



T.C. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

PSİKIYATRİ ABD

**TEDAVİYE DİRENÇLİ OLAN VE OLMAYAN MAJOR
DEPRESYON HASTALARI ARASINDAKİ DUYGU
DIŞAVURUMU AÇISINDAN FARKLILIKLARIN
İNCELENMESİ**

Dr. FATİH BAZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: Yard. Doç. Dr. Mesut Yıldız

İSTANBUL - 2018



T.C. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ABD

**TEDAVİYE DİRENÇLİ OLAN VE OLMAYAN MAJOR
DEPRESYON HASTALARI ARASINDAKİ DUYGU
DIŞAVURUMU AÇISINDAN FARKLILIKLARIN
İNCELENMESİ**

Dr. FATİH BAZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: Yard. Doç. Dr. Mesut Yıldız

İSTANBUL - 2018

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında en büyük pay sahibi olan ve öğrendiğim birçok şeyi borçlu olduğum değerli hastalarımıza,

Tez sürecinin başından sonuna kadar her türlü desteğini yakından hissettiğim, birlikte geçirdiğimiz zaman zarfında çalışma azmine hayranlık duyduğum, bilime olan tutkusuyla bizlere örnek olan, değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Mesut Yıldız'a,

Anlayışı, hoşgörüsü, öğrenme ve öğretme şevkiyle desteklerini bizden esirgemeyen anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Volkan Topçuoğlu başta olmak üzere, bilgi ve deneyimleriyle eğitimime katkı sağlayan ve bana psikiyatridi sevdiiren saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur'a, Prof. Dr. Kemal Sayar'a, Prof. Dr. Kemal Kuşçu'ya, Prof. Dr. Yıldız Akvardar'a, Prof. Dr. Kaan Kora'ya ve Dr. Axel Würz'e,

Asistanlık dönemi boyunca sayelerinde çok keyifli günler geçirdiğim tüm çalışma arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemi sağlayan canım anneme, sevgili babama ve biricik kardeşime,

Annemden ayrı tutmadığım, tez sürecinde çok kahrımı çeken, üstümde büyük emekleri olan Dilek Özden'e,

Ve en değerli varlıklarım; hayat arkadaşım, sevdiceğim, kıymetli eşim Seren'e, yakışıklı oğlum Aybars'a ve küçük prensesim Çağla'ya

Sonsuz Teşekkürler..

Fatih

Şubat, 2018

İÇİNDEKİLER

I.ÖNSÖZ.....	i
II.KISALTMALAR.....	v
III.TABLO LİSTESİ.....	vii
IV. ÖZET.....	viii
V. ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Depresyon.....	3
2.1.1. Depresyon Kavramı.....	3
2.1.2. Depresyonun Tarihçesi.....	3
2.1.3. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	5
2.1.4. Tanı ve Sınıflandırma.....	7
2.1.4.1. Majör Depresif Epizod İçin DSM IV-TR Tanı Ölçütleri.....	7
2.1.5. Etiyoloji.....	9
2.1.5.1. Genetik Etkenler.....	9
2.1.5.2. Biyolojik Etkenler.....	9
2.1.5.2.1. Biyojenik Aminler.....	9
2.1.5.2.1.1. Depresyon ve Serotonin.....	9
2.1.5.2.1.2. Depresyon ve Noradrenalin.....	10
2.1.5.2.1.3. Depresyon ve Dopamin.....	10
2.1.5.2.2. Depresyon ve Nöroendokrin Sistem.....	10
2.1.5.3. Psikososyal Etkenler.....	11
2.1.5.3.1. Psikanalitik Görüş.....	12
2.1.5.3.2. Bilişsel Görüş.....	12
2.1.5.3.3. Davranışçı Görüş.....	12
2.1.6. Depresyonun Tedavisi ve Seyri.....	13
2.1.6.1. Tedaviye Dirençli Depresyon.....	15
2.2. Duygu Dışavurumu.....	17
2.2.1. Duygu Dışavurumu Kavramı.....	17

2.2.2. Tarihçe.....	18
2.2.3. Duygu Dışavurumunu Ölçme Yöntemleri.....	19
2.2.4. Duygu Dışavurumu ve Ruhsal Bozukluklar.....	20
2.2.4.1. Yüksek Duygu Dışavurumunda Hastaya Ait Faktörlerin Payı.....	24
2.2.4.2. Duygu Dışavurumu ve Depresyon.....	24
2.2.5. Duygu Dışavurumu Düzeyini Azaltmaya Yönelik Çalışmalar.....	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	27
3.1. Örneklem Seçimi.....	27
3.1.1. Hasta Grubu İçin Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri.....	27
3.1.2. Hasta Grubu İçin Hariç Tutulma Kriterleri.....	27
3.1.3. Hasta Yakınları İçin Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri.....	27
3.1.4. Hasta Yakınları İçin Hariç Tutulma Kriterleri.....	28
3.2. Araştırmanın Deseni.....	28
3.3. Değerlendirme Araçları.....	28
3.3.1. Klinik Değerlendirme ve Ölçek Uygulamaları.....	28
3.3.1.1. Yarı Yapılandırılmış Veri Formu.....	28
3.3.1.2. DSM –IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Görüşme (SCID-I).....	29
3.3.1.3. Duygu Dışavurumu Düzeyi (LEE) Ölçeği.....	29
3.3.1.4. Duygu Dışavurumu (EE) Ölçeği.....	29
3.3.1.5. Kısa Depresif Belirti Envanteri-Özbildirim Formu	30
3.3.2. İstatistiksel Yöntem.....	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Hastaların Sosyodemografik Verileri.....	31
4.2. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Verileri.....	33
4.3. Hastaların Klinik Özellikleri.....	34
4.4. EE ve LEE Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	37
4.5. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerinin EE ve LEE Ölçek Puanlarıyla Korelasyon Analizi Sonuçları.....	38
4.6. QIDS Ölçeğinin EE ve LEE Ölçekleriyle Korelasyon Analizi Sonuçları.....	40

4.7. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Verilerinin EE ve LEE Ölçek Puanlarıyla Korelasyon Analizi Sonuçları.....	41
4.8. Regresyon Analizi Sonuçları.....	42
4.8.1. LEE Ölçeğine Etki Eden Etmenlerin Regresyon Analizi Sonuçları..	42
4.8.2. EE Ölçeğine Etki Eden Etmenlerin Regresyon Analizi Sonuçları...	44
5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	55
7. KAYNAKLAR.....	57
8. EKLER.....	69



KISALTMALAR

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

AİKK: Aşırı İlgi Koruyucu Kollayıcılık

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

CAG: Camberwell Aile Görüşmesi

CDS: Collaborative Depression Study

CRH: Kortikotropin Serbestleştirici Hormon

DD: Duygu Dışavurumu

DSM: Diagnostic Statistical Manual

ECA: Epidemiologic Catchment Area

ED: Eleştirel Düşmancıl

EE: Expressed Emotion

EKT: Elektrokonvulzif Terapi

FSH: Folikül Stimulan Hormon

GBD: Global Burden of Diseases

HPA: Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal

HPT: Hipotalamo-Pitüiter-Tiroid

LEE: Level of Expressed Emotion

LEE_a: Attitude Toward İllness

LEE_e: Emotional Response

LEE_i: Intrusiveness

LEE_t: Tolerance Expectation

LH: Lüteinizan Hormon

MAO: Monoamin Oksidaz

MD: Majör Depresyon

NCS: National Comorbidity Survey

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM Disorders

SSGİ: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü

TDD: Tedaviye Dirençli Depresyon

TRH: Tirotropin Serbestleştirici Hormon

TSH: Tiroid Stimulan Hormon

QIDS-SR16: Quick Inventory of Depressive Symptomatology



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Verileri	32
Tablo 2. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Verileri	33
Tablo 3. Hastaların Klinik Özelliklerine Ait Sayısal Değişkenler	35
Tablo 4. Hastaların Klinik Özelliklerine Ait Kategorik Değişkenler	36
Tablo 5. EE ve LEE Ölçek Puanlarının Gruplar Arasındaki Dağılımı	38
Tablo 6. Sosyodemografik ve klinik değişkenlerin EE ve LEE ölçek puanlarıyla ilişkisi.....	39
Tablo 7. Dirençli gruptaki hastalarla ilgili değişkenlerin ölçek puanlarıyla olan ilişkisi	40
Tablo 8. QIDS ölçeğinin EE ve LEE ölçekleriyle olan ilişkisi.....	41
Tablo 9. Hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerinin EE_aikk ölçek puanıyla ilişkisi.....	42
Tablo 10. LEE Toplam Puanına Etki Eden Etmenler İçin Regresyon Analizi Sonuçları	42
Tablo 11. LEE_i alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları.....	43
Tablo 12. LEE_e alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları	43
Tablo 13. LEE_a alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları	43
Tablo 14. LEE_t alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları.....	44
Tablo 15. EE Toplam puanına etki eden etmenler için regresyon analizi sonuçları.....	44
Tablo 16. EE_aikk alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları	45
Tablo 17. EE_ed alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları.....	45

ÖZET

TEDAVİYE DİRENÇLİ OLAN VE OLMAYAN MAJÖR DEPRESYON HASTALARI ARASINDAKİ DUYGU DIŞAVURUMU AÇISINDAN FARKLILIKLARIN İNCELENMESİ

Dr. Fatih BAZ

Amaç

Majör depresyon hastalarında düşük iyileşme oranları halen önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Duygu dışavurumu, hastalığı olan bireye karşı aile tutumlarının bir ölçüsüdür. Ruhsal hastalıkların seyri ve belirtilerin şiddeti üzerinde aile tutumlarının önemli bir rolü olduğu ve tedavi sürecinde aile bireylerinin de ele alınması gerektiği düşünülmektedir. Bu çalışmada tedaviye dirençli olan ve olmayan majör depresyon hastalarında duygu dışavurumu açısından farklılıkları karşılaştırmak ve depresyonun klinik özellikleri ve şiddet belirteçlerinin duygu dışavurumuyla olan ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran, majör depresyon tanısı alan ve tedaviye dirençli depresyon kriterlerini karşılayan 50 hasta ile, tedaviye dirençli depresyon kriterlerini karşılamayan 50 major depresyon hastası ve bu 100 hastanın yakınları çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara depresif semptomları değerlendirmek için Kısa Depresif Belirti Envanteri-Özbildirim Formu, duygu dışavurumu düzeyini değerlendirmek için Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği uygulanmıştır. Hasta yakınlarına ise duygu dışavurumu düzeyini belirlemek için Duygu Dışavurumu Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular

Tedaviye dirençli hasta grubunda LEE toplam puanının, LEE_e alt ölçek ve LEE_a alt ölçek puanlarının, dirençli olmayan hasta grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Depresyonun şiddet belirteçleri olarak değerlendirebileceğimiz depresif epizodun süresi ile ve geçirilmiş depresif epizod sayısı ile EE_aikk alt ölçeği arasında, yatarak tedavi görüyor olmak ile de LEE_i alt ölçeği arasında anlamlı istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür. QIDS-SR16 ölçeğinin toplam puanı ile EE ve LEE ölçekleri toplam puanları ve bunların tüm alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon olduğu ve ek olarak QIDS-SR16 puanı yükseldikçe aile üyelerinin duygu dışavurumu düzeylerinin de yükseldiği görülmüştür.

