

T.C
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

MAJOR DEPRESİF EPİZOD TANISI ALAN HASTALARDA
MİZAÇ VE KARAKTER PROFİLİNİN İNCELENMESİ

TEZ YÖNETİCİSİ
PROF. DR. M. FATİH KARAASLAN

DR. BÜLENT BAHÇECİ

KAHRAMANMARAŞ – 2007

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince, desteğini esirgemeyen fakülte dekanımız sayın Prof. Dr. İlhami Taner KALE hocama, psikiyatri bilgilerimin ve becerilerimin olgunlaşmasında engin tecrübelerinden faydalandığım, tez danışmanım Prof. Dr. M. Fatih KARAASLAN hocama, birlikte çalışmaktan zevk aldığım, bölüm başkanımız Yrd. Doç. Dr. F. Özlem ORHAN hocama, rotasyonlarımda gösterdikleri ilgi ve alakalarından dolayı, Doç. Dr. S. Salih ZOROĐLU, Doç. Dr. Bülent KANTARÇEKEN, Doç. Dr. Mustafa GÖKÇE, Yrd. Doç. Dr. Deniz TUNCEL ile ayrıca istatistiki değerlendirmelerde yardımcı olan Yrd.Doç. Dr. Ali ÇETİNKAYA ve Yrd.Doç. Dr. Hasan EKERBİÇER hocalarıma, beraber çalıştığım bölümdeki ve diğer bölümlerdeki asistan arkadaşlarıma ve hastane personeline, tezimin bastırılmasında yardımını esirgemeyen hastane müdür yardımcımız Ramazan KÖKCÜ beye teşekkür ediyorum.

Ayrıca her zaman her konuda yardımlarını esirgemeyen, daima yanımda olan, aileme, kıymetli eşime, kızlarıma ve büyüklerime sonsuz teşekkürler.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO LİSTESİ	iv
ÖZET-ANAHTAR SÖZCÜK.....	vi
ABSTRACT-KEYWORDS.....	vii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. DEPRESİF BOZUKLUK.....	2
2.1.1.Tarihçe.....	2
2.1.2. Sıklık ve yaygınlık.....	3
2.1.3. Etyoloji.....	4
2.1.3.1.Kalıtım.....	4
2.1.3.2.Duygulanım bozukluklarında beyin araştırmaları.....	5
2.1.3.3. Biyokimyasal etkenler.....	5
2.1.3.4. Endokrin dizge.....	5
2.1.3.5. Ruhsal-toplumsal etkenler.....	6
2.1.3.5.a. Yaşam olayları.....	6
2.1.3.5.b. Çökkünlüklerde psikanalitik görüş.....	7
2.1.3.5.c. Bilişsel görüş.....	7
2.1.3.5.d. Davranışçı görüş.....	7
2.1.3.5.e.Hastalık öncesi kişilik.....	7
2.1.3.6. Bedensel ya da ruhsal hastalığa bağlı ortaya çıkan depresyon.....	8
2.1.4. Sınıflandırma.....	9

2.1.4.1. ICD-10'a göre depresyon tanılarının sınıflandırılması.....	10
2.1.4.2. DSM IV TR'ye göre depresif bozukluklar.....	12
2.1.5. Distimik bozukluk.....	15
2.1.6. Siklotimik bozukluk.....	15
2.1.7. Atipik depresyon.....	16
2.1.8. Depresyonda ayırıcı tanı.....	16
2.1.9. Tedavi.....	18
2.2. KİŞİLİK, MİZAÇ VE KARAKTER.....	18
2.2.1. Kişilik.....	18
2.2.2. Mizaç.....	19
2.2.2.1. Mizacın psikobiyolojisi.....	19
2.2.2.2. Mizacın alt boyutları.....	20
2.2.2.2.a. Zarardan kaçınma.....	20
2.2.2.2.b. Yenilik arayışı.....	21
2.2.2.2.c. Ödül bağımlılığı.....	22
2.2.2.2.d. Sebat etme.....	23
2.2.3. Karakter.....	24
2.2.3.1. Karakterin psikobiyolojisi.....	25
2.2.3.2. Karakterin alt boyutları.....	25
2.2.3.2.a. Kendi kendini yönetme.....	25
2.2.3.2.b. İşbirliği yapma.....	26
2.2.3.2.c. Kendi kendini aşma.....	27
2.2.3.2.d. Mizaç ve karakter arasındaki ana farklılıklar.....	28

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	29
3.1. Çalışma grupları.....	30
3.2. Gereçler.....	30
3.2.1. DSM IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I):.....	30
3.2.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale-HDRS).....	31
3.2.3. Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory-TCI).....	31
3.2.4. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	33
3.2.5. İstatiksel değerlendirme.....	34
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	41
6. KAYNAKLAR.....	47

TABLO LİSTESİ

Tablo.I. Depresyona neden olan çeşitli durumlar.....	8
Tablo.II. Zarardan kaçınma boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları.....	21
Tablo.III. Yenilik arayışı boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları.....	22
Tablo.IV. Ödül bağımlılığı boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları.....	23
Tablo.V. Sebat etme boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları.....	24
Tablo.VI. Kendi kendini yönetme boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları.....	26
Tablo.VII. İşbirliği yapma boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları.....	27
Tablo.VIII.Kendi kendini aşma boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları.....	28
Tablo.IX. Mizaç ve karakter arasındaki ana farklılıklar.....	29
Tablo.X.Mizaç ve karakter envanterine (TCI) göre mizaç alt boyutları ve bunlara ait alt ölçekler	32
Tablo.XI.Mizaç ve karakter envanterine (TCI) göre karakter alt boyutları ve bunlara ait alt ölçekler.....	33
Tablo.XII. Hasta ve kontrol grupları sosyodemografik verileri.....	35
TabloXIII.TCI mizaç alt boyutu,hasta ve kontrol grupları yenilik arayışı verileri	36
Tablo.XIV. TCI mizaç alt boyutu, hasta ve kontrol grupları zarardan kaçınma verileri.	37
Tablo.XV. TCI mizaç alt boyutu , hasta ve kontrol grupları ödül bağımlılığı verileri.....	38
Tablo.XVI. TCI mizaç alt boyutu, hasta ve kontrol grupları sebat etme verileri..	38
Tablo.XVII. TCI karakter alt boyutu, hasta ve kontrol grupların kendi kendini yönetme verileri.....	39

Tablo.XVIII.TCI karakter alt boyutu, hasta ve kontrol grupları işbirliği yapma verileri.....40

Tablo.XIX.TCI karakter alt boyutu, hasta ve kontrol grupları kendi kendini aşma verileri.....41

ÖZET

Amaç: Cloninger kişiliğin temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları inceleyen, boyutsal bir psikobiyojik kişilik modeli geliştirmiştir. Mizaç ve karakter envanteri, mizaç boyutu, yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme alt boyutlarından, karakter boyutu ise, kendi kendini yönetme, işbirliği yapma, kendi kendini aşma alt boyutlarından oluşmaktadır. Bizim çalışmamızda major depresif epizod tanısı alan hastalarda mizaç ve karakter profilinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza DSM-IV-TR'ye göre major depresif bozukluk tanılı 54 hasta ve 75 sağlıklı kontrol alınmıştır. Katılımcılara, sosyodemografik bilgi formu doldurulmuş ve sonrasında SCID-I (DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme)ile psikiyatrik tanıları araştırılmış, HDRS (Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği) ve TCI (Mizaç ve Karakter ölçeği) uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda zarardan kaçınma , hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı yüksekti, yenilik arayışı alt ölçeği keşfetmekten heyecan duyma(YA1), ödül bağımlılığı alt ölçeği bağlanma(ÖB3), kendi kendini yönetme (Kendini kabullenme (KKY4) hariç), iş birliği yapma(Acıma (İY4) ile erdemlilik-vicdanlılık(İY5) hariç), hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düşüktü. Sebat etme ve kendi kendini aşma boyutlarında fark yoktu.

Sonuç: Bizim çalışmamız, zarardan kaçınma ile kendi kendini yönetme ve iş birliği yapma alt boyutlarının,depresyonla ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: Depresyon, Mizaç, Karakter.

ABSTRACT

Objective: Cloninger has developed a dimensional psychobiological personality model that examines normal and abnormal variations on temperament and character which are the main components of personality. Personality dimension of temperament and character inventory is composed of some sub-dimensions like novelty seeking, harm avoidance, reward dependence and persistence while the character dimension is composed of self-directedness, cooperation and self-transcendence sub-dimensions. In this study it is aimed to examine the temperament and character profiles of the patients that are diagnosed as major depressive episode.

Methods: In this study, 54 patients with major depression who were diagnosed according to DSM-IV-TR and 75 healthy controls were included. After filling socio-demographic info forms for the participants their psychiatric diagnosis's are investigated with SCID-I (a clinical meeting structured for DSM-IV Axis I defects), HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) and TCI (Temperament and Character Inventory) is implemented.

Results : In this study harm avoidance was significantly high in patient's group compared to the control group. Novelty seeking exploratory excitability (YA1) from the lower scale, self-directedness (except self-acceptance (KKY4)), cooperation (except compassion (IY4) and virtuousness- conscientiousness (IY5)) was significantly low in patient group compared to the control group. There was no difference in the persistence and self-transcendence dimensions.

Conclusion: This study makes us thinking that sub-dimensions like harm avoidance, self-directedness and cooperation are related with depression.

Keywords: Depression, Temperament, Character

1. GİRİŞ VE AMAÇ:

Yazar William Styron, depresyon sözcüğü için “böylesine büyük bir hastalığı böylesine zayıf/hafif/naif bir sözcükle ifade etmek” diyerek hastalığa bakışını sanatçı uslubuyla tanımlamıştır ⁽¹⁾.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre“Sağlık, bir kişinin salt hasta veya sakat olmaması değil; bedensel, ruhsal ve toplumsal yönlerden tam bir iyilik halidir”. Bu tanım çağdaş tıp yaklaşımına paralel olarak insan yaşamında ve sağlık alanında ruhsal ve toplumsal yönlerin önemini vurgulamaktadır ⁽²⁾.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1978'de yayımlanan bir ruh sağlığı komisyon raporunda, toplumun %25'inin ruhsal bozukluğu olduğu, %15'inin bir psikiyatri kliniğinde tedavi görmesinin gerektiği bildirilmiştir. Ülkemizde ise ruhsal bozukluklarla ilgili epidemiyolojik çalışmalar gözden geçirildiğinde, Türk toplumunda tedavi gerektirecek düzeyde bir ruhsal bozukluğu olanların oranı %20 olarak bulunmuştur ^(2,3).

Depresyon bütün dünyada en sık görülen ruhsal bozukluktur. Amerika Birleşik Devletleri'nde affektif bozukluklar, psikiyatri kliniklerinde tanı sıralamasında üçüncü sırayı almaktadır. Avrupa'da son yıllarda genel tıp alanında depresif bozuklukların oranı %20'ye yükselmiştir ⁽⁴⁾.

Depresyonda bazı ortak kişilik özellikleri tanımlanmışsa da özgül bir kişilik yapısının varlığı henüz tartışmalı bir konudur. Klasik yayınlarda en sık tanımlanan kişilik özellikleri şunlardır: Aşırı sorumluluk duyma, bağımlılık, özseverlik (narsisizm), titizlik, güvensizlik, kolayca suçlanma eğilimi ⁽⁵⁾.

Kişilikle zaman zaman eş anlamda kullanılan çeşitli sözcükler bir kavram kargaşasına yol açmıştır. Bu sözcükler "karakter" ve "mizaç"tır. Karakter sözcüğü sosyal yaşantılar sonucunda ilk yaşlardan itibaren değer yargılarının benimsenmesi anlamında kullanılmaktadır. Ancak kişilik, kişinin ve çevresindeki diğerleriyle ilişkisinin özelliğini oluşturan özellikler (diğer kişilerden ayırt eden belli bir kişilik özelliği), uyum yolları, savunma

mekanizmaları ve davranış biçimlerini kapsayan bir kavramdır. Bu açıdan benimsenen değerler kişiliğin bir yönüdür ve kişilik karakteri de kapsamaktadır. Mizaç ise, insanın duygusal ve devinsel hayatının özelliklerinin tümü olarak kabul edilir⁽⁶⁾.

Mizaç ve karakter konusunda en çok çalışma yapan kişilerden biri de kuşkusuz Cloninger'dir. Cloninger, mizaç ve karakter üzerine psikobiyolojik bir model geliştirmeye çalışmış ve bu modele uygun olacak şekilde 1987'te ilk ölçek olan Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği'ni (Tridimensional Personality Questionnaire; TPQ) geliştirmiş, 1993'te ise bu ölçeğe arkadaşlarıyla birlikte bir mizaç boyutu ile üç karakter boyutu ekleyerek ölçeğin adını Mizaç ve Karakter ölçeği (Temperament and Character Inventory; TCI) olarak değiştirmiştir⁽⁷⁾.

Bu çalışmada Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden, depresyon tanısı konmuş erişkin hastalar ile sağlıklı kontrol grubunun, mizaç ve karakter özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER:

2.1. DEPRESİF BOZUKLUK:

Depresif bozukluklar temel olarak kognitif (bilişsel), psikomotor ve psikofizyolojik alanlardaki bozukluklarla, kişiler arası güçlüklerin eşlik ettiği bir grup bozukluktur. Depresyon sözcüğü; çökme, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Klinik olarak depresyon, derin üzüntülü bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur⁽⁵⁾.

2.1.1.Tarihçe:

Depresyon ve benzeri ruhsal rahatsızlıkların tanımlanma ve sınıflandırma

çabaları eski çağlara kadar uzanır. Sümer ve Mısır kaynaklarında bu konuda bazı bilgilere rastlanmıştır⁽⁸⁾.

Duygulanım bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinir. Eski din kitaplarında. Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanımlanabilmektedir. Mani ve melankoli deyimlerini ilk olarak Hipokrat kullanmıştır (İ.Ö. V. yüzyıl). Bugün ağır çökkünlük olarak bildiğimiz bozukluğa Hipokrat melankoli adını vermiş ve bunu "Kara safra"ya bağlamıştı. Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri İbni Sina olmuş ve ilginç olgu örnekleri vermiştir. 19. yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankolinin değişik türlerini, klinik belirtilerini yazmışlarsa da hepsini psikoz manyak depresif (PMD) adı altında toparlayıp, hastalığın belirtilerinin, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını Kraepelin (1896) yapmıştır⁽⁵⁾.

2.1.2. Sıklık ve yaygınlık:

Duygudurum bozuklukları, öncelikle ruhsal çökkünlükler, bütün hastalıklar arasında en sık görülen bozukluklardandır. Araştırma yöntemlerindeki farklılıklara bağlı olarak değişik sayılar bildirilmişse de sıklığın ve yaygınlığın yüksek oluşunu kimse tartışmamaktadır. Türkiye'nin de bulunduğu 14 ülke için çökkünlüklerde yaygınlık oranı (prevalans, belli bir zamanda bulunan hasta sayısının nüfusa oranı) %10,4, Ankara Gölbaşı sağlık merkezi için %11,6 bulunmuştur^(9,10,11). Ağır çökkünlük bozukluğu (Majör depresyon) için yaşam boyu yaygınlık oranı erkeklerde ve kadınlarda A.B.D.'nde % 2.6 ve % 7.0; Edmonton Kanada'da %5.9 ve %11.4, Seul Kore'de 2.4 ve 4.1 olarak verilmektedir⁽¹²⁾. Çökkünlüklerde 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. Araştırmalar genellikle, ağır çökkünlüklerin kadınlarda erkeklerden iki kat fazla görüldüğünü doğrulamaktadır. Son 30-40 yıl içinde yapılan araştırmalardan elde edilen verilere göre çökkünlüklerde kadın erkek arasındaki farkın giderek azaldığı sanılmaktadır. Bu gelişmiş toplumlarda kadının sosyoekonomik konumundaki ve kadın rolündeki değişmeye bağlı

olabilir. Çökkünlükler kadınlarda en çok 35-45 yaşlar arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmekteyse de bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından daha fazla görüldüğüne dair veriler artmaktadır⁽⁵⁾.

Başka bir kaynakta en yüksek görülme oranları kadınlarda ve erkeklerde 25-44 yaş grupları arasındadır. Majör depresif bozukluğun, toplum örneklemelerinde, yaşam boyu gelişme olasılığı kadınlar için % 10'la % 25 arasında, erkekler içinse % 5'le % 12 arasında değişmektedir. Erişkinlerde majör depresif bozukluğun toplum örneklemelerindeki nokta prevalansı kadınlar için % 5'le % 9 arasında, erkekler içinse % 2'yle % 3 arasında değişmektedir⁽¹³⁾.

Ülkemizde ruhsal bozukluklarla ilgili epidemiyolojik çalışmalar gözden geçirildiğinde, Türk toplumunda tedavi gerektirecek düzeyde bir ruhsal bozukluğu olanların oranı %20 olarak bulunmuştur^(2,3). Bu gerçeklere karşın temel sağlık hizmetlerinde hekimlerin büyük çoğunluğu bu hastalığa tanı koyamamakta ve hastaların önemli bir kesimi tedavi olanağı bulamamaktadır^(14,15).

2.1.3. Etyoloji:

Biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenler birbirleri ile etkileşerek duygulanım bozukluklarına neden olurlar⁽⁵⁾.

2.1.3.1. Kalıtım:

Duygudurum bozukluklarında da çok genli, çok etkenli (multi-genic, multi-factorial) ve karmaşık düzeneklerin işlediği bir kalıtsal yatkınlığın geçtiği görüşü yaygındır⁽⁵⁾.

Kendler ve arkadaşlarının, 1033 çift kadın ikiz üzerinde yapılandırılmış görüşmelerle elde edilen verilerine göre majör depresyon için yaşam boyu prevalans oranı % 12-36 arasında değişmektedir⁽¹⁶⁾. Tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı belirgin derecede yüksektir. Kalıtımla geçiş olasılığı %21-45 bulunmuştur⁽⁵⁾.

2.1.3.2. Duygulanım bozukluklarında beyin araştırmaları:

Beyinde uyanların duygusal yükünün bilgi işleminin yapıldığı ve değerlendirildiği asıl bölgenin amigdala olduğu anlaşılmıştır. Duyusal uyanlar amigdala korteksten ve talamoamigdal yollardan iletilmektedir, medialorbitofrontal korteks, hipokampus ve diğer prefrontal bölgeler duygularla ilgili anların amigdalaya iletilmesinde yer almaktadırlar. Duyguların dışa vurulması ise amigdaladan bazal ganglionlara, hipotalamusa, beyin sapına uzanan projeksiyonlar aracılığıyla olmaktadır^(17,18). Stresin algılanmasında üst kortikal merkezlerden talamusa, oradan locus seruleus, hipotalamus ve sürrenale inen yollar aracılığı ile akut ya da süregelen strese tepkilerin, dolayısı ile duygulanımın ve heyecanların uyarıldığı bilinmektedir⁽¹⁹⁾.

Özellikle geç başlangıçlı çökkünlüklerde, kaudat çekirdek ve putamende küçülme, kortikal atrofi ve ventriküllerde genişleme, hem ünipolar hem bipolar hastalarda subkortikal bölgelerde yaygın vasküler değişiklikler olduğunu gösteren bulgular bildirilmiştir. PET ve SPECT araştırmaları ile çökkünlüklerde frontal ve subkortikal yapılarda düşük serotonin etkinliği olabileceğine ilişkin bulgular yayınlanmıştır⁽²⁰⁾.

2.1.3.3. Biyokimyasal etkenler:

Duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde en çok yeri olduğu düşünölen biyojenik aminler, norepinefrin ve serotoninidir⁽¹³⁾.

Dopaminin, yapılan çalışmalardan elde edilen verilerde aktivitesinin, depresyonda azalmış, manide artmış olabileceğini düşündürmektedir⁽¹³⁾.

2.1.3.4. Endokrin dizge:

1980' lerde Carroll ve arkadaşlarının deksametazon supresyon testi (DST) ile yaptığı çalışmalar, melankolik depresyonu olan hastalarda DST'de baskılanmama olduğunu ortaya koydu⁽²¹⁾. Sonraki yıllarda HPA eksenini depresyon ilişkisine dönük çalışmaların sonucunda özellikle melankolik ve psikotik tip depresyonlar başta olmak üzere depresif hastalarda, hipotalamik-

pituitar-adrenal (HPA) ekseninde hiperaktiviteye işaret eden biçimde adrenal kortizolde hipersekresyon, kortizolün sirkadiyen olarak periyodik salınımında düzleşme, DST'de baskılanmanın ortadan kalkması saptanmıştır⁽²²⁾.

Depresyondaki hastalarda uyku, growth hormon salıverilmesini uyarmamaktadır. Yine bu hastalarda klonidin uygulanmasının ardından, growth hormon sekresyonunda beklenen artmanın olmadığı gösterilmiştir⁽¹³⁾.

Nöroendokrin dizge ile ilgili çalışma alanlarından biri de beyin-tiroid eksenidir. Depresyonda bu açıdan en önemli bulgu TRH' ya TSH yanıtının azalması ve serum T₄ düzeyinin yükselmesidir⁽²³⁾.

Bunların yanı sıra duygudurum bozukluğu olan hastalarda gösterilmiş olan diğer nöroendokrin bozukluklar, melatoninin noktürnal sekresyonunun azalması, triptofan uygulamasıyla prolaktin salıverilmesinin azalması, follikül stimüle edici hormon (FSH) ve luteinizan hormonun (LH) bazal düzeylerinin azalması ve erkeklerde testosteron düzeylerinin azalmasıdır⁽¹³⁾.

2.1.3.5. Ruhsal-toplumsal etkenler:

2.1.3.5.a. Yaşam olayları:

Duygulanım bozukluklarında ruhsal-toplumsal etkenlerin yeri küçümsenemez. Önemli ekonomik sorunlar, aile bunalımları, iş yaşamındaki çatışmalar ve duyumsuzluklar, emeklilik, iş yitimi, sevgi nesnesinin yitimi, beden sağlığının bozulması, benliği örseleyen, inciten, onur kırıcı durumlarla karşılaşmak ve daha nice fiziksel ya da psikososyal olay gerçek duygulanım bozukluklarının ortaya çıkmasında ve süregelenleşmesinde büyük rol oynarlar⁽⁵⁾.

Çocukluğun erken dönemlerinde anne yitiminin depresyona yatkınlık açısından önemli bir etken olduğu genellikle kabul edilir. En önemli etken ilk çocukluk yıllarında karşılaşılan ana-babadan uzun süreli ayrılma durumlarıdır^(24,25,26).

2.1.3.5.b.Çökkünlüklerde psikanalitik görüş:

Freud⁽²⁷⁾ “Yas ve Melankoli” başlıklı yazısında ruhsal çökkünlüklerdeki belirtilerin yas tutma sırasındaki belirtilere benzerliğine dikkati çekmiş. Çökkünlüklerde, gerçek sevgi nesnesi yitimi olabilir de, olmayabilir de. Freud bu nedenle gerçek sevgi nesnesi yitimi yoksa bilinçdışı imgesel bir yitimin var olması gerektiğini vurgulamıştır. Çökkünlüklerde, gerçek ya da gerçekdışı yitim duygusunun eşliğinde "sevdiğimi yitirdim, artık sevilmiyorum, ben artık kötüyüm" duygusu ve buna bağlı olarak da özsaygı (self-esteem) yitimi olur. Oysa ki yaşlı kişide özsaygının yitimi olmaz⁽²⁸⁾.

2.1.3.5.c. Bilişsel görüş:

A. T. Beck ve arkadaşları⁽²⁹⁾ tarafından geliştirilmiş olan bilişsel görüşe göre çökkünlük temelde bir duygulanım bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluktur. Duygulanım bozukluğu buna ikincildir. Çökkünlüğe yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak, yerleşmiş olan a) Kendisine, b) Geleceğe ve c) Dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır. Bu olumsuz kavramlar (Beck'e göre "şemalar") giderek olumsuz yargılara, düşüncelere ve tutumlara neden olur. Bir bakıma bu kişiler yaşam olayları karşısında olumsuz ve karamsar senaryolar yazarlar. Böylece olumsuz düşünce ve kavramlardan duygulanım bozukluğu ortaya çıkar⁽⁵⁾.

2.1.3.5.d. Davranışçı görüş:

Seligman'nın "öğrenilmiş çaresizlik" görüşüne göre, çökkünlük çocukluktan beri acılı uyaranlarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur⁽³⁰⁾.

2.1.3.5.e.Hastalık öncesi kişilik:

Tek-uçlu (ünipolar) çökkünlük nöbetleri geçirenlerde bazı ortak kişilik özellikleri tanımlanmışsa da özgül bir kişilik yapısının varlığı henüz tartışmalı bir konudur. Klasik yayınlarda en sık tanımlanan kişilik özellikleri şunlardır: Aşırı sorumluluk duyma eğilimi, bağımlılık, özseverlik (narsisizm), titizlik, güvensizlik, kolayca suçlanma eğilimi. Bu kişiler genellikle kimseyi

incitmemeye, herkesi hoşnut etmeye, iyiliksever olmaya eğilimli, aşırı duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü, yakınlarına bağlı ve bağımlı, kendisinden ve yakınlarından yüksek beklentisi olan, mükemmeli arayan, onurlarına düşkün, öfke duygularını dışa vurmayan, çabuk etkilenen ve üzülen meraklı kişilerdir⁽⁵⁾.

Majör depresyona ek tanı olarak kişilik bozukluğunun sıklığı % 6-87 arasında değişmektedir. Bu geniş aralığın nedeni farklı çalışma ortamları (örneğin; ayaktan/yatan hasta örneklemi), farklı ölçme yöntemleri ve çalışmaya alma ölçütleri olmasıdır. Klinik örneklemelerde kişilik bozukluğu oranının % 30-40 olduğu tahmin edilmektedir⁽³¹⁾.

2.1.3.6. Bedensel ya da ruhsal hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan depresyon:

Bu tür ortaya çıkan depresyona ikincil depresyon denmektedir. Tablo- I’de özetlenmiştir.

Tablo.I. ⁽³²⁾ Depresyona neden olan çeşitli durumlar

Nörolojik hastalıklar	Parkinson, Huntington, Progresif supra nuklear paksi, Alzheimer hastalığı Beyin tümörleri, Kafa travması, Demans, Migren, Multipl Skleroz, Epilepsi ve özellikle temporal epilepsiler, Narkolepsi, Hidrosefali, Uyku apnesi, Wilson Hastalığı
Enfeksiyonlar	Bakteriyel ve viral enfeksiyonlar

Endokrin Hastalıklar	Adrenal(Cushing sendromu, Addison hastalığı), hiperaldosteronizm, Menstruasyon gecikmesi, hiper/hipo paratiroidizm, post partum periyod Hipo/hipertiroidizm
İnflamatuvar hastalıklar	SLE, Romatoid artrit, Temporal arterit, Sjögren sendromu
Vitamin eksiklikleri	Folat, Vitamin B12, Niasin, C vitamini, Tiamin eksikliği
Diğer hastalıklar	Kanser, renal hastalık, üremi, Sistemik kanserler, AİDS, Postpartum duygulanım bozukluğu, ameliyat sonrası

2.1.4. Sınıflandırma:

Depresyon, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanısıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Bu sendrom birçok ruhsal ya da ruhsal olmayan hastalıkta görülebilir. Bu nedenle birincil ve ikincil olmak üzere iki ana kümede ele alınması yaygınlaşmıştır.

1. Birincil çökkünlükler: Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmaksızın ortaya çıkan ruhsal çökkünlüklerdir.

2.İkincil çökkünlükler: Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa ikincil olarak ortaya çıkan çökkünlük durumlarıdır.

2.1.4.1. ICD-10'a⁽³³⁾ göre depresyon tanılarının sınıflandırılması:

ICD-10 Dünya Sağlık Örgütü tarafından hastalıkların tanı ve sınıflamasında evrensel bir eşgüdüm oluşturulması amacıyla oluşturulmuş ve birincisi 1992 tarihinde yayınlanmış olan hastalıkların tanı ve sınıflandırma kılavuzudur.

F32. Depresif nöbet

F32.0. Hafif depresif nöbet

.00 Bedensel belirtiler yok .01 Bedensel belirtiler var

F32.1.Orta şiddetli depresif nöbet

.10 Bedensel belirtiler yok .11 Bedensel belirtiler var

F32.2. Ağır depresif nöbet, psikotik belirtisiz

F32.3. Ağır depresif nöbet, psikotik belirtili

F32.8. Başka depresif nöbetler

F32.9. Depresif nöbet belirlenmemiş

F33.Yineleyici depresif bozukluk

F33.0.Yineleyici depresif bozukluk, şimdiki nöbet hafif depresyon

.00 Bedensel belirtiler yok .01 Bedensel belirtiler var

F33.1.Yineleyici depresif bozukluk, şimdiki nöbet orta şiddetli depresyon

.10 Bedensel belirtiler yok .11. Bedensel belirtiler var

F33.2. Yineleyici depresif bozukluk, şimdiki nöbet psikotik belirtisiz ağır depresyon

F33.3. Yineleyici depresif bozukluk, şimdiki nöbet psikotik belirtili ağır depresyon

F33.4. Yineleyici depresif bozukluk, iyilik dönemi

F33.8. Başka yineleyici depresif bozukluklar

F33.9. Yineleyici depresif bozukluk belirlenmemiş

F34. İnatçı duygulanım bozuklukları

F34.0. Siklotimi

F34.1. Distimi

F34.8. Başka inatçı duygulanım bozuklukları

F34.9. İnatçı duygulanım bozuklukları, belirlenmemiş

ICD-10'a ⁽³³⁾ Göre depresif nöbet tanı kriterleri:

Tipik depresif nöbette hasta, çökkün duygudurum, ilgisizlik, haz alamama ve enerji azlığından yakını; enerji azlığı çabuk yorulmaya ve etkinliklerin azalmasına yol açar. Hastanın biraz güç harcamasından sonra ortaya çıkan belirgin yorgunluk sık görülür.

Sık görülen belirtiler şunlardır:

- 1) Dikkatin azalması ve dikkati toplayamama
- 2) Benlik saygısında düşüş ve kendine güven azalması
- 3) Suçluluk ve değersizlik düşünceleri

- 4) Geleceğe ilişkin karamsarlık ve güvensizlik
- 5) Kendine zarar verme ya da özkıyım düşünceleri veya eylemleri
- 6) Uyku bozukluğu
- 7) İştah azalması

2.1.4.2. DSM-IV-TR'a ⁽³⁴⁾ göre depresif bozukluklar:

- 296.2x Major depresif bozukluk, tek epizod
- 296.3x Major depresif bozukluk, tekrarlayan
- 300.4 Distimik bozukluk
- 311 Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk

DSM-IV-TR' ye ⁽³⁴⁾ göre major depresif epizod tanı ölçütleri:

A. İki haftalık bir dönem sonrasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (Ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan birinin ya depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.

1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi (Örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (Örn.ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi

kadar zevk alamıyor olma (Ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

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

4. Hemen her gün, insomnia (Uykusuzluk) ya da hipersomnianın (Aşırı uyku) olması.

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

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

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

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

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

B. Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

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

E. Bu semptomlar yas ile daha iyi açıklanamaz. Yani sevilen birinin yitilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

DSM-IV TR ⁽³⁴⁾ tanı ölçütlerine göre:

296.3x Major depresif bozukluk, tekrarlayan

A. İki ya da daha fazla major depresif epizotun olması

Not: Epizodların aynı epizodlar olarak kabul edilmesi için, major depresif epizod için tanı ölçütlerinin karşılanmadığı en az 2 aylık ara dönem bulunmalıdır.

B. Bu major depresif epizodlar, şizo-affektif bozukluk olarak daha iyi açıklanamazlar ve şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk üzerine binmiş değildirlir

C. Daha önce bir manik epizot, bir karışık epizot yada hipomanik epizot geçirilmemiştir. Not: Bütün manik benzeri, karışık benzeri ya da hipomanik benzeri epizotlar madde kullanımına bağlı ya da tedavi sonucu ortaya çıkmış epizodlarsa ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı iseler bu dışlama ölçütü uygulanmaz.

Major depresif epizod için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanıyorsa, o sıradaki klinik durumunu veya özelliklerini belirtmek gerekir;

Hafif/ Orta / Psikotik özellikleri olmayan ağır/ Psikotik özellikleri olan ağır

Kronik

Katatonik özellikler gösteren

Melankolik özellikler gösteren

Atipik özellikler gösteren

Doğum sonrası başlangıçlı

Kısmi remisyonda, tam remisyonda

2.1.5. Distimik bozukluk:

Eskiden nörotik depresyon, depresif kişilik, nevrasteni gibi başlıklar altında tanımlanan belirti ve bulguları gösteren hastalar DSM-III ve IV'te distimik bozukluk olarak sınıflandırılmıştır. ICD-10 Direngen (Persistent) Duygudurum Bozukluğu altında ve F34.1 kodu ile "distimi" olarak vermiştir. Bu başlık henüz dünyaca kabul edilmiş sayılmaz. Bu hastalarda genel olarak en az iki yıl süren, çok ağır olmayan çökkünlük belirtileri arasında uyku bozukluğu, süregelen mutsuzluk ve karamsarlık, halsizlik, istek ve ilgi azlığı, güvensizlik, süregelen yakınmalar, sızlanmalar, değişik somatik sıkıntılar görülür. Sanrılar ve başka psikoz belirtileri görülmez. Zaman zaman birkaç gün gibi kısa süreli iyilik dönemleri olabilir. Alkol ya da sıkıntı giderici ilaçlar kullanma eğilimi fazladır. Bozukluğun önemli özelliği süregelen olması; mutsuz, karamsar, acı çekmeye eğilimli bir kişilik yapısı izlenimini vermesidir⁽⁵⁾.

2.1.6. Siklotimik bozukluk:

Duygulanım dalgalanmaları gösteren siklotimik kişilik bozukluğunda görülen, klinik olarak görece hafif ve kısa süren taşkınlık, çökkünlük durumlarıdır. Kişi coşkulu dönemlerinde canlı, devingen, toplumsal ve iş etkinlikleri artmış, aşırı güvenli, fazla dışa dönüktür. Uzun ya da kısa bir süre sonra ortada çok belirgin nedenler yok gibi görünürken kişide sıkıntılı, durgun, karamsar, çekingen saatler ya da günler olur. Coşkulu dönemler, durgun dönemlere göre daha uzun sürdüğü için toplumsal ve iş yaşamında başarılı tanınan bir kişidir. Fakat zamanla birçoklarında bu dalgalanmalar şiddetlenebilir, süreler uzayabilir ve

linik olarak iki-uçlu (bipolar) bozukluk belirginleşebilir. Önemli bir bölümünde sağaltım gerekmez⁽⁵⁾.

2.1.7. Atipik depresyon:

Yukarıda tanımlanan klasik çökkünlük nöbetlerinden ayrı görüntü veren atipik ya da maskeli depresyon durumları tanımlanmışsa da bunlar için henüz yeterli tanı ölçütleri konulmamış; sıklığı, gidişi, sonlanması, kısacası depresif bir hastalık oluşu tam aydınlatılamamıştır. Bu hastalarda tipik çökkünlük belirtileri yerine fobik, obsesif, hipokondriak uğraşlar, konversiyon belirtileri; beklenmedik bir biçimde alkole, kumara, ilaçlara düşkünlük, aile ve iş yaşamından uzaklaşma eylemleri, açıklanması güç cinsel uyumsuzluk, aşırı yemek yeme ve çok uyuma gibi daha birçok başka değişken belirtilerin altında bir depresyonun yatmakta olduğu kabul edilir³.

2.1.8. Depresyonda ayırıcı tanı:

Ayırıcı tanıda şu hastalıklar ve durumlar gözönünde tutulmalıdır.

İkincil Çökkünlükler:

Organik bir hastalığa ya da başka bir ruhsal bozukluğa bağlı olarak gelişen çökkünlükler asıl hastalığın tanısını koymakla ayırt edilir. Hipotiroidi, Addison, ağır kansızlık, kalp hastalığı, beyin hastalıkları (Parkinson, bunama gibi) süregelen enfeksiyonlar, kanser, lupus gibi hastalıklarda asıl hastalığın tanısı konmadan önce çökkünlük belirtileri ön plan da olabilir. Bazen de bir kalp hastalığı, kanser tanısı konduktan sonra ikincil olarak çökkünlük ortaya çıkar. Son zamanlarda çökkünlüklerde koroner hastalığı belirme olasılığının sanıldığından yüksek olduğunu gösteren araştırmalar artmıştır⁽⁵⁾.

Şizofrenik bozuklukta ağır bir psikoz nöbetinin ardından ciddi çökkünlük belirebilir. Çökkün durumundan önceki hastalığın öyküsü ve belirtileri ayırıcı tanıya götürür. Böyle bir rahatsızlığa psikoz ardı çökkünlük tanısı konursa da asıl hastalığın tanısı şizofrenik bozukluktur⁽⁵⁾.

Bazen yalancı bunama (psödodemans) belirtileri gösteren ağır çökkünlükleri gerçek bunamaya bağlı ikincil çökkünlüklerden ayırt etmek güç olabilir. Gerçek bunamalarda (Alzheimer, multi-infarkt bunama ve başka nedenlere bağlı olan bunamalarda) bellek bozukluğunun belirgin, sürekli, artan niteliklerde olması, hastanın yaşı, beyin görüntüleme bulguları ve başka nörolojik belirtiler önemlidir. Bazen henüz belirtileri çok açık olmayan Parkinson hastalığında çökkünlük durumu görülebilir. Dikkatli nörolojik muayene ve izleme ile Parkinson hastalığı tanısı koymak zor olmaz⁽⁵⁾.

Başka Ruhsal Bozukluklar ya da Durumlar:

Bazen şizofreni başlangıcında klinik görünümüne çökkünlük bulguları egemen olabilir. Bu hastalarda iyi öykü ve yakından izleme ile genellikle şizofrenik psikozun varlığı saptanır. Öncelikle acayip davranış, duyguduruma uygun olmayan sanrılar ve şizofreniye özgü düşünce bozukluğu belirtileri çökkünlük tanısından uzaklaştırır. Ancak, şizofrenik rahatsızlığın şizoafektif türünde ayırıcı tanı bazen çok güçtür. Hastalığın öyküsü, antidepresanlarla iyileşme olmayışı, nöroleptiklere yanıt alınması ile tanıya gidilir. Psikotik belirtili çökkünlüğün, şizofreniden ayırılması hastalığın gidişi, hastalık öncesi uyum ve kişilik yapısının incelenmesi ile olur⁽⁵⁾.

Bazen hiç konuşmayan, hareket etmeyen, yemeyen, içmeyen bir çökkün hastayı katatoniden ayırmak sorun olabilir. Katatonideki balmumu esnekliği, telkine yatkınlık, stereotipiler çökkünlükte görülmez. Ayrıca, katatonik hasta bazen birdenbire fazla hareketli ve saldırgan olabilir ki bu belirti de depresyona uymaz. Katatonide, çoğu kez duygulanımda üzüntü ve acı yerine küntlük belirgindir⁽⁵⁾.

Yas (matem, grief, mourning), önemli ve sevilen yakın bir kişinin (anne, baba, evlat, eş, sevgili vb.) ölümü ile ortaya çıkan yas belirtileri depresyona çok benzer. Birkaç haftadan birkaç aya dek sürebilir. Yasta bireyin kendisine saygı ve bağlılığı kaybolmaz. Kişi kendini derin bir yitim içinde görse bile kendi değerini küçülmüş, yitirmiş hissetmez. Uzarsa ve kişi özdeğer duygusunu, özsaygısını yitirirse; kendini güçsüz, yetersiz, yaşamı anlamsız görmeye

başlarsa yasin ardından bir çökkünlüğün geliştiği düşünülebilir. Uzun süren mutsuzluğu da çökkünlükten ayırt etmek gerekebilir. Mutsuzluk ve hastalık ayrı durumlardır. Kişi değişik nedenlerle mutsuz olabilir, ama ruh sağlığı da çok bozuk olmayabilir. Ancak, mutsuz bir kişide de değişik nedenlerle çökkünlük bozukluğu belirtileri görülebilir. Böyle bir durumda klinik olarak distimik bozukluk tanısı düşünülebilir ⁽⁵⁾.

2.1.9. Tedavi:

1. Farmakoterapi
2. Psikoterapiler
3. Elektrokonvulsif terapi
4. Transkraniyal manyetik stimülasyon (TMS)
5. Işık sağaltımı (Fototerapi)
6. Uyku yoksunluğu sağaltımı
7. Psikoşirurji gibi değişik yöntemler ⁽³⁵⁾.

2.2. KİŞİLİK, MİZAÇ VE KARAKTER:

Kişilik,mizaç ve karakter birbirinden farklı kavramlardır.Mizaç,kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. Karakter, çevrenin ve eğitimin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır, dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri içerir.Kişilik ise,genetik olarak gelen mizaçla, sonradan elde edilmiş karakterin birleşmesinden oluşur⁽³⁶⁾.

2.2.1. Kişilik:

Üzerinde uzlaşmaya varılmış tek bir kişilik tanımı vermek güçtür. Kişilik kavramı, insanın biyolojik ve ruhsal yapılarının, davranış biçimlerinin, ilgi, tutum, yetenek ve becerilerinin bir arada, en iyi biçimde bütünleşmesini ifade eder. Başka bir tanımlamayla kişilik, bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayrımını sağlayan uyum ve yaşam biçimini oluşturan bilinçli

ya da bilinçdışı biliş, duygulanım ve davranış örüntülerinin tümüdür. Kişilik, karmaşık yapısına rağmen, bireyleri, davranışın birçok bileşeni aracılığıyla diğer bireylerden ayırır⁽³⁷⁾.

Allport, kişiliği, kişinin çevreye uyumunu belirleyen, bireyin psiko-fiziksel sistemlerdeki dinamik örgütlenmesi olarak tanımlamıştır. Kişiliğin kendini yenileyen bir sistem olduğunu, sürekli gelişip değiştiğini vurgulayarak, dinamik bir yapılanması olduğunu ileri sürmüştür⁽³⁷⁾.

Kısaca söyleyecek olursak, kişilik bireyin özel (Karakteristik) ve ayırıcı davranışlarının bütünüdür. Bir insanı diğerlerinden ayıran bedensel, zihinsel ve ruhsal özelliklerin bütünüdür ve bu davranış örüntüsü yaşamda kişinin kullandığı özel uyum yollarını yansıtır⁽⁶⁾.

2.2.2. Mizaç:

Alexander Thomas ve Stella Chess'in yaptıkları öncül çalışmalarda; mizaç, davranışın güdülenmesi (neden) ve içeriğinden (ne) farklı olarak, davranışın biçimsel parçası (nasıl) olarak tanımlanmıştır⁽³⁸⁾.

Mizaç, emosyonlardaki kalıtsal yatkınlıklar ve emosyonlardan köken alan dürtülerin, otomatikleşmiş davranış özelliklerinin ve erken yaşamda gözlenebilen ve nispeten tüm hayat boyunca devam eden alışkanlıkların altında yatan öğrenme olarak tanımlanmaktadır. Modern görüşler; mizacın emosyonel, güdüsel ve uyumsal yönlerini de vurgulamaktadır⁽³⁹⁾.

2.2.2.1. Mizacın psikobiolojisi:

Mizacın özellikleri olan zarardan kaçınma, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve sebat etme; kişinin tehlike, yenilik ve değişik ödül tiplerine karşı, nispeten, verdiği otomatik cevabın altında yatan kalıtsal farklılıklar olarak tanımlanmaktadır. Bu dört mizaç özelliği, dört temel duygu ile oldukça ilişkilidir; korku (Zarardan kaçınma), öfke (Yenilik arayışı), bağlanma (Ödül bağımlılığı) ve hırs (Sebat etme)⁽³⁹⁾.

Dört esas boyutun her biri normal şekilde dağılmış nicel özellikler göstermektedir. Bu özellikler kısmen kalıtımsaldır, çocukluğun erken dönemlerinde gözlenmektedir, zaman içinde nispeten değişmemekte ve ergen ve erişkin davranışlarını orta derecede öngörebilmektedir. Bu dört boyutun genetik olarak homojen ve büyük oranda diğerlerinden bağımsız bir kalıtım sergilediği Amerika ve Avustralya'da yapılan birbirinden bağımsız ikiz çalışmalarında ortaya konulmuştur⁽³⁹⁾.

Dört boyutun; farklı kültürler, etnik gruplar ve farklı kıtalardaki farklı politik sistemlere karşın evrensel olduğu tekrar tekrar gösterilmiştir. Özet olarak; kalıtımsal olduğu, yaşamın erken döneminde ortaya çıktığı, gelişimsel olarak kararlılık gösterdiği ve farklı kültürlerde benzer olduğundan dolayı kişiliğin bu özellikleri mizaç olarak adlandırılmaktadır⁽³⁹⁾.

2.2.2.2. Mizacın alt boyutları:

2.2.2.2.a. Zarardan kaçınma:

Zarardan kaçınma cezalandırılma ve hayal kırıklığı uyaranlarına cevap olarak davranışın baskılanmasında kalıtımsal bir koşullanma içermektedir. Belirsiz bir korku, utangaçlık ve sosyal engellenmişlik, sorunlardan veya tehlikeden pasif kaçınma, çabuk yorulma ve hatta başka insanları endişelendirmeyen durumlarda sorun beklentisi içindeki karamsarlık kaygısı olarak gözlemlenmektedir. Zarardan aşırı kaçınmanın uyumsal faydası, tehlike olasılığı olduğu zaman, ihtiyatlılık ve dikkatli planlama yapabilmektir. Zararı ise zarar görme olasılığı olmadığı zamanlarda da zarar beklentisi içinde olmaktır ki bu durum uyum bozukluğuna ve kaygıya neden olmaktadır. Birçok insanı endişelendirecek bir duruma karşın, zarardan düşük oranda kaçınan insanlar kaygısız, enerjik, cesur, sempatik ve iyimserdirler. Zarardan az kaçınmanın faydası tehlike ve belirsizlikle karşılaşıldığında kendine güvenme, strese girmeden ya da çok az strese girerek enerjik gayret sarf etme ve iyimserliğe neden olmasıdır. Zararı ise, tehlikeye karşı tepkisizlik ve gerçekçi olmayan iyimserlik, olası bir zarar görme durumunda ciddi sonuç riski ile ilişkili olmasıdır⁽³⁹⁾ (Tablo.II.).

Tablo.II. Zarardan kaçınma boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları

Mizaç boyutu	Yüksek puanlılar	Düşük puanlılar
Zarardan kaçınma	Kötümser	İyimser
	Korkak	Cesur
	Utangaç	Dışa dönük
	Yorgun	Enerjik

Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) ile basit, sürekli yapılan bir iş sırasında zarardan kaçınma davranışı ile anterior paralimbik döngüde, özellikle de sağ amigdala ve insula, sağ orbitofrontal korteks ve sol mediyal prefrontal kortekste ki artmış aktivitesinin ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu aktivasyon örneği dorsal rafe çekirdeğinin 5-HT₂ terminal yolları ile oldukça uyumludur. Ayrıca plazma yüksek GABA seviyeleri de düşük zarardan kaçınma ile ilişkilidir⁽³⁹⁾.

2.2.2.2.b. Yenilik arayışı:

Yenilik arayışı; keşfedici bir etkinlik olarak yenilik karşısında dürtüsellik, abartılı olarak ödüle yaklaşım ve engellenmekten kaçınma olarak gözlenmektedir. Yüksek yenilik arayışı olan bireyler çabuk kızan, meraklı, kolayca sıkılan, dürtüsel, abartılı ve intizamsızdırlar. Özgünlük, keşif ve ödül potansiyeli taşıyan alışılmadık ve yeni olanı araştırma şevki yenilik arayışının uyuma dönük faydalarıdır. Dürtüsellik, öfke patlamaları, ilişkilerde potansiyel olarak maymun iştahlı ve çalışmalarda izleyici olma özellikleri ise olumsuz yanlarını oluşturmaktadır. Düşük yenilik arayıcı insanlar yavaş mizaçlı, meraksız, soğuk kanlı, tutumlu, çekingen, tekdüzeliğe karşı sabırlı ve düzenli kimselerdir. Düşüncelilik, esneklik, sistemli çalışma ve titiz yaklaşım gibi özellikleri bunların gerekli olduğu durumlarda açık bir avantajdır. Potansiyel olarak etkinlikleri sıkıcı hale getiren tekdüzeliğe toleranslı olma ve şevksizlik ise olumsuz yanlarını yansıtmaktadır⁽³⁹⁾ (Tablo.III.).

Tablo.III. Yenilik arayışı boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları

Mizaç boyutu	Yüksek puanlılar	Düşük panlılar
Yenilik arayışı	Araştırmacı	Çekingen
	Dürtüsel	Temkinli
	Savurgan	Tutumlu
	Çabuk sinirlenen	Sabırlı

Mezolimik ve mezofrontal dopaminerjik yolların, hayvanlarda, her bir yenilik arayışının dürtüsel uyarımında önemli bir role sahip olduğu gösterilmiştir. Örneğin; nukleus akümbens veya ventral tegmentumdaki dopamin azaltıcı lezyonlar yeni çevresel dürtülerin ihmaline, spontan uyarılma ve araştırmacı davranışların azalmasına neden olmaktadır⁽³⁹⁾.

2.2.2.2.c. Ödül bağımlılığı:

Ödül bağımlılığı aşırı duygusallık, sosyal duyarlılık, bağlanma ve başkaları tarafından onay bağımlılığı ile karakterizedir. Ödül bağımlılığı yüksek olan bireyler merhametli, adanmış, bağımlı ve girgin kişilerdir. Yüksek ödül bağımlılığının en önemli uyumsal faydalarından biri sosyal ilişkilerde sevgisini kolayca belli edebilen ve başkaları için gerçekten endişelenen özellikleri ile sosyal ilişkilere duyarlılıklarıdır. Olumsuz yanları ise telkine yatkınlık ve sıklıkla, karşılaşılan insanlara aşırı sosyal bağlanmaları nedeniyle objektifliklerini kaybetmeleridir. Düşük ödül bağımlılığı olan bireyler pratik, inatçı, soğuk, topluma karşı duyarsız, tereddütlü ve yalnızlarsa bu duruma kayıtsız kişilerdir. Düşük ödül bağımlılığının faydaları; kişisel bağımsızlık ve başkalarını memnun etme adına bozulmayan objektifliktir. Sosyal içe çekilme, ayrılma ve toplumsal tutumlarda soğukluk bunun olumsuz yanlarıdır⁽³⁹⁾(Tablo.IV.).

Tablo.IV. Ödül bağımlılığı boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları

Mizaç boyutu	Yüksek puanlılar	Düşük puanlılar
Ödül bağımlılığı	Duygusal	Tarafsız
	Samimi	Mesafeli
	Candan	İtici
	Sevecen	Bağımsız

Locus ceruleus'tan gelen nöradrenerjik yolaklar ve median rafe'den gelen serotoninergik yolaklar ödül koşullanmasını etkilemektedir. Yüksek ödül bağımlılığı talamustaki artmış aktivite ile ilişkilidir. Bu durum, yüksek ödül bağımlılığı sosyal ilişkilerin düzenlenmesinde median rafe'den talamusa uzanan serotoninergik uzantıların önemi hakkında ki önermeler ile uyumludur. Yüksek ödül bağımlılığı ile düşük idrar 3-metoksi-4-hidroksifenilglükol (MHPG) düzeyi bulguları da bunu desteklemektedir. Yüksek ödül bağımlılığı melankolik hastalarda ki hiperkortizolemi ile de ilişkilidir. Depresif olmayan bireylerde bu ilişki bulunmamaktadır⁽³⁹⁾.

2.2.2.2.d. Sebat etme:

Sebat etme, zaman zaman olan zorlanmalara, bitkinlik ve engellenmelere karşı davranışın sürdürülmesindeki kalıtsal bir yatkınlığı yansıtmaktadır. Çalışkanlık, kararlılık, hırslılık ve mükemmeliyetçilik olarak gözlenmektedir. Sebat etme özelliği yüksek olanlar aşırı çalışırlar, azimlilik gösterirler ve yüksek başarı hırsları vardır. Bu kişiler, çalışkan, azimli, beklenen ödül yanıtlarına aşırı çaba gösterme eğilimindedirler, beklenenden daha başarılı olurlar ve yorgunluğu ve engellenmeyi kişisel bir mücadele olarak algırlar. Düşük sebat etme özellikli bireyler ise tembel, hareketsiz, kararsız ve

düzensizdirler. Nadiren daha yüksek başarı için çalışırlar ve kolaylıkla vazgeçme eğilimindedirler⁽³⁹⁾(Tablo.V.).

Tablo.V. Sebat etme boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları

Mizaç boyutu	Yüksek puanlılar	Düşük puanlılar
Sebat etme	Çalışkan	Tembel
	Azimli	Boşvermiş
	Mükemmeliyetçi	Pratik
	Hevesli	Meraksız

Sebat etmedeki bireysel farklılıklar fonksiyonel magnetik rezonans görüntüleme’de ölçülen ventral striatum, orbitofrontal korteks, rostral insula, prefrontal ve singulat korteks döngüsü ile güçlü şekilde ilişkilidir. Bu döngünün aktivasyonundaki göreceli bir azalma düşük sebat etme gösteren deneklerde gösterilmiştir. Oysa yüksek sebat etme gösterenlerde kısmen artış söz konusudur⁽³⁹⁾.

2.2.3. Karakter:

Karakter, kişiliğin çekirdek kavramıdır. Kişisel değer ve amaçların yansıdığı nesne ilişkilerini ve kendilik kavramındaki bireysel farklılıkları içermektedir. Diğer bir deyişle, karakter bir bireyin isteyerek kendi kendine ne yaptığıdır. Karakter akılcı ve iradelidir. Mizaç korku, kızgınlık gibi basit emosyonları içerirken; karakter bir amaca yönelik karar, empati, sabır ve hatta olgun bireylerde daha fazla bulunan aşk, ümit ve inanç gibi ikincil emosyonları içermektedir. Sonuç olarak; karakter , yürütücü, kurallar koyucu ve yargısal işlevleri içeren ruhsal olarak kendini yönetebilme olarak tanımlanabilmektedir⁽³⁹⁾.

2.2.3.1. Karakterin psikobiolojisi:

Karakter, özetleme, sembolik yorumlama ve muhakeme yeteneğini içeren yüksek bilişsel işlevleri kapsamaktadır. Bu daha yüksek bilişsel işlevler beyinde kompleks olarak dağılmış olan ağları göstermektedir. Bu ağlar neokorteksteki anlamsal belleğin, hipokampüste uzun dönem depolanması yoluyla bilişsel şemaların şifrelendirilmesini içermektedir. Bunun gibi sembolik bellek işlemleri, bilişsel süreçler tarafından güdüsel olarak istila edilmiş mizaçla düzenlenen duyuşsal algılar vasıtasıyla mizaçla etkileşmektedir. Bu mizaç-karakter etkileşimi kendilik ve dış dünya hakkında olgun ve gerçekçi şekilde özümşenmiş kavramların gelişmesini sağlamaktadır. Ruhsal olarak kendini yönetebilmenin yürütücü, kurallar koyucu ve yargısal işlevleri sırasıyla, kendi kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendi kendini aşma olarak adlandırılan üç farklı karakter özelliği ile ölçülebilir⁽³⁹⁾.

2.2.3.2. Karakterin alt boyutları:

2.2.3.2.a. Kendi kendini yönetme:

Kendi kendini yönetme, bireyin yürütücü işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Kendini oldukça iyi yöneten bir kişi kendine güvenen, sorumlu, güvenilir, becerikli, hedefleri olan biridir ve kendi ile barışıktır. Kendini yöneten bireylerin en büyük avantajları gerçekçi ve etkili olmalarıdır. Bu onların bireysel olarak seçtikleri ve belirledikleri hedeflere, davranışlarını uydurabilmelerini sağlamaktadır. Kendini yönetme puanları düşük olan bireyler suçlayıcı, yardım arayıcı, sorumsuz, güvensiz, tepkiseldirler ve anlamlı içsel hedefleri tanımlayamamakta, kuramamakta ve bunları takip edememektedir. Gerçekçi olmayan davranışlar ve içsel rehberin olmayışı olarak kendini gösteren kötü yürütücü işlevler, birey için nadiren fayda sağlamaktadır⁽³⁹⁾ (Tablo.VI.).

Tablo.VI. Kendi kendini yönetme boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları

Karakter boyutu	Yüksek puanlılar	Düşük puanlılar
Kendi kendini yönetme	Sorumluluk	Suçlama
	Amaçlılık	Amaçsızlık
	Beceriklilik	Pasiflik
	Kendini kabullenme	Talepkar
	Disiplinli	Disiplinsiz

2.2.3.2.b. İşbirliği yapma:

İşbirliği yapma bireyin kurallar koyucu işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Yüksek derecede işbirliği yapan insanlar, kendilerini toplumun bir parçası olarak algılamaktadırlar. Bu şekilde yüksek işbirliği yapan kişiler, empatik, hoşgörülü, merhametli, destekleyici ve prensipli olarak tanımlanmaktadır. Bu özellikler takım çalışmaları ve sosyal gruplar için avantajlıdır, fakat yalnız olarak yaşamak zorunda olanlar için değildir. İşbirliği yapma puanları düşük olan insanlar, tüm dikkatlerini kendilerine verirler, hoşgörüsüz, eleştirisel, intikamcı ve fırsatçılardır. Kendilerini, temel olarak başkalarından sakınırlar. Diğer insanların haklarına ve hislerine saygı göstermeme eğilimindedirler⁽³⁹⁾(Tablo.VII.).

Tablo.VII. İşbirliği yapma boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları

Karakter boyutu	Yüksek puanlılar	Düşük puanlılar
İşbirliği yapma	Temiz kalpli	Hoşgörüsüz
	Empatik	Duygusuz
	Yardımsaver	Bencil
	Şefkatli	Kinci
	Vicdanlı	Fırsatçı

2.2.3.2.c.Kendi kendini aşma:

Kendi kendini aşma, bireyin yargılayıcı işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Kendi kendini aşma, insanların kendilerini bütünüyle evrenin bir parçası olarak algılamalarını göstermektedir. Kendi kendini aşan bireyler adaletli, anlayışlı, dindar, sade ve alçak gönüllüdürler. Bu özellikler, yaşla birlikte kaçınılmaz şekilde karşılaşılan ölüm veya hastalıklara yakalanan insanlar için uyumsal bir şekilde avantajlıdır. Çoğu modern toplumda idealizm, alçak gönüllülük ve düşüncelilik, zenginlik ve güç edinmeyi engellediğinden dolayı dezavantaj olarak görülebilmektedir. Kendi kendini aşma puanları düşük olan insanlar pratik, tarafsız, materyalist, kontrolcü ve gösterişçi olma eğilimindedirler. Böyle bireyler, akılcı, tarafsızlık ve materyalistik başarılar nedeniyle, batı toplumlarında iyi özellik olarak görülmektedir. Bununla birlikte, sıkıntıları, başarısızlıkları, kişisel, maddesel kayıpları ve ölümü sürekli olarak kabullenme zorluğu çekmektedirler. Bu durum huzur bulamamalarına ve özellikle yaşla birlikte artan uyum sorunlarına neden olmaktadır⁽³⁹⁾(Tablo.VIII.).

Tablo.VIII. Kendi kendini aşma boyutundaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları

Karakter boyutu	Yüksek puanlılar	Düşük puanlılar
Kendi kendini aşma	Yaratıcı	Gelenekçi
	Sezgili	Mantıklı
	Uysal	Kuşkucu
	Maneviyatçı	Materyalist
	İdealist	Göreceli(Rölativist)

2.2.3.2.d. Mizaç ve karakter arasındaki ana farklılıklar:

Mizaç, temelinde emosyona dayanan alışkanlık ve yeteneklerin bileşimi olarak tanımlanır ve motivasyon, birliktelik, duygusallık oluşumlarıyla uyum gösterir. Karakter, kavramsal öğrenmeye dayanan soyutlama, sembolleştirme süreçleriyle uyum gösterir. Mizaç ve karakter etiyolojik olarak ayrıdır ancak işlevsel olarak birbirleriyle ilişkilidir. Kişilik bozukluklarının kronik doğasını ve değişime direncini anlamak için, belirli bir kişilik şeklinin son derece kalıcı olabileceği ve bu nedenle birey için pek çok uyum sağlayıcı davranışın gelişmeyeceği akılda tutulmalıdır⁽³⁸⁾.

Her bir karakter biçiminin ortaya çıkışı; kalıtsal faktörler, aile içindeki sosyal öğrenme, bireye özgü rastlantısal yaşam olayları, sosyokültürel modellerin etkileri ile mizaç-karakter etkileşimlerinin sonucudur. Ayrıca sosyokültürel modellere ek olarak, iş, yaş, cinsiyet, ırk, alt-kültür gibi demografik değişkenlerin de etkisi söz konusudur. Tüm bunlar, gelişmedeki genel eğilimler olarak tanımlanır. Bu modeller ve ailedeki sosyal eğitim, özgün karakter gelişmesini destekleyen ya da baskılayan çevreyi yaratmaktadır⁽³⁸⁾(Tablo.IX.).

Tablo.IX. Mizaç ve karakter arasındaki ana farklılıklar

Değişken özellikler	Mizaç	Karakter
Farkında olma düzeyleri	Spontan	Amaçlı
Hafıza şekli	Algı ve işlem	İfade ve kavram
Mental aktivitede bireyin rolü	Pasif-yinelenen	Aktif-yapılanan
Öğrenme ilkeleri	İşlemsel	Önermeye dayalı
Temel beyin sistemi	Striatum Limbik sistem	Temporal korteks Hipokampus
Etiyolojik bileşenler		
Genetik geçiş	% 40-60	% 15-40
Ailesel faktörler	% 0	% 30-15
Çevresel etkiler	% 40-60	% 25-55

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER:

Bu çalışma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğine, Aralık 2006- Mayıs 2007 tarihleri arasında başvuran ve başvuru sırasına göre çalışmaya alınan gönüllüler üzerinde yapılmıştır.

Çalışmaya başlamadan önce Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan gerekli izin ve onay alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm hastalar yapılan çalışmayla ilgili bilgilendirilmiştir.

3.1.Çalışma grupları:

Hasta ve kontrol gruplarına, ilk başvuruda SCID-I (DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme), HDRS (Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği) ve TCI (Mizaç ve Karakter ölçeği) uygulandı , sosyodemografik bilgileri Sosyodemografik Bilgi Formu'na geçirildi.Çalışmaya DSM-IV tanı ölçütlerine göre major depresif bozukluk tanısı konulan 54 hasta ve 75 sağlıklı kontrol alındı.

Çalışmaya TCI formunu doldurabilecek düzeyde okur yazar olan, Major depresif bozukluk tanısı dışında ek bir psikiyatrik tanısı olmayan ve 18- 65 yaş arası kişiler dahil edilmiştir.

3.2.Gereçler:

3.2.1. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I):

Özgün adı “Structured Clinical Interview for DSM- IV, Clinical Version” olan; First, Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından geliştirilen bu ölçek DSM-IV’e göre I. Eksen psikiyatrik bozukluk tanısı araştırılmasında, görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşmedir⁽⁴⁰⁾.Yapılandırılmış görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterliliğe sahip olan, ajitasyon ve ağır psikotik belirtileri olmayan 18 yaşından büyük kişilere, bu görüşmenin eğitimini almış görüşmeci tarafından uygulanabilir. Bu ölçek, altı modülden oluşmakta, toplam 38 DSM-IV I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan “Şu anda” ve “Hayat boyu” olarak araştırmaktadır. Türkçe formun uyarlaması ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır⁽⁴¹⁾.

3.2.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale-HDRS):

Hamilton ve Williams tarafından geliştirilmiştir⁽⁴²⁾. Hastada depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçer. Tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır, tanı koydurmaz. Çalışmamızda 17 maddelik ölçek kullanılmıştır. En yüksek 53 puan alınır. Ölçeğin uykuya dalma gücünü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır⁽⁴³⁾.

3.2.3. Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory-TCI):

Cloninger, mizaç ve karakter üzerine psikobiolojik bir model geliştirmeye çalışmış ve bu modele uygun olacak şekilde 1987'de ilk ölçek olan Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği'ni (Tridimensional Personality Questionnaire- TPQ) geliştirmiş, 1993'te ise bu ölçeğe arkadaşlarıyla birlikte bir mizaç boyutu ile üç karakter boyutu ekleyerek ölçeğin adını Mizaç ve Karakter ölçeği(Temperament and Character Inventory- TCI) olarak değiştirmiştir⁽⁷⁾. Ölçek "Doğru" ya da "Yanlış" şeklinde yanıtlanan 240 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. TCI yedi üst sıra ölçekten oluşmaktadır. Sebatsızlık dışında tüm boyutlar, üç ve beş arasında alt ölçeklere ayrılmıştır. Mizaç boyutunda, yenilik arayışı(YA) 4 alt ölçeğe(YA1:Keşfetmekten heyecan duyma, YA 2:Dürtüsellik, YA 3: Savurganlık , YA 4: Düzensizlik), zarardan kaçınma(ZK) 4 alt ölçeğe (ZK 1: Beklenti endişesi, ZK 2: Belirsizlik korkusu, ZK 3: Yabancılardan çekinme, ZK 4: Çabuk yorulma ve dermansızlık) ödül bağımlılığı(ÖB) 3 alt ölçeğe (ÖB 1:Duygusalık,ÖB3: Bağlanma, ÖB4:Bağımlılık) ayrılmıştır(Tablo.X.).

Tablo.X. Mizaç ve karakter envanterine (TCI) göre mizaç alt boyutları ve bunlara ait alt ölçekler

Mizaç alt boyutları	Alt ölçekler
Yenilik arayışı (YA)	Keşfetmekten heyecan duyma (YA1)
	Dürtüsellik (YA 2)
	Savurganlık (YA3)
	Düzensizlik (YA4)
Zarardan kaçınma(ZK)	Beklenti endişesi (ZK1)
	Belirsizlik korkusu (ZK2)
	Yabancılardan çekinme (ZK3)
	Çabuk yorulma ve dermansızlık(ZK4)
Ödül bağımlılığı(ÖB)	Duygusalık(ÖB1)
	Bağlanma(ÖB3)
	Bağımlılık(ÖB4)
Sebat etme (S)	Alt ölçeği yok

Karakter boyutunda, kendi kendini yönetme(KKY) 5 alt ölçeğe (KKY 1: Sorumluluk alma, KKY 2: Amaçlılık, KKY 3: Beceriklilik, KKY 4: Kendini kabullenme, KKY 5: Uyumlu ikincil huylar), işbirliği yapma(İY)5 alt ölçeğe(İY 1:Sosyal onaylama, İY 2:Empati duyma,İY 3:Yardıms severlik, İY 4:Acıma, İY 5:Erde mlilik-vicdanlılık),kendi kendini aşma(KKA) 3 alt ölçeğe (KKA 1:Kendilik kaybı, KKA 2:Kişiler ötesi özdeşim, KKA 3:Manevi kabullenme) ayrılmıştır(Tablo.XI).

Ülkemizde Türkçe TCI geçerlik ve güvenilirlik çalışması Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır⁽⁴⁴⁾.

Tablo.XI. Mizaç ve karakter envanterine (TCI) göre karakter alt boyutları ve bunlara ait alt ölçekler

Karakter alt boyutları	Alt ölçekler
Kendi kendini yönetme(KKY)	Sorumluluk alma(KKY 1)
	Amaçlılık (KKY 2)
	Beceriklilik (KKY 3)
	Kendini kabullenme(KKY 4)
	Uyumlu ikincil huylar(KKY 5)
İşbirliği yapma(İY)	Sosyal onaylama (İY 1)
	Empati duyma(İY 2)
	Yardımseverlik (İY 3)
	Acıma(İY 4)
	Erdemlilik-vicdanlılık(İY 5)
Kendi kendini aşma(KKA)	Kendilik kaybı (KKA 1)
	Kişiler ötesi özdeşim (KKA 2)
	Manevi kabullenme(KKA 3)

3.2.4.Sosyodemografik Bilgi Formu:

Araştırmamızda kullanılan sosyodemografik bilgi formu araştırmacılar tarafından hazırlandı ve ilk başvuruda uygulandı. Bilgi formunda; deneğin yaşı, cinsiyeti, medeni hali, meslek, öğrenim süresi, gelir düzeyi, bedensel ve

depresyon haricinde ruhsal hastalık bulunup bulunmadığı, HAM-D puanı ve DSM-4 TR'ye göre depresyon değerlendirilmesi bilgileri yer almaktadır.

3.2.5. İstatiksel değerlendirme:

Çalışmada elde edilen verilerin istatiksel analizleri için, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11 programı kullanıldı. İstatiksel değerlendirmelerde değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi için ki-kare testi ve iki gruba ait sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için Student's T testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4.BULGULAR:

Bu çalışma , Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğine, Aralık 2006- Mayıs 2007 tarihleri arasında başvuran hastalar arasından yapılmıştır. Çalışmaya, DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre major depresif bozukluk tanısı konulan 54 hasta ve 75 sağlıklı kontrol alındı.

Hasta ve kontrol grupları arasında, cinsiyet, yaş (18-25, 26-35, 36-45, 46-55 yaşlar arası), medeni durum(Bekar, evli, dul), eğitim düzeyi(İlkokul, ortaokul, lise, yüksek öğrenim), meslek(İşçi, memur, serbest, ev hanımı, emekli, işsiz, öğrenci), yaşadığı yer (Köy, ilçe, il), gelir düzeyi (0-499, 500-999, 1000-1499, 1500-üstü), bakımından istatiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$) (Tablo.XII.).

Tablo.XII. Hasta ve kontrol grupları sosyodemografik verileri

		Hasta grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p
Cinsiyet	Kadın	36 (%27,9)	48 (%65,1)	0,754
	Erkek	18 (%14,0)	27 (%20,9)	
Yaş	18-25	11 (%8,5)	15 (%11,6)	0,457
	26-35	22 (%17,1)	40 (%31,0)	
	36-45	16 (%12,4)	16 (%12,4)	
	46-55	5 (%3,9)	4 (%3,1)	
Medeni durum	Bekar	11 (%8,5)	26 (%20,2)	0,162
	Evli	41 (%31,8)	48 (%37,2)	
	Dul	2 (%1,6)	1 (%0,8)	
Eğitim düzeyi	İlkokul	9 (%7,0)	5 (%3,9)	0,285
	Ortaokul	4 (%3,1)	5 (%3,9)	
	Lise	21 (%16,3)	29 (%22,5)	
	Yük.Öğr	20 (%15,5)	36 (%27,9)	
Meslek	İşçi	1 (%0,8)	6 (%4,7)	0,059
	Memur	26 (%20,2)	44 (%34,1)	
	Serbest	2 (%1,6)	7 (%5,4)	
	Evhanımı	18 (%14,0)	15 (%11,6)	
	Emekli	2 (%1,6)	0 (%0)	
	İşsiz	2 (%1,6)	0 (%0)	
	Öğrenci	3 (%2,3)	3 (%2,3)	
Yaşadığı yer	Köy	1 (%0,8)	2 (%1,6)	0,309
	İlçe	8 (%6,2)	5 (%3,9)	
	İl	45 (%34,9)	68 (%52,7)	
Gelir düzeyi	0- 499	5 (%3,9)	15 (%11,6)	0,414
	500- 999	15 (%11,6)	20 (%15,5)	
	10001499	16 (%12,4)	19 (%14,7)	
	1500-üstü	18 (%14,0)	21 (%16,3)	

(p> 0,05)

TCI mizaç alt boyutu yenilik arayışı (YA) , hasta ve kontrol grupları arasında genel olarak anlamlı fark yoktu.Keşfetmekten heyecan duyma(YA1) alt ölçeği dışında, diğer alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (YA; hasta grubu: 16,50, kontrol grubu: 19,79, p: 0,736, YA2; hasta grubu:3,43, kontrol grubu:2,83, p:0,063, YA3; hasta grubu:4,44, kontrol grubu: 4,19, p: 0,470, YA4; hasta grubu: 3,81, kontrol grubu: 3,77, p: 0,887, p>0,05).Keşfetmekten heyecan duyma(YA1) alt ölçeğinde ise, hasta grubunun puanı kontrol grubuna göre anlamlı düşük bulundu (Hasta grubu: 4,81, kontrol grubu: 6,11, p: 0,000, p<0,001)(Tablo.XIII.).

Tablo.XIII. TCI mizaç alt boyutu, hasta ve kontrol grupları yenilik arayışı verileri

TCI Mizaç alt boyutu	Hasta grubu n: 54	Kontrol grubu n: 75	t	p
	Ortalama(SD)	Ortalama (SD)		
YA (Yenilik arayışı)	16,50 (4,757)	19,79 (4,766)	-,337	0,736
YA 1 (Keşfetmekten heyecan duyma)	4,81 (2,207)	6,11 (1,828)	-3,629	0,000*
YA 2 (Dürtüsellik)	3,43 (1,733)	2,83 (1,826)	1,878	0,063
YA 3 (Savurganlık)	4,44(1,987)	4,19 (1,998)	0,725	0,470
YA 4 (Düzensizlik)	3,81 (1,579)	3,77 (1,673)	0,142	0,887

(* p< 0,001)

TCI mizaç alt boyutu zarardan kaçınma , genel olarak ve tüm alt ölçeklerde, hasta grubunun puanı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (ZK; hasta grubu: 24,46, kontrol grubu:15,64, p:0,000, ZK1; hasta grubu:7,74, kontrol grubu:5,47, p:0,000, ZK2; hasta grubu:5,44, kontrol grubu:4,19, p:0,000, ZK3; hasta grubu:5,26, kontrol grubu:3,00, p:0,000, ZK4; hasta grubu:6,07, kontrol grubu:3,00, p:0,000, p<0,001)(Tablo.XIV.).

Tablo.XIV. TCI mizaç alt boyutu, hasta ve kontrol grupları zarardan kaçınma verileri

TCI Mizaç alt boyutu	Hasta grubu n: 54	Kontrol grubu n :75	t	p
	Ortalama (SD)	Ortalama(SD)		
ZK (Zarardan kaçınma)	24,46 (5,562)	15,64 (5,625)	8,830	0,000*
ZK 1 (Beklenti endişesi)	7,74 (2,039)	5,47 (2,082)	6,173	0,000*
ZK 2 (Belirsizlik korkusu)	5,44 (1,410)	4,19 (1,915)	4,902	0,000*
ZK 3 (Yabancılardan çekinme)	5,26 (2,138)	3,00 (2,092)	5,994	0,000*
ZK 4 (Çabuk yorulma ve dermansızlık)	6,07 (2,036)	3,00 (1,896)	8,808	0,000*

(* p < 0,001)

TCI mizaç alt boyutu ödül bağımlılığı, hasta ve kontrol grupları arasında genel olarak anlamlı fark yoktu. Bağlanma(ÖB3) alt ölçeği dışında, diğer alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. (Hasta grubu: 14,30, kontrol grubu: 14,67, p: 0,508, ÖB1; hasta grubu: 7,69, kontrol grubu: 7,47, p: 0,442, ÖB4; hasta grubu: 3,20, kontrol grubu: 2,95, p: 0,441, p>0,05). Ancak bağlanma (ÖB3) alt ölçeğinde, hasta grubunun puanı kontrol grubuna göre anlamlı düşük bulundu(Hasta grubu:3,41, kontrol grubu: 4,45, p: 0,001, p= 0,001) (tablo.XV.).

Tablo.XV.TCI mizaç alt boyutu, hasta ve kontrol grupları ödül bağımlılığı verileri

TCI Mizaç alt boyutu	Hasta grubu n: 54	Kontrol grubu n :75	t	p
	Ortalama (SD)	Ortalama (SD)		
ÖB (Ödül bağımlılığı)	14,30 (2,950)	14,67 (3,244)	-,664	0,508
ÖB 1 (Duygusalık)	7,69 (1,564)	7,47 (1,605)	-,771	0,442
ÖB 3 (Bağlanma)	3,41 (1,666)	4,45 (1,695)	-3,483	0,001*
ÖB 4 (Bağımlılık)	3,20 (1,571)	2,95 (2,046)	0,773	0,441

(* p= 0,001)

TCI mizaç alt boyutu sebat etme(S), hasta ve kontrol grupları arasında genel olarak istatikselsel olarak anlamlı fark yoktu (Hasta grubu: 4,44, kontrol grubu:5,09, p: 0,052, p>0,05) (Tablo.XVI.).

Tablo.XVI. TCI mizaç alt boyutu, hasta ve kontrol grupları sebat etme verileri

TCI Mizaç alt boyutu	Hasta grubu n: 54	Kontrol grubu n :75	t	p
	Ortalama (SD)	Ortalama (SD)		
S (Sebat etme)	4,44 (1,959)	5,09 (1,772)	-1,963	0,052*

(* p> 0,05)

TCI karakter alt boyutu kendi kendini yönetme, hasta ve kontrol grupları arasında genel olarak ve kendini kabullenme (KKY4) hariç diğer alt ölçeklerde, hasta grubunun puanı kontrol grubuna göre istatikselsel olarak anlamlı düşük

bulundu(KKY; hasta grubu:22,98, kontrol grubu: 29,40, p:0,000, KKY1; hasta grubu:3,06, kontrol grubu:5,17, p:0,000, KKY2; hasta grubu: 4,61, kontrol grubu:6,04, p:0,000, KKY3; hasta grubu: 2,02, kontrol grubu:3,41, p:0,000, KKY5; hasta grubu:7,26, kontrol grubu:8,83, p:0,000, p<0,001).Fakat kendini kabullenme (KKY4) alt ölçeğinde gruplar arasında anlamlı fark yoktu (Hasta grubu: 6,07, kontrol grubu:6,07, p: 0,985,p>0,05) (Tablo.XVII.).

Tablo.XVII. TCI karakter alt boyutu, hasta ve kontrol gruplarının kendi kendini yönetme verileri

TCI Karakter alt boyutu	Hasta grubu n: 54	Kontrol grubu n :75	t	p
	Ortalama (SD)	Ortalama (SD)		
KKY (Kendi kendini yönetme)	22,98 (5,803)	29,40 (6,197)	-5,958	0,000*
KKY 1 (Sorumluluk alma)	3,06 (1,907)	5,17 (1,848)	-6,335	0,000*
KKY 2 (Amaçlılık)	4,61 (1,583)	6,04 (1,520)	-5,177	0,000*
KKY 3 (Beceriklilik)	2,02 (1,339)	3,41 (1,367)	-5,768	0,000*
KKY 4 (Kendini kabullenme)	6,07 (2,346)	6,07 (2,158)	0,019	0,985
KKY 5 (Uyumlu ikincil huylar)	7,26 (1,761)	8,83 (1,899)	-4,767	0,000*

(* p<0,001)

TCI karakter alt boyutu iş birliği yapma , genel olarak ve acıma (İY4) ile erdemlilik-vicdanlılık(İY5) hariç diğer alt ölçeklerde, hasta grubunun puanı kontrol grubuna göre istatikselsel olarak anlamlı düşüktü (İY; hasta grubu:28,15, kontrol grubu:30,59, p:0,015, p<0,05, İY1; hasta grubu:5,24, kontrol grubu:6,08, p:0,006, p<0,005, İY2; hasta grubu:3,54, kontrol grubu:4,40, p:0,000, p<0,001,

İY3;hasta grubu:4,74, kontrol grubu:5,24, p:0,028, p<0,05). Ancak acıma (İY4) ile erdemlilik-vicdanlılık(İY5) alt ölçeklerinde anlamlı fark yoktu (İY4;hasta grubu:7,44, kontrol grubu:7,81, p:0,410, p>0,05, İY5; hasta grubu:7,26, kontrol grubu:7,16, p:0,706, p>0,05) (Tablo.XVIII.).

TabloXVIII.TCI karakter alt boyutu,hasta ve kontrol grupları işbirliği yapma verileri

TCI Karakter alt boyutu	Hasta grubu n: 54	Kontrol grubu n :75	t	p
	Ortalama(SD)	Ortalama(SD)		
İY (İşbirliği yapma)	28,15 (6,175)	30,59 (4,051)	-2,463	0,015*
İY 1 (Sosyal onaylama)	5,24 (1,726)	6,08 (1,642)	-2,803	0,006**
İY 2 (Empati duyma)	3,54 (1,424)	4,40 (1,263)	-3,629	0,000***
İY 3 (Yardıms severlik)	4,74 (1,403)	5,24 (1,137)	-2,229	0,028*
İY 4 (Acıma)	7,44 (2,846)	7,81 (2,216)	-0,827	0,410
İY 5 (Erdemlilik-vicdanlılık)	7,26 (1,403)	7,16 (1,516)	0,378	0,706

(* p < 0,05 , ** p < 0,01 , *** p< 0,001)

TCI karakter alt boyutu kendi kendini aşma (KKA), hasta ve kontrol grupları arasında genel olarak ve tüm alt ölçeklerde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (KKA; hasta grubu: 19,70, kontrol grubu: 19,32, p: 0,668, KKA1; hasta grubu: 6,35, kontrol grubu: 5,75, p :0,108, KKA2; hasta grubu:4,94, kontrol grubu: 5,39, p: 0,214, KKA3; hasta grubu: 8,59, kontrol grubu: 8,16, p: 0,359, p>0,05) (Tablo.XIX.).

Tablo.XIX. TCI karakter alt boyutu, hasta ve kontrol grupları kendi kendini aşma verileri

TCI Karakter alt boyutu	Hasta grubu n: 54	Kontrol grubu n :75	t	p
	Ortalama(SD)	Ortalama(SD)		
KKA (Kendi kendini aşma)	19,70 (5,358)	19,32 (4,720)	0,430	0,668*
KKA 1 (Kendilik kaybı)	6,35 (2,225)	5,75 (2,001)	1,617	0,108*
KKA 2 (Kişiler ötesi özdeşim)	4,94 (1,985)	5,39 (1,986)	-1,248	0,214*
KKA 3 (Manevi kabullenme)	8,59 (2,453)	8,16 (2,751)	0,921	0,359*

(*p>0,05)

5.TARTIŞMA VE SONUÇ:

Cloninger, kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiolojik kişilik modeli geliştirmiş ve tanımlamıştır^(45,46).

Cloninger ilk olarak 1987’de yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı alt boyutlarından oluşan üç boyutlu kişilik ölçeğini(Tridimensional Personality Questionnaire) tanımlamış ve 1993’de, günümüzde kullanılan, yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme alt boyutlarından oluşan mizaç boyutlarını ve kendi kendini yönetme, işbirliği yapma, kendi kendini aşma alt boyutlarından oluşan karakter boyutlarını içeren, mizaç ve karakter envanterini (Temperament and Character Inventory-TCI) geliştirmiştir^(45,46).

Bugüne kadar psikiyatrik hastalıklar içerisinde, mizaç ve karakter envanteriyle en fazla çalışılan konulardan birisi de depresyon olmuştur.

Bizim çalışmamızda da, DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre major depresyon tanısı konulmuş 54 hasta ve 75 sağlıklı kontrol grublarına mizaç ve karakter envanteri uygulanmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, TCI mizaç alt boyutu yenilik arayışı skorlarında, genel olarak ve keşfetmekten heyecan duyma (YA1) alt ölçeği dışında, diğer alt ölçeklerde hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık yoktu. Farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir⁽⁴⁷⁻⁵³⁾. Ancak Jurado ve arkadaşlarının 2005 yılında yayınlanan bir çalışmasında, yenilik arayışı skorlarının depresif semptomlar gelişen grupta daha yüksek olduğu bildirilmiştir⁽⁵⁴⁾. Araştırmamızda keşfetmekten heyecan duyma (YA1) alt ölçeğinin ise depresyon grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düşük olduğu bulunmuş ve bu sonucumuza benzer bulgular daha önce Richter (2003) ve Hansenne (1999) tarafından bildirilmiştir^(55,56). Keşfetmekten heyecan duyma (YA1) alt ölçeğinin, hasta grubunda kontrol grubuna göre düşük çıkması, depresyon tanı kriterlerinde yer alan, etkinliklerin çoğuna karşı ilgide azalma veya artık bunlardan zevk almıyor olma ile ilgili olabileceğini düşündürmüştür. Yine Hansenne, depresyon hastalarının, yenilik başlatmada zorluk çekmeleri ve çevreyi aktif olarak keşfetmekte zorlanmaları sonucu keşfetmekten heyecan duyma (YA1) alt ölçeğinin düşük çıktığını bildirmiştir.⁽⁵⁶⁾

Mizaç ve karakter envanterinin, depresyonla en fazla ilişkilendirilen mizaç alt boyutu zarardan kaçınma alt boyutudur. Arkar ve arkadaşları psikiyatrik hastalıkların yorumlanmasında TCI ile en kuvvetli ilişkinin, çabuk yorulma- dermansızlık (ZK4) ve beklenti endişesi (ZK 1) olduğunu bildirmişlerdir⁽⁵⁷⁾. Bizim çalışmamızın ve benzer çalışmaların sonuçlarında da, zarardan kaçınma alt boyutu, genel olarak ve tüm alt ölçeklerinde, hasta grubunda sağlıklı gruba oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (47-56,58-70). Hirano ve arkadaşları 2002 yılında yaptıkları çalışmada, hasta

grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunan zarardan kaçınma skorlarının, depresyona özgü yapısal bir özellik olduğu sonucunu bildirmişlerdir⁽⁷¹⁾. Cloninger ve arkadaşları, zarardan kaçınma puanları yüksek olan bireyleri, kaçınan, pasif, kendine güveni olmayan, çabuk yorulan, karamsar, kötümser, olarak tanımlamışlar, zararlı uyarılara karşı kendilerini engelleme eğiliminde oldukları ve stresli olaylara karşı yüksek oranda depresyon ile karşılık verdiklerini belirtmişlerdir^(45,46). Sonuç olarak zarardan kaçınma puanları yüksek olan bireylerin tanımlanan özellikleri, depresyon kliniğiyle örtüşmektedir. Literatürler incelendiğinde, depresyonda zarardan kaçınma alt boyutu puanlarının düşük olduğunu bildiren herhangi bir yayına rastlanamamıştır.

Naito ve arkadaşları, Japon öğrencilerde mizaç ve karakter envanterinin depresyonda belirleyici olup olmadığını incelemişler ve Zung depresyon ölçeğiyle, ödül bağımlılığı boyutu arasında negatif bir ilişki bulmuşlardır⁽⁵⁹⁾. Ampollini ve arkadaşlarının 1999'da ki araştırmalarında ise ödül bağımlılığı alt boyutunun depresif hastalarda, sağlıklı kontrollere göre yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bizim araştırmamızda TCI mizaç alt boyutu ödül bağımlılığı, hasta ve kontrol grupları arasında genel olarak ve bağlanma (ÖB3) alt ölçeği dışında, diğer alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı, ancak bağlanma (ÖB3) alt ölçeğinde, hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu. Benzer sonuçlar Peirson ve Hansenne tarafından yapılan çalışmalarda da bulunmuştur^(56,66). Ödül bağımlılığı boyutu düşük olan bireylerin toplumsal tutumlarında soğuk davranışlar sergilemesi beklenir⁽³⁹⁾. Bu durum, depresyondaki bireylerin, konuşmasında fakirleşme, sosyal geri çekilme, yalnız kalma isteği, değişik etkinlik ve sorumluluklara karşı ilgisizlik ile açıklanabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızın sonucunda, TCI mizaç alt boyutu sebat etme(S), hasta ve kontrol grupları arasında genel olarak anlamlı farklılık yoktu, literatürler incelendiğinde de çalışmamızdan farklı bir sonuca rastlanamadı. Bu sonuç ilgi çekicidir çünkü, düşük sebat etme özellikli bireylerde belirtilen, hareketsizlik, kararsızlık, düzensizlik, nadiren daha yüksek başarı için çalışma isteklerinin

olması ve kolaylıkla vazgeçme eğiliminde olmaları⁽³⁹⁾, depresif duygudurum ile benzerlik göstermektedir. Dolayısıyla sebat etme alt boyutu puanlarının, depresif hastalarda sağlıklı kontrollere göre daha düşük olması beklenirdi, ancak gruplar arasında fark bulunamadı. Sebat etme alt boyutu değerlendirilmesinde kullanılan sorular incelendiğinde, obsesif-kompulsif kişilik özelliklerini tanımlıyor olması, depresyonda obsesif-kompulsif kişiliğin sık görülmesi⁽⁷⁾ ; bu kişilik bozukluğunun De La Rie ve arkadaşlarının⁽⁷²⁾, mizaç ve karakter envanterini kullanarak yaptıkları bir çalışmada gösterildiği gibi, sebat etme alt boyutu ile pozitif ilişkili olduğunun bulunması, bizim ve diğer araştırmacıların benzer sonuçları bulmasını kısmen açıklayabilecek niteliktedir.

A.T. Beck ve arkadaşları⁽²⁹⁾ tarafından geliştirilen bilişsel görüşe göre çökkünlüğe yatkın kişilerde, a) Kendisine, b) Geleceğe ve c) Dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır ve olumsuz kavramlar kişide, düşük benlik saygısına, olumsuz yargılara, düşüncelere ve tutumlara neden olmaktadır. Bu nedenle depresyon olguları, kendine güveni olmayan, sorumluluk alamayan, amaçsız, hedefleri olmayan, yardım arayıcı davranışlara yönelen kişiler olarak karşımıza çıkmakta ve benzer özellikler kendi kendini iyi yönetemeyen bireylerde de tanımlanmaktadır. Aksine kendi kendini iyi yöneten bireyler kendine güvenen, sorumluluk sahibi, güvenilir, becerikli, hedefleri olan kişilerdir ve kendi ile barışıktır⁽³⁹⁾. Buradan çıkarılan sonuçla, depresif kişilerde kendi kendini yönetme alt boyutu puanlarının, sağlıklı kontrollere göre daha düşük olması beklenir. Bizim çalışmamızın sonucunda da bu bilgilere doğru orantılı olarak, hasta grubunda kendi kendini yönetme alt boyutu puanlarının, kontrol grubundan daha düşük olduğu tespit edildi. Çalışmamızdaki bu sonuçlar literatür bilgileriyle uyumluydu^(52-54,56,58,59,61,63-66,68,70,71). Literatürler incelendiğinde çalışmamızın aksini bildiren bir sonuca rastlanamamıştır.

Çalışmamızda, TCI karakter alt boyutu iş birliği yapma, genel olarak, hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü. Benzer sonuç diğer çalışmalarda da yayınlanmıştır^(53,61-63).

Bazı çalışmalar, zarardan kaçınma ile kendi kendini yönetme ve iş birliği yapma alt boyutlarının, depresyondaki bireylerde birbirleriyle sıkı bir ilişki içerisinde olduğunu, ayrıca depresif semptomatolojinin şiddetiyle de alakalı olabileceğini bildirmişlerdir^(53,61-63,71).

Bu üç alt boyutun tanımladığı kişilik özelliklerinde, depresif belirtilerle örtüşen ortak yapıların var olduğu açıktır, örneğin; yüksek zarardan kaçınma alt boyutunda tanımlanan, endişe, karamsarlık, üzüntü, kötümserlik, belirsizlikten dolayı duyulan gerginlik, yabancılardan çekinme, çabuk yorulma, düşük kendi kendini yönetme alt boyutunda tanımlanan, dikkat ve konsantrasyon bozukluğu, kendi kendine uğraşma, ve düşük iş birliği yapma alt boyutunda tanımlanan , tahammülsüzlük, yalnız kalma isteği, gibi özellikler depresif hastalarda gözlenmektedir.

Hansenne (1999) ve Josefsson (2007) tarafından yapılan iki farklı çalışmada, kendi kendini aşma alt boyutu puanlarının, sağlıklı kontrol grubuna göre depresif grupta daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir^(53,56). Kendi kendini aşan bireyler, adaletli, anlayışlı, dindar, maneviyatçı, sade ve alçak gönüllüdürler. Bu özellikler, yaşla birlikte kaçınılmaz şekilde karşılaşılabilecek ölüm veya hastalıklara yakalanan insanlar için uyumsal bir şekilde avantajlıdır⁽³⁹⁾. Kendi kendini aşma alt boyutu puanları yüksek bireyler, yaratıcı ile her yerde ve her an özdeşleşebilirler⁽⁴⁶⁾. Hıristiyan toplumlarda, ağır çökkünlüklerde günah ve büyük suç işlemiş olma duygusu sık belirtilir⁽⁵⁾, belki de bu nedenle kendi kendini aşma boyutu depresif grupta daha yüksek çıkmış olabilir. Ancak bu sonuçlar, kendi kendini aşma puanları düşük olan bireylerin, pratik, tarafsız, materyalist, kontrolcü ve gösterişçi olmaları nedeniyle batı toplumlarında, bu özelliğin daha kabul görülmesi⁽³⁹⁾ görüşü ile de çelişmektedir. Diğer literatürlerde ve bizim çalışmamızda ise her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Sonuç olarak bizim çalışmamızda elde edilen, depresif hastaların mizaç ve karakter özellikleri, benzer çalışmalarda elde edilen veriler ile büyük oranda uyumlu gözükmektedir. Özellikle, zarardan kaçınma alt boyutu puanının,

çalışmaların tümünde depresif hastalarda, kontrol grubuna göre yüksek çıkması, bu mizaç alt boyutunun, depresyona özgü yapısal bir özellik olduğu kanaatini oluşturmuştur. Cloninger ve arkadaşları, zarardan kaçınma puanları yüksek olan bireyleri, kaçınan, pasif, kendine güveni olmayan, çabuk yorulan, karamsar, kötümser, olarak tanımlanmışlar, zararlı uyarılara karşı kendilerini engelleme eğiliminde oldukları ve stresli olaylara karşı yüksek oranda depresyon ile karşılık verdiklerini belirtmişlerdir^(45,46).

Zarardan kaçınma alt boyutunun yanında, kendi kendini yönetme ile işbirliği yapma alt boyutlarında ki düşük puanlar da , bu özelliklerin depresyonla ilişkili olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır. Bu ilişkinin nasıl olduğunu ileri çalışmalar belirleyecektir.

Ülkemizde halen psikiyatrik hastalıklarda, mizaç ve karakter envanteri kullanılarak yapılan çalışmalar yetersiz olup , bu konuyla ilgili daha fazla çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bizim çalışmamızın psikiyatrik hastalıklarda bundan sonra, daha fazla mizaç ve karakter envanteri kullanılmasına dikkat çekeceğini ve bu konuya alakayı artıracığını düşünmekteyiz.

6. KAYNAKLAR

1. Kramlinger K: Mayo Clinic, Türkçe baskı, Ankara, Güneş Kitapevi, 2004, 3
2. Doğan O, Ketenoğlu C, Gülmez H: Ruhsal bozuklukların Epidemiyolojisi, Sivas, Dilek Matbaası, 1995, 22
3. Küey L, Üstün TB, Güleç C: Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine gözden geçirme çalışması. Toplum ve Hekim 1987, 44: 16- 30
4. Gostpar M: Epidemiology of Depression. Psychopathology, 1986, 19: 17- 21
5. Öztürk O: Ruh sağlığı ve bozuklukları, 9.basım, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002, 293
6. Işık S: Ruh sağlığı ve hastalıkları, Ankara,1.basım, Öncü Basımevi, 2000, 25- 27
7. Sayın A, Aslan S: Duygudurum Bozuklukları İle Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2005, 16:4,276- 283
8. Işık E: Depresyon ve bipolar bozukluklar. Ankara, Görsel Sanatlar Matbacılık 2003, 6
9. Sayıl I : Review of suicide studies in Turkey. Crisis 1997, 18:124-127
10. Sayıl I, Devrimci-Özgüven H: Suicide and Suicide Attempts in Turkey. Results of the WHO/Euro Multicentre Study of Suicidal Behavior,2001
11. Vahip S: Koruyucu sağaltımda yanıtın belirlenebilirliği üzerine. 3 P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 2000, 8 :2, 19- 22
12. Horvath E, Weissman M: Epidemiology of Depression and Anxiety Disorders. Textbook in Psychiatric Epidemiology. Editörler: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, New York, 1995

13. Korođlu E: Psikonozoloji tanımlayıcı klinik psikiyatri. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2004, 254- 258
14. Sađduyu A : Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi 2000, 11:1, 3- 16
15. Üstün TB, Von Korff M: Primary Mental Health Services, Access and provision of Care, Mental Illness in General Health Care, Editörler: Üstün T.B, Sartorius N, Geneva, John Wiley & Sons, 1995,347- 360
16. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC ve ark.: A population-based twin study of major depression in women, The impact of varying definitions of illness. Arch Gen Psychiatry 1992, 49:4, 257- 266
17. Ball WA, Whybrow PC: Biology of depression and mania. Current Opinion in Psychiatry 1993, 6: 27- 34
18. Steffens DC, Tüpler LA, Krishnon KRR: The neuro-structural/neurofunctional basis of depression / mania. Current Opinion in Psychiatry 1993, 6: 22- 26
19. Thase ME: Mood disorders, Neurobiology. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII. Editörler: B J Sadock, VA Sadock, Philadelphia: Lippincott/ Williams & Wilkins, 2000,1308
20. Suppes T, Baldessarini RJ : Risk of Recurrence Following Discontinuation of Lithium Treatment in Bipolar Disorder. Arch Gen Psychiatry 1991, 48:1082-1088
21. Arana GW, Baldessarini RJ, Ornstein M: The dexametasone suppression test for diagnosis and prognosis in psychiatry. Arch Gen Psychiatry 1985, 42: 1193 -1204
22. Risch SC, Janowsky DS: Limbic-hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in melancholia. Psychiatry. Editör: Michels R, 3. Cilt: Philadelphia, JB Lippincott Company, 1990, 54.Bölüm
23. American Psychiatric Association, Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. Washington DC, 2000
24. Hirschfeld RMA, Shea MT: Mood Disorders, Psychosocial Treatment. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Editör: Kaplan H.I, Sadock BJ, Baltimore, Willams and Wilkins,1989
25. Kashani JH, Carlson GA: Seriously Depressed Preschoolers. Am J Psychiatry 1987,

144: 348- 350

26. Wender PH, Kety SS, Rosenthal D ve ark. : Psychiatric Disorders in the Biological and Adoptive Families of Adopted Individuals With Affective Disorders. Arch Gen Psychiatry 1986, 43: 923- 937
27. Rothschild A: Mood disorders, The Harvard Guide to Psychiatry, Cambridge, The Belknap Press of Harvard University Pres, 1999
28. Öztürk O: Psikanaliz ve Psikoterapi, 3. basım, Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi,1999
29. Beck AT, Rush JA : Cognitive therapy of Depression, New York, Guilford Pres, 1983
30. Tollefson GD: Major Depression. Current Psychiatric Therapy, Editör: Dunner DL, Philadelphia: Saunders, 1993; 196–204
31. Enns MW, Swenson JR, McIntyre RS ve ark. : Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders, comorbidity. Can J Psychiatry, 2001,6:1,77- 90
32. Kaplan H. Sadock B: Synopsis of Psychiatry, 7. baskı, Williams and Wilkins, Baltimore, 1995,516- 555
33. WHO, The ICD- 10 Classification Of Mental and Behavioural Disorders, World Health Organization, Geneva,1992
34. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000
35. Yüksel N: Ruhsal hastalıklar, 2.basım, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2001, 220- 223
36. Akiskal HS, Hirschfeld RMA: The relationship of personality to affective disorders: A critical review. Arch Gen Psychiatry 1983, 40:801-810
37. Allport GW: Personality: A Psychological Interpretation, New York, Holt Rinehart& Winston, 1937,12- 15
38. Cloninger CR, Pryzbeck TR, Svrakic DM ve ark.: The temperament and character inventory(TCI):A guide to its development and use, Center for Psychobiology of Personality, St Louis,1994
39. Sadock BJ, Sadock VA: Comprehensive textbook of psychiatry, 8.baskı, Türkçe çeviri, Ankara, Öncü Basımevi, 2007, 2063-2071

40. Spitzer S.L, Williams JB, Gibbon M. ve ark. : The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID).Arch Gen Psych 1987, 49:24-629
41. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. : DSM-IV eksen bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin, Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması.İlaç ve Tedavi Dergisi 1999, 12: 233- 236
42. Williamss BW: A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale.Arch Gen Psychiatry 1978, 45:742-747
43. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark.: Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı.Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1996, 4:251-259
44. Kose S, Sayar K, Kalelioglu Ü ve ark.: Reliability and Validity of the Turkish Version of the Temperament and Character Inventory (TCI).38th National Psychiatry Congress, Marmaris, Turkey, 2002, 213- 214
45. Cloninger CR: A systematic method for clinical description and classification of personality variants.Arch Gen Psychiatry 1987, 44:573-588
46. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR: A psychobiological model of temperament and character.Arch Gen Psychiatry 1993, 50:975-989
47. Svrakic DM , Przybeck TR, Cloninger CR: Mood states and personality traits.Journal of Affective Disorders 1992, 24:217-226
48. Joffe RT, Bagby RM, Levitt AJ ve ark.: The tridimensional personality questionnaire in major depression.Am J Psychiatry1993, 150:959-965
49. Strakowski SM, Dunayevich E, Keck PE ve ark.: Affevtive state dependence of tridimensional personality questionnaire .Psychiatry Research 1995, 57:209-214
50. Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R ve ark.; Temperament and personality features in patiens with major depression, panic disorder and mixed conditions. Journal of Affective Disorders 1999, 52:203-207
51. Newman JR, Ewing SE, McColl RD ve ark.: Tridimensionalpersonality questionnaire and treatment response in major depressive disorder: a negative study. Journal of Affective Disorders 2000, 57:241-247
52. Marijnissen G, Tuinier S, Sijben A.E.S ve ark.: The Temperament and Character Inventory in major depression. J Affect Disord 2002, 70: 219-223
53. Josefsson A, Larsson C, Sydsjö G ve ark.; Temperament and character in women with postpartum depression. Archives of Women's Mental Health 2007,10: 3-7

54. Jurado D, Gurpegui M, Moreno O ve ark.: Association of personality and work conditions with depressive symptoms. *European Psychiatry* 2005,20: 213-222
55. Richter J, Polak T, Eisemann M : Depressive mood and personalty in terms of ntemperament and character among the normal population and depressive inpatients. *Personality and İndividual Differences* 2003,35 : 917-927
56. Hansenne M, J Regger, Pinto E ve ark.: Temperament and Character Inventory and depression. *J Psychiatr Res* 1999, 33: 31-36
57. Arkar H, Sorias O, Tunca Z ve ark. :Mizaç ve karakter envanterinin Türkçe formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005,16 :3, 190-204
58. Abrams KY, Yune SK, Kim SJ ve ark. : Trait and state aspects of harm avoidance and its implication for treatment in major depressif disorder, dysthymic disorder and depressive personality disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004,21:2, 240-248
59. Naito M, Kijima N, Kitamura T: Temperament and Character Inventory (TCI) as predictors of depression among Japanese college students. *J Clin Psychol* 2000, 56 :12, 1579-1585
60. Sato T, Hirano S, Narita T ve ark.:Temperament and Character Inventory dimensions as a predictor of response to antidepressant treatment in major depression.*Journal of Affective Disorders* 1999,56:153-161
61. Smith DJ, Duffy L, Stewart ME ve ark. : High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression. *Journal of Affective Disorders* 2005, 87: 83-89
62. Richter J, Eisemann M, Richter G: Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2000, 250: 40-47
63. Kusunoki K, Sato T, Taga C ve ark.: Low novelty seeking differentiates obsessive compulsive disorder from major depression. *Acta Psychiatr. Scand.* 2000, 101:403-405
64. Elovainio M, Kivimaki M, Puttonen S ve ark. : Temperament and depressive symptoms : a population-based longitudinal study on Cloninger's psychobiological temperament model. *Journal of Affective Disorders* 2004,83:227-232
65. Jylha P, Isometsa E: Temperament character and symptoms of anxiety and depression in the general population . *European Psychiatry* 2006,21:389-395
66. Peirson AR, Heuchert JW: The relationship between personality and mood: comparison of the BDI and the TCI. *Personality and İndividual Differences* 2001,30 : 391-399

67. Sato T, Narita T, Hirano S ve ark. : Factor validity of temperament and character inventory in patients with major depression. *Comprehensive Psychiatry* 2001,42 :4, 337-341
68. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR : Can personality assessment predict future depression ? A twelve-month follow-up of 631 subjects .*Journal of Affective Disorders* 2006, 92: 35-44
69. Tanaka E, Sakamoto S, Kijima N ve ark.: Different personalities between depression and anxiety. *J Clin Psychol* 1998, 54 :8, 1043-1051
70. Joyce PR, Mulder RT, Cloninger CR: Temperament predicts clomipramine and desipramine response in major depression. *Journal of Affective Disorders* 1994, 30: 35-46
71. Hirano S, SatoT, NaritaT ve ark.: Evaluating the state dependency of the Temperament and Character Inventory dimension in patients with major depression: a methodological contribution. *J Affect Disord* 2002, 69: 31-38.
72. De la Rie SM, Duijsens IJ, Cloninger CR : Temperament, character and personality disorders. *J Personal Disord* 1998,12:4, 362-372