verir. Epidemiyolojik araştırmalarda ve tedavilerin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılır. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (50) tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Envanterden alınacak 0-9 puan minimal, 10-16 puan hafif, 17-29 puan orta, 30-63 puan ise ciddi depresyon olarak değerlendirilmiştir (49, 50).

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (51): Görüşmeye dayanan gözlemlerin sistematik olarak kayıt edildiği bir çizelgedir. Suçluluk duyguları, intihar, anksiyete gibi 17 madde 5 dereceli bir ölçekle değerlendirilerek toplam puan elde edilir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (52).

Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği (53): Depresyonun çekirdek belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan, görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. 0 ile 6 arasında derecelendirilen 10 maddeden oluşur. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (54).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (55): Bedensel hastalık nedeniyle hastanede yatmakta olan ya da birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastalarda anksiyete ve depresyon riskini belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilen hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (56).

2.1.6. Depresyonun Ayırıcı Tanısı

İkincil depresyon: Depresyonu olan bir hastayı değerlendirirken üzerinde durulması gereken önemli bir nokta hastalık tablosunun bedensel bir hastalığa ya da ilaç kullanımına ikincil gelişip gelişmediğidir. Eğer depresyon belirtileri bir maddenin fizyolojik etkilerine ya da tıbbi bir tabloya doğrudan bağlı ise klinik tablo ICD-10'da "*Organik duygudurum bozukluğu*"; DSM-5'te ise "*Bedensel hastalığa bağlı depresyon*" ya da "*bir maddenin fizyolojik etkilerine bağlı depresyon*" olarak adlandırılır. Altta yatan hastalığın tedavisi ya da kullanılan ilacın kesilmesi ile depresyon belirtileri düzelir. Ancak bu tartışmalı bir konudur. Depresyona yol açtığı düşünülen birçok bedensel hastalık ve ilaçla majör depresyon arasında doğrudan bir ilişki olmadığı, yatkınlığı olan kişilerde hastalık tablosunu tetiklediği görüşü de öne sürülmektedir (14). Depresyonu olan hastada yeterli doz ve sürede kullanılan antidepresan tedaviye yanıt alınmazsa altta yatan bedensel bir hastalıktan şüphelenilmeli ve araştırılmalıdır.

Tablo 1. Depresyon-psödodepresyon ayırıcı tanısı (57)

Depresyon	Psödodepresyon (fiziksel hastalık)
Ruhsal çöküntü	Bitkinlik, yorgunluk
Enerji yoksunluğu motivasyon azlığı ile birlikte	Enerji yoksunluğu var motivasyon korunmuş
İlgi alanı yaygın daralmış	İlgi alanı fiziksel hastalığın elverdiği alanlarla sınırlı
İştah sıklıkla azalır, bazen artar	İştah azalmıştır
Kilo kaybı olabilir	Kilo kaybı sık
Suçluluk duyguları sık	Suçluluk duyguları yoktur.
Uyku bozuklukları	Bitkinlikten dolayı uyku bozukluğu
Bellekte azalma sık	Bellekte azalma nadir

Yas: Sevilen bir kişinin ölümünün ardından yoğun üzüntü, uykusuzluk, iştahsızlık gibi belirtiler sıklıkla görülür. Depresyona çok benzer ancak yineleme olasılığı çok düşüktür ve depresyonda görülen belirtilerle arasında bazı farklar vardır. Yastaki üzüntü ve mutsuzluk zaman içinde yatışmaya başlar ancak bunun için bir süre sınırı koymak doğru değildir. Ölümün hangi yaşta, ne şekilde olduğu, bu kişiyle olan ilişkinin niteliği, kültürel özellikler yas belirtilerinin şiddetini ve süresini belirler. Suçluluk duygusu çoğu zaman olmaz, bireyin kendine olan saygısı genellikle kaybolmaz. Yas döneminde ölüm ve intihar düşünceleri varsa depresyondan farklı olarak ölen kişiye kavuşma amaçlıdır (47). Yasın ardından %5 depresyon gelişebilir (14).

Demans: Depresyon ve demans arasında 4 tip ilişki tanımlanmıştır (57):

Tip 1: Depresyon demans gibi seyreder (depresif psödodemans)

Tip 2: Demans depresyona ikincildir (depresyonun demansiyel sendromu)

Tip 3: Demans depresyon gibi seyredebilir (demansiyel psödodepresyon)

Tip 4: Depresyon demansa ikincildir (demansın depresif sendromu)

Depresyon her yaşta görülebilen, yaşlı bireylerde klinik görünümü farklılaşabilen bir psikiyatrik sendromdur. Yaşlılıkta demans ve depresyonun en önemli ortak özelliği her ikisinde de bilişsel alanda kayıpların görülmesidir. Demans erken teşhis edildiğinde kolinesteraz inhibitörleri ve memantin gibi bilişsel işlevleri destekleyen ve yıkımı geciktiren ilaçların kullanımıyla, bireylerin yaşam kaliteleri artırılmakta ve ilerisi için planlarını yapma fırsatı sunulabilmektedir (58). Depresyon ise tedavi edilmediğinde ciddi kayıplara, ek medikal hastalıklara, gereksiz sağlık

harcamaları ve ilaç kullanımına dolayısıyla ilaç yan etkilerinde artışa, yaşam kalitesinde düşmeye, sosyal yaşamın bozulmasına ve bakımevine gidişin hızlanmasına yol açan, oysa tanındığında tedavi oranları yüksek olan bir durumdur (59). Her iki tablonun da erken teşhisi ve tedavisinin ayrı ayrı önemi olduğu için ayırıcı tanısı önemlidir.

Şizofreni (14): Bazen şizofreni başlangıcında klinik görünümüne depresyon bulguları egemen olabilir. Bu hastalarda iyi bir öykü ve yakından izleme ile genellikle şizofrenik psikozun varlığı saptanır. Öncelikle acayip davranış, duyguduruma uygun olmayan sanrılar ve şizofreniye özgü düşünce bozukluğu gibi belirtiler ile depresyon tanısından uzaklaşılır. Ancak, şizoaffektif bozuklukta ayırıcı tanı bazen çok güçtür. Hastalığın öyküsü, antidepresanlarla iyileşme olmayışı, antipsikotiklere yanıt alınması ile tanıya gidilir. Psikotik belirtili depresyonun şizofreniden ayırt edilmesi; hastalığın gidişi, hastalık öncesi uyum ve kişilik yapısının incelenmesi ile olur. Şizofrenik bozuklukta ağır bir psikoz döneminin ardından ciddi bir depresyon tablosu belirebilir. Böyle bir rahatsızlığa *psikoz ardı depresyon* tanısı konulursa da birincil tanı şizofrenik bozukluktur.

Bazen hiç konuşmayan, hareket etmeyen, yemeyen, içmeyen depresyon hastasını *katatoniden* ayırmak sorun olabilir. Katatonide ki balmumu esnekliği, telkine yatkınlık, stereotipiler depresyonda görülmez. Ayrıca, katatonik hasta bazen birdenbire fazla hareketli ve saldırgan olabilir ki bu belirti de depresyona uymaz. Katatonide, duygulanımda üzüntü ve acı yerine küntlük vardır.

Bipolar Bozukluk: Depresyon geçiren herkese daha önce en az birkaç gün boyunca; başkalarının yadırgadığı, hasta olabileceğini düşündürdükleri; aşırı hareketli ve çok enerjik olduğu, çok para harcadığı, uyku ihtiyacı duymadığı bir dönem geçirip geçirmediği mutlaka sorulmalıdır. Bu şekilde tanımlanan bir ya da daha çok hipomani ya da mani dönemi geçiren hastada tanı bipolar bozukluktur (14). Manik veya hipomanik epizodlar %60-70 major bir depresif dönemi izler. Bu nedenle hekim majör depresyon tanısı koyduğunda kısa veya uzun vadede olası bir bipolar bozukluğu da aklında bulundurmalıdır. Major depresyon tanısı alan hastaların %5-10'unda ilk epizoddan, hatta üçüncü, dördüncü epizoddan sonra dahi manik bir

epizod ortaya çıkabilir. Major depresif epizodda; hipersomnia, psikomotor retardasyon, psikotik semptomlar ve ailede bipolar bozukluğun varlığı major depresif bozukluk tanısı alan bir hastada kısa veya uzun vadede olası bir bipolar bozukluk tanısını dūřındırsede (57) mani veya hipomani geçirmemiş kişiye bipolar bozukluk tanısını koymak mūmkūn değildir (60). Bipolar bozukluğun depresyon dōnemindeki bir kişinin sağaltımı, birçok bakımdan tek ya da yineleyici depresyon dōnemi geçiren hastanın sağaltımından farklıdır. Bu durumda verilen antidepresan ilaçlar depresyondaki kadar etkili olmayabilir ya da bazen manik dōnem tetiklenebilir.



Tablo 2. Demans-Psödodemans ayırıcı tanısı (57)

PSÖDODEMANS	DEMANS
KLİNİK ÖYKÜ Yaş: Genellikle erişkinlerde görülür Aile: Bozukluk başladıktan kısa bir süre sonra hastalığı fark eder Bozukluk zamanını belirten önemli bilgiler verir Bozukluğun ciddiliğinin farkındadır Başlangıç: Daha hızlı başlar Semptomlar kısa süredir vardır Günler, haftalar ile ifade edilir Klinik seyir: Hızlı Aile öyküsü: Affektif bozukluğu olduğuna ilişkin aile öyküsü sıklıkla vardır Kişisel öykü: Depresyon öyküsü veya somatik şikayetler sıklıkla vardır	Genellikle yaşlılarda görülür Hastalığı erken dönemde fark etmez Bozukluk zamanını belirten önemli bilgiler veremez Bozukluğun ciddiliğinin çoğunlukla farkında değildir Sinsi başlar Semptomlar uzun süredir vardır Aylar, yıllar ile ifade edilir Yavaş Affektif bozukluğu olduğuna ilişkin aile öyküsü olabilir Sistemik hastalık, ilaç alkol kötüye kullanımı öyküsü daha sıkır
BİLİŞSEL BOZUKLUKLAR Yönelim: Yönelim muayenesinde bilmiyorum yanıtı sıkır Bellek: Bellek kaybından yakını ve sıkıntı duyar Babaları daha yoğundur Bellek boşlukları yoktur Yakın ve uzak bellek bozukluğu eşit bozukluk vardır Yakınmalarını ayrıntıyla anlatır Özel bir takım dönemler için anımsama güçlüğü sıkır Dikkat: Azalmıştır. Toplanmasına yardım edildiğinde doğru yanıtlar verebilir	Yanıtız bırakmaz, uydurabilir Farkında değildir veya inkar eder Bellek kaybı gece veya yabancı ortamlarda artar Bellek boşlukları, konfabulasyon ve perseverasyon sıkır Yakın bellekte daha ileri derecededir Yakınmalar belli-belirsizdir Anımsama güçlüğü geneldir Azalmıştır, toplanmasına yardım edildiğinde doğru yanıtlar veremez
DÜŞÜNCE Suçluluk düşünceleri yoğundur Yakınları ile ilgili obsesif düşünceler sıkır Hipokondriyak uğraşlar sıkır Başarısızlıkları üzerinde durur Başarısızlıklarını abartır Kapasitesinde azalmadan söz eder	Suçluluk düşünceleri yoktur Nadirdir ya da yoktur Nadirdir ya da yoktur Geçmişteki veya güncel kendince önemli başarıları üzerinde durur Başarısızlıkları üzerinde pek durmaz Kapasitesindeki azalmanın üzerinde pek durmaz
DUYGULANIM Bastırması zor bir sıkıntı içindedir Depresif duygulanım semptomları yaygındır vardır Esprilere tepkisizdir veya az tepki verir	Sıkıntı katastrofik ve huysuzluk nedenidir Duygulanım oynaktır ve sığdır Esprilere normal veya aşırı tepki verir
FİZYOLOJİK İŞLEVLER ve DAVRANIŞ Yetersizliklerini dile getirir İş yapmak için çok az çaba harcar İş performansı düşüklüğündeki seyir değişkendir İşlev bozukluğuyla uyumlu olmayan semptomları vardır Kendisini güncel tutma çabası göstermez Davranış ve duygulanım bilişsel bozuklukla uyumludur Sorulara bilmiyorum yanıtları sıkır	Yetersizliklerini saklama çabası içindedir İş yapmak için çaba harcar İş performansı düşüklüğündeki seyir aynıdır Kognitif işlev bozukluğu ile uyumlu davranışları vardır Kendisini güncel tutma çabası gösterir, hatırlamak için notlar tutar Davranış ve duygulanım bilişsel bozuklukla uyumlu değildir Yandan yanıtları sıkır
PSİKOLOJİK TESTLER Değişken performans gösterir Weschler ölçeği ile Sözel ve performans puanları arasında fark yoktur	Sürekli düşük performans gösterir Sözel ve performans puanları arasında büyük fark vardır
NÖROLOJİK VE LABORATUAR DEĞERLENDİRME Apraksi, agnozi inkontinans yoktur Glabellar refleks yoktur BBT ve EEG genellikle normaldir DST suprese değildir (%45)	Apraksi, agnozi inkontinans sıkır Glabellar refleks sıklıkla vardır BBT'de ventrikül boşluğunda genişleme kortikal atrofi, EEG'de bozukluklar DST suprese olabilir ya da olmayabilir
TEDAVİ Antidepresan tedaviden faydalanır	Antidepresan tedaviden faydalanmaz

2.1.7. Depresyonda Gidiş ve Sonlanım

Depresyon dönemleri genellikle sinsi başlar. Çeşitli bedensel yakınmalar, halsizlik, çabuk yorulma, iştahsızlık nedeniyle hastalar iç hastalıkları uzmanı ve pratisyen hekimlere başvurabilirler. Özellikle ilk depresyon dönemleri genellikle üzücü bir dönemden sonra başladığı için gelip geçici bir bunalım gibi görülebilir. Çevrenin de desteğiyle hasta bu durumu yenmeye çalışır; başaramadıkça çaresizlik, umutsuzluk duyguları artar. Ağır depresyonlarda ise belirtiler çok çarpıcıdır, intihar planları ve girişimleri görülebilir, psikiyatriye başvurma oranları daha yüksektir.

Tek bir depresyon dönemi geçiren hastaların %50-60'ı ikinci kez, iki depresyon dönemi geçirenlerin %70'i üçüncü kez depresyon geçirmektedirler. Üç kez depresyon geçirenlerin ise %90'ı yinelenmektedir (61). Bu oranlardan da anlaşılacağı üzere her bir yinelenme bir sonraki yinelenme riskini artırmaktadır. Genç yaşta olan depresyonlardan sonra iyilik döneminin yıllarca sürebileceği ve yinelenmenin daha seyrek olduğu, ileri yaşlardaki depresyonlarda ise yinelenmenin daha seyrek olduğu söylenebilir. Psikotik özellikli depresyonlarda belirtilerin depresiyesi ve yinelenmeler, psikotik özellik göstermeyen depresyonlara göre daha siktir. Yinelenme riskini artıran bir başka etken ise sosyal fobi, anksiyete bozukluğu, alkol bağımlılığı, borderline kişilik bozukluğu gibi ek tanılarının bulunmasıdır. Ek tanının depresyondan önce başladığı durumlarda bu risk artar (61-64)

Yineleyici depresyonlarda uzun süreli çalışmalar tamamen belirtisiz dönemlerin sürenin ancak %40'ını oluşturduğunu göstermektedir, belirtilerin eşik altı düzeyde de olsa sürmesi yinelenme riskini artırmaktadır (65). Sık yineleyen hastalarda süregenleşme olasılığı da yüksektir. İki depresyon döneminden sonra süregenleşme oranı %20 iken artan hastalık dönemi sayısı ile bu oran da artar (63). Ankara da yapılan bir çalışma da 30 ay izlenilen depresyon hastalarında yinelenme oranı %31.8, süregenleşme oranı da %9.1 olarak saptanmıştır. Bu araştırma da yineleyici depresyon geçirenlerde nörotik kişilik özellikleri, tek depresyon dönemi geçirenlere göre daha yüksek bulunmuştur (66). Panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, B kümesi kişilik bozuklukları ek tanıları ve fiziksel kötü davranış öyküsü süregen depresyonun düzelme olasılığını azaltan etkenler olarak sayılabilir (67).

Psikotik belirtisi olan depresyonların düzelmesi daha yavaş olmaktadır. Bazı hastalarda sağaltımın ardından depresyon ve psikozun ortadan kalkmasına rağmen sosyal yıkımın devam ettiği bilinmektedir (68).

Başlangıçta depresyon tanısıyla izlenen hastaların bir kısmının tanısı zamanla bipolar bozukluğa dönebilir. Erken yaşta başlayan depresyonlarda bu oran daha yüksektir. Ergenlik döneminde geçirdikleri depresyonun ardından 3-4 yıl izleme alınan hastalardan %20'sinin tanılarının bipolar bozukluğa dönüştüğü bildirilmiştir (14).

Özkıyım

DSÖ 2012 yılında tüm dünyada 804.000 kişinin özkıyım nedeniyle öldüğünü; özkıyım hızının 100.000'de 11.4 (erkeklerde 15, kadınlarda 8) olduğunu bildirmiştir. Bu oranların resmi verilere dayandığını gerçek oranların daha yüksek olduğunu vurgulayarak önleme çalışmaları için çağrıda bulunmuştur (69). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2013 verilerine göre ülkemizde özkıyım oranı 100.000' de 4.19'dur (70). Yıllık TÜİK verileri Türkiye'de özkıyım hızının giderek arttığını göstermektedir. 1996'da özkıyım hızı erkekler için 100.000'de 3.5, kadınlar için 2.2 iken, on yıl içinde bu oranlar erkeklerde 4.8, kadınlarda 2.7'e çıkmıştır (71). Özkıyım yöntemi olarak en sık ası (%50.9), ateşli silah (%25.5), yüksekten atlama (%9.4) ve kimyasal madde (%6) kullanılmaktadır (70). Özkıyım girişimleri ise sayıca çok daha yüksektir; ölümle sonuçlanan özkıyım oranlarının 20 katı kadardır (69). Özkıyım girişiminde bulunan kişilerden farklı olarak özkıyım sonucu ölen kişilerin çoğu erkektir, daha ölümcül özkıyım yöntemleri kullanırlar, psikopatolojileri daha ağırdır, daha yaşlıdırlar ve %50'si ilk girişimde ölür (72). Daha önce özkıyım girişiminde bulunma yeniden özkıyım girişiminde bulunma açısından en büyük risktir (73).

Depresyonu olan kişilerde özkıyım riskini artıran etkenler arasında erkek cinsiyet, ailede ruhsal hastalık olması, umutsuzluk duygusu, madde ve alkol kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları ek tanıları yer almaktadır (74).

Dünya Sağlık Örgütü'nün özkıyımları önlemeye yönelik eylem planında böcek ilaçları, ateşli silahlar, bazı ilaçlar gibi en sık kullanılan özkıyım araçlarına ulaşımın güçleştirilmesinin toplumsal destek programlarının artırılmasının önemi vurgulanmaktadır (69). Hekim özkıyım konusunda devamlı uyanık olmalıdır. Çok sıkıntılı ağır depresyon hastalarında duruma göre aileyi, arkadaşlarını uyararak, hastanın yalnız bırakılmamasını söylemesi gerekebilir. Hekim, hastadaki özkıyım eğilimini sezdiğinde, bunu açıkça konuşabilmeli, bu eğilimin ne denli güçlü olduğunu araştırmalıdır. Her türlü özkıyım düşüncesi ya da girişimi ciddiye alınmalıdır.

2.1.8. Depresyonun Tedavisi

1. Genel İlkeler:

Depresyonun tedavisinde, ilaçların, EKT'nin ve psikoterapinin etkisi kanıtlanmıştır. Hekim hastanın durumuna göre seçim yapabilir. Günümüzde tedavi büyük ölçüde antidepresan ilaçlarla sağlanmaktadır. Ancak depresyon belirtileri hafif, dolayısıyla depresyonun yol açabileceği riskler az ise, hasta ilaç kullanmayı istemiyorsa hekim ilaç başlamayı erteleyebilir. Hafif depresyonlarda psikososyal tedavi yöntemleri yeterli olabilir (75). Ayrıca bedensel hastalık ve ilaç ya da madde kullanımına ikincil gelişen depresyonlarda da önce altta yatan nedenin düzeltilmesi gerektiği için antidepresan ilaç başlanmayabilir. Ancak ilaç başlanmayacak bile olsa hasta yakından izlenmelidir.

Tedaviye başlamadan önce hastanın genel fizik durumunu, depresyonun ağırlığını, özkıyım tehlikesinin olup olmadığını değerlendirmek zorunludur. Tedavi de asıl amaç belirtilerin tamamen ortadan kaldırılması olmalıdır. Eşik altı düzeyde bile olsa belirtilerin sürmesinin yineleme ve süregenleşme olasılığını artırdığı unutulmamalıdır (76).

Aile ile işbirliği yapılabiliriyorsa, ağır özkıyım riski ya da beslenme sorunu yoksa hastaların çoğu evde ayaktan tedavi görebilir. Hastaya ve yakınlarına depresyon ve sağaltım hakkında bilgi verilmelidir. Hastanın iyileşeceği, fakat bunun

bir süre alacağı anlatılır. Bu süre içinde hem hastalığın gereği, hem de ilaçların yan etkileri nedeni ile hastanın iş, gezme, konuk ağırlamak, cinsel ilişki, herkesi hoşnut etmeye çalışmak gibi beklentilerini askıya alması, erteleme, kendini zorlamaması söylenebilir. Çünkü bu hastalar bu tür işleri yapmaya zorlandıkça ve yapamayınca kendini daha yetersiz, değersiz görebilir, suçluluk duygusu artabilir, depresyonu derinleşebilir.

Hasta yemiyor, içmiyorsa, fizik durumu kötüye gidiyorsa, konuşmuyorsa, psikotik belirtileri varsa, özkıyım düşünceleri ve girişimleri olduğu anlaşılıyorsa hastaneye yatırmak gerekebilir. Böyle durumlarda çoğu kez en etkili ve hızlı tedavi yolu EKT'dir.

II. İlaç Tedavisi:

Orta ve şiddetli depresyonlarda tedavide ilk seçenek antidepresan ilaçlardır. Depresyon ne kadar şiddetliyse o kadar etkilidirler. İyi bir muayene yapıldıktan ve gerekli incelemeler tamamlandıktan sonra hastaya rahatsızlığının ne olduğu, tedavinin nasıl yapılacağı, seçilen ilaç, ilacın nasıl kullanılacağı, süresi, iyileşme etkisinin ne zaman görülebileceği, olası yan etkileri üzerinde açıklama yapmak gerekir. Tedavideki en önemli sorunlardan birisi hastaların tedaviyi yarıda bırakmalarıdır. İlaç başlanırken hastaya ilaçların çoğu zaman etkili olduğu ancak etkisini hemen fark etmeyecekleri, 2-3 hafta sabretmeleri gerektiği söylenmelidir. Hastalığın kaygılarını gidermek için ilaçların bağımlılığa yol açmadığı da vurgulanmalıdır.

Uygulanacak tedavinin aşamaları şunlardır(77):

- Depresyonun belirti ve bulgularının azaltılmasının ve ortadan kaldırılmasının, ayrıca hastanın toplumsal ve iş yaşamındaki işlevselliğini yeniden kazanmasının amaçlandığı “*akut evre*” (iki-dört ay)
- Depresyonun önlenmesine yönelik “*sürdürme (idame) tedavisi evresi*” (altı-on iki ay)

- Kişinin daha önceki depresme ve yineleme öyküsü göz önünde bulundurularak, daha sonra ki depresyon dönemlerinden korumak için uygulanan “*koruma tedavisi evresi*”

Depresyon tedavisinin akut evresi depresyon belirti ve bulgularının yatışması ile sonuçlanır. Bu evre 2-4 ay sürer. Bu evre içinde belirti ve bulgular yatışmazsa yeniden bir değerlendirme yapılarak yeni bir tedavi seçeneği düşünülmelidir. İdame tedavisi evresinde amaç hastalığın depresmesini önlemektir, 6-12 ay sürer. Bu aşamada ilaç tedavisi erken kesilirse, hastalığın depresme olasılığı yüksektir. Bu dönem hastanın ilk depresyon dönemi ise, idame tedavisinden sonra ilaç azaltılarak kesilir. Ancak depresyonun yinelemesi söz konusu ise ve özellikle de son üç yıl içinde hasta iki ya da daha çok depresyon dönemi geçirmişse koruma tedavisine alınması uygun olur. Koruma tedavisi hastanın depresyonun tedavisi için aldığı ilacı sürdürmesinden oluşabileceği gibi, özellikle lityum olmak üzere, duygudurum düzenleyici bir ilaçla tedavinin sürdürülmesinden ya da her ikisinin birlikte uygulanmasından da oluşabilir. Koruma tedavisinin yararı 5-10 yıl süreyle görülebilmektedir (77).

İlaç Seçimi

Antidepresan ilaç seçimi; söz konusu ilaca daha önce verilen tedavi yanıtına, olası yan etkilerine, hastanın birinci derece yakınlarının söz konusu ilaca daha önce vermiş oldukları yanıtı, daha özgül bir seçim yapmayı gerektiren eşzamanlı başka bir bedensel veya ruhsal bozukluk olup olmadığına göre belirlenir (77). Bedensel hastalığı olan hastada ilaç seçimi bu hastalık ve kullandığı ilaçlara göre yapılır. Örneğin, sitokrom p450 izoenzimlerinden 2D6 üzerinde güçlü baskılayıcı etkileri olan paroksetin ve fluoksetin, tamoksifen gibi bazı kanser ilaçlarının metabolizmasını bozar. Yıkımı engellenen tamoksifen etkin metabolitleri oluşmadığı için beklenen klinik etkisini gösteremez (75). Bunun yanı sıra başka bir ruhsal hastalık varlığı da ilaç seçimini etkileyebilir. Örneğin hastanın obsesif kompulsif belirtileri varsa serotonerjik etkisi olan, bulantı belirtileri varsa sedatif etkisi daha yüksek bir antidepresan kullanmak uygun olur (14).

Depresyonu olan bir hastada tedaviye trisiklik antidepresanlar (TSA), monoamin oksidaz inhibitörleri (MAO-İ) ve trazodon dışındaki antidepresanlardan biri ile başlanabilir. Ancak genellikle ilk seçilen ilaç selektif serotonin geri alım inhibitörlerinden (SSRI) biri ile olur. Bunun nedeni bu gruptaki ilaçların yan etkilerinin daha az olması ve fazla uyuşukluk yapmamalarıdır. Ayrıca genellikle tek doz kullanılır ve doz artırımına nadiren gerek duyulur. Bir diğer avantajı da özkiyım riski yüksek olan hastalarda kullanılmasının güvenli olmasıdır, özkiyım amacıyla aşırı dozda alındığında bile ölümcül durumlara yol açma olasılığı düşüktür (14).

Hastanın uzun süreli tedaviyi sürdürebilmesi için uykusuzluğunun ve bunaltısının kısa sürede giderilmesi gereklidir. Uykusuzluk ve bunaltısı varsa yatıştırıcı ve bunaltı giderici etkisi daha yüksek olan ilaçlar tercih edilebilir ya da benzodiazepin eklenebilir; haloperidol gibi antikolinerjik ve sedatif etkisi düşük bir nöroleptikle birlikte kullanılabilir.

Etki düzeneklerine göre Türkiye’de bulunan antidepresan ilaçlar şu şekilde sınıflandırılabilir (14):

- A. Trisiklikler (seçici olmayan noradrenalin ve serotonin geri alım önleyicileri): imipramin, klomipramin, amitriptilin, opipramol
- B. Seçici serotonin geri alım önleyicileri (SSRI): essitalopram, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin, sitapram
- C. Serotonin ve noradrenalin geri alım önleyicileri (SNRI): venlafaksin, milnasipran, duloksetin
- D. Noradrenerjik ve seçici serotonerjikler: mianserin, mirtazapin
- E. Noradrenalin geri alım inhibitörleri:
 - i. Seçici olmayan (maprotilin)
 - ii. Seçici olan (reboksetin)
- F. Serotonin düzenleyicileri: tiyaneptin, trazodon
- G. Dopamin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri: bupropiyon
- H. Geriye dönüşlü monoamin oksidaz inhibitörleri (MAO-İ): maklobemid
- İ. Melatonin analogları: agomelatin

İzleme (14)

Hastanın ilacın iyileştirici etkisini farketmesi 2-3 haftadan önce pek belli olmaz. Tedaviye başlamadan önce bu durum hastaya açıklanmazsa etkili olmadığı düşüncesiyle hastanın kısa sürede ilacı kesmesine neden olabilir.

Antidepresan ilaçların bir kısmının başlangıçta hastayı tedirgin edebilecek nitelikte yan etkileri vardır. Bu yan etkiler genellikle ilk 10-15 gün içinde görülürler ve zaman içinde azalır. Bunlar hastaya anlatılmalı, çok sık görülen yan etkilere karşı önlemler alınmalıdır. Yan etkiler nedeniyle özellikle TSA’da tam doza çıkılması 7-10 içinde yavaş yavaş artırılarak yapılmalıdır.

Hem yan etkiler hem de hastalık sürecinde ortaya çıkabilecek değişiklikler nedeniyle hastaların yakından ve sık aralıklarla takip edilmesi gerekir. Antidepresan ilaçlar uygun dozda kullanılmaya başladıktan sonra uyku bozukluğu, bunaltı ve birçok bedensel belirti genellikle 1-3 hafta içinde düzelir. Depresif duygudurum, isteksizlik, zevk alamama, halsizlik, çabuk yorulma, karamsarlık ve kendini değersiz görme gibi depresyona özgü belirtiler 2-4 haftadan sonra düzelmeye başlar. Bilişsel belirtiler en son düzelir.

İlk uygulanan ilaç depresyon dönemlerinin en az %30’unda yeterli etkiyi göstermez. Bu durumda tanının yeniden gözden geçirilmesi ve ilaç uyumunun değerlendirilmesi gerekir. Eğer kısmi yanıt alındı tam iyileşme sağlanamadıysa ilaç dozu artırılabilir. Eğer 4 hafta içinde hiç yanıt alınmazsa ilaç değişikliğine gidilebilir. Yanıt alınmadığı için ilaç değiştiriliyorsa başka bir gruptan antidepresan seçilir. Ancak aynı gruptan bir başka ilacın seçilmesiyle de yarar sağlanabilir.

Antidepresanların Kesilmesi

Antidepresan ilaçlar bağımlılık yapmazlar fakat uzun süre kullananlarda ilacın birden kesilmesi bırakma belirtilerine yol açabilir. Bu durumun TSA’larda antikolinerjik, SSRI’larda serotonin geri alım etkisine bağlı olduğu sanılmaktadır. Antidepresanların aniden kesilmesi sırasında hastaların üçte birinde bırakma

belirtileri görülür. Bu belirtiler genellikle ilk beş gün içinde görülür, genellikle çok şiddetli değildir ve kendiliğinden düzelir. Bırakma belirtileri trisiklik antidepresanlar arasında en çok amitriptilin ve imipraminle; diğer antidepresanlar arasında ise en çok paroksetin ve venlafaksinle görülür. Hem hastalığın yinelenme olasılığına karşı hem de bu tür etkiler nedeniyle ilaçlar birden bırakılmamalı, basamaklı olarak azaltılarak kesilmelidir.

III. Elektro konvulzif terapi (EKT):

Özkıyım riski bulunan, yemeyen, içmeyen, sanrılı, melankolik, psikotik hastalarda EKT gerekli ve etkili bir yöntemdir. Genellikle 8-10 seans EKT ile olumlu sonuç alınır. EKT sonrası iyilik durumu antidepresan ilaçlar, lityum, koruyucu EKT uygulaması ve bunların kombinasyonu şeklinde sürdürülebilir. Bu yaklaşımların etkinliğini karşılaştıran çalışmalar sınırlı olmakla birlikte sürdürüm EKT'si uygulaması giderek yaygınlık kazanmaktadır. Son yıllarda sürdürüm EKT'sinin baştan belirlenmesinin değil de hastanın belirtilerine göre planlanmasının en uygun yöntem olduğu görüşü pekişmektedir (78).

IV. Psikoterapi:

Depresyonda psikoterapinin yeri büyüktür ve çoğu hastada zorunludur. Psikanalitik yönelimli psikoterapi, kişilerarası terapi ve bilişsel terapi etkili yöntemlerdir.

Depresif hastayı konuşmaya zorlamamalı, onu dinleyerek istediklerini anlatabilmesi için zaman verilmelidir. Depresyon dönemi sırasında hastaların günlük iş ve uyum beklentilerini en düşük düzeye indirmeleri için yardımcı olmak gerekir. Beklentiler yüksek tutulup da gerçekleştirilmedikçe yetersizlik, güçsüzlük, suçluluk duyguları artar ve depresyon derinleşir. Aile bireylerinin tutumları da nöbetlerin ortaya çıkmasında ya da süregenleşmesinde, tedavinin etkisiz kalmasında önemli etken olabilirler. Bunları aile bireyleri ile konuşmalı ve tedaviye katkıları sağlanmalıdır.

Başlangıçta destekleyici bir yaklaşım uygulanmalı; iyileşme olduktan sonra depresyona yatkınlık doğuran kişilik özellikleri ele alınmalıdır. Bu hastalar çoğunlukla herkesi memnun etmeye çalışan, aşırı verici, hayır diyemeyen, başkalarının dertlerini yüklenen, aşırı sorumluluk duyguları olan, öfkeyi belli etmekte güçlük çeken, ileri derecede duyarlı ve bağımlı olmaya eğilimli kişilerdir. Bu eğilimlerinin depresyonla bağlantısı hastaya gösterildikçe bunların azaltılması, bırakılması için yol gösterilmeye çalışılır.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) gebelik, emzirme gibi nedenlerle ilaç kullanamayan, ilaç kullanmak istemeyen hastalarda ya da hafif depresyonlarda tek başına önerilebilir. Orta ve şiddetli depresyonlarda BDT ile ilaçların birlikte kullanımının BDT ya da ilaçların tek başına kullanılmalarına göre daha etkili olduğu bildirilmiştir (79). Ayrıca akut dönemde ilaçla tedavinin ardından bilişsel psikoterapinin yinelemeleri önleme de etkili olduğu gösterilmiştir (61).

Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı hastanın çocukluktan beri kendi benliğine, dünyaya, geleceğe karşı geliştirmiş olduğu olumsuz ve karamsar değerlendirmeleri değiştirebilmesi için uygulanır. Hastaya farklı bakış açıları ile seçenek düşünceler üretme yolları öğretilir.

Diğer bir psikoterapi yöntemi olan kişilerarası psikoterapi de BDT ile benzer düzeyde etkili bulunmuştur (79). Bu yöntem insan ilişkilerindeki zorlanmalarla bağlantılı depresyonlarda kullanılmakta; depresyon belirtilerinin toplumsal ve insan ilişkileri bağlamındaki anlamlarının anlaşılmasına ve çözülmesine yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Bu yaklaşımla hastanın insan ilişkilerinde yeni başa çıkma yolları geliştirmesi sağlanmaya çalışılır.

2.2. Kişilik

2.2.1. Kişiliğin Tanımı

Kişilik, bireylerin düşünce, duygu ve davranış gibi psikolojik tepkilerindeki farklılıkları belirleyen sadece yaşanan an, içinde bulunulan biyolojik durum veya

sosyal ortam ile açıklanamayan biçimde süreklilik gösteren özellikler ve eğilimler olarak tanımlanabilir (80). Birçok kuramcıya göre kişilik bireyle ilgili zihinsel, duygusal, sosyal ve fiziksel hemen her şeyi kapsar (10). Kişilik, bireyin kendi fizyolojik, zihinsel ve ruhsal özellikleri hakkında bilgisi; iç ve dış çevresiyle kurduğu, diğer bireylerden ayırt edici, tutarlı ve yapılaşmış bir ilişki biçimi; bireye özgü duygu, düşünce ve davranışların örgütlenip bütünleşmesi şeklinde farklı tanımlamalarla da ifade edilmektedir (8).

İnsan da kişiliğin gelişmesi evrimsel gelişmeye bağlı olan *olgunlaşma* (*maturation*) ve öğrenmeye bağlı olan *bireyselleşme-toplumsallaşma* süreçlerinin birbirini etkilemesi ile olur. Olgunlaşma organizma içinde doğuştan var olan gelişmemiş yetilerin öğrenme olmaksızın kendiliğinden varabilecekleri düzeye ulaşmasıdır. Bireyselleşme-toplumsallaşma ise çevrenin sağladığı eğitim ve yaşam deneyimleri ile bireysel davranışların öğrenme ile biçimlenmesi, toplumsal davranış örüntülerinin oluşmasıdır (81).

“Kişilik” sözcüğü kaynağını eski Yunan tiyatrolarında drama oyuncularının kullandığı maskelere verilen “Persona” isminden almıştır. O dönemde “Persona” kelimesi oyuncuların oynadığı karaktere uygun olarak taktıkları maskeler için kullanılırken, zamanla kişinin gerçekte yansıttığı tavır ve davranışlarının bütünü anlatmak için kullanılmaya başlanmıştır. Kişilik günümüzde içsel kaynaklardan ortaya çıkan ve yaygın olarak kişinin davranışlarına hakim olan, biyolojik tabiatı ve deneysel olarak öğrenilenleri kapsayan, kişinin algılama, öğrenme, düşünme, başa çıkma ve davranış örüntülerini anlatmaktadır (82).

Geçmişten bu yana insan kişiliğini ve kişilik özelliklerini anlamaya yönelik belli tanımlar yapılmıştır. Bunlardan en eskisi Sümerlere ait olan Gılgamış destanındaki cesaretli, kibirli ve asi yürekli tanımlamalarıdır (7). Hipokrat vücut sıvılarının renklerine göre mizaç yapılarını dört gruba ayırmış ve bu yaklaşım 5. yüzyıldan 17. yüzyıla kadar genel kabul görmüştür. Safranın kararması ile melankolik kişilerde kaygı ve depresyona eğilim, safranın sararması ile kolerik mizaçlıların iritabl ve aktif kişiler olması ilişkilendirilmiştir. Aşırı balgamlı (flegmatik) mizaca sahip olanların ağırkanlı, duygusuz ve soğukkanlı oldukları,

iyimser (sanguine) kişilerde ise mizacın başlıca vücut sıvısı olarak kanla temsil edildiği ve bu kişilerin iyimser oldukları tanımlamıştır (10).

1920’lerde sistematik çalışmalar yapmış olan Gordon Allport kişiliği “kişinin çevreye özgün uyumunu belirleyen psikofizyolojik sistemlerden oluşan içsel dinamik bir organizasyon” olarak tanımlamıştır.

Vücut tiplerinin kişilikle ilişkisi olduğunun düşünen Kretschmer kişiliği vücut tiplerine göre sınıflandırmıştır. Kretschmer’in sınıflandırmasını 1942’de Sheldon üç primitif embriyonik tabaka (endoderm, mezoderm ve ektoderm) ile uyumlu olarak düzenlemiştir. Endomorf olanların iyi gelişim özelliklerine sahip, sosyal görünümlü, etkin ve konforlarına düşkün olduğu; mezomorf olanların atletik bir vücuda sahip, baskın karakterde ve enerjik olduğu; ektomorf olanların ise ince ve zayıf fiziksel özelliklerle birlikte kendilerini sınırlayan, duyarlı ve utangaç kişiler oldukları tanımlanmıştır. Aynı zamanda Kretschmer ve Sheldon bu kişilik tiplerinin ana ruhsal bozukluklara yatkınlık oluşturduğuna inanmışlardır (10).

Eysenck’in değerlendirmesinde dört düzey bulunur. En alt düzey olan tepkilerin yalnızca çok özel olanlarını içeren ilk düzey, genetik yolla aktarılmış olan özellikler ve belli özel uyarıları kapsayan düzeydir. İkinci düzey, kişinin alışkanlıklarından taban alır ve belirli ortam ve durumlar içinde bulunmakla kazandığı davranış biçimlerini içine alır. Üçüncü düzey, kişilik kalıplarının oluşumunda etkili olan eğilimlerin olduğu düzey olup bu eğilimler bir önceki düzeyde kazanılmış birçok davranış arasından seçilerek elde edilir. Davranışsal şekilde de birçok özellik meydana gelebilir. Dördüncü düzey, kişinin tipinin ortaya çıktığı durumdur. Üçüncü ve hatta ikinci düzeyde kazanılan özellikler ve seçimler sonucu, dördüncü düzeyde kişinin belirgin bir tipi ortaya çıkar (83).

Karen Horney’in kişilik kuramına göre, kişiliğin temel elemanı kaygı ve korkudur. Her birey, çeşitli kaynaklardan ileri gelen kaygı ve korkularını yenebilmek için birçok faaliyette bulunmaktadır (84).

Rotter davranışların her şeyden önce sosyal deneyimler yoluyla öğrenildiğini savunmuştur. Dolayısıyla kişilik gelişimine olan yaklaşımı da bu doğrultudadır. Gelişimin, hem dışsal uyarıcılara hem de yaşam deneyimlerine bağlı olduğunu düşünmüştür. Ona göre içsel biliş durumlarımız olan öznel yaşantılarımız ve beklentilerimiz, farklı dışsal deneyimlerin insanlar üzerinde ne şekilde etki edeceğini belirler. Kişilik gelişimi, bireylerin maruz kaldıkları dış uyarıcılar ile iç uyarıcıları algılayış biçimlerine ve bunları nasıl yorumladığına bağlı olarak gelişir (85).

Jensen, kişiliğin oluşumunda genetik faktörlerin önemi üzerinde durmuş, ailesel özelliklerin nesilden nesile aktarıldığını ifade etmiştir. İnsanlar arasındaki algısal farkları ve bir uyarana verdikleri tepki sürelerini ölçmüştür ve uyaranlara hızlı tepki veren insanların daha zeki olduğunu savunmuştur (86).

Eric Berne'nin teorisinin üç temel kavramı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi kişiliğin *ebeveynlik* yönüdür. Buna göre her bireyin birer anne ve babası veya onların yerine koyduğu kişiler vardır. Birey, anne ve babasının benlik durumlarını, kendi algıladığı şekilde zihninde yeniden inşa ederek bir anlamda kendi benliğinde bir ebeveynlik biçimlendirmektedir. Bireylerin, başkalarına yol gösterme, nasihat etme, yasaklar koyma, davranışları düzenleme ve sınırlama şeklindeki tavırları, onların içinde taşıdıkları ebeveynlik yönlerinin birer dışa yansımasıdır. Her insanın tabiatında var olan bu yönün, kişiliğin oluşumundaki katkısı ve derecesi her bireyde farklıdır. İkinci temel kavram, kişiliğin *çocukluk* yönüdür. Çocukluk kavramının çağrıştırdığı temel izlenimler; bağımlı ve edilgen davranışlar, bencil ve sorumsuz tavırlar, sadece içinde bulunulan zamanı düşünmek, sınırlı davranış alternatifleriyle hareket etmek, çoğunlukla eğlenme ve oyuna düşkün olmak, sınırsız ve içgüdüsel isteklerle dolu olmaktır. Kişiliğin *olgunluk* yönü de Berne'nin teorisinin üçüncü temel kavramıdır. Buna göre insan hayatının, çocukluk ile yaşlılık arasındaki dönemine, genel olarak yetişkinlik devresi olarak bakılmaktadır. Bağımsız ve aktif davranışlar, yüksek bir sorumluluk ve duyarlılık düzeyi, çok alternatifli bir davranış zenginliği, çalışma ve başarılı olmaya önem verme, istek ve arzuların sosyo-ekonomik şartlara göre sınırlandırılması gibi konular olgunluğun çağrıştırdığı temel davranış standartlarıdır (84, 87).

Yirminci yüzyılın ilk yarısına damgasını vuran psikanalitik kuramın kurucusu Freud'un kişilik gelişimi konusunda geliştirdiği kurama göre; çocukluğun özellikle ilk beş yaşı erişkin kişilik işlevlerinde önem taşımaktadır ve yaşamın erken dönemindeki cinsel dürtülerin çevresindeki psikososyal çatışma gelişimi şekillendiren başlıca etkindir. Freud cinsel dürtülerin gelişiminde biyolojik gelişme, çevresel ve sosyal yapının etkisinin önemini de vurgulamış ve psikoseksüel gelişim dönemlerini (oral, anal, fallik, latent, genital) tanımlamıştır (88). Ruhsal-cinsel gelişme kuramına göre bir dönemin özelliklerini yetişkin çağda da belirgin biçimde taşımak o dönemde saplanmayı gösterir. Bir dönemde saplanma o dönemle adlandırılan bir kişilik yapısını (oral kişilik, anal kişilik gibi) belirler (81, 89). Psikanalitik okulda yer alan Karl Abraham'da karakter formasyonu üzerine odaklanarak anne ve çocuk arasındaki erken dönem ilişkilerin önemini vurgulamış ve Freud'un psikoseksüel gelişim dönemlerini daha ayrıntılı olarak tanımlamıştır (88). Freud'a göre, kişiliği oluşturan ögeler bilinçaltı yönelim, ihtiyaçlara ulaşamama, davranışlarda hislerin etkisi ve davranışlarda tavırların etkisidir. Bunlar da, id (ilkel benlik, alt benlik), ego (benlik) ve süper ego (üst benlik) olarak adlandırılır. İd olarak adlandırdığı ilkel zihin yapısı, insanın en temel yönelimleri ve sevgi dürtülerinin toplandığı, en temel ihtiyaç ve arzuların olduğu seviyedir. Daha genel tabiriyle, id bireyin dürtü ve bilinçsiz davranışlarının kaynağıdır. Bebeklik ve çocukluk dönemlerinde çok net görülür. Acıkan bebek yemek istediği için annesine bu isteğini ağlayarak gösterir. Bu durum, yemek isteğinin, yani en temel ihtiyacının ifade edilışıdır. Süper egoyu da, id kavramının zıttı olarak ifade etmiştir. Süper ego, kişinin toplumun bir parçası haline gelmesini sağlayacak ve toplum içinde kabul görececek hareketlerin şekillenmesini sağlayan olgudur. Bu kavramlar için şöyle bir örnek verilebilir: Bir mağaza vitrininde bir giysi gören kişi bunu alma isteği duyar. Bu isteğin kaynağı id'dir. Ancak süper ego, kişiyi keyfine göre hareket etmek yerine o giysiyi almamaya yönlendirir. İşte bu aşamada, ego devreye girer. Freud, ego kavramının id ve süper egonun dengeleyicisi olduğunu ifade eder. İd'in arzularını süper egoya uygun hale getirecek olan egodur. Örnek üzerinden devam edilecek olursa, ego arzu edileni görür ve bir orta yol olarak, id'in isteği hemen yerine getirme yönelimi ile süper egonun hiç olmasın yönlendirmesine karşı, "param yeterli olduğunda bu harcamayı yapabilirim" der. Ego orta yolu olarak, isteklerini

gerçekleştirirken toplum içinde kalmayı sağlar. Freud'a göre ego bu dengeyi sağlayamazsa, kişinin zihninde gergin bir ortam oluşur, çekişmeler ve tereddütler başlar (87, 90).

Kişilik gelişimi açısından psikanalitik okulda yaygın kabul gören Freud'un dürtü teorisini Horney, Fromm ve Sullivan kabul etmeyerek sosyal oryantasyon yapısı üzerine odaklanmışlardır. Bu çerçevede Fromm karakter teorisi üzerine dört nevrotik mekanizma (mazoşizm, sadizm, yıkıcılık ve otomatik uygunluk) ve beş karakter tipi (kabullenici, istifci, tüketici, sömürücü ve üretici) tanımlamıştır (88).

Analitik kuramda Freud'dan ayrılan görüşlere sahip olan Jung benzer şekilde, kişilik kuramında analitik bakış açısından farklı olarak tipolojinin etkisine vurgu yapmıştır. Jung, kişiliğe yönelik içedönük (introvert) ve dışadönük (extrovert) bireyler tanımları getirerek tipolojiden boyutsal özelliklere geçiş niteliği taşıyan tanımlar getirmiştir (10).

İnsan gelişiminin yaşam boyu sürdüğü gözleminde bulunan Erikson ise kişiliğin gelişimini somatik düzeyde (organ-işlev), ego düzeyinde ve toplumsal düzeyde incelemiştir. Ek olarak kişilik sisteminin içine bireyin geçmişini, sosyolojik, antropolojik ve biyolojik bilgileri dahil etmiş ve kişinin psikolojik gelişimindeki sekiz evre için zon, mod ve modalite kavramlarını kullanmıştır (91). Bireyin cinsel gelişimi yerine onun sosyal gelişimini temel alan Erikson, Freud'un aksine kişilik gelişiminin kişinin yaşamı boyunca devam ettiğini belirtir.

Adler'e göre, insan yaratıcı bir varlık olup kendi kişiliğini kendi oluşturmaktadır. Ona göre kişilik bireyin kendine, diğer insanlara ve topluma karşı geliştirdiği tutumların bir ürünüdür (84).

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, genel bir psikobiyolojik kuram geliştirmiştir. Bu kişilik kuramı, dört mizaç boyutunu (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ve üç karakter boyutunu (kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma) içermektedir (92).

Bu tanımlamalardan sonra kişiliği şu şekilde özetleyebiliriz;

- ✓ Parçalardan oluşmayıp, bir bünyeye sahiptir.
- ✓ Aktif ve süreçleri olan bir olgudur.
- ✓ Psikolojik bir kavram olmasına karşın fiziksel bedenle de bütünleşiktir.
- ✓ Bireylerin dünya ile ilişkilerini şekillendirmektedir.
- ✓ Davranış, düşünce ve duygu gibi birçok şekilde sergilenebilen bir olgudur.

2.4. Enneagram

Mizaç ve kişilik kavramları, araştırmacılar tarafından sıklıkla birbirinin yerine kullanılan ancak birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç yapısal, genetik ve biyolojik temele dayanan tavır ve davranışları tanımlarken (93); kişilik ise bir kişinin fiziksel ve sosyal ortamla etkileşme biçimini tanımlayan düşünce, duygu ve davranışın ayırt edici ve karakteristik örüntüleri olarak tanımlanmaktadır (94).

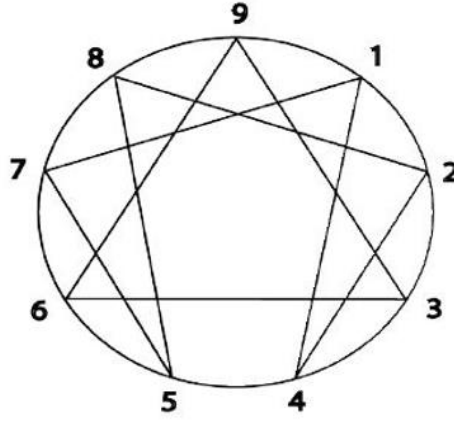
Mizaç ve kişilik özelliklerinin bilimsel olarak incelenmesi, Allport'un psikolojide ayırıcı özellik kavramını kullanmasıyla başlamıştır. Ayırıcı özellik, zaman içinde durağanlık gösteren, farklı durumlar içinde aynı şekilde davranma eğilimini ifade etmektedir (94). Günümüzde ayırıcı özellikler kategorik ya da boyutsal olmak üzere iki farklı yaklaşımla değerlendirilmektedir (10). DSM kişiliği kategorik bir perspektiften değerlendirirken, boyutsal perspektif genel kişilik yapısının uyumuna yönelik değerlendirmede bulunur (95). Kişilik bozukluklarındaki kategorik yaklaşım tanının var ya da yok olduğu yönünde hareket ederken, boyutsal yaklaşım kişilik özelliklerini değerlendirir. Boyutsal yaklaşımı savunanlar kişilikteki bozulma denen şeyin normalin bir uzantısı olabileceğini savunmaktadırlar. Buna göre normalle anormal arasında kategorik bir ayrım yoktur, bir süreklilik söz konusudur. Kategorik yaklaşımda ise oluşturulan normal ve patolojik kişilik arasındaki süreksizlik vurgulamaktadır (96). İki yaklaşımı karşılaştırmaya yönelik çalışmalarda kategorik değerlendirmenin hasta ve bilgi verenin ifadeleri doğrultusunda belirlenen bir tanıya yol açtığı, dolayısı ile de tanısal güvenilirliğinin düşük olduğu buna karşılık kişilik özelliklerine yönelik boyutsal değerlendirmenin

güvenilirliğinin yüksek olduğu saptanmıştır (97). Kişiliğin boyutuna yönelik bilgiler, araştırmacılar tarafından kişilik bozukluğunun kategorisini desteklemede ve belli ortak uyum yönelik olmayan özellikleri belirlemede de sıklıkla kullanılmaktadır. Mizaç ve kişiliğe boyutsal yaklaşan güncel modeller; Costa ve McCrae'nin Beş Faktör Kişilik Modeli (BFM) (1990) ve Cloninger'ın yedi faktörlü Psikobiyolojik Kişilik Modeli (PKM) (1993)'dir. Kategorik modeller arasında ise Akiskal'ın beş kategoriden oluşan Afektif Mizaç Modeli (AMM) (1987;1998) öne çıkmaktadır (94, 98).

Bu modellerin dışında, insanların kategorik olarak dokuz farklı kişilik tipine ayrıldığını öne süren, benliğin mekanizmalarının çözümlenmesi ve anlaşılmasında kullanılan geleneksel bir sistem olan Enneagram, tutarlı ve bütüncül bir kişilik modeli olmaya adaydır (Palmer, 1991). İki bin beşyüz yıl öncesine dayandığı düşünülen eski bir kişilik sınıflandırma yöntemi olan enneagram hakkında çeşitli varsayımlar öne sürülmüştür. Sözel aktarımla bugüne ulaştığı bilinen Enneagram, 20. yüzyılın ikinci yarısında İçhazo ve psikiyatr Naranjo'nun katkılarıyla bir kişilik tip modeline dönüşmüştür (Riso, 2003) (94, 99).

2.4.1. Dokuz Kişilik Tipi

Kelime olarak enneagram, Yunanca *dokuz* anlamına gelen “enne” ve *kişilik* anlamına gelen “gram” kelimelerinin birleşiminden oluşmuştur. Bu sistem, farklı 9 kişilik türü ve aralarındaki karmaşık ilişkileri açıklar. Ayrıca bireylerin psikolojik açıdan son derece sağlıklı, ortalama ve sağlıklı durumlarda kişilik yapısı değişimlerini tutarlı bir biçimde açıklar. Böylece birbirinden farklı mizaç özellikleri ortaya çıkarılır. Sistemdeki 9 mizaçın bir çember üzerinde sıralandığını düşünürsek, her bir mizaçın öncesinde ve sonrasında gelen mizaç o mizacın kanat mizacı görevindedir (100).



Şekil 1. Enneagram sisteminde dokuz kişilik tipinin gösterimi (11);

- 1 Numaralı Kişilik Tipi:** Mükemmeliyetçi- Reformcu
- 2 Numaralı Kişilik Tipi:** Yardımsever
- 3 Numaralı Kişilik Tipi:** Başaran- Motivatör
- 4 Numaralı Kişilik Tipi:** Traji-Romantik (Özgün)
- 5 Numaralı Kişilik Tipi:** Gözlemci
- 6 Numaralı Kişilik Tipi:** Sadık-Sorgulayan
- 7 Numaralı Kişilik Tipi:** Ehli Keyf-Rahatına Düşkün
- 8 Numaralı Kişilik Tipi:** Reis-Lider
- 9 Numaralı Kişilik Tipi:** Barışçı

2.4.1.1. Bir Numaralı Kişilik Tipi: Mükemmeliyetçi-Reformcu

Bu tipte bireyler sosyal yaşamlarında son derece prensipli ve mükemmeliyetçi bir yapıya sahip kişilerdir (11). Hayatlarındaki her şeyi eksiksiz olması adına daima doğru, adil ve mantık çerçevesinde yapmaya meyillidirler. Son derece sorumluluk sahibi olduklarından, kendilerine verilen görevleri ne pahasına olursa olsun yerine getirmeye çalışırlar ve bu esnada yapılan en ufak bir hatada bile kendilerini eleştirirler (11, 101). Ahlak konusunda çok hassastırlar. Kendilerine göre uyulması gereken kurallara herkesin uymasını beklerler. Her şeyin en doğrusunu bildiklerine inanırlar. Bu nedenle onayladıkları şeylerin herkes tarafından kabul edilmesini, onaylamadıklarının ise herkes tarafından reddedilmesini beklerler. Aksi takdirde insanlarla sorun yaşayabilirler. Taraftarı oldukları davalarda nerede

duracağını bilir ve taraflarını coşkuyla savunurlar. Mantık bu tip kişiler için ön plandadır. Genel olarak her şey ya siyah ya beyaz, ya doğru ya yanlış, ya iyi ya kötüdür (11). Tahammülleri az olduğu için, gerçekçi ve objektif kararlar alma şansları azalabilir (101).

Bir numaralı kişilerde en çok görülen psikiyatrik hastalık *obsesif-kompulsif bozukluk* (11).

Dokuz kanadına sahip birler etraflarına karşı daha soğuk ve ciddidirler. Hata yapmamak ve eleştirilmemek için çok büyük bir çaba sarf ederler. Öfkelerini pek yansıtmazlar, bu da onları daha sakin fakat inatçı yapar (102).

İki kanadına sahip birlerde ise, durum çok farklıdır. Bu tip insanlar son derece sıcakkanlı ve yardımseverdirler. İlişkilerinde mantık ve doğruluğun yanında duygusallık da önemlidir. Öfkelerini dışarıya gösterme konusunda daha başarılıdırlar (102).

2.4.1.2. İki Numaralı Kişilik Tipi: Yardımsever

Bu tip insanlar yardımsever, iyimser ve almaktan çok verici kişilerdir. Son derece fedakar olan bu kişiler, empati yetenekleri sayesinde, karşılarındaki kişinin eksiklerini ve isteklerini çok iyi anlayıp, başarılı olmaları ve kendilerini iyi hissetmeleri için ellerinden geleni yapmaya çalışırlar. Bu hassasiyeti karşı taraftan da bekledikleri için, karşılık alamadıkları zaman çok kırılırlar ve motivasyonları azalır. Duygusal kişilik yapısına sahip olup mantık- duygu çatışması varsa her zaman duygunun lehine davranırlar. Yeni insanlarla tanışma ve ilişki kurma konularında asla sıkıntı çekmezler. Dikkat çekip insanların sevgisini kazanmayı çok önemserler. Karşı tarafı kırmaktan çok korktukları için asla hayır diyemezler (102, 103). Bu kadar sevecen ve fedakar oldukları halde kızdıkları zaman çok kırıncı olabilirler. Ancak kızgınlıkları uzun sürmez. İnsanlar için vazgeçilmez olduklarını düşünüp yaptıkları iyilikleri abartabilirler. İnsanlardaki duygusal değişimleri çok çabuk anlayabilmeleri nedeniyle anlayışlı ve cana yakın olarak bilinirler (11).

İkilerde en çok görülen psikiyatrik bozukluk *yaygın anksiyete bozukluğu*dur (11).

Bir kanadına sahip ikiler duyguları konusunda çok iyi kontrol sağlarlar. Sevgi ve duygusallığın yanında sorumluluk prensipleri de çok önemlidir. Temelde duygusaldırlar fakat mantık-duygu çatışmasında çok fazla kararsızlıklar yaşarlar (102). İkinin empati ve sosyalliği bir kanadının tarafsızlığı ile dengelenir. Bilinçli ve prensiplidirler. Genelde ne istediğini bilen, insanlara faydalı olan başarılı insan örneklerini teşkil ederler (11).

Üç kanadına sahip ikiler ise çoğunlukla dış görünüşlerine çok fazla önem verirler. Başkaları tarafından seilmeyi çok önemserler ve bunu iyi bir dış görünüşle çok daha kolay yapabileceklerine inanırlar. İlişkilerinde genel olarak baskın olan bu kişiler, duygularını gizleme konusunda başarılıdır. Üç kanadının etkisi bu insanların karşı tarafın kendileri hakkındaki düşüncelerini çok fazla önemsemelerine neden olur (102). Cana yakın ve arkadaş canlısı bu kişiler insanlara ilgi gösterirler ve onlarında kendilerine ilgi göstermesinden hoşlanırlar. Kendilerinden emin, yaşama sevincine sahip, çevresine pozitif enerji saçan insanlardır (11).

2.4.1.3. Üç Numaralı Kişilik Tipi: Başaran-Motivatör

Bu kişiler statü kazanmak, başarmak ve onaylanmak için çok çalışırlar. Amaçları, hangi alanda olurlarsa olsun en iyisi olmaktır. En iyi eş, en iyi anne veya baba, iş yerinde en iyi çalışan olmak isterler (102, 103).

Çoğunlukla dış görünüşlerine çok fazla önem verirler ve başkalarını bu şekilde etkileyebileceklerine inanırlar. İyi göründüklerine inandıkları için, özgüvenleri fazlasıyla yüksektir. Bu insanlar kendilerine hayran olunmasını isterler ve bunun için çok çaba sarfederler (11).

Diğer insanlara göre daha hırslıdırlar. Yarışmayı severler ve yüksek hedeflere sahiptirler. Bu hedeflere ulaşmak için çok uğraşmaktan çekinmezler. Prestijli bir yaşam istekleri onlarda heyecan uyandırır ve bu amaç için çalışırlar. Hedeflerine

kilitlenir ve bütün dikkatlerini buna verirler. Yenilgiden hiç hoşlanmazlar ve hırslı kişilikleri onların yenme isteklerini daha da körükler. Potansiyellerini verimli bir şekilde kullanamadıklarını farkettileri zaman çok rahatsız olurlar. Sosyal çevreye çok rahat uyum sağlayan gayet dışa dönük kişiliklere sahiptirler. Bir ortamda kimlerle nasıl konuşacaklarını çok iyi bilir ve buna göre davranırlar. Bulundukları ortamın en dikkat çekici ve etkileyici öğelerini çok kısa süre içinde kendilerine uygulamakta çok başarılıdırlar. Bu onları her zaman bulundukları ortamın en dikkat çekici ve popüler kişisi haline getirir. Genel olarak her şeye çok olumlu yaklaşırlar, herhangi bir olumsuzluğun morallerini bozmasına izin vermezler ve çevrelerindeki insanları da motive edebilirler (100, 102, 103).

Üç numaralı kişilik tipinde en çok görülen psikiyatrik hastalık *narsizmdir* (11).

İki kanadına sahip üçler daha dışa dönük ve sosyal insanlardır. Dikkat çekici ve popüler olmak için her şeyi yaparlar ve bir süre sonra gerçekten de bulundukları ortamın en popüler insanı haline dönüşürler. İkisinin etkisinden dolayı pek duygularını gizleyemezler, daha kolay kırılabilirler (102). Sosyal beceri konusunda oldukça becerilidirler. Özellikle fiziksel anlamda çok caziptirler. Bu grubun genel özelliği yaptıkları herşeyle övünmek ve başkaları tarafından da kabul edilmek istemeleridir. İstedikleri ilgi ve sevgiyi göremezlerde yaptıkları işlerin verimi azalır. Bu da onları saldırgan yapabilir (11).

Dört kanadına sahip üçler birbirleriyle çelişen, son derece karışık ve karmaşık özellikler sergileyebilen kişilerdir. Bu kişiler kendinden emin, sıra dışı ancak içe dönük ve duyarlı insanlardır. Dört kanadının ağır bastığı üçler iki kanadına sahip üçler kadar cazibeli olmamakla birlikte bu eksiklerini zekalarıyla kapatırlar (11). Başkaları tarafından onaylanma gereği duymayan özgüven sahibi kişilerdir. Çoğunlukla başkalarını dış görünüşleri ile değil, entelektüel yönleriyle veya başarılarıyla etkileme isteği duyarlar. Dördün getirdiği sanatsal yön ile popüler kültürden ziyade daha özgün şeyler daha çok ilgilerini çeker (102).

2.4.1.4. Dört Numaralı Kişilik Tipi: Traji-Romantik

Bu tip insanlar, duygusal yönden son derece kuvvetlidirler, neredeyse her işlerinde duygularıyla hareket ederler ve duygularını kontrol edebilirlerse çok başarılı olurlar (11). Genelde çok kibar ve duygusaldırlar. Çok zengin bir hayal dünyaları vardır. Bu sayede de sanatsal yönleri çok gelişmiştir, tutkuludurlar. Özgünlük onlar için çok önemli olduğundan normalin dışında kalan şeyler ilgilerini çok çeker. Sosyal hayatlarında samimiyete çok önem verirler, etraflarındaki insanlara çok içten davranırlar. Etkileyici görünmek gibi bir çabaları olmadığı için farklı görünmeye çalışmazlar ve içlerinden geldiği gibi davranırlar. Ayrıntıya önem verirler, duyguları çok yoğun ve derinden hissederler. Tahammül edemedikleri şey yüzeysellik ve sıradanlıktır. Bazen sosyal ilişkilerinde fazlasıyla dışa dönük olabilseler de genelde kendi başlarına kalıp duygularını yaşamayı daha çok severler. Kalabalıkta uzun süre kalmaktan hoşlanmazlar. Duygularında çok fazla iniş çıkışlar ve ani değişimler vardır. Çok kolay incinen duygusal yapılarına rağmen bunu karşı tarafa belli etmek istemezler, kendiliğinden farkedilsin isterler. Her yaşadıkları iyi veya kötü farketmeksizin, gizli hazineleriymiş gibi hissederler. Bu bazen sanatsal yönden yaratıcılık sebebi olsa da çoğunlukla melankolik bir hava içinde olmalarına sebep olur (100, 102, 103).

Dört numaralı kişilik tipinde en çok görülen psikiyatrik hastalık *depresyondur* (11).

Üç kanadına sahip dörtler sosyal ilişkilerinde daha dışa dönük ve aktif bir görünüme sahiptirler. Çevreleri tarafından nasıl göründüklerini, haklarında neler düşünüldüğünü daha çok önemsedikleri için hayatlarını buna göre şekillendirirler (102). Dörtlerin yetenekleri ve üçlerin özgüvenleri bir kişilik tipinde birleşirse başarı kaçınılmaz olacaktır (11).

Beş kanadına sahip dörtler ise çok daha içe dönük ve sessiz olmayı tercih ederler. İlişkilerinde çok duygusal olsalar da mantık çerçevesinin çok da dışına çıkmak istemezler. Düşünerek zamanlarının çok büyük bir kısmını geçirebilen bu tip kişiler, kendilerini anlamayacağını düşündükleri kişilere pek sıcak davranmazlar.

Çok farklı ve yaratıcı kişiliklere sahip olsalar da, sosyal ortamlarda gözlem yapmayı, ilişki kurmaya tercih ederler (102). Kendilerini ve özellikle de çevrelerinde ki insanları gözlemleme eğilimindedirler. Bu grubun yetenekli bireyleri bütün kişilik tipleri içinde en üretken olabilenlerdir. Çünkü sezgi, kavrayış ve duyarlılığı entelektüel zeka ile birleştirerek olağanüstü eserler ortaya çıkarırlar (11).

2.4.1.5. Beş Numaralı Kişilik Tipi: Gözlemci-Araştırmacı

Bu kişiler sosyal hayatlarında biraz mesafeli ve soğuk olurlar. Sosyal ilişkiler kurmaktansa tek başlarına olup düşünmek onları daha çok mutlu eder. İnsanlarla fiziksel anlamda da temas halinde olmaktan hoşlanmazlar. Duygusal kişiler değildirler. Olaylara karşı çok gerçekçi ve mantıklı yaklaşımlarda bulunurlar. Gözlem ve analiz yetenekleri çok gelişmiştir, biraz da meraklıdırlar. Merak ettikleri şeyi bütün ayrıntılarıyla bilmek isterler. Daima neden-sonuç ilişkisini sorgular ve etraflarında olup biten her şeyi objektif bir biçimde değerlendirebilirler. Mükemmel düzeyde karar verme becerileri olan yaratıcı entelektüellerdirler. Bir konuya odaklanırlarsa saatlerce bıkmadan, ara vermeden o konuyla ilgilenebilirler; konsantrasyonları çok iyidir. Genelde çevrelerindeki insanlardan daha fazla bilgi sahibi olsalar da, başkalarının bunları anlamayacağını düşündükleri için paylaşımda bulunmak istemezler. Kendi başlarına kalıp düşünecek ve olayları değerlendirecek zaman bulamadıkları zaman tükenmiş ve gergin hissederler. Teorik bilgi birikimleri çok iyi ancak pratik anlamda pek yetenekli olmayabilirler (100, 102, 103). Bu kişilik tipi için güç bilgidir. Bildikleri oranda kendilerini iyi hissederler. Uzun süre kendi başlarına çalışabilirler. Dâhilerin çoğu bu kişilik tipinden çıkar. Özel hayatlarına yapılan müdahale onların saldırgan ve alaycı bir tavır sergilemelerine neden olabilir. Genel anlamda beşler, gösterişten uzak, sade, sır saklayan, güvenilir kişilerdir (11).

Beş numaralı kişilik tipinde en çok görülen psikiyatrik hastalık *paranoyadır* (11).

Dört kanadına sahip beşler daha içe dönük olup başkalarıyla daha az iletişim halinde olmak isterler. Temel kişilik tipleri beş olduğu için dikkat gerektiren işlerde son derece başarılı olmalarının yanı sıra, dört kanadının etkisiyle son derece

hassas ve kırılıgandırılar. Bu özellikleri nedeniyle de işlerini aksatabilirler. Bu kişilerin sezgileri çok güçlüdür (11). Bu kanadın etkisiyle dostluklara biraz daha fazla kıymet veren kişiler karşı tarafın hislerini anlamaya çalışmaya daha yatkın olabilirler (102).

Altı kanadına sahip beşler kişilik tipleri içinde geçinilmesi en zor tiplerden biridir. Bu grubun temel özelliği güvensizliktir. İnsanların kendilerine yaklaşmalarına izin verirlerse, sadık ve çok iyi arkadaş olurlar. İnsanlarla aralarına mesafe koyarlarsa, duygularını ifade edemedikleri için içlerine kapanırlar ve yalnızlaşırlar. Yalnızlaştıkça da kendilerini daha çok işe verirler (11). Aynı zamanda çabuk kaygılanan bu kişiler genelde daha aykırı kişiliklere sahip olurlar (102).

2.4.1.6. Altı Numaralı Kişilik Tipi: Sadık-Sorgulayan

Altı numaralı kişilikler kelimenin tan anlamı ile “garantici” dirler. Garantili yaşamın en büyük güvencesi onlar için bir otoritenin gölgesinde barınmaktır. Kişilik tipleri içinde en az anlaşılabileni altıdır. Çelişkilerle doludurlar. Hem otoriteye itaat ederler hem de otoriteye karşı hırçın davranırlar. Gelenekçi bir yanları vardır. Kendilerini en kötüsüne göre ayarladıkları için hayal kırıklığı çok yaşamazlar. Son derece tedbirli ve temkinlidirler. Duygusal yönden başkalarına bağımlı olmalarına rağmen bunu gizlerler. İnsanlara yakın olmak isterler ama buna uygun olup olmadıklarını anlamak için öncelikle onları test ederler (11). Şahsi yaşantılarında çok titiz ve düzenlidirler. Etraflarında da sürekli güven duygusunu hissetmek ve bunu oluşturmak isterler (100, 102, 103).

Altı numaralı kişilik tipinde en çok görülen psikiyatrik hastalık *pasif agresif kişilik bozukluğudur* (11).

Beş kanadına sahip altılar kişiler çevreleriyle mesafeli ilişkiler kurarlar. Çünkü çevrelerini iyice gözlemleyip buna göre davranışlarını belirlemesi gerekir. Beşin verdiği entelektüelliğin yanı sıra, altıdan dolayı gerçekçilik ve şüphecilik de beraberinde gelir (102). Bütün kişilik tipleri içinde en cazibeli olabilen gruptur (11).

Yedi kanadına sahip altılar beş kanadına sahip olanlara göre daha dışa dönük, rahat ve sakinlerdir. Altıları tedbirli olma, işi düzgün yapma ve hata yapmama stresinden yedi kandı kısmi olsa da kurtarır. Aykırı düşüncelerini rahatça ifade edebilecek cesarete sahiptirler ve özgüvenleri çok daha yüksektir. Titizlik konusunda da daha rahat davranabilirler (11, 100).

2.4.1.7. Yedi Numaralı Kişilik Tipi: Ehli Keyf-Rahatına Düşkün

Çok neşeli ve renkli insanlar olup çevreleri ile uyumludurlar, etraflarındaki insanlara da neşe saçarlar. Hayattan zevk almak bu kişiler için çok önemlidir. Çok yönlülükleri nedeniyle yeniliklere daima açıktırlar, keşfetmeye odaklıdırlar. Yeni tecrübeler, yeni fikirler, yeni kişiler onlara keyif verir. Sıkıntılı durumlardan uzak durur, her zaman pozitif bakarlar. Pratik çözümler üretebilirler, olayların canlarını sıkmasına müsaade etmezler. Teorik bilgiden ziyade pratik bilgiler ilgilerini çektiği için bir şeyleri okuyarak değil bizzat tecrübe ederek öğrenme yolunu tercih ederler (100, 102, 103). Kişilik tipleri içinde en yetenekli grup yedilerdir ancak haz almadıkları işlere karşı son derece lakayttırlar. Ben merkezlidirler. İsteklerini elde etme adına sorumsuz, kırıncı, kaba ve duyarsız olabilirler. Kolayca kontrolden çıkabilecek yapıları vardır. Bu da onların bağımlı, zorlayıcı, manik-depresif duygu durum bozukluklarına yatkınlıklarına sebep olur. Sıkıntıya hiç tahammülleri yoktur. Önlerine çıkan birçok fırsatı kaçırdıklarından kişilik tipleri içinde en çok beceriye sahip olan grup olmalarına rağmen ekonomik olarak en çok bağımlı olanlar yedilerdir. Yeni tecrübeler daima açık olmaları nedeniyle bir işe başlarken sonunu düşünmeden en acele o işe girişebilenler yedilerdir (11).

Kendilerine sınırlar koyulmasından pek hoşlanmadıkları için disiplin içinde rahatça yaşayamazlar. Genellikle dağınık ve düzensizdirler (101, 102).

Yedi numaralı kişilik tipinde en çok görülen psikiyatrik hastalık *bipolar bozukluk* (11).

Altı kanadına sahip yediler altının etkisiyle sorumluluklarını önemseyen ve güven orjinli bir hayatı inşa etmeye çalışan insanlardır. Kontrollü olmayı severler ve

başlayacakları bir işe çok daha ayrıntılı düşünerek başlarlar. Hissettikleri kaygı nedeniyle, risk alacakları zaman çok daha fazla düşünürler. Her ne kadar, içlerinden geldiği gibi davranmak ve özgür olmak isteseler de altı kanadı bunu bastırabilir. Bu da, çevrenin olumsuz düşüncelerinden etkilenme nedeniyle, bireyin kendi kendini sınırlandırması nedeniyledir (102). Bu gruptaki kişiler insanların gözüne girmek için uğraşırlar, insanların onların hakkında ne düşündüğünü önemserler, onaylanmak isterler. Son derece keyifli, sevgi dolu ve eğlenceyi seven entelektüel insanlardır. Kolay incinebilirler fakat çabuk toparlanırlar. Altı kanadı yedinin saldırgan özelliğini yumuşatırken, endişelerini artırır (11).

Sekiz kanadına sahip yediler son derece saldırgan kişilerdir, kontrol etmekte zorlandıkları öfkeleri, tartışmalarda daha da artar. Altı kanadına sahip yedilere göre daha maddiyatçı ve daha egoistlerdir. Sürekli buyurma tavırlarıyla etrafındaki insanları rahatsız ederler (11). Keyiflerine daha düşkün ve konuşkan olurlar. Fazlasıyla dışa dönük ve arkadaş canlısı olurlar. Altı kanadına sahip yedilere göre daha hızlı karar veren pratik insanlardır. Risk almaktan da asla çekinmezler, ne olursa olsun düşündükleri şeyi yapmak isterler (100).

2.4.1.8. Sekiz Numaralı Kişilik Tipi: Reis-Lider

Kişilik tipleri içinde en cesur ve en kararlı olabilen sekizlerdir. Kendilerine son derece güvenmeleri ve otoriter yapıya sahip olmaları nedeniyle liderler genellikle bu gruptan çıkar. Kendilerine olan güvenleri sayesinde motivasyon sıkıntısı yaşamazlar. Hırslıdırlar, kavga etmekten çekinmezler. En saldırgan kişilik tipidir. Toplumda iyi veya kötü iz bırakırlar. Kişilik tipleri içinde en azimli gruptur, tam bir dava adamıdırlar. Güçlü ve iradeli yapıları sayesinde çevrelerindeki insanlar tarafından örnek alınırlar. Bu sahip oldukları güç ile çok büyük şeyler başarabildikleri gibi, son derece yıkıcı da olabilirler. İdealisttirler ve büyük hedeflerin insanlarıdır. Kaybetmekten nefret ederler (11). Özgüvenleri çok yüksektir. Bu özgüvenin altında yüksek fiziksel kapasitelerine olan güvenleri vardır. Başkaları üzerinde hükmederek ortaya çıkmaktan hoşlanırlar fakat çevreleri kendilerini sınırlandırmaya kalkarsa buna asla tahammül edemezler. Aynı şekilde emir vermeyi çok seven ama emir almaktan asla hoşlanmayan kişilerdir (100, 102, 103).

Sekiz numaralı kişilik tipinde en çok görülen psikiyatrik hastalık *anti sosyal kişilik bozukluğu*dur (11).

Yedi kanadına sahip sekizlerin özgüvenleri çok yüksektir. Yedinin ‘haz’ tutkusu ve sekizin ‘baskın kişilik’ özellikleri bir araya geldiğinde çekici ve karizmatik bir kişilik ortaya çıkar. Oldukça saldırgan yapıya sahiplerdir. Tüm kişilik tipleri içinde en benmerkezci tipi oluştururlar (11).

Dokuz kanadına sahip sekizler daha az otoriter ve daha az saldırgandırlar. Sekizin aşırılıklarını dokuzun pasifliğinin törpülemesiyle bu kişilik tipindeki insanlar sadece kendi fikirlerine değil başka insanların fikirlerine de önem verirler (11). Kolay kolay öfkelenmezler, aşırı tepkiler vermekten kaçınırlar. Öfke kontrolleri iyi olduğu için daha az çatışmaya girerler. Daha sakin kişiler olmalarına rağmen çok daha inatçı yapıya sahiptirler (102).

2.4.1.9. Dokuz Numaralı Kişilik Tipi: Barışçı-Sakin

Diğer kişiliklerle en iyi geçinen ve en uyumlu kişilik tipidir. Dokuzlar genellikle tepkisiz, sessiz, hareketleri yavaş, ses tonu düşük kişilerdir. Çatışmalara pek girmezler, çevresiyle olan ilişkileri son derece iyidir. Çünkü dokuzlar için başkalarının ne düşündüğü daha önemlidir, kendi fikirlerini önemsemezler. Kendilerini değil, başkalarını tatmin etmeyi amaç edinmeleri en büyük problemleridir. Var olan problemlerle uğraşmamak için onları görmezden gelirler, çevrelerinde ihmalkar olarak tanınırlar. Baskıdan hoşlanmazlar ve baskı altında çalışamazlar. Hayattan beklentileri yüksek değildir, çünkü eğer ulaşamazlarsa üzülürler. Aynı şekilde üzülmeye riskini göze alamadıklarından yeni bir şey denemezler, birini örnek alarak denenmiş tecrübelerden faydalanırlar. Tüm motivasyonları huzurlarını korumaktan ibarettir. Kolay kolay hayır diyemezler bu nedenle suistimale açıktırlar. Tembel tembel oturmaktan zevk alan dokuzlar için faaliyetsizlik de bir faaliyettir (11).

Dokuz numaralı kişilik tipinde en çok görülen psikiyatrik hastalık *pasif agresif kişilik bozukluğu*dur (11).

Sekiz kanadına sahip dokuzlar özgüven sahibidirler. Biraz gergin ve huysuz görünebilirler çünkü korumacı ve yatıştırıcı yanları sürekli çatışma halindedir. Daha rahat “hayır” diyebilen insanlardır ve daha çabuk öfkelenirler (102).

Bir kanadına sahip dokuzlar sekiz kanadına sahip dokuzlara göre duygusal yönden daha dengeli ve sakinler. Çok dürüst ve aşırı prensiplidirler(11). Sorumluluk sahibi olan bu kişilik tipindeki insanlar işlerini gereken zamanda bitirmeyi çok önemserler. Ayrıca bu gelenekçi mizacın etkisiyle daha muhafazakar ve kontrollü insanlar haline gelmişlerdir (102).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma bir tanımlayıcı kesitsel çalışma olarak tasarlanmıştır. Çalışmamızın evrenini Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniği ile Atatürk Üniversitesi Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama ve Araştırma Merkezine (ATYAM) 25.10.2016-15.02.2017 tarihleri arasında başvuran 18-64 yaş arası hastalar oluşturmaktadır. Çalışmaya daha önce bir psikiyatri uzmanı tarafından depresyon tanısı almış ve başka herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 228 kişilik çalışma grubu ile, depresyon ve herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış sağlıklı 228 kişiden oluşan kontrol grubu olmak üzere toplam 456 kişi alındı. Her iki gruba kişisel bilgi toplama formu ve kişilik tiplerini tespit etmek amacıyla Taştan Kişilik Tipi Ölçeği uygulandı. Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınmış olup çalışmaya dair bilgilendirmenin ardından katılımcılardan sözel ve yazılı onam alındı.

Çalışmaya alınma kriterleri:

18 yaş üstü olma

65 yaş altı olma

Çalışma grubundaki hastaların daha önce bir psikiyatrist tarafından depresyon tanısı almış olması ve herhangi başka bir psikiyatrik hastalığının olmaması

Kontrol grubundaki bireylerin daha önce bir psikiyatrist tarafından depresyon tanısı almamış olması ve herhangi başka bir psikiyatrik hastalığının olmaması

Bu proje için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı (Sayı: B.30.2.ATA.0.01.00/4-Tarih: 24.10.2016). (EK 1).

Kişisel Bilgi Toplama Formu: Araştırmaya katılan deneklerin, kendileri ile ilgili çeşitli sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyleri) aktarmalarını kolaylaştıran bir form uygulandı.

Taştan Kişilik Tipi Ölçeği: 44 sorudan oluşan ve 9 kişilik tipine yönelik geliştirilen 0 (kesinlikle hayır) - 6 (kesinlikle evet) şeklinde derecelendirilen likert tipinde bir ankettir. Ölçek Taştan ve arkadaşları (12) tarafından 2013 yılında geliştirilmiş olup 44 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin dokuz alt tipi vardır ve her biri bir kişilik tipinden oluşmaktadır. Bir numaralı kişilik tipi mükemmeliyetçi-reformcu, iki numaralı kişilik tipi yardımsever, üç numaralı kişilik tipi başarı-motivatör, dört numaralı kişilik tipi traji-romantik, beş numaralı kişilik tipi gözlemci, altı numaralı kişilik tipi sadık-sorgulayan, yedi numaralı kişilik tipi ehli keyf-rahatına düşkün, sekiz numaralı kişilik tipi reis-lider, dokuz numaralı kişilik tipi barışçı olarak tanımlanmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach alfa değeri) 0,839 olarak bulunmuştur (EK 3)

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik veriler için sayı ve yüzde; numerik veriler için ortalama ve standart sapma sunuldu. Numerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Histogram grafiği ile incelendi. Hipotez testleri olarak Student t testi, Tek Yönlü ANOVA, Ki Kare ve Tukey testleri kullanıldı. İstatistiksel olarak önemlilik sınırı $p < 0,05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 228 depresyon tanısı almış kişiden oluşan çalışma grubu ve yine 228 sağlıklı kişiden oluşan kontrol grubu olmak üzere toplam 456 kişi alınmıştır. Çalışma grubunda 144'ü (%31,6) kadın iken, 84'ü (%18,4) erkek idi. Kontrol grubunun ise 134'ü (%29,4) kadın iken, 94'ü (%20,6) erkek idi. Çalışma grubu ile kontrol grubu arasında cinsiyet yönüyle anlamlı fark saptanmadı ($p=0,337$).

Tablo 3. Depresyon hastalarından oluşan çalışma grubu ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun cinsiyet dağılımı

		Hasta grubu		p
Cinsiyet		Depresyon	Kontrol	
Kadın		144	134	0,337
	Toplam	31,6%	29,4%	
	Erkek	84	94	
	Toplam	18,4%	20,6%	
	Total	228	228	
		Toplam	50,0%	50,0%

Eğitim durumu yönüyle gruplarımızı incelediğimizde depresyon tanısı alan grubun 18'inin (%3,9) ilkokul, 26'sının (%5,7) ortaokul, 108'inin (%23,7) lise, 76'sının (%16,7) üniversite mezunu olduğu; kontrol grubunun ise 16'sının (%3,5) ilkokul, 30'unun (%6,6) ortaokul, 107'sinin (%23,5) lise, 75'inin (%16,4) üniversite mezunu olduğu görüldü. Gruplar arasında eğitim durumu yönüyle anlamlı fark saptanmadı ($p=0,937$).

Tablo 4. Depresyon hastalarından oluşan çalışma grubu ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun eğitim durumu dağılımı

		Hasta grubu			
		Depresyon	Kontrol	p	
Eğitim durumu	İlkokul		18	16	0,937
		Toplam	3,9%	3,5%	
	Ortaokul		26	30	
		Toplam	5,7%	6,6%	
	Lise		108	107	
		Toplam	23,7%	23,5%	
	Üniversite		76	75	
		Toplam	16,7%	16,4%	
Total			228	228	
		Toplam	50,0%	50,0%	

Çalışmamıza katılan depresyon tanılı kişilerin yaş ortalaması $35,5 \pm 10,4$ iken kontrol grubunun yaş ortalaması $39,1 \pm 10,2$ idi. Çalışma grubu ve kontrol grubu arasında yaş yönüyle anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$).

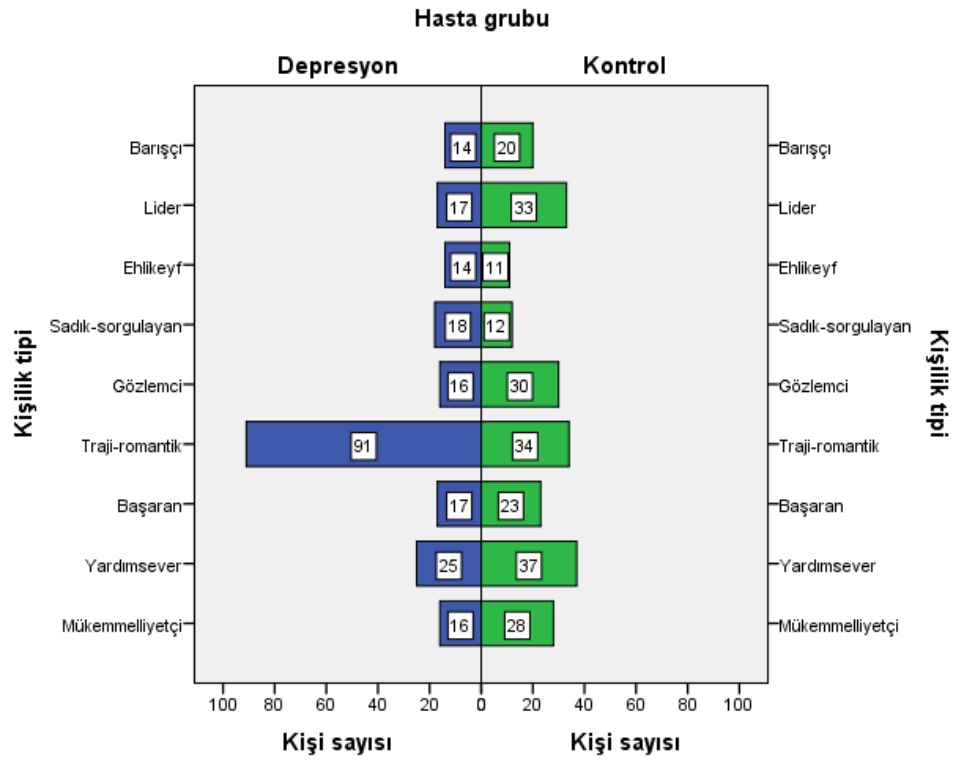
Tablo 5. Depresyon hastalarından oluşan çalışma grubu ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun yaş dağılımı

	Hasta grubu	N	Ortalama	Standart Sapma	p
Yaş	Depresyon	228	35,54	10,420	0,000
	Kontrol	228	39,19	10,201	

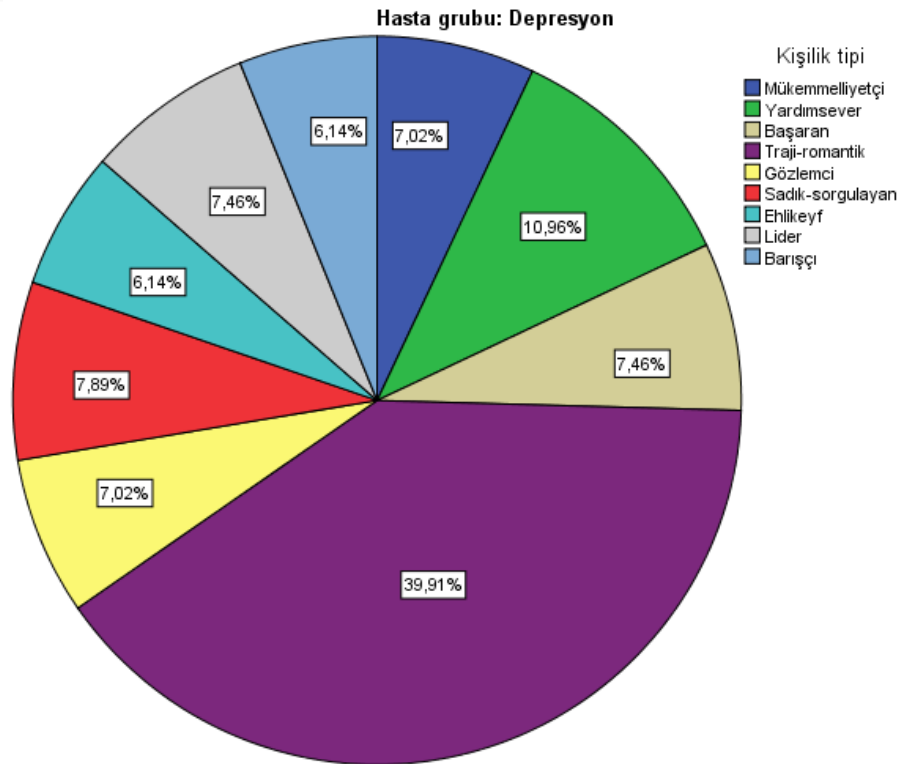
Depresyon tanılı hastaların kişilik tiplerine baktığımızda 16'sının (%3,5) mükemmeliyetçi, 25'inin (%5,5) yardımsever, 17'sinin (%3,7) başaran, 91'inin (%20) traji-romantik, 16'sının (%3,5) gözlemci, 18'inin (%3,9) sadık sorgulayan, 14'ünün (%3,1) ehlikeyf, 17'sinin (%3,7) lider, 14'ünün (%3,1) barışçı kişilik tipine sahip olduğu tespit edildi. Kontrol grubunun ise 28'inin (%6,1) mükemmeliyetçi, 37'sinin (%8,1) yardımsever, 23'ünün (%5) başaran, 34'ünün (%7,5) traji-romantik, 30'unun (% 6,6) gözlemci, 12'sinin (%2,6) sadık sorgulayan, 11'inin (%2,4) ehlikeyf, 33'ünün (%7,2) lider, 20'sinin (%4,4) barışçı kişilik tipine sahip olduğu tespit edildi. Çalışma ve kontrol grubundaki kişilik tipi yönüyle anlamlı fark vardı ($p < 0,05$).

Tablo 6. Depresyon hastalarından oluşan çalışma grubu ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun kişilik tiplerine göre dağılımı

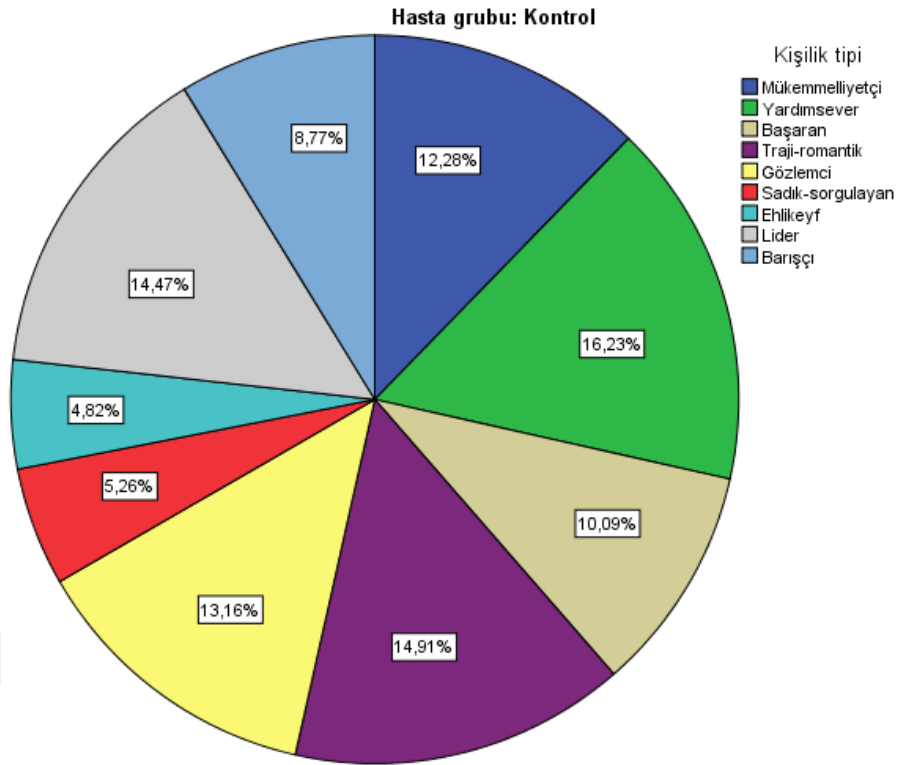
		Hasta grubu		Total	P değeri
		Depresyon	Kontrol		
Kişilik tipi	Mükemmelliyetçi	16	28	44	0,00
		% 3,5%	6,1%	9,6%	
	Yardımsever	25	37	62	
		% 5,5%	8,1%	13,6%	
	Başaran	17	23	40	
		% 3,7%	5,0%	8,8%	
	Traji-romantik	91	34	125	
		% 20,0%	7,5%	27,4%	
	Gözlemci	16	30	46	
		% 3,5%	6,6%	10,1%	
	Sadık-sorgulayan	18	12	30	
		% 3,9%	2,6%	6,6%	
	Ehlikeyf	14	11	25	
		% 3,1%	2,4%	5,5%	
	Lider	17	33	50	
		% 3,7%	7,2%	11,0%	
	Barışçı	14	20	34	
		% 3,1%	4,4%	7,5%	
Total		228	228	456	
		% 50,0%	50,0%	100,0%	



Şekil 2. Çalışma ve kontrol grubunun kişilik tiplerine göre dağılımı



Şekil 3. Çalışma grubundaki hastaların kişilik tipi dağılımı



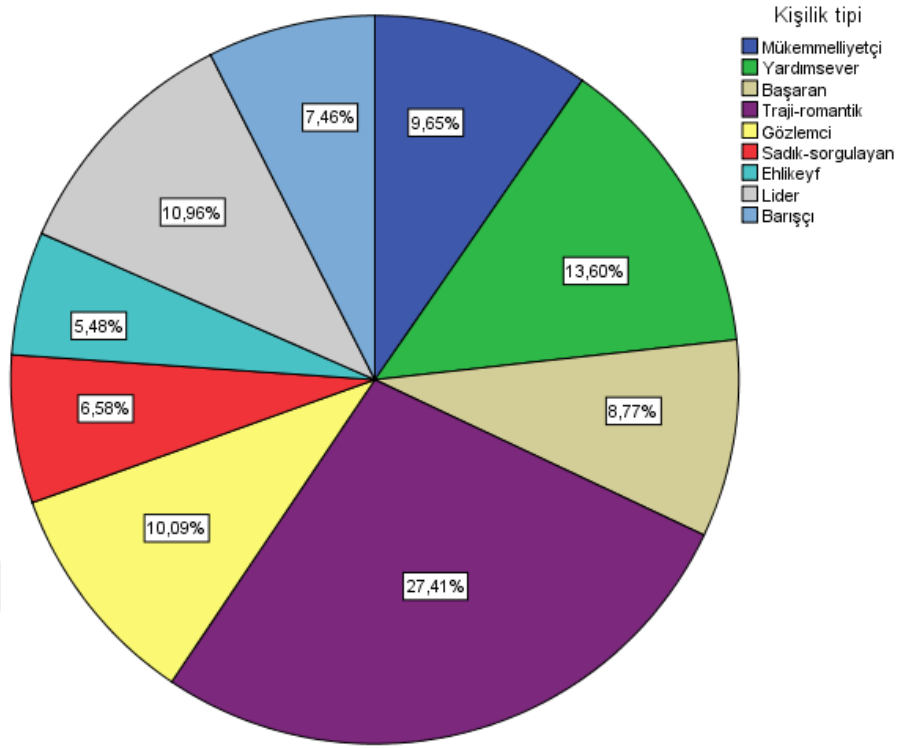
Şekil 4. Kontrol grubundaki bireylerin kişilik tipi dağılımı

Çalışmamızda depresyon tanısı alan hastaların en büyük kısmını traji-romantik kişilik tipi oluşturmakta iken ehlikeyf kişilik ve barışçı kişilik bu grubun en az görülen kişilik tiplerini oluşturmaktadır. Kontrol grubunun en büyük kısmını yardımsever kişilik tipi oluşturmakta iken bu grupta en az görülen kişilik tipi ise ehlikeyf kişilik olarak saptanmıştır.

Tablo 7. Depresyon hastalarından oluşan çalışma grubu ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun kişilik tipleri sayı ve yüzdeleri

Hasta grubu	Kişilik tipi	Sayı	%	Toplam %
Depresyon	Mükemmeliyetçi	16	7,0	7,0
	Yardımsever	25	11,0	18,0
	Başaran	17	7,5	25,4
	Traji-romantik	91	39,9	65,4
	Gözlemci	16	7,0	72,4
	Sadık-sorgulayan	18	7,9	80,3
	Ehlikeyf	14	6,1	86,4
	Lider	17	7,5	93,9
	Barışçı	14	6,1	100,0
	Total	228	100,0	
Kontrol	Mükemmeliyetçi	28	12,3	12,3
	Yardımsever	37	16,2	28,5
	Başaran	23	10,1	38,6
	Traji-romantik	34	14,9	53,5
	Gözlemci	30	13,2	66,7
	Sadık-sorgulayan	12	5,3	71,9
	Ehlikeyf	11	4,8	76,8
	Lider	33	14,5	91,2
	Barışçı	20	8,8	100,0
	Total	228	100,0	

Çalışma ve kontrol grubu ayırt etmeksizin bakıldığında çalışmamıza katılan 456 kişinin 125'i (%27,4) traji-romantik kişilik tipine sahip olup örneklemimizin büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Ehlikeyf kişilik 25 kişi (%5,5) ile örneklemimizde en az görülen kişilik tipi olarak tespit edilmiştir.



Şekil 5. Çalışmanın evreninin kişilik tipi dağılımı

Tablo 8. Çalışmanın evreninin kişilik tipi dağılımı

Kişilik tipi	Sayı	%	Toplam %
Mükemmeliyetçi	44	9,6	9,6
Yardımsever	62	13,6	23,2
Başaran	40	8,8	32,0
Traji-romantik	125	27,4	59,4
Gözlemci	46	10,1	69,5
Sadık-sorgulayan	30	6,6	76,1
Ehlikeyf	25	5,5	81,6
Lider	50	11,0	92,5
Barışçı	34	7,5	100,0
Total	456	100,0	

5. TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde en sık görülen psikiyatrik hastalık olan depresyon sağlık giderleri, yeti yitimi, intihar riski ve relaps durumu göz önüne alındığı takdirde koruyucu sağlık hizmetleri sunmakla görevli olan birinci basamak sağlık merkezlerinde önemle ele alınması gerekli olan bir konudur. Depresyonun güncel önemine rağmen ülkemizde depresyon epidemiyolojisinde 2000’li yıllarda yeni ve nitelikli araştırma sayısı çok sınırlı kalmıştır. Son yıllarda yapılan araştırmaların geniş toplum örneklemelerinde yapılmaması ve yapılandırılmış tanı görüşmeleri yerine öz bildirim ölçeklerinin kullanılmış olması nedeniyle nitelikli araştırma sayısı çok sınırlı kalmıştır (104).

Ülkemizde gerçekleştirilmiş en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması”nda (1998) Türkiye’de nüfusun %18’inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği bildirilmektedir. Bu çalışmaya göre bir yıllık yaygınlık oranlarına bakıldığında depresif nöbet %4, kısa yineleyici depresyon %1.6 olarak bulunmuştur (105). Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte yürütülen bir çalışmada, bir sağlık ocağına başvuran hastalarda %11,6 oranında depresyon saptanmış ve depresyonun üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra en sık ikinci tanı olduğu bildirilmiştir (106). 2000’li yıllardan sonra yapılan epidemiyolojik çalışmalar daha sınırlı olup Türkiye geneli yapılmış bir çalışma yoktur. Kırpınar ve arkadaşlarının 2010 ve 2012 de Erzurum’da yapmış olduğu çalışmalar depresyonun alt tipi olan postpartum depresyon ile ilgili prevelans çalışmaları olup depresyon prevelansını yansıtmamaktadır (107, 108). Keskin ve arkadaşlarının 2013 yılında Eskişehir il merkezinde 1475 kişi ile yaptıkları çalışmada ruhsal bozuklukların yaygınlığı %43 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %37,1’inde duygudurum bozuklukları saptanmıştır. En yaygın görülen duygudurum bozukluğu, majör depresif bozukluk olup %24,9 oranında bulunmuştur (109). Taştan ve arkadaşlarının 2016 yılında bir üniversite hastanesi çalışanlarında yapmış olduğu depresyon düzeylerine yönelik çalışmada ise depresyon yaygınlığı %11.3’tür (110). Başka bir çalışmada ise yetişkinlerin üçte birinin (%36) son bir yılda ruh sağlığı sorunu yaşadığı, yine dörtte birinde (%23) ruhsal hastalık görülmesi, bunların da büyük bir çoğunluğunu (%87) depresyon ve anksiyetenin oluşturduğu ortaya konmuştur (111).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporuna göre depresif nöbet kadınlarda %5.4 erkeklerde %2.3 iken, kısa yineleyici depresyon kadınlarda %2.2 erkeklerde %0.8 bulunmuştur (105). Keskin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %44,7'sinde, erkeklerin ise %29,5'inde en az bir duygudurum bozukluğunun olduğu görülmüştür (109). Yozgat'ta Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılan bir çalışmaya göre depresyon başta olmak üzere ruhsal sorunların kadınlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, eşi ölmüş veya eşinden ayrılmış olanlarda, ekonomik durumu kötü olanlarda, sağlık sorunu olanlarda daha sık olduğu saptanmıştır (112). Yine Ünal ve arkadaşlarının 2013'te yapmış olduğu bir çalışmaya göre toplam ruh sağlığı bozukluğu yüzdesi ise %12 olup, kadınlarda (%16) erkeklere göre (%7) iki kat daha fazladır (113). Uçku ve Küey' de yaptıkları çalışmada kadın olmayı bir risk faktörü olarak bulmuşlardır (114). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak vaka ve kontrol gruplarında depresyon kadınlarda daha sık bulunmuş fakat iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına göre; depresyon görülme sıklığı 25-34 yaş grubunda %9, 35-44 yaş grubunda %11 ve 45-54 yaş grubunda %13'tür (115). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporuna göre depresif nöbet yaş ortalaması 40.1, kısa yineleyici depresyon yaş ortalaması ise 43.6'dır (105). Demiral ve arkadaşlarının 2006 yılında üniversite hastanesinde yaptıkları bir çalışmada 30 yaş ve altında olanlarda (%44,6) 31-45 ve 46 ve üzeri yaşta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek depresyon saptanmıştır (116). Yine BDE ile yapılan birçok çalışmada yaş ile depresyon arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (117, 118). Başpınar ve arkadaşlarının 2016 yılında hekimler üzerinde yaptığı bir çalışmada ise depresyonun yaş ile ilişkisinin olmadığı görülmüştür (119). Bizim çalışmamızda da çalışmaya katılan depresyon tanılı kişilerin yaş ortalaması $35,5 \pm 10,4$ iken kontrol grubunun yaş ortalaması $39,1 \pm 10,2$ idi. Çalışma grubu ve kontrol grubu arasında yaş yönüyle anlamlı fark saptandı.

Hoeymans ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi düşük ve boşanmış kadınların ruhsal sorun yaşama oranlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (120). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporuna göre depresyon oranları eğitimi olmayanlarda en yüksek, eğitim düzeyi arttıkça sıklık azalıyor (105). Sivas'ta

yapılan bir çalışmaya göre depresyonun bir aylık yaygınlık oranı okuryazar olmayan grupta %34.3 ile en yüksek bulunmuştur (121). Yine hastane anksiyete ve depresyon ölçeği ile yapılan birçok çalışma da düşük eğitim düzeyinin depresyon için bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur (122, 123). Bizim çalışmamız da ise çalışma ve kontrol grupları arasında eğitim düzeyleri açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

Depresyon hastalarında kişilik tiplerinin incelenmesi amacıyla enneagram sisteminin yorumlanmasıyla oluşturulan Taştan Kişilik Tipi Ölçeği kullanılarak daha önce yapılan bir çalışma yoktur. Literatüre bakıldığında daha çok depresyon ve kişilik bozukluklarının incelendiği çalışmalar vardır (124-126). Kişilik tiplerinin incelendiği çalışmalarda ise genelde Eysenck Kişilik Envanteri (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ) ve MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) kullanılmıştır Şekil 1 (127-129). Eysenck Kişilik Envanteri ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri kişileri psikopatolojik açıdan kategorize ederken, Enneagramda dokuz kişilik tipi vardır ve her insan sahip olduğu kişilik tipine ait sağlıklı ve sağlıklı olmayan karakteristik özelliklerin arasında dalgalanmalar gösterebilir. Dolayısıyla depresyon hastalarında kişilik tiplerini incelediğimiz çalışmamızda kullandığımız Taştan Kişilik Tipi Ölçeği kişileri sahip oldukları kişilik özelliklerine göre sınıflandırmaktadır, patolojik bir sınıflandırma değildir.

Yaptığımız çalışmada depresyon tanısı alan hastaların en büyük kısmını trajik-romantik kişilik tipi oluşturmakta iken ehlikeyf kişilik ve barışçı kişilik bu grubun en az görülen kişilik tiplerini oluşturmaktadır. Depresyonla kişilik tipi arasında bağlantı olduğu tespit edilmiştir. Dört numaralı kişilik tipi, trajik-romantik kişilik tipi olarak tanımlanan, çok yoğun duygular yaşayan ve nerdeyse her işlerinde bu duygularıyla hareket eden insanlardır. Çok sık duygusal fırtınalar yaşarlar bu da onların davranışlarında tutarsızlık olarak yansır. İnsanlarla aralarına duvarlar örer ve kendilerini yaşadıkları toplumdan dışlarlar. Bu nedenle de sık sık depresyona girme eğilimindedirler. Her şeyi kişisel olarak algırlar, bu tavırları onları çok yıpratır ve potansiyellerini köreltir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Depresyon hastalarında kişilik tipi özelliklerini incelediğimiz çalışmamızda enneagrama göre depresyon hastalarındaki en sık kişilik tipi dört numaralı kişilik tipi olarak bulunmuştur. Literatürde enneagram ve depresyonun birlikte incelendiği başka bir çalışma yoktur. Bu konuyla ilgili daha geniş kapsamlı, çok merkezli, daha fazla katılımcıya ulaşabilecek çalışmalar yapılmasında fayda olacaktır. Depresyon gibi diğer ruhsal bozukluklarında kişilik özellikleriyle ilişkili olabileceği düşünülerek, diğer ruhsal bozukluklar için de aynı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Çalışmamızda depresyon hastalarının sosyodemografik özelliklerinden yaş, cinsiyet ve eğitim durumu incelenmiş olup sadece yaş açısından kontrol grubu ile arasında anlamlı fark saptanmıştır. Depresyonun oluşumunda daha çok parametrenin etkili olduğu bilinmektedir. Daha geniş kapsamlı, daha çok parametreyle ilişkinin araştırıldığı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Depresyon tedavi edilmediği takdirde yeti yitimine ve intihar riskine yol açan tüm dünyada yaygınlığı giderek artan bir duydudurum bozukluğudur. Koruyucu ruh sağlığı çalışmalarını içeren birinci basamak sağlık hizmetleri, ruhsal yönden sorunlar yaşayan bireylerin veya riskli kişilerin tespit edilmesi, desteklenmesi noktasında anahtar bir role sahiptir. Birinci basamak sağlık merkezlerinde kayıtlı hastalarda kişilik tiplerinin belirlenerek depresyona yatkınlık oluşturduğu gözlenen kişilik tipine sahip kişilerin daha yakından izlenmesi yerinde olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Cimilli C. Depresyonla İlişkileri Bağlamında Türkiye'nin Sosyal ve Kültürel Özellikleri Türk Psikiyatri Dergisi. 1997;8:292-300.
2. Sayar K, Ak İ. Depresyon ve Kültür. İbni Sina Tıp Dergisi 6. 2001:56-9.
3. Kaya B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış. Klinik Psikiyatri. 2007;10(6):11-20.
4. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray C. Global Burden of Depressive Disorders in the Year 2000. The British Journal of Psychiatry. 2004;184(5):386-92.
5. Ünal S, Özcan E. Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2000;1(1):41-8.
6. Kaya M, Genc M, Kaya B, Pehlivan E. Prevalence of Depressive Symptoms, Ways of Coping, and Related Factors Among Medical School and Health Services Higher Education Students. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18(2):137-46.
7. Thomas JC, Segal DL. Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology, Personality and Everyday Functioning: John Wiley & Sons; 2006.
8. Yelboğa A. Kişilik Özellikleri ve İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. "İş, Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi. 2006;8(2):196-211.
9. Farmer A, McGuffin P, Williams J. Measuring Psychopathology. New York: Oxford University; 2002.
10. Taymur İ, Türkçapar MH. Personality: Description, Classification and Evaluation. Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry. 2012;4(2):154-77.
11. Taştan K. Kişilik Tiplerine Göre Stresle Mücadele Yöntemleri/Bir Başka Açıdan Stres. Erzurum: Ayhan Ofset Matbaacılık; 2013. 29 p.
12. Taştan K, Aktürk Z, Işık M. Development and Validation of a Personality Type Inventory Based on Enneagram. 20th Wonca Europe Conference; Istanbul2015.

13. Köknel Ö. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. Duygudurum Dizisi. 2000;1:5-1.
14. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Tuna Matbaacılık 2015. 261-96 p.
15. Yemez B, Alptekin K. Depresyon Etiyolojisi. Psikiyatri Dünyası. 1998;1:21-5.
16. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent Developments and Current Controversies in Depression. The Lancet. 2006;367(9505):153-67.
17. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major Depressive Disorder: New Clinical, Neurobiological, and Treatment Perspectives. The Lancet. 2012;379(9820):1045-55.
18. Öztürk E, Aydın H. Depresyonla İlgili Nöroanatomik Çalışmalar. Duygudurum Bozuklukları. 2001;3:126-31.
19. Bench CJ, Friston KJ, Brown RG, Frackowiak RSJ, Dolan RJ. Regional Cerebral Blood Flow in Depression Measured by Positron Emission Tomography: the Relationship With Clinical Dimensions. Psychological medicine. 1993;23(03):579-90.
20. Biver F, Goldman S, Delvenne V, Luxen a, De Maertelaer V, Hubain P, et al. Frontal and Parietal Metabolic Disturbances in Unipolar Depression. Biological Psychiatry. 1994;36(6):381-8.
21. Ito H, Kawashima R, Awata S, Ono S, Sato K, Goto R, et al. Hypoperfusion in the Limbic System and Prefrontal Cortex in Depression: SPECT with Anatomic Standardization Technique. Pediatrics. 1996;66:679-84.
22. Vasile RG, Schwartz RB, Garada B, Holman BL, Alpert M, Davidson PB, et al. Focal Cerebral Perfusion Defects Demonstrated by 99m Tc-hexamethylpropyleneamine oxime SPECT in Elderly Depressed Patients. Psychiatry Research: Neuroimaging. 1996;67(1):59-70.
23. Drevets WC, Videen TO, Price JL, Preskorn SH, Carmichael ST, Raichle ME. A Functional Anatomical Study of Unipolar Depression. The Journal of Neuroscience. 1992;12(9):3628-41.
24. Krishnan KRR, McDonald WM, Escalona PR, Doraiswamy PM, Na C, Husain MM, et al. Magnetic Resonance Imaging of the Caudate Nuclei in Depression: Preliminary Observations. Archives of General Psychiatry. 1992;49(7):553-7.

25. Krishnan KR, McDonald WM, Doraiswamy PM. Neuroanatomical Substrates of Depression in the Elderly. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1993;243:41-6.
26. Albayrak EÖ, Ceylan ME. Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2004;17(1):27-33.
27. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics of North America*. 2012;35(1):51-71.
28. Antonijevic IA. Depressive Disorders- Is it Time to Endorse Different Pathophysiologies? *Psychoneuroendocrinology*. 2006;31(1):1-15.
29. Lamers F, Vogelzangs N, Merikangas KR, De Jonge P, Beekman ATF, Penninx BWJH. Evidence for a Differential Role of HPA-Axis Function, Inflammation and Metabolic Syndrome in Melancholic Versus Atypical Depression. *Molecular Psychiatry*. 2013;18(6):692-9.
30. Beck AT. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press; 1983.
31. Tuğrul C, Sayılğan MA. Depresyonla Başa Çıkma Yolları: Türk Psikologlar Derneği; 1997.
32. Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2016;6(1):51-66.
33. Angst J. Epidemiology of Depression. *Psychopharmacology*. 1992;106(1):S71-S4.
34. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
35. Andrade L, Caraveo- anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, Graaf RD, Vollebergh W, et al. The Epidemiology of Major Depressive Episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2003;12(1):3-21.
36. Roos E, Burström B, Saastamoinen P, Lahelma E. A Comparative Study of the Patterning of Women's Health by Family Status and Employment Status in Finland and Sweden. *Social Science & Medicine*. 2005;60(11):2443-51.

37. Lee LC, Casanueva CE, Martin SL. Depression Among Female Family Planning Patients: Prevalence, Risk Factors, and Use of Mental Health Services. *Journal of Women's Health*. 2005;14(3):225-32.
38. Noble RE. Depression in Women. *Metabolism*. 2005;54(5):49-52.
39. McIntosh E, Gillanders D, Rodgers S. Rumination, Goal Linking, Daily Hassles and Life Events in Major Depression. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2010;17(1):33-43.
40. Lehtinen V, Joukamaa M. Epidemiology of Depression: Prevalence, Risk Factors and Treatment Situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994;89(s377):7-10.
41. Nicholi JR, Armand M. *The Harvard Guide to Psychiatry*: Belknap Press/Harvard University Press; 1999.
42. Kessler RC, Wang PS. Epidemiology of Depression. *Handbook of depression*. 2002;2:5-22.
43. Uçku R. Kentsel Bir Bölgede 65 Yaş Üzeri Yaşlılarda Kesitsel Bir Alan Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 1992;29:15-20.
44. Elovainio M, Pulkki-Råback L, Jokela M, Kivimäki M, Hintsanen M, Hintsala T, et al. Socioeconomic Status and the Development of Depressive Symptoms from Childhood to Adulthood: A Longitudinal Analysis Across 27 Years of Follow-up in the Young Finns Study. *Social science & medicine*. 2012;74(6):923-9.
45. Silverstone PH. Concise Assessment for Depression (CAD): A Brief Screening Approach to Depression in the Medically Ill. *Journal of psychosomatic research*. 1996;41(2):161-70.
46. Schoepf D, Uppal H, Potluri R, Chandran S, Heun R. Comorbidity and its Relevance on General Hospital Based Mortality in Major Depressive Disorder: A Naturalistic 12-year Follow-up in General Hospital Admissions. *Journal of psychiatric research*. 2014;52:28-35.
47. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Major Depressive Disorder in DSM-5: Implications for Clinical Practice and Research of Changes from DSM-4. *Depression and Anxiety*. 2014;31(6):459-71.

48. Uher R, Farmer A, Maier W, Rietschel M, Hauser J, Marusic A, et al. Measuring Depression: Comparison and Integration of Three Scales in the GENDEP Study. *Psychological Medicine*. 2008;38(02):289-300.
49. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives Of General Psychiatry*. 1961;561-71.
50. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği 1989. 3-13 p.
51. Hamilton M. A Rating Scale for Depression. *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;56-62.
52. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin Geçerliliği, Güvenirliği ve Klinikte Kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(4):251-9.
53. Montgomery SA, Asberg M. A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *Br J Psychiatry*. 1979;382-9.
54. Özer S, Demir B, Tuğal Ö, Kabakçı E. Montgomery–Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. 2001.
55. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatry scand*. 1983;361-70.
56. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8(4):280-7.
57. Tezcan E. Depresyonun Ayırıcı Tanısı. *Duygudurum Dizisi*. 2000;2:77-98.
58. Weiner MF, Lipton AM. The American Psychiatric Publishing Textbook of Alzheimer Disease and Other Dementias: American Psychiatric Pub; 2009.
59. Gebretsadik M, Jayaprabhu S, Grossberg GT. Mood Disorders in the Elderly. *Medical Clinics of North America*. 2006;90(5):789-805.
60. Bowden CL. A Different Depression: Clinical Distinctions Between Bipolar and Unipolar Depression. *Journal of Affective Disorders*. 2005;84(2):117-25.
61. Segal ZV, Pearson JL, Thase ME. Challenges in Preventing Relapse in Major Depression: Report of a National Institute of Mental Health Workshop on State

- of the Science of Relapse Prevention in Major Depression. *Journal of Affective Disorders*. 2003;77(2):97-108.
62. Keller MB, Klerman GL, Lavori PW, Coryell W, Endicott J, Taylor J. Long-term Outcome of Episodes of Major Depression: Clinical and Public Health Significance. *Jama*. 1984;252(6):788-92.
 63. Keller MB, Lavori PW, Rice J, Coryell W, Hirschfeld RM. The Persistent Risk of Chronicity in Recurrent Episodes of Nonbipolar Major Depressive Disorder: A Prospective Follow-up. *Am J Psychiatry*. 1986;143(1):24-8.
 64. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW, Shea MT, et al. Multiple Recurrences of Major Depressive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(2):229-33.
 65. Judd LL, Akiskal HS. Delineating the Longitudinal Structure of Depressive Illness: Beyond Clinical Subtypes and Duration Thresholds. *Pharmacopsychiatry*. 2000;33(01):3-7.
 66. Uluşahin A, Uluğ B. Clinical and Personality Correlates of Outcome in Depressive Disorders in a Turkish Sample. *Journal of Affective Disorders*. 1997;42(1):1-8.
 67. Agosti V. Predictors of Remission from Chronic Depression: A Prospective Study in a Nationally Representative Sample. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55(3):463-7.
 68. Rothschild AJ. Challenges in the Treatment of Depression with Psychotic Features. *Biological Psychiatry*. 2003;53(8):680-90.
 69. Organization WH. Preventing Suicide: A Global Imperative. Executive Summary. Retrieved July. 2014;23:2015.
 70. TÜİK. İntihar İstatistikleri 2013 Ankara2014 [26.09.2016]. Available from: www.tuik.gov.tr.
 71. Asirdizer M, Yavuz MS, Aydin SD, Dizdar MG. Suicides in Turkey Between 1996 and 2005: General Perspective. *The American journal of forensic medicine and pathology*. 2010;31(2):138-45.
 72. Isometsa E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When and Why? *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2014;59(3):120-30.

73. Beghi M, Rosenbaum JF, Cerri C, Cornaggia CM. Risk Factors for Fatal and Nonfatal Repetition of Suicide Attempts: A Literature Review. 2013.
74. Hawton K, Comabella CC, Haw C, Saunders K. Risk Factors for Suicide in Individuals with Depression: A Systematic Review. *Journal of affective disorders*. 2013;147(1):17-28.
75. Taylor D, Paton C, Kapur S. Prescribing Guidelines in Psychiatry. The South London and Maudsley NHS Foundation Trust and Oxleas NHS Foundation Trust. 2012.
76. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, et al. Major Depressive Disorder: A Prospective Study of Residual Subthreshold Depressive Symptoms as Predictor of Rapid Relapse. *Journal of affective disorders*. 1998;50(2):97-108.
77. K ro lu E. Klinik Psikiyatri. Ankara: Hekimler Yayın Birli i; 2015. 184-211 p.
78. Fink M. What was Learned: Studies by the Consortium for Research in ECT (CORE) 1997–2011. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2014;129(6):417-26.
79. Sudak DM. Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Psychiatric Clinics of North America*. 2012;35(1):99-110.
80. Berens LV. The Sixteen Personality Types: Descriptions for Self-Discovery: Telos Publications; 1999.
81.  zt rk MO, Ulu ahin A. Ruh Sa lı ı ve Bozuklukları. Ankara Tuna Matbaacılık; 2015. 81-94 p.
82. Aslan S. Kişilik, Huy ve Psikopatoloji. Reviews, Cases and Hypotheses in Psychiatry RCHP. 2008;2(1-2):7-18.
83. Şehabettino lu Ş. Kişilik Tipleri Ve Hastalıklara Yatkınlık. İstanbul: Beykent Üniversitesi 2015.
84. Topçu MK. Çalışanların Kişilik  zelliklerinin örgütsel  zdeşleşme Ve İşten Ayrılma Niyeti  zerine Etkisinde Psikolojik Sözleşme Algısının Rolü. Ankara2015.
85. Şenyuva HŞ. Aydın İlinden Alınan Normal Bir  rnekleme Kişilik Bozukluklarının Yaygınlık  alışması. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2007.

86. Jensen AR. Galton's Legacy to Research on Intelligence. *Journal of Biosocial Science*. 2002;34(02):145-72.
87. Yurtsever H. Kişilik özelliklerinin stres düzeyine etkisi ve stresle başa çıkma yolları: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2009.
88. Simanowitz V, Pearce P. *Personality development*. Open University Press: McGraw-Hill Education (UK); 2003.
89. Freud S. Three Essays on the Theory of Sexuality. 1905;7:125-243.
90. Dal V. Farklı Kişilik Özelliklerine Sahip Bireylerin Risk Algılarının Tüketici Davranışı Açısından İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi; 2009.
91. Leary T. *Interpersonal Diagnosis of Personality: A Functional Theory and Methodology for Personality Evaluation*: Wipf and Stock Publishers; 2004.
92. Cloninger CR. A Unified Biosocial Theory of Personality and its Role in the Development of Anxiety States. *Psychiatric Developments*. 1986;3(2):167-226.
93. Goodwin FK, Jamison KR. *Suicide, in Manic-Depressive Illness*. New York. Oxford University; 1990.
94. Yılmaz ED, Gençer AG, Ünal Ö, Aydemir Ö. Enneagram'dan Dokuz Tip Mizaç Modeli'ne: Bir Öneri. *Eğitim ve Bilim*. 2014;39(173).
95. Trull TJ, Durrett CA. Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:355-80.
96. Shedler J, Westen D. Dimensions of Personality Pathology: An Alternative to the Five-Factor Model. *American Journal of Psychiatry*. 2014;161:1743-54.
97. Riso LP, Klein DN, Anderson RL, Ouimette PC, Lizardi H. Concordance Between Patients and Informants on the Personality Disorder Examination. *Am J Psychiatry*. 1994;151(4):568-73.
98. Arthur KB. *Attachment Styles and Enneagram Types: Development and Testing of an Integrated Typology for use in Marriage and Family Therapy*. Blacksburg, Virginia Virginia Polytechnic Institute and State University; 2008.
99. Taştan K. Kişilik Tiplerine Göre Stresle Mücadele. *Erzurum*2013. 39-232 p.

100. Sharp PM. A Factor Analytic Study of three Enneagram Personality Inventories and the Vocational Preference Inventory: Texas Tech University; 1994.
101. Wagner JP, Walker RE. Reliability and Validity Study of a Sufi Personality Typology: The Enneagram. *Journal of Clinical Psychology*. 1983;39(5):712-7.
102. Maitri S. The Spiritual Dimension of the Enneagram: Nine faces of the Soul: Penguin; 2000.
103. Webb K. Principles of the Enneagram: What it is, how it works: Singing Dragon; 2012. 25-9 p.
104. Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C, et al. Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2014;25:264-81.
105. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1998.
106. Rezaki M. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1995;6(1):13-20.
107. Kirpinar I, Gözüm S, Pasinlioğlu T. Prospective Study of Postpartum Depression in Eastern Turkey Prevalence, Socio- Demographic and Obstetric Correlates, Prenatal Anxiety and Early Awareness. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(3- 4):422-31.
108. Kirpinar İ, Tepeli İÖ, Gözüm S, Pasinlioğlu T. Erzurum İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyonlarının Sıklık ve Yaygınlığı ile DSM-IV Tanısal Dağılımı: İleriye Dönük Bir Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012;13(1).
109. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2013;50(4):344-51.
110. Taştan K, Öztekin C, Kaya A, Demirhan B. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışanların Depresyon Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Ankara Medical Journal*. 2016;16(4):354-60.
111. Wray TB, Dvorak RD, Martin SL. Demographic and Economic Predictors of Mental Health Problems and Contact with Treatment Resources Among Adults

- in A Low-Income Primary Care Setting. *Psychology, Health & Medicine*. 2013;18(2):213-22.
112. Kılıç M, Uzunçakmak T. Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Ruh Sağlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2016;20(3):115-21.
113. Ünal B, Ergör G, Dinç-Horasan G, Kalaça S, Sözmen K. Chronic Diseases and Risk Factors Survey in Turkey. Ankara: Anıl Matbaa Ltd Şti. 2013:69-89.
114. Uçku R, Küey L. Yaşlılarda Depresyon Epidemiyolojisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 1992;19(1):15-20.
115. Turkey Health Ministry. Turkey Burden of Disease Study (TBDS) 2004. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.; 2007.
116. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2006;20:157-64.
117. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. 1992;22:25.
118. Arslan SH, Gürkan SB, Alparslan ZN, Ünal M. Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Hekimlerde Tükenme Düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996;7(1):39-45.
119. Başpınar R, Cihan FG, Kutlu R. Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2016;7(25).
120. Hoeymans N, Garssen AA, Westert GP, Verhaak P. Measuring Mental Health of the Dutch Population: A Comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2004;2(1):23.
121. Doğan O, Akyüz G, Kaya B, Önder Z, Özkürkçügil A. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi-II. Sivas: Dilek Matbaası; 1996.
122. Kutlu R, Işıklar-Özberk D, Gök H, Demirbaş N. Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve Etki Eden Faktörler. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 2016;24(4):672-9.

123. Aydemir Y, Doğu Ö, Amasya A, Yazgan B, Gazioğlu E, Gündüz H. Kronik Solunum ve Kalp Hastalıklarında Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi. 2015;5(4).
124. Topal İO, Altunay İK, Mercan S. Kronik Ürtikerli Hastalarda Kişilik Bozuklukları, Anksiyete ve Depresyon. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2004;7(4):199-209.
125. Türkçapar H, Güriz O, Özel A, Işık B, Dönbak Örsel S. Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Hastalarda Öfke ve Depresyonun İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2004;15(2):119-24.
126. Sayın A, Aslan S. Duygudurum Bozuklukları ile Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005;16(4):276-83.
127. Uluç S. MMPI-2 Depresyon, Kaygı ve Öfke İçerik Ölçeklerinin Ölçüt Geçerliği Açısından Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2008;19(1):57-66.
128. Bektaş SÇ, Altun F. Öğretmenlerin Kişilik Özellikleri ve Kişisel Sağlık Davranışları ile Depresif Belirtileri Arasındaki İlişkiler. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2013;17(1).
129. Inan L, Soykan C, Tulunay FC. MMPI Profiles of Turkish Headache Sufferers. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 1994;34(3):152-4.

8. EKLER

EK-1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/4
Konu : Etik Kurul Kararı

24.10.2016

Sayın: Arş.Gör.Dr.Yasemin Nur MAKAS ORAL
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz “**Depresyon Hastalarında Kişilik Tipi Özellikleri**” isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için **Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan** izin alınması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Eki :
1 Adet Etik Kurul Kararı



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Arş.Gör.Dr.Yasemin Nur MAKAS ORAL
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Depresyon Hastalarında Kişilik Tipi Özellikleri
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 6 Karar No: 23	Tarih: 24.10.2016
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Doç.Dr.Hamidullah UYANIK
Üye

Yrd.Doç.Dr.Zahide KOŞAN
Üye

Yrd.Doç.Dr.İlker İNCE
Üye

Uz.Dr.Sevilay AKALP ÖZMEN
Üye

Op.Dr.Binali FIRINCI
Üye

Arş.Gör.Dr.Kamil DURMUŞ
Üye (Hukukçu)

Emrah MELETLİOĞLU
Üye

EK-2. Taştan Kişilik Tipi Ölçeği(TKTÖ)

No	TAŞTAN KİŞİLİK TİPİ ÖLÇEĞİ Aşağıdaki sorular kişilik tipinizi belirlememize yardımcı olacaktır. Lütfen genel yaşantınızı dikkate alarak her bir soru için size en uygun kutucuğa işaret koyunuz.	0-Kesinlikle hayır	1-Hayır	2-Kısmen hayır	3-Ne evet ne hayır	4-Kısmen evet	5-Evet	6-Kesinlikle evet
1	Bütün seçenekleri değerlendirdiğim için eyleme geçmekte zorlanırım.							
2	Detaylar konusunda çok hassasım.							
3	Eleştirel bir bakış açısına sahibim.							
4	Neyin tehlikeli ya da zararlı olacağını hemen tespit ederim.							
5	Yaptığım işi en ince ayrıntısına kadar düşünür, öyle yaparım.							
6	Alçakgönüllü biriyim.							
7	Can sıkıntısına hiç tahammül edemem.							
8	İnsanların benimle, lafı evirip çevirmeden dosdoğru konuşmalarını isterim.							
9	Takdir edilmek benim için çok önemlidir.							
10	Bir iş verdiğim insan çok yavaş çalışırsa, işi ondan alıp kendim tamamlarım.							
11	Çok azimli biriyim.							
12	Çok çalışkan biriyim.							
13	Elimi attığım hemen her işin altından kalkarım.							
14	Her zaman ulaşmak istediğim bir hedefim vardır.							
15	Her zaman yapacak işim vardır.							
16	Çabuk kırılabilirim.							
17	Çok hassas bir insanım.							
18	Çok yoğun duygular yaşarım.							
19	Estetik anlayışım çok gelişmiştir.							
20	Sık sık hüzünlenirim.							
21	Araştırmacı biriyim.							
22	Ayrıntılara çok dikkat ederim.							
23	Gözlem yeteneğim çok iyidir.							
24	Hayal dünyam çok gelişmiştir.							
25	Sanatçı ruhluyum.							
26	Kendimi emniyette hissetmek için sürekli tetikte olmam gerekir.							
27	Riske girmekten hoşlanmam.							
28	Şüpheliğim risk almama engel olur.							
29	Yönetici pozisyonunda olmaktan rahatsızlık duyarım.							
30	Aktif ve sosyal bir insanım.							
31	Bitmek tükenmek bilmeyen bir enerjiye sahibim.							
32	Genelde neşeli biriyim.							
33	Girdiğim ortama neşe saçarım.							

34	Girdiğim her savaşı kazanamayabilirim ama düşmanlarım beni kolay kolay unutamazlar.							
35	Her işi başarabilirim.							
36	Her zaman kendi başıma buyruk olmayı tercih ederim.							
37	Herkesten farklı olduğumu düşünürüm.							
38	Sıra dışı olmak benim için önemlidir.							
39	Tartışmalarda kolay kolay geri adım atmam.							
40	Birine açıkça öfkelenmekte zorlanırım.							
41	En çok kaçındığım şey çatışmadır.							
42	En önemli özelliğim barışçı ve uyumlu olmaktır.							
43	Huzur ve sükûneti korumak için elimden gelen her şeyi yaparım.							
44	Sabırlı biriyim.							