Sonuç

Çalışmamızın sonuçlarında; depresyon hastalarında klinik değişkenlerin yüksek duygu dışavurumunu yordayabildiği, depresyonun şiddeti ile duygu dışavurumunun ilişkili olduğu ve tedaviye dirençli hasta grubunda daha yüksek düzeyde duygu dışavurumlarının olduğu bulunmuştur. Duygu dışavurumunun depresyonun şiddeti ve klinik seyriyle olan ilişkisini incelemek için daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler

Duygu dışavurumu, Majör depresyon, Tedaviye dirençli depresyon

ABSTRACT

EXAMINATION OF THE DIFFERENCES IN EXPRESSED EMOTION LEVELS BETWEEN TREATMENT RESISTANT AND NON-RESISTANT MAJOR DEPRESSION PATIENTS

Dr. Fatih BAZ

Objective

Low recovery rates in major depression patients still present an important problem. Expressed emotion is a measure of family attitudes towards the individual with the disease. It is believed that family attitudes have an important role on mental illness and the severity of symptoms and that family members should be treated in the treatment process. In this study, we aimed to compare the differences in expressed emotion in treatment resistant and non-resistant major depression patients and to investigate the clinical features of depression and the relationship between the severity markers and expressed emotion.

Methods

100 patients who applied to Marmara University Pendik Training and Research Hospital Psychiatry Clinic and who were diagnosed with major depression and their relatives were included in the study. The Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-SR16) and EE scale were used to assess depressive symptoms and EE levels in both groups of patients. And patient's relatives were evaluated by LEE (Level of Expressed Emotion) scale.

Results

It was found that LEE total score, LEE_e subscale and LEE_a subscale scores were higher in treatment resistant group than non-resistant group. there was a statistically significant correlation between the duration of the depressive episode that we can evaluate as the indicators of the severity of depression and the number of past depressive episodes and the EE_aikk subscale, as well as the inpatient treatment and LEE_i subscale. It was found that there was a significant correlation between the total score of the QIDS-SR16 scale and the total scores of the EE and LEE scales and all their subscale scores, and in addition, as QIDS-SR16 score increased, expressed emotion levels of family members increased.

Conclusion

In the results of our study; it was found that clinical variables predicted high expressed emotion in depressed patients, severity of depression correlated with expressed emotion, and higher levels of expressed emotion in treatment resistant patient group. Further studies are needed to investigate the relationship between expressed emotion and severity of depression and clinical course.

Keywords

Expressed emotion, Major depression, Treatment resistant depression

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Majör Depresyon (MD); en sık görülen psikiyatrik hastalıktır ve insidansı her geçen gün artmaktadır (1). Yüksek yaygınlık oranları göstermesi, tekrarlama veya kronikleşme riski, intihar girişimleri gibi sonuçlarının olması, yarattığı işlevsellik kaybı ve ekonomik yükleri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (2,3).

Yaşam boyu prevalansı %5 ile %17 arasındadır (4). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre MD işlevsellik kaybına yol açan hastalıklar arasında tüm dünyada 4. sıradadır ve 2020 yılında 2. sırayı alması beklenmektedir (5).

Depresyon sağaltımında ilaçların, elektrokonvülsif terapinin (EKT) ve psikoterapilerin etkinlikleri kanıtlanmıştır. Günümüzde depresyon tedavisi halen büyük ölçüde antidepresan ilaçlara dayanmaktadır (6). Majör depresyon tedavisinde optimal terapötik hedef semptomların tam remisyondur. Remisyon, psikososyal işlevler tamamen normale döndüğünde ve rezidüel semptomların etkilerini minimal düzeye indiğinde sağlanır (7). Özellikle son 20 yılda farmakoterapi konusunda önemli ilerlemeler kaydedilse de yapılan birçok araştırma depresyon nedeniyle tedavi gören hastaların büyük bir kısmında iyileşme olmadığını göstermiştir. En az 6 hafta standart doz antidepresan ilaç monoterapisi alan hastalardan yaklaşık %46'sı tam olarak tedaviye yanıt vermez (8). Ve farklı müdahalelere rağmen hastaların %15-%33'ünde halen depresyon sürmektedir (6,9,10).

Tedaviye dirençli depresyon (TDD) kavramı, yeterli doz ve sürede iki farklı gruptan antidepresana yanıt alınamaması olarak tanımlanmaktadır (11). TDD'nin yönetiminde çeşitli klinik uygulama stratejileri vardır. Bunlar antidepresan dozunun optimize edilmesi, farklı gruptan bir antidepresana geçiş, augmentasyon ya da kombinasyon tedavileri ve EKT'dir (7).

Anksiyete bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozuklukları antidepresana yanıt vermeyen hastalarda varlığından sıkça görülen komorbid durumlardır. TDD hastaları değerlendirilirken eşlik eden psikiyatrik ya da medikal hastalıkların ve ayrıca psikososyal stresörlerin varlığı dikkatle ele alınmalıdır (7,12).

Birçok çalışma aile kaynaklı stresin depresyon hastalarında olumsuz gidişata ve düşük tedavi uyumuna yol açtığını göstererek aile ve çevre stresinin önemine vurgu yapmıştır (13-16). Araştırmaların önemli bir kısmı aile stresinin bir göstergesi olarak “Expressed Emotion” Duygu Dışavurumu (DD) düzeyine dikkat çekmiştir.

DD kavramı, hasta yakınlarının hastalığı olan bireye karşı eleştirel, düşmanlı ve aşırı koruyucu-kollayıcı tutum ve ifadelerinin çok yönlü bir ölçüsüdür ve literatüre Brown ve ark. (1972) tarafından aile atmosferinin şizofreni hastalığının seyrine olan etkisini betimlerken kazandırılmıştır (17,18). Hasta yakınları sergiledikleri bu tutum ve ifadelere göre yüksek DD’li ve düşük DD’li olarak ayrılmaktadır. Yüksek DD’li aile üyeleri daha fazla eleştirel, düşmanlı ve aşırı koruyucu-kollayıcıdır (19). Bu değerlendirmeyi yapmak için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir ve Duygu Dışavurumu (EE) ve Duygu Dışavurumu Düzeyi (LEE) ölçekleri bu amaçla kullanılmaktadır (20,21).

Onlarca yıl içerisinde yapılan çalışmalarda DD şizofreni, duygudurum bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları ve diğer birçok psikiyatrik ve medikal hastalıkta relapsın önemli bir yordayıcısı olarak literatürde yer bulmuştur (22-26).

Günümüze kadar çeşitli çalışmalarda majör depresyonun klinik seyri ve DD ilişkisi de incelenmiş ve büyük çoğunluğunda yüksek DD’nin relapsla ilişkili olduğu bulunmuştur (27-30). DD’nin relapsla ilişkisi gösterilse de majör depresyonun klinik şiddeti ve tedavi direnciyle ilişkisi konusunda bilgiler kısıtlıdır.

DD alanında yapılan çalışmalarda ortaya çıkan pozitif bulgular ruhsal hastalıkların seyrinde psikososyal etkenlerin önemini vurgularken, tedavi sürecinde yüksek DD’li aile ortamına yapılabilecek psikososyal müdahalelerin klinikte sağlayabileceği faydaları da düşünmeye sevk etmiştir.

Bu çalışmada, tedaviye dirençli ve dirençli olmayan majör depresyon hastalarında duygu dışavurumu açısından herhangi bir fark olup olmadığı, depresyonun klinik özellikleri ve şiddet belirteçleriyle duygu dışavurumunun ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

2.1.1. Depresyon Kavramı

Depresyon kelimesi çökkünlük, kederli hissetme, uyaranlara karşı duyarlılığın ve yaşamsal aktivitelerin azalması anlamında kullanılmaktadır.

Stres yaratan durumlar karşısında olağan tepkiler olarak bireyde üzüntü, elem, keder gibi depresif duygular ortaya çıkabilir. Ancak klinik olarak majör depresyon; çökkün duygudurum, ilgi ve istek kaybı, etkinliklerden zevk alamama, karamsarlık, değersizlik ve suçluluk düşünceleri ile karakterize, davranışlarda yavaşlamanın ya da psikomotor ajitasyonun olduğu, uyku ve iştah değişikliklerinin eşlik ettiği, hem süregelen hem de kişinin yaşamını belirgin biçimde olumsuz etkileyen ve işlevselliğini kısıtlayan bir sendromdur (1).

Tanı koymak için çökkün duygudurum ya da ilgi/istek azlığı ve etkinliklerden zevk alamama (anhedoni) belirtilerinden birinin bulunması şarttır. Bu belirtilere ek olarak aşırı suçluluk ve değersizlik düşünceleri, enerji azalması, yineleyici ölüm düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, iştahsızlık ve kilo kaybı ya da aşırı iştah ve kilo alımı belirtilerinden birkaçının varlığı gerekmektedir (31).

2.1.2. Depresyonun Tarihçesi

Depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları ile ilgili tanımlama ve sınıflandırma çabaları eski çağlara kadar uzanır. Hipokrat (M.Ö. 460-357) depresyonu sistemli olarak fizyolojik mekanizmalarla ele almıştır. Duygudurum ile vücut sıvıları arasında ilişki kurmuş, hafif kanlı mizaç, ağır kanlı mizaç, kara sevdalı mizaç ve sinirli mizaç olarak birbirinden farklı mizaçlar tanımlamıştır. Depresyon için de melankoli (melan=kara, cholé=safra) kelimesini kullanmıştır.

Helenistik dönemde diğer hekimler Hipokrat'ın bu yaklaşımını benimseyerek devam ettirmişlerdir. Galen (M.S. 131-201) melankoliyi korku ve depresyon, hayattan memnun olamama, insanlardan nefret etme olarak tanımlamış ve genetik ve çevresel faktörlerin rollerine değinmiştir (32).

İbni Sina (M.S. 980-1037) ruhu beynin bir işlevi olarak ele almış, burada oluşan bir bozukluğun hastalığın kaynağı olduğunu söylemiştir. Kendinden

sonraki 500 yıl için bir kaynak halini alan Tıbbın Kanunu adlı eserinde duygudurum bozukluklarının sınırlarla ilgili teorisini ilerleterek, dört sıvının temsil ettiği mizacın çeşitli bileşenlerinin farklı tablolar meydana getirdiğini söylemiş ve altta yatan kişilik özelliklerinin rolü üstünde durmuştur (33,34). Doğu tarafında ruh hastalıklarına insancıl yaklaşımlar hakimken, Avrupa’da rönesansa kadar katı yaklaşımlar devam etmiş ve ancak 16-17. Yüzyıldan sonra biyolojik yaklaşımlar ağırlık kazanmaya başlamıştır (35).

Robert Burton 1621 yılında, tarihteki ilk yazılı İngilizce metin olan, geçmiş yüzyılların önemli tıbbi ve felsefi birikimlerinin değerlendirmesinin yapıldığı “Melankolinin Anatomisi” adlı eserinde nedensiz melankolilerden, aşk melankolisinden ve yastan da söz ederek nedensellik ile ilgili önemli bir kavramsallaştırma yapmıştır.

Jean Philippe Esquirol depresyonun çoğu türünün ve bağlantılı paranoid psikozların temelinde, birincil olarak bir duygudurum bozukluğu olduğunu öne süren ilk modern psikiyatrist olmuştur. Bu zamana kadar melankoli deliliğinin bir şekli olarak düşünülüyordu. İngiliz psikiyatrist Henry Maudsley (1835-1918) ise ilk kez “Duygulanım Bozukluğu” terimini kullanmıştır. 1850’lerde Jean- Pierre Falret hem manik hem de depresif kutupları sirküler delilik ifadesiyle tanımlamıştır (36). Delasiauve ise 1860’da ilk kez melankoli yerine ruhsal bir düşkünlük hali, cesaret ve inisiyatif eksikliği, karamsar düşüncelere eğilim, genel hareketlerde azalma anlamında “mental depresyon” terimini kullanmıştır (32).

20. yy. başlarında Alman psikiyatrist Emil Kraepelin 1899-1915 arasındaki uzun ve titiz çalışmaları sonucunda tüm melankoli ve mani biçimlerini manik depresif hastalık başlığında birleştirmiş ve bu hastalığın kalıtsal olduğunu ve beyin işlevlerindeki bir takım değişiklikler sonucunda meydana geldiğini ileri sürmüştür. Ayrıca bu bozukluğa ek olarak, biyolojik etkenlerin yerinin olmadığı, çevresel etmenlerle ilişkili bir de psikolojik depresyonun bulunduğunu ileri sürmüş ve eksojen-endojen duygudurum bozuklukları kavramını ortaya atmıştır. 1957 yılında Karl Leonard, 1966’da Jules Angst, 1966’da Carlo Peris, 1969’da George Winokur, Paula Clayton ve Theodore Reich mani ya da hipomani atakları olmadan da görülebilen unipolar depresyondan söz etmişlerdir.

Adolf Meyer (1866-1950) psikobiyoloji kelimesini kullanarak, gerek depresyonun gerekse diğer mental bozuklukların gelişiminde hem psikolojik hem de biyolojik faktörlerin katkıda bulunabileceğini öne sürmüş ve çeşitli yapısal, biyolojik faktörlerin döllemeden itibaren çeşitli yaşam olayları ile birleşerek depresyonu ortaya çıkardığını düşünmüştür. Bugün depresyon teriminin üzüntüden uyum bozukluklarına, klinik depresyondan iki uçlu bozukluğa kadar çok geniş bir yelpazede kullanılması Meyer'den günümüze kalan bir mirastır (36).

1952 yılında yayınlanan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-I'de Meyer ve Freud'un ağırlığı hissedilmiş ve manik-depresif tepkiden söz edilirken, ruhsal hastalıkların açıklamalarında savunma mekanizmalarına sıkça atıfta bulunulmuştur. 1968'de yayınlanan DSM-II'de ise, manik-depresif hastalığın bir tepki olmaktan çok biyolojik faktörlerle ilgili olduğu vurgulanmaya başlanmış ve hem psikotik depresyon hem depresif nevroz kategorilerinden bahsedilmiştir.

1970'lerde, Feigner ve Spitzer'in belirti ve bulguları tanımlama ve tanı koymak için dahil etme ve dışlama kriterlerini getirme çabası 1980 yılında DSM-III'ün ortaya çıkmasını sağlamış ve duygudurum bozukluklarına günümüzdeki bakış açısının oluşmasını başlatmıştır (35)(36). Günümüzdeki modern yaklaşım psikanalitik, bilişsel ve davranışçı yaklaşımları birleştirerek psikolojik ve biyolojik modeller arasında bağ kurmaya çalışmaktadır. Özellikle 1980 sonrası gelişen teknolojinin katkısı ile genetik, beyin biyokimyası, elektrofizyoloji ve görüntüleme alanlarındaki çalışmalar ile ruhsal bozuklukların ve depresyonun tanımlanması yepyeni bir boyut kazanmıştır (32).

1980'de yayınlanan DSM-III ve 1987 yılında yayınlanan DSM-III-R'de araştırmalara dayalı tanı ölçütlerine ağırlık verilmiştir. 1994'de DSM-IV yayınlanmış ve 2000 yılında revize edilmiştir (DSM-IV-R). 2013 yılında ise ülkemizde de yaygın bir biçimde kullanılan DSM-5, "Duygudurum Bozuklukları" başlığı altında farklı depresyon tiplerine yer vermiş ve tanı ölçütlerini sıralamıştır.

2.1.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Duygudurum bozuklukları, özellikle de depresyon oldukça sık görülen hastalıklardır. Güncel araştırmaların sonuçlarına göre majör depresyon yaşam boyu prevalansı (%5-17) en yüksek psikiyatrik hastalıktır (4).

Epidemiologic Catchment Area (ECA) çalışmasında depresyonun 1 yıllık sıklığı %1,59 oranında, 10 ülkede 38 000 kişiyle yapılan bir çalışmada %0,8-5,8 arasında bulunmuştur (37)(38). Gelişmiş toplumlarda yapılan 16 çalışmanın sonuçlarına göre nokta yaygınlık oranları kadınlarda %2-9.3, erkeklerde %1,8-3,2 arasındadır (39). Depresyonun bir yıllık yaygınlık oranları çalışmanın yapıldığı topluma ve kullanılan ölçeklere göre farklılıklar göstermektedir. Zürih çalışmasında bir yıllık yaygınlık %2,6-6,2 arasında, National Comorbidity Survey (NCS)'e göre %10,3 bulunmuştur (40,41). Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nde bu oran %4 olarak bulunmuş, kadınlarda %5.4, erkeklerde ise %2.3'tür (42).

Depresyon erken erişkinlik döneminden yaşlılığa kadar her yaşta görülebilen bir hastalıktır. Yapılan çalışmalar hastalık başlangıç yaşının 20'li yaşların sonları olduğunu ifade etmektedir. ECA araştırmasında ortalama başlangıç yaşı 27,4 olarak tespit edilmiştir (37). Sıklığının ve yaygınlığının en geniş aralıkta 20-50 yaşlar arası pik yaptığı bildirilmektedir (43).

Yapılan birçok araştırmanın ortak sonucu depresyonun ülkelerden ve kültürden bağımsız olarak kadınlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğü ve kadın/erkek oranının yaklaşık 2 kat olduğudur (4). Nedenleriyle ilgili olası açıklamalar arasında; hormonal farklılıklar, kişilik faktörleri ve stres verici yaşam olaylarıyla karşılaşma bulunmaktadır. Biyolojik etkenler incelendiğinde, kadınlarda postpartum ve premenstrüel dönemlerde depresif belirti riskinin arttığı, hormonların ve doğurganlığın depresyonu etkilediği gösterilmiştir (44). Kadınların ruhsal sorunları olduğunda erkeklere göre daha kolay yardım isteyebilmeleri, çevresel etkiler, kadınların üstlendiği ya da onlara verilen toplumsal roller yüksek yaygınlığın olası nedenleri olarak tartışılmıştır (45).

Medeni durumlar incelendiğinde, epidemiyolojik araştırmaların sonucuna göre depresyon, hiç evlenmemiş olanlarda ve ayılmış-boşanmış olanlarda halen evli olanlara göre daha fazla görülmektedir (46). Evlilik ilişkilerinin kötü olması

da depresyon riskini arttırmaktadır (47).

1950'li ve 1960'lı yıllarda yapılan çalışmalarda değişmez olarak depresyonun düşük sosyoekonomik düzeydekilerde sıklığının ve yaygınlığının daha fazla olduğu bulunmuş (48). Sonraki çalışmalarda bulunan sonuçlar ise çelişkilidir. Depresyonun sosyoekonomik düzey ile ilişkisiz olduğunu söyleyen yayınlar da vardır (47). NCS araştırmasında düşük sosyoekonomik düzey ile ilişkili olduğu, ECA araştırmasında da işsizlik ile depresyon görülme riskinin arttığı bildirilmiştir (37,41).

Bedensel hastalıkların da depresyon için risk etkeni olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bunlar arasında diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları, viral enfeksiyonlar, irritabl barsak sendromu sayılabilir (49).

2.1.4. Tanı ve Sınıflandırma

MD'nin belirtilerinin çoğu sağlıklı bireylerde de zaman zaman görülebilir. MD'yi bir sendrom olarak farklılaştıran bu belirtilerin bir arada oluşu, yoğunluğu ve sürekliliğidir. Günümüzde yaygın bir şekilde kullanılan sınıflandırma sistemi Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM'dir.

2.1.4.1. Majör Depresif Epizod İçin DSM IV-TR Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya 1 depresif duygudurum ya da 2 ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

1) Ya hastanın kendinin bildirmesi (örneğin, kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örneğin, ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. (Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir).

2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi 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 (örneğin, ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması (Çocuklarda, beklenen kilo alımının olmaması).

4) Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (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 belirli 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 tasarının 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 (örneğin, kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin, hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (50).

2.1.5. Etiyoloji

Major depresif bozukluk kompleks ve heterojen bir hastalıktır. Mekanizmalar henüz net olarak açıklanamamış olsa da etiopatogenezinde değişik düzeylerde genetik, biyolojik ve psikososyal etkenlerin yer aldığı düşünülmektedir (51).

2.1.5.1. Genetik Etkenler

Epidemiyolojik çalışmalar majör depresyonun ailesel bir hastalık olduğunu göstermiştir. Yapılan ikiz çalışmalarının sonucunda MD'nin gelişiminde genetik katılımın %37 civarında olduğu ve birinci derece akrabalarda görülme riskinin 2-3 kat arttığı bulunmuştur (52). Henüz hastalık oluşumunda tek başına sorumlu bir gen bulunamamış olup bazı genlerin çeşitli oranlarda rol aldığı düşünülmektedir (53).

2.1.5.2. Biyolojik Etkenler

2.1.5.2.1. Biyojenik Aminler

Depresyonun oluşumunda başta serotonin ve noradrenalin olmak üzere çeşitli nörotransmitterlerle ilgili işlevsel bozuklukların önemli rol oynadıkları kabul edilmektedir (4). Depresyonda monoamin eksikliği hipotezi bir grup tarihsel bulgulara dayanmaktadır. İlk olarak katekolaminler üzerine etkili bir antihipertansif olan rezepinin depresyonu tetiklediğinin, daha sonra monoamin oksidaz (MAO) inhibitörlerinin hipomani ortaya çıkardığının görülmesi katekolaminlerin depresyonla ilişkili olduğu hipotezini ortaya çıkarmıştır (54).

2.1.5.2.1.1. Depresyon ve Serotonin

Serotonin depresyonla ilgili en çok sözü geçen nörotransmitterdir. Depresyonun ortaya çıkışında serotoninin yapımı ve metabolizmasıyla ilgili serotonerjik işlev bozukluğundan, özellikle de limbik bölgede serotonin eksikliğinden bahsedilmektedir (36). Serotonin reseptörlerindeki sayı ve duyarlılık değişikliklerinin duygudurumda, uyku, bellek ve diüurnal ritim gibi işlevlerde bozulma gibi belirtilere neden olabileceği söylenmektedir (55). Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ) tedavideki büyük etkisi serotoninini

depresyonla en çok ilişkili biyojenik amin nörotransmitter yapmıştır (4).

2.1.5.2.1.2. Depresyon ve Noradrenalin

Mekanizmalar net olarak bilinmese de depresyon oluşumunda noradrenalinin de rol oynadığı düşünülmektedir. Sinaptik aralığa yeterince noradrenalin salınmaması, postsinaptik adrenerjik alfa-1 reseptörlerin sayı ve duyarlılığının azalması, hem presinaptik inhibitör etkili otoreseptör olan alfa-2 reseptörlerin hem de postsinaptik adrenerjik beta-1 reseptörlerdeki sayı ve duyarlılık artışı ile noradrenalin ve serotonin salınımının azalmasının depresyon oluşumunda rol oynayabileceği düşünülmektedir. Diğer yandan saf noradrenerjik etkili ilaçların depresyonu iyileştirebilmeleri ve antidepresanlara alınan klinik yanıtın beta adrenerjik reseptörlerde oluşan değişikliklerle korelasyon göstermesi, noradrenalin ve depresyon ilişkisinde öne sürülen bir diğer kanıttır (55).

2.1.5.2.1.3. Depresyon ve Dopamin

Çoğu antidepresan monoaminleri artırır ve bunların büyük kısmı serotonin ve noradrenalin üzerinden etki eder. Ancak sertralin, bupropion ve MAO inhibitörleri gibi antidepresanların ayrıca dopamin artırıcı özellikleri de vardır (56,57).

Depresyon hastalarının beyin omurilik sıvısında dopamin metaboliti olan homovalinik asid düzeyinin düşük bulunmasının azalmış dopaminerjik aktivite ile ilişkili olduğu ve bu durumun özellikle motor retardasyonu olan depresyon hastalarında görüldüğü öne sürülmüştür (58,59). Ayrıca mezolimbik dopamin yollarında işlevsel bozukluk olduğu ve dopamin D1 reseptörlerin depresyonda hipoaktif olduğuna dair bulgular vardır (60).

2.1.5.2.2. Depresyon ve Nöroendokrin Sistem

Depresyon ile en çok ilişkili bulunan endokrin sistemler hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) eksen ve hipotalamo-pitüiter-tiroid (HPT) eksenidir.

Endojen ya da eksojen hiperkortizoleminin insanlarda depresyonu indüklemesi dikkatleri, strese karşı hormonal yanıtı düzenleyen HPA ekseninin

işleyişine yoğunlaştırmıştır. Depresyon hastalarının beyin omurilik sıvısında kortikotropin serbestleştirici hormon (CRH) düzeyi artar. CRH uyarımına adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve beta-endorfin yanıtında azalma olur ve deksametazon süpresyon testinde bu hastaların %50'sinde kortizol düzeyinde beklenen baskılanma görülmez. Kronik stres durumunda HPA eksenini sürekli olarak uyarılır ve kortizol salınımı artar. Artan kortizol düzeyleri hipokampal nörojenezi olumsuz etkiler ve hipokampal atrofi oluşturur. Bu durum depresyonun oluşumu ve özellikle emosyonel belirtilerle ilişkilendirilmiştir (61).

Tiroid işlev bozukluklarının duygudurum bozuklukları ile ilişkisi eskiden beri bilinmektedir. HPT eksenini patolojilerinin duygudurum bozukluklarıyla ilişkili olduğuna dair üç önemli bulgu; hipotiroidi hastaların sıklıkla depresyon tanısı alması, duygudurum bozukluğu tanısı almış hastalarda sık olarak gösterilebilir düzeyde HPT eksenini bozukluğu bulunması ve hem depresyonun tedavi etmek hem de antidepresan ilaçların etkisini güçlendirmek için tiroid hormonlarının kullanılmasıdır (62). Depresyon hastalarında tirotropin serbestleştirici hormon (TRH)'a tiroid stimulan hormon (TSH) yanıtının sağlıklı bireylere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (63). Bu hastalarda serbest T4 düzeylerinde artış izlenirken, tipik olarak eşlik eden T3 değişikliği izlenmemektedir (55).

Depresyonla ilişkili olduğu düşünülen diğer endokrin sistemler ise; büyüme hormonu, prolaktin, melatonin, folikül uyarıcı hormon (FSH), lüteinizan hormon (LH) ve testosterondur (55).

2.1.5.3. Psikososyal Etkenler

Duygularımızın yaşantılarımızdan ne denli etkilendiği herkes tarafından bilinir. Maddi sorunlar, iş ve aile hayatındaki çatışmalar, sevgi nesnelere kaybı, fiziksel sağlığın bozulması, sarsıcı, incitici, onur kırıcı olaylarla karşılaşmak gibi birçok fiziksel ya da psikososyal olay gerek depresyonun ortaya çıkmasında gerekse kronikleşmesinde önemli rol oynar. Genellikle ilk depresyon atağını önemli bir yaşam olayı tetikler. Ancak her bireyde bu tarz olaylar depresyonu başlatamaz. Kişinin ruhsal ve biyolojik yatkınlığının olması

durumunda psikososyal stres etkenleri depresyonun ortaya çıkışında önemli rol oynarlar (64).

2.1.5.3.1. Psikanalitik Görüş

Psikanalitik kurama göre depresyon hastalarında ikili duygular egemendir. Yani sevgi ve nefret birlikte bulunur. İçe-atılmış sevgi nesnelere karşı güçlü ikili duygular vardır. Fakat nefret bilinçdışıdır. Gerçek bir duruma veya düşüncede olan bir değişikliğe bağlı olarak kişide bir yitim duygusu vardır. Bu duygu bireyde ikili duyguları yani sevgiyle birlikte bilinçdışı nefreti tetikler. Kişinin katı ve acımasız bir süperegosu vardır. Bu katı süperego yüzünden nefret bireyin kendisine yöneltilir. Kişi nefreti kendisine yöneltince özsaygısı düşer, kendisini değersiz, suçlu ve küçük görür. Böylece ruhsal çökkünlük oluşmuştur (64).

2.1.5.3.2. Bilişsel Görüş

Bilişsel terapinin temel teorilerine göre depresyon hastaları karakteristik olarak kendileri, çevreleri ve gelecekle ilgili negatif düşüncelere sahiptir. Bu üç alandaki bozulmuş düşünce biçimi “negatif bilişsel triad” olarak adlandırılır (65). Bilişsel teori bu bozulmuş düşünce biçiminin altta yatan uyumsuz şemaların çevresel etkenlerce tetiklenmesi sonucu ortaya çıktığını öne sürer. Şemalar verileri seçici olarak filtreleyerek bireyi kendisi ve başkaları hakkında bir takım sonuçlara götürür (66). Depresyon hastalarında bu şemaların aktiflenmesi ile negatif otomatik düşünceler ortaya çıkar. Depresyonda ortaya çıkan bu negatif otomatik düşüncelere; keyfi çıkarsama, aşırı genelleme, seçici algılama, kişiselleştirme ve ya hep ya hiç gibi düşünce biçimleri örnek olarak gösterilebilir (67).

2.1.5.3.3. Davranışçı Görüş

Martin Seligman’ın öğrenilmiş çaresizlik kuramına göre deney sırasında köpeklere elektrik akımı verilerek kaçma davranışına sürüklendikten sonra bir engelle kaçmaları önlenirse bir süre sonra engel kaldırılrsa da köpekler kaçma çabalarını bırakıp teslim olurlar. Bu modele göre insanlarda depresyon, küçük yaşta beri acılı uyarılarla karşılaşma ve bundan kurtulmayı bilememe sonucu gelişen bir çaresizlik durumudur (64).

2.1.6. Depresyonun Tedavisi ve Seyri

Depresyonun seyrini anlamak hem hastalığın doğasını görmek hem de etkili tedavi stratejileri geliştirmek için oldukça önemlidir. Birçok büyük çaplı epidemiyolojik araştırma depresyonun seyri hakkında da bilgi vermektedir. Yapılan dünya çapındaki ilk Global Burden of Diseases (GBD) araştırmasında depresyonun ortalama epizod süresi 6 ay olarak bildirilmiştir (68). Bu bulgu ECA çalışmasında bulunan 6.5 aylık ve National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R) çalışmasında bildirilen 5.5 aylık epizod süresiyle uyumludur. ECA araştırmasının 12 yıllık izleminde de cinsiyetten bağımsız olarak depresyonun ortalama epizod süresi 6.75 ay olarak bulunmuştur (69). Prevalansın yüksek olduğu gibi epizod süresinin de kadınlarda erkeklere göre daha uzun olduğunu bildiren araştırmalar vardır (70,71). Bu çalışmaların metodolojilerine ve seçilen popülasyona bağlı olarak epizod sürelerinin fazla bulunduğu ve yüksek kronisite oranlarının bildirildiği düşünülmektedir (72). Ayrıca epizod süresi eşlik eden distimik bozukluğun varlığı, hastalığın şiddeti ve bir partnerle birlikte yaşamak gibi birçok faktörden etkilenmektedir (73).

Depresyon en çok yeti yitimine sebep olan psikiyatrik hastalıklardan olmasına rağmen mevcut bulgular hastaların üçte birinden de daha azının uygun ve yeterli tedavi alabildiğini göstermektedir (74). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında MD hastalarının saptanma ve yeterli tedavi alma oranları %38 olarak bildirilmiştir (75).

Günümüzde depresyon tedavisi için farmakoterapi, EKT ve psikoterapilerin etkinliği kanıtlanmıştır. Bunların dışında da tedavi için çeşitli yöntemler uygulansa da halen depresyonun tedavisi büyük ölçüde farmakoterapiye dayanmaktadır (76).

Antidepresan tedavisiyle ilgili yapılan randomize kontrollü çalışmalara göre, uygun şekilde ilaç tedavisi almalarına rağmen hastaların sadece %30-40'ında remisyon görülmekte ve hastaların %10-15'inde tedaviye yanıt alınmamaktadır (77).

İlk kez tedavi başlanan hastalar ve tedaviye dirençli hastaların yer aldığı, bugüne kadar yapılmış en büyük tedaviye yanıt çalışması olan Depresyon için Sıralı Tedavi Alternatifleri (STAR*D) çalışmasının sonuçlarına göre,

depresyonda tedavi oranlarının önceki çalışmalara göre daha da düşük olduğu görülmüştür. Çalışmada 14 haftalık antidepressan tedavisi sonunda iyileşme oranları %28-33 oranında bulunmuştur. Sonraki basamak olarak antidepressan ilaç değişimi veya güçlendirme tedavisi yapılan hastalarda da yine iyileşme oranı %50'lerde kalmıştır. 1 yıllık izlemin sonunda tedavi algoritmasının dördüncü basamağına gelindiğinde ise halen iyileşme oranının %67 olduğu görülmüştür. Tedavinin herhangi bir basamağında iyileşen hastalarla yapılan 1 yıllık takip çalışmasında hastaların %50'sinde depresyonun tekrarladığı gözlemlenmiştir (74). Bir diğer çalışmada MD tanısı olan hastaların tedavi başladıktan 4 ay sonra %14'ünün remisyon göstermediği, 12 aylık izlemin sonucunda ise 72 hastadan sadece 22'sinin tamamen semptomsuz olduğu görülmüştür (78).

Hastaların 15 yıl boyunca izlendiği Collaborative Depression Study (CDS) araştırmasına göre MD hastalarının %70'i 1 yıl içerisinde iyileşmektedir ve ilk epizotlarıyla daha sonraki epizodları arasında iyileşme oranları arasında anlamlı bir farklılık olmayıp, geçirilmiş epizod sayısı arttıkça iyileşme süresi uzamaktadır (73). ECA araştırmasındaki verilerin analizine göre ilk epizod hastalarının %50'si iyileştikten sonra başka bir epizod yaşamıyor, %35'inde epizodlar tekrarlıyor ve %15'inde hastalık kronik bir seyir izlemekte (79).

CDS araştırmasında görüldüğü gibi hastalığın kronisite kazanması iyileşme sürecini de etkiliyor. Kronik olmayan hastaların %75'i 1 yıl içerisinde iyileşirken, aynı orandaki iyileşme süresi kronik hastalarda 4 yılı buluyor (80).

Depresyonun klinik seyrinde bir diğer sorun da hastalığın sık alevlenme göstermesidir. CDS araştırmasında ilk epizodunda remisyona giren hastaların %22'sinde 1 yıl içerisinde semptomlarda alevlenme olmuştur (81). Benzer şekilde bir diğer çalışmada 1 yıl içerisinde alevlenme oranı %21, 2 yılda %30 ve 5 yılın sonunda %42 bulunmuştur (82).

Semptomların alevlenmesinde olduğu gibi epizodun tekrarlamasında da bir takım etkenler rol oynamaktadır. Hastanın veya ailesinin geçirmiş olduğu depresif epizodlar, eşlik eden diğer hastalıklar, tedaviye yetersiz yanıt ve yetersiz koruyucu önlemler bu riskleri arttırmaktadır (83).

Yapılan çalışmalar depresif epizod yaşayan hastaların iyileştikten sonra

sıklıkla yeni epizodlar yaşadığını göstermiştir. Bu ihtimal %30'a kadar yükselebilmekte ve geçirilen epizod sayısı ile birlikte bu oran daha da artmaktadır (84). Bir çalışmada 109 MD hastasının %75'inde epizodun tekrarladığı ve genç yaşta başlayan epizodların daha fazla tekrarlama ve kronikleşme eğiliminde olduğu görülmüştür (85). Yine Zurich çalışmasında da yüksek tekrarlama oranlarını destekler nitelikte hastaların %75'inin birden fazla epizod yaşadığı bulunmuştur (86). Bir epizod sonlanırken rezidüel semptomların olması yeni bir epizod yaşama riskini arttırmaktadır. CDS araştırmasında takipler sırasında tamamen iyileşmiş asemptomatik hastaların %66'sında tekrarlama gözlenirken semptomları kısmi olarak devam eden hastaların %87'sinin tekrar epizod yaşadığı görülmüştür (87). Sonuç olarak MD sağaltımında asıl hedef tedaviye yanıt değil, remisyon olmalıdır (74).

2.1.6.1. Tedaviye Dirençli Depresyon

TDD ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde farklı tanımlamaların kullanıldığı görülmektedir (88). Günümüzde, yeterli doz ve sürede iki farklı gruptan antidepresan kullanımı ile anlamlı bir klinik ilerleme olmaması halinde unipolar majör depresyonun tedaviye dirençli olarak kabul edilmesi konusunda fikir birliği vardır (89).

Tedaviye dirençli depresyon kullanılan antidepresanların ve başarısız tedavilerin sayısı ve tedaviye yanıt oranları değerlendirilerek kısmi yanıtta tam bir yanıtızlığa kadar devam eden bir derecelendirme üzerinde ele alınmalıdır (11,90).

MD hastalarının öyküsünde özellikle geçmiş tedaviler dikkatle sorgulanmalıdır. Tedaviye yanıt alınamayan hastalarda TDD olduğu kanaatine varmadan önce depresyon tanısının doğruluğu, hastanın tedavi uyumu ve eşlik edebilecek tıbbi ve psikiyatrik durumların ve de psikososyal stresörlerin varlığı iyi araştırılmalıdır (91). Klinik pratikte özellikle bipolar duygudurum bozukluğu tanısı sıklıkla gözden kaçabilmekte ve tedaviye dirençli depresyon olarak değerlendirilebilmektedir (92).

Tedavi uyumsuzluğu depresyon hastaları arasında %20-50 oranında görülmektedir (93). Bu durum özellikle bilişsel defisitleri ve değersizlik,

umutsuzluk düşünceleri olan hastalarda yaygındır. Tedavinin erken dönemlerinde yapılacak sık takipler ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) hastanın tedaviye uyumunu arttırmakta faydalı olmaktadır (91).

Major depresyon hastalarının uygun tedavi ile en kısa sürede iyileşmeleri hedeflense de hastaların eski işlevselliklerine geri dönebilmeleri uzun yıllar alabilmektedir. Bu durum araştırmacıları tedavinin seyrini öngören ipuçları elde etmeye yönlendirmiştir ve antidepresan tedavisine direncin klinik ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisini inceleyen bir takım çalışmalar yapılmıştır. Ancak geçerli ve güçlü prediktörler bulmayı amaçlayan bu çalışmalarda çelişkili sonuçlar görülmüştür (94). En çok çalışılan alanlardan birisi psikiyatrik komorbiditelerdir. Ek psikiyatrik hastalıkların hatta alkol ve madde kullanımının olması antidepresanlara yanıtı güçleştirmektedir (95). Depresyona eşlik eden anksiyete bozukluğunun tedaviye yanıtı olumsuz etkilediği bilinmektedir (96). Ayrıca anksiyete semptomlarının fazla olduğu depresyon hastalarında da antidepresana yanıt oranlarının düşük olduğunu bildiren çalışmalar vardır (97,98). Ancak bu sonuç tüm çalışmalarda görülmemiştir (99). Ayrıca tedaviye dirençli depresyon ile dirençli olmayan depresyonun diğer psikiyatrik eksen 1 tanıları ile komorbidite oranları benzerlik göstermektedir (100). Komorbid kişilik bozukluklarının da tedaviye yanıtı olumsuz etkilediğini bildiren çalışmalar olsa da (101), bu sonucu desteklemeyen çalışmalar da mevcuttur (102,103). Yine yapılan çalışmalar sosyal desteğin az olmasının ve kişiler arası ilişkilerin de depresyon hastalarında tedaviye yanıt oranlarını etkilediğini göstermiştir (99,104). Ve hastanın daha önce kullandığı antidepresanlardan fayda görmemesi, antidepresana yanıtızlığın önemli bir belirteçidir (105).

Major depresyonun bazı alt tipleri de antidepresanlara dirençle ilişkili bulunmuştur. Örneğin psikotik özellikli depresyonda sadece antidepresanların kullanıldığı bir tedaviyle yeterli yanıt alınamamakta, antidepresan ve antipsikotiklerin kombinasyonu veya EKT genellikle daha etkili bir tedavi seçeneği olmaktadır (106).

TDD ile ilgili olası belirteçler arasında ailede duygudurum bozukluğu öyküsü olması, alışılmışın dışında başlangıç yaşı, hastalığın şiddeti ve kronikleşmesi gösterilmektedir (107-110).

Hastalığın seyriyle ilgili belirteçlerin bilinmesi klinisyenlere tedaviye başlamadan önce veya tedavinin erken döneminde planlanacak stratejiler konusunda yardımcı olacak ve hastaları doğru ve etkin bir tedaviyle buluşturabilecektir. Böylece hastaların ilaç uyumunu arttırmak, işlev kaybını önlemek, olası yan etkileri azaltmak, gereksiz ilaç maruziyetini önlemek ve tedaviyle ilgili olumsuz tutum ve beklentilerin önüne geçilmesi mümkün olacaktır (111).

2.2. Duygu Dışavurumu

2.2.1. Duygu Dışavurumu Kavramı

Psikiyatrik hastalıkların seyri ve belirtilerin şiddeti üzerinde aile tutumlarının önemli bir rolü olduğu ve tedavi sürecinde aile bireylerinin de ele alınması gerektiği bu konuda yapılan birçok araştırmada belirtilmiştir (112,113). Özellikle son dönemde, ilgi ailenin etyopatogenezdeki rolünden çok hastalığın prognozu üzerindeki etkilerine kaymıştır. Prognozu etkilediği düşünülen aile tutumlarının büyük bir kısmı “Expressed Emotion” (Duygu Dışavurumu) kavramı içinde incelenmektedir.

Bir bireyin ruhsal hastalığının stresi ailenin yaşam biçimini değiştirdiği için diğer tüm aile bireylerini de etkilemektedir (114).

DD, aile üyeleri tarafından hastalığı olan bireye karşı yöneltilen eleştirelilik, düşmancıl oluş, aşırı müdahalecilik ya da duygusal aşırı ilgi gibi tutumların bir ölçüsü olarak tanımlanmaktadır. Hasta yakınlarının sözel ya da sözel olmayan bu tutumları hastalığın seyrini etkilemektedir. Ruhsal hastalığı olan bireye karşı aile bireylerinin tutumu iyileşme sürecinde olan hastanın üstündeki stresi arttırabilmekte ve hastalar bu hassas dönemde sevdikleri kişilerden gelen bu stresle iyileşme sürecini ilerletemeyip hastalığın içinde kalmaktadır (18).

Hasta yakınları sergiledikleri bu tutumların düzeylerine göre yüksek DD’li ve düşük DD’li olmak üzere ayrılırlar (115). DD düzeyini değerlendirmek için bu konuda geliştirilmiş ölçekler vardır (20,116,117).

Yüksek DD'li aile üyeleri iyileşmenin hastanın elinde olduğunu düşünüp hastalıktan dolayı bireyi suçlamakta ve düşmancıl bir tutum sergilemektedir. Aile içi sorunlar ortaya çıktığı zaman bu büyük ölçüde hastalığa atfedilmekte ve hastanın daha iyi olmak için yeterince uğraşmadığını düşünerek hastayı bencil olarak nitelendirmektedirler (118).

Eleştirel duygu dışavurumu, düşmancılığın ve duygusal aşırı ilginin bir birleşimi olarak ele alınabilir. Yüksek DD'li aile üyeleri ruhsal hastalıkla ilgili durumları ve hastanın davranışlarını titizlikle incelemektedir (118). Bir olayın diğer boyutları da görülse ve kabul edilse bile hastaya karşı negatif eleştirelilik devam etmektedir. Ve bu eleştirel tutum hastanın mevcut problemini arttırmaktadır (119).

Diğer yandan hasta yakınları her şeyle ilgili kendilerini sorumlu tutup, olanların kendi hatası olduğunu düşünerek hastaya karşı aşırı bir duygusal ilgi gösterebilirler. Hastalıkla ilgili açık fikirlidirler ancak hastaya karşı acıma duygusuyla aşırı ilgili ve kollayıcı olurlar. Hasta aşırı baskı altında hisseder, başkalarının yardımını olmadan bir şey başaramayacağını düşünür ve bir baş etme biçimi olarak tekrar hastalığına döner. Duygusal aşırı ilgi eleştirelilik ve düşmancılığa kıyasla daha farklı bir tutumdur ancak yine de hastalığın seyrine olan negatif etkisi benzerdir (120).

2.2.2. Tarihçe

Tarihsel olarak DD kavramı 1950'lerde İngiltere'de Brown ve arkadaşlarının şizofreni tanısıyla takip edilen hastalardan alınan sonuçlar hakkında yaptıkları bir dizi çalışmaya dayanmaktadır. Şizofreni tanısı almış olan 156 hastanın yer aldığı 229 erkek hastadan oluşan grup incelendiğinde, yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının semptomlarının alevlenmesiyle ilişkili olabilecek bir takım ailesel özelliklerin olduğu tespit edilmiştir. Brown, bu araştırmada hastalığın seyrinin hastalar taburcu olduktan sonra döndükleri ortamlarla ilişki olduğunu belirlemiştir. Taburcu olduktan sonra eşyle veya ailesiyle yaşayan hastalarda, kardeşiyle birlikte veya pansiyonda yaşayanlara göre semptomlarda daha fazla alevlenme görülmüş ve tekrar hastaneye yatarak tedavi edilme ihtiyacı doğmuştur. Bu çalışmada yer alan bir diğer gözlem ise

hastaların yakınlarıyla birlikte geçirdikleri sürenin de hastalığın seyriyle ilişkili olduğudur. Yakınlarıyla yüz yüze daha fazla vakit geçiren hastalarda alevlenme riskinin daha fazla olduğu, hasta ve/veya yakınının işe gitmesi gibi durumlar nedeniyle birlikte geçirilen sürenin daha az olduğu hastalarda ise bu riskin daha az olduğu görülmüştür (121).

Şizofreni tanısı almış 129 erkek hastanın izlendiği bir çalışmada ise hasta ve yakınlarıyla taburculuk sırasında, taburculuktan 1 hafta ve 1 yıl sonra görüşmeler yapılmış ve bu görüşmelerde duygu ifadeleri değerlendirilerek yüksek DD ve düşük DD olarak iki gruba ayrılmıştır. 1 yıllık takibin sonunda yüksek DD olan grupta hastalığın tekrarlama oranı %56 iken, düşük DD'li grupta %21 olarak saptanmıştır (122).

Yapılan birçok araştırmada taburculuktan sonra görülen nüks oranları ile hasta yakınlarındaki DD düzeyi arasında ilişki bulunmuştur. Vaughn ve Leff'in (1976) yapmış oldukları araştırmada, hastaneden taburcu olduktan sonra döndükleri ortamda yüksek DD'ye maruz kalan hastalarda nüks oranı %48 iken, düşük DD'li ortamda bulunan hastalarda bu oran %6 bulunmuştur. Temel çalışmalardan biri olarak kabul edilen bu çalışmada nüksle ilişkilendirilen iki esas faktör bulunmuştur. Bunlardan biri ilaç kullanım durumu, diğeri ise hastanın yakınları ile yüz yüze geçirdiği süredir. Hastalar ilaçlarını düzensiz kullanıyor ve yakınlarıyla yüz yüze geçirdikleri süre haftada 35 saatten fazla ise nüks oranları %92'ye kadar çıkmaktadır. Tüm bu araştırmaların ışığında hasta yakınlarının hastalara yönelik tutumlarının ve ifade edilen duygularının hastalığın seyrinde ne derece önemli olduğu ortaya çıkmıştır (21).

2.2.3. Duygu Dışavurumunu Ölçme Yöntemleri

DD'yi değerlendirme amacıyla ilk ölçme aracı Brown ve Rutter tarafından 1966 yılında geliştirilen Camberwell Aile Görüşmesi (CAG)'dir (123). Aile görüşmesinde akrabaların hastalık sürecini nasıl ele aldıkları, zor durumlarla nasıl başa çıktıkları ve hastalığın aile yaşantısını nasıl etkilediği değerlendirilir. Görüşme sırasında ortaya çıkan duygusal ifadeler not edilir. Görüşmeler kayıt altına alınır ve daha sonra bant kayıtları analiz edilir. Sadece ifadeler değil, ses tonları da incelenir. Beş alt parametrede değerlendirme yapılır. Bunlar

eleştirelilik, düşmancıl oluş, aşırı koruyuculuk-kollayıcılık, sıcaklık ve olumlu söylemlerdir. Ancak literatürde sıcaklık ve olumlu söylemlerden daha az bahsedilmekte ve DD üzerine olan etki gücünün daha zayıf olduğu söylenmektedir (124).

İkinci değerlendirme yöntemi ise “Beş Dakikalık Konuşma Örneği” olarak isimlendirilen, hasta yakınlarının monologlarının değerlendirmesi şeklinde uygulanan bir yöntemdir (125). Camberwell Aile Görüşmesi’ne benzer şekilde değerlendirilir. Anahtar akraba konumundaki hasta yakınının belirli bir yönlendirme sonrasında 5 dakika süreyle hasta hakkında konuşması istenir ve konuşmalar kayıt altına alınır (126). Değerlendirme sonucunda elde edilen sonuçların CAG ile elde edilenlerle uyumlu olduğu bildirilmektedir (127)

Bir diğer değerlendirme metodu ise ölçeklerdir. DD’yi ölçmek için kullanılan diğer yöntemlere göre çok daha pratik olup, kısa sürede uygulanabilmektedir. DD’yi değerlendirmek için geliştirilmiş çeşitli ölçekler mevcuttur (20,128,129).

Birçok araştırmada hasta yakını olarak değerlendirilen kişiler hastayla birlikte yaşayan yakınları olmuştur (130). Ancak hastadan ayrı yaşayan akrabalarla yapılan çalışmalarda da DD’nin yordayıcı etkisinin güçlü olduğuna dair kanıtlar vardır (131). Ayrıca, Miklowitz (2004)’in belirttiği gibi “DD yakınlardan sadece birinde ölçüldüğünde bile tüm aile sistemindeki organizasyon, duygusal iklim ve ilişki paternlerindeki bozuklukları yansıtabilmektedir” (132).

2.2.4. Duygu Dışavurumu ve Ruhsal Bozukluklar

Herkes birçok ruhsal bozukluk hakkında ya duyarak, ya bizzat yaşayarak, ya da bozukluktan muzdarip olan kişiyle etkileşimde olarak fikir sahibi olmuştur. Her bireyin davranışlarında düşüncelerinin, etrafındaki dünya görüşlerinin ve kültürün etkisi vardır. Bunlardan bazıları negatif etki oluştururken bazıları pozitif etki yaratır. Toplumun etkisi birçok bireyin hayatında rol oynar, insani bir istek olarak toplumun içinde olmak arzulanır ve reddedilmişlik duygusu yerine aidiyet duygusu güçlendirilmeye çalışılır.

Şizofreni hastalarının yakınları, tüm dünyanın kendisini izlediğini düşünen

bireyin bu hastalığın üstesinden gelmesine yardım etmek için kendilerini mecbur hissederler. Topluma ait olma duygusu aileyi baskı altına alır. Diğer ailelerden farklı görünme korkusuyla yüksek DD gösterirler. Bu durum hastayı semptomlarını gizlemeye iter çünkü aile yaşananların diğer insanlar tarafından görülmesini istememektedir. Ailenin eleştirel tutumu ile hasta hiçbir şeyi doğru yapamadığını düşünür. Bu baskıyla hasta baş edemez ve hastalığı alevlenir (120).

Şizofreninin klinik seyrini anlamak için yapılan araştırmalar duygu dışavurumu kavramının ortaya çıkışında öncü rol oynamıştır. Ve Dd alanında yapılan ilk çalışmalar da şizofreni hastaları ile olmuştur. Dünyanın birçok farklı yerinde yapılan sayısız çalışmaların sonucunda yüksek DD'nin şizofrenide alevlenmenin güçlü bir yordayıcısı olduğunu göstermiştir. Taburcu olduktan sonra yüksek DD'li ev ortamına dönen şizofreni hastaları düşük DD'li ortamdaki hastalara göre iki kattan daha fazla alevlenme riski taşımaktadır (133).

Alkol kullanım bozukluğu; bağımlılık ve aşırı alkol tüketimi ile giden yaygın bir ruhsal bozukluktur. Birçok insan hayatlarını ele geçiren bu hastalıktan kurtulmak için rehabilitasyona başvururlar. Taburcu olduktan sonra en zor kısım, kendisi gibi alkol kullanımı olan insanların bulunduğu ve alkolün her daim ulaşılabilir olduğu dünyaya geri dönmektir. Geçmiş alkol kullanımıyla ilgili yakınların eleştirel olan yüksek DD'si yeniden alkol kullanımına neden olur. Ve bu durumun oluşturduğu problemle birlikte bir döngü halinde alkol kullanımı devam eder. Yakınlar tarafından yapılan bu yorumlar hastalığın uzun dönemdeki seyrini etkilemiş olur (134).

Alkol kullanım bozukluğu alanında DD ile ilgili yapılan ilk çalışmada akrabalarında eleştirel tutumların fazlalığının 6 aylık takip sürecinde hem relaps sayısı ile hem de erken relapsla ilişkili olduğu bulunmuştur (135). O'Farrell ve ark. (1998) davranışçı çift terapisi alan erkek hastalarla yaptıkları 12 aylık izlem çalışmasında, eşlerinde yüksek DD olan erkeklerin eşleri düşük DD'li olanlara göre takiplerde daha sık relaps yaşadığını, relapsların daha erken olduğunu ve 12 aylık sürede alkol aldıkları günlerin daha fazla olduğunu gözlemlemiştir (134). Son olarak da Pourmand ve ark. (2005) hem psikotik bozukluk hem de

madde kullanım bozukluğu eş tanıları olan hastalarla yaptığı çalışmada duygu dışavurumu değerlendirilen tüm değişkenler arasında relapsın en güçlü tek değişkenli yordayıcısı olarak bulunmuştur (136).

Yüksek DD, öğrenme güçlüğü olan çocukların ailelerinde düşük DD'ye göre daha yaygındır. Lam ve arkadaşları (2003) özel eğitime giden öğrencilerle yaptıkları bir çalışmada çocukların %62'sinin yüksek DD'li evlerde yaşadıklarını tespit etmiştir. Yüksek DD olan çevre öğrenme güçlüğü olan çocuğun ilerleyişini etkilemektedir. Ailelerin büyük çoğunluğu çocuklarındaki öğrenme güçlüğü nedeniyle duygusal aşırı ilgilidirler. Çocuklarının tek başına düzgün banyo yapamadıkları için onlarla banyoya gittiklerinden bahsederler. Aileleri tarafından aktarılan, basit görevleri bile tek başına yapamıyor olmanın stresiyle çocuklar sosyal olarak etkilenirler. Çocuğun daha iyi olması için ailenin sergilediği bu tutum hem aile hem de çocuk için daha büyük probleme neden olur (137).

DD'nin klinik seyirle ilişkisini inceleyen araştırmalar sadece alevlenme riski üzerine değildir. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda DD'nin davranışçı terapi sonrasındaki klinik seyirle ilişkisini inceleyen çalışmalar yapılmıştır. Tarrier ve ark. (1999) post-travmatik stres bozukluğu hastalarının yakınlarıyla yaptığı çalışmanın sonucunda şizofrenide yapılan çalışmalara benzer şekilde, yakınlarında yüksek DD olan hastaların davranışçı terapi sonrasında daha kötü bir seyir izlediklerini bulmuştur (138). Ancak Peter ve Hand (1988) agorafobisi olan hastalarla yaptığı çalışmada eleştirel olan akrabalarla yaşayan hastaların davranışçı terapiden sonra 1-2 yıl içerisindeki tedavi sonuçlarının akrabaları daha az eleştirel olan gruba göre daha iyi olduğu görülmüştür (139). Bu ilginç bulgu daha sonra yapılan bir çalışmada da tekrarlanmıştır. Ancak eleştirelilik iyi klinik seyirle ilişkili bulunsa da düşmancıl tutum sergileyen akrabalarla yaşayan agorafobili hastaların klinik seyrinin olumsuz olduğu görülmüştür (140). Bu bulgular bize eleştireliliğin farklı psikopatolojilerde farklı etkiler gösterdiğini düşündürülebilir. Her iki çalışmada da araştırmacılar eleştirel akrabaların hastaları anksiyete ile yüzleşmeye iterek ve kaçınma davranışlarını engelleyerek davranışçı terapinin etkilerini sürdürüyor olabileceklerini öne sürmüştür.

Yeme bozuklukları hastalarında da DD'yi inceleyen çalışmalar yapılmıştır. Fischmann-Havstad ve Marston (1984) yaptıkları araştırmada 1 yıl içerisinde 15 pound üzeri kilo kaybı olan evli kadınlardan eşi yüksek DD'li olanların daha fazla alevlenme yaşadığını göstermiştir (25). Anoreksiya nervroza hastalarıyla yapılan bir diğer çalışmada ebeveynlerinde yüksel eleştirel tutum olan hastaların 6 aylık terapiden sonra, süreç içerisinde daha kötü bir klinik seyir gösterdikleri görülmüştür (141). Bulimia nervroza hastalarından da akrabalarında yüksek eleştirelilik olanlarda 6 yıllık takipte olumsuz sonuçlar alınacağı öngörülmüştür (142). Ebeveynlerinde yüksek DD tutumları olan anoreksiya nervroza ve bulimia nervroza hastalarında aile terapilerine devam etmeme oranları da ebeveynleri düşük DD'li olanlara göre daha yüksektir (143). Yine Flanagan ve Wanger (1991) yaptıkları araştırmanın sonucunda aşırı obezitesi olan hastaların düşük tedavi uyumu ile DD arasında ilişki saptandığını bildirmiştir (144). Yapılan tüm bu çalışmalar ışığında yeme bozukluğu veya kilo problemi olan hastalarda DD'nin tedavi uyumu, erken dönemde tedavi başarısı ve klinik seyir hakkında bir yordayıcı olduğu söylenebilir.

Duygu dışavurumu alanındaki incelemeler genellikle Eksen I bozukluklarında olmuştur. Ancak Eksen II bozukluklarında klinik seyir ve DD ilişkisini inceleyen bir çalışmada Hooley ve Hoffman (1999) sınırda kişilik bozukluğu olan ve yatarak tedavi gören hastaların ailelerinde DD'yi değerlendirmişlerdir (145). Hastalar taburcu olduktan sonra 1 yıl süreyle izlenmiş ve bu sürede DD'nin hastaların klinik seyirleriyle ilişkisi gözlenmiştir. Beklenenin aksine ne eleştirelilik ne de düşmanlık oluş hastaların takiplerdeki klinik seyriyle ilişkili bulunmamıştır. Hatta akrabalarında duygusal aşırı ilgi miktarı fazla olan hastaların daha iyi bir seyir izlediği görülmüştür. DD genellikle alevlenme ile ilişkili olduğu için bu durum oldukça ilginç bulunmuştur. Bu tarz bulgular DD ve klinik seyir ilişkisinde hasta faktörünün önemini göstermektedir. Hasta yakınları eleştirelilik, düşmanlık ve duygusal aşırı ilgi ifade eden tutum ve davranışlar sergilese de bunların algılanışı hastadan hastaya değişebilir (133).

2.2.4.1. Yüksek Duygu Dışavurumunda Hastaya Ait Faktörlerin Payı

Hastalığın daha fazla belirtisini taşıyan ya da belirtilerin daha şiddetli olduğu hastaların yakınlarında eleştirel tutumların daha fazla olması beklenebilir. Ancak yapılan çalışmalarda bu durumun genellikle böyle olmadığı görülmüştür (146-148). Yakınlarındaki DD düzeyi yüksek olanlarla düşük olan hastaların psikopatoloji düzeyleri oldukça benzerdir. Ayrıca hasta yakınlarındaki DD düzeyi hastanın cinsiyetiyle de ilişkili değildir (149). Basitçe, DD hastaların öznel karakteristik özelliklerine yönelik basit bir tepki değildir denilebilir. Bunun daha ileri düzeyde bir kanıtı olarak aynı hastanın farklı DD düzeyi gösteren yakınları olabilmesi gösterilebilir (150).

Çalışmalar arasında kayda değer tutarlı sonuçların eksikliğine rağmen bazı bildirimlerde Dd ile hastanın karakteristik özellikleri arasında bağlantı olduğundan bahsedilmiştir. Burada hasta yakınlarının bildirimlerine bağlı kalmaktan kaçınmakta fayda vardır. Çünkü bunlar farklı nedenlerden dolayı DD ile ilişkili olabilir (daha üzüntülü olan ve daha çok zorlanan hasta yakınları, daha fazla sorun bildiriyor olabilirler). Yine de yüksek düzeyde eleştirelilik bazen hastaların daha agresif veya suça yönelik davranışlarıyla ya da bir işte çalışmak gibi üretkenliğe yönelik etkinliklerle daha az ilgilenmeleriyle ilişkili olabilir (17,151). Ayrıca yüksek DD'li aile ortamında yaşayan hastaların sosyal işlevselliğinin daha kötü olduğu veya daha fazla irritabilite gösterdikleri de bildirilmiştir (152,153).

DD literatürü tam olarak gözden geçirildiğinde yüksek veya düşük DD düzeyli ailelerle yaşayan hastalar arasındaki klinik farklılıkları tanımlayan spesifik ve güvenilir bir farklılık bulunmamaktadır. Aileler çeşitli nedenlerle hastaların eskiye göre yönetmesi daha zor ve daha fazla gayret gerektiren davranışları ile başa çıkmaya çalışmaktadır. Uyuma yönelik bu tarz istekler ailelerde yüksek DD tutumlarının gelişmesine zemin hazırlayabilirler (133).

2.2.4.2. Duygu Dışavurumu ve Depresyon

Butzlaff ve Hooley (1998) yaptığı meta-analize göre DD duygudurum bozukluklarında hastalığın seyri açısından şizofrenide olduğundan daha iyi bir belirteçtir (154). Camberwell Aile Görüşmesi yapılarak en azından 7 çalışmada

unipolar ve bipolar depresyon hastalarının ailelerindeki DD düzeyi ve relaps arasındaki ilişki incelenmiştir. Hayhurst ve ark. (1997) yaptıkları çalışma hariç hepsinde yüksek DD ile relaps arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (28,133). Daha sonra yapılan bir meta-analizde de Hayhurst ve ark. çalışmasının sonuçlarına rağmen etki gücü halen anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (155).

Önemli bir nokta da, çalışmalarda genellikle şizofreni hastalarının yakınları ebeveynler iken, depresyon hastalarında eşlerdir. Ve hasta yakınlarıyla biyolojik akrabalık bulunmasa da ve tanı şizofreni olmasa da DD relapsla ilişkili bulunmaktadır (133). Goldstein ve ark. (1992) önceleri şizofreni hastalarının yakınlarındaki yüksek DD içeren davranışlarının şizofreninin genotipinin bir yansıması olabileceğini öne sürmüştür (156). Ancak bu genetik model eşler gibi biyolojik akrabalık bulunmayan yakınlardaki yüksek DD'nin depresyonda relapsın yordayıcısı olduğunun gösterilmesiyle sarsılmıştır.

Yüksek DD'nin majör depresyonda relapsla ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda gösterilse de DD ve majör depresif epizodun süresinin uzamasıyla ilgili az sayıda çalışma yapılmıştır. Uehara ve ark. (1996) majör depresyon tanısı alan ve ayakta tedavi gören 18 erkek ve 22 kadın hastayla yaptığı çalışmada 6 aylık takibin sonucunda iyileşmeyen hasta grubunda iyileşen hasta grubuna göre, daha fazla geçirilmiş depresyon öyküsü ve hasta yakınlarında daha fazla yüksek DD olduğu sonucunu bulmuşlardır (157). Diğer yandan, bu konuda yapılan iki çalışmada DD'nin iyileşmeyle ilişkili olmadığı sonucu çıkmıştır. Goering ve ark. (1992) majör depresyon tanısı olan 47 kadın hasta ve eşleriyle yaptığı çalışmada semptomların seyrinin DD ile ilişkili olmadığını belirtmiştir. Daha önceki çalışmalarla çelişkili olan bu sonucun muhtemel nedenleri arasında hasta grubunun araştırmada yer alan hastaların semptomlarının şiddetli olmasını, daha çok endojen semptomların oluşunu, işlevselliğin düşük oluşunu ve bu nedenle semptomların seyrinin DD'den etkilenmemiş olabileceğini ifade etmişlerdir (158). Andrew ve ark. (1993) yaptığı çalışma da benzer şekilde sadece kadın hastalardan, yatarak tedavi gören hastalardan ve semptom şiddeti yüksek olan hastalardan oluşmaktadır ve bu çalışmanın sonucunda da şiddetli majör depresyon hastalarında DD'nin semptomların seyriyle ilişkili olmadığı sonucu çıkmıştır (159).

Florin ve ark. (1992) yaptıkları araştırmada depresif semptomların şiddetinin DD ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (160). Hooley ve ark. (1986) ise majör depresyon hastalarında semptom şiddetinin DD ile ilişkisinin olmadığını ifade etmiştir (27). Yine majör depresyon hasta, bipolar bozukluk ve şizoaffektif bozukluk hastalarında DD ile hastalık şiddeti ilişkisinde negatif bulgular bildiren farklı çalışmalar mevcuttur (24,28).

Kronmüller ve ark. (2008) yaptığı, yatarak tedavi gören 50 major depresyon hastasının taburculuktan 1, 2 ve 10 yıl sonra değerlendirildiği bir izlem çalışmasında da 10 yılın sonunda hastaların %56'sında en az bir kez depresif epizodun tekrarladığı bulunmuş ancak DD'nin hastalığın seyriyle veya semptomların şiddetiyle ilişkili olmadığı bildirilmiştir (161).

Yapılan çalışmalarda ortaya çıkan sonuçların bu şekilde çelişkili olmasının nedeni halen net olarak bilinmemektedir. Öne sürülen nedenler arasında; DD düzeyini değerlendirmede kullanılan yöntemler, değerlendirilmenin yapıldığı hastalık evresi, anahtar akraba konumundaki bireyin hastaya olan yakınlığı gibi faktörlerde farklılıkların oluşu yer almaktadır (162).

2.2.5. Duygu Dışavurumu Düzeyini Azaltmaya Yönelik Çalışmalar

İlişki mekanizması hakkındaki sorular tam olarak cevaplanamamış olsa da, DD'nin relaps ile ilişkili olduğu sonucu tedavi çalışmalarıyla da doğrulanmıştır. Yüksek DD davranışlarını azaltmaya yönelik müdahaleler uygulandığında hastalarda (halihazırda ilaç tedavisi almakta olan) relaps oranları ciddi ölçüde azalmıştır (163,164). Bu müdahaleler genellikle hastalık hakkında ailelerin bilgilendirilmesi, iletişim becerilerini geliştirme ve problem çözme yöntemlerini içerir. Ailelere yönelik bu tarz müdahaleler uygulandığında şizofreni hastalarında 6-12 aylık relaps oranları yaklaşık %12.5 iken, ailelerine müdahale uygulanmayan hastalarda ortalama %42 olarak bulunmuştur (165). Yine bipolar duygudurum bozukluğu ve anoreksiya nevroza hastalarında ailelere yönelik müdahaleler sonucunda klinik sonuçlarda iyileşme görüldüğüne dair kanıtlar vardır (165,166).

Ailelere yönelik müdahaleler tek bir aileyle olduğu gibi birden fazla aileye aynı anda yapıldığında da başarılı olabilmektedir (167,168).

Aile temelli müdahalelerin relaps oranlarını azaltmadaki başarısı, relaps sürecinde DD'nin nedensel bir rolü olabileceği görüşünü desteklemektedir. Ancak DD hakkında aşırı derecede basite indirgeyici ve tek taraflı bakış açılarından kaçınmak adına dikkatli olunmalıdır (169). Aileye yönelik müdahaleler aileler için birçok farklı şekilde faydalı olabilir ve hastaların klinik iyileşme göstermeleri için DD'deki azalma her zaman için gerekli değildir (132). Ve DD'nin çift yönlü bir yapı olduğu görüşü artık büyük ölçüde kabul görmektedir (155,169). Aileyi suçlayıcı bir yapıdan uzak durarak, DD en iyi şekilde "relaps sürecinde önemli olan hasta-hasta yakını arasındaki ilişki problemlerinin ölçümü" olarak görülebilir (170).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Örneklem Seçimi

Bu çalışmanın örnekleme Ocak 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran hastalardan oluşmaktadır.

3.1.1. Hasta Grubu İçin Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

- a) 18-65 yaş arasında olması
- b) Unipolar major depresyon tanısı olması
- c) Tedaviye dirençli depresyon grubundaki hastalar için; yeterli doz ve sürede en az iki farklı gruptan antidepresan tedavi ile anlamlı klinik yanıt alınamamış olması
- d) Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

3.1.2. Hasta Grubu İçin Hariç Tutulma Kriterleri

- a) Bilinen dekompanse (ciddi) tıbbi hastalığın olması
- b) Okuma-yazma bilmemesi
- c) Verilen yönergeleri anlayamayacak derecede mental retardasyonun olması
- d) Bilinen kafa travması öyküsü olması
- e) Alkol-madde kullanım bozukluğu olması
- f) Komorbid psikotik bozukluk tanısının olması

3.1.3. Hasta Yakınları İçin Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

- a) 18-65 yaş arasında olması
- b) Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

3.1.4. Hasta Yakınları İçin Hariç Tutulma Kriterleri

- a) Psikiyatrik Eksen I tanısı olması
- b) Bilinen dekompanse (ciddi) tıbbi hastalığın olması
- c) Okuma-yazma bilmemesi
- d) Verilen yönergeleri anlayamayacak derecede mental retardasyonun olması
- e) Bilinen kafa travması öyküsü olması

3.2. Araştırmanın Deseni

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran unipolar majör depresyon tanısı olup çalışma hakkında görüşmeyi kabul eden hastalarla ve çalışma hakkında görüşmeyi kabul eden hasta yakınlarıyla yüz yüze görüşme yapılarak, araştırma hakkında sözel ve yazılı olarak bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan ve hastaların yakınlarından yazılı olarak onamları alınmıştır.

Görüşmelerin tümü aynı araştırmacı tarafından yapılmıştır. Görüşme iki değerlendirme bölümünden oluşacak şekilde uygulanmış ve görüşmenin iki bölümü de aynı gün içinde yapılmıştır.

İlk değerlendirme sırasında katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilerek aydınlatılmış onamları alınmıştır. Hasta grubunda unipolar majör depresyon tanısını kesinleştirmek ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukları saptamak amacıyla; hastaların yakınlarında da psikiyatrik Eksen I tanısı varlığını dışlamak amacıyla DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulanmıştır. Aynı görüşme içinde her iki grup için araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan yarı yapılandırılmış veri formu doldurulmuştur. Yeterli doz ve sürede en az iki farklı gruptan antidepresan kullanımına rağmen anlamlı klinik yanıt alınmamış olan hastalar tedaviye dirençli depresyon grubuna dahil edilmiş olup, diğer hastalar dirençli olmayan gruba dahil edilmiştir.

İkinci değerlendirme sırasında hastalara Kısa Depresif Belirti Envanteri Özbildirim Formu ve Duygu Dışavurumu Düzeyi (LEE) Ölçeği, hastaların yakınlarına ise Duygu Dışavurumu (EE) Ölçeği uygulanmıştır.

3.3. Değerlendirme Araçları

3.3.1. Klinik Değerlendirme ve Ölçek Uygulamaları

3.3.1.1. Yarı Yapılandırılmış Veri Formu

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi vb.) alkol-sigara-madde kullanma bilgileri, medikal hastalık ve ilaç kullanma durumları araştırmacı tarafından bu formla değerlendirilmektedir. Bu formda hastalığın seyri ve tedavi öyküsü (ilk tanı yaşı, epizod sayısı, epizod süresi, yatarak tedavi öyküsü vb.) hakkında bilgiler de kaydedilmektedir.

3.3.1.2. DSM –IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Görüşme (SCID-I)

Klinisyen tarafından uygulanan ve DSM-IV tanı sistemine göre Eksen I bozuklukları saptamak için kullanılan yapılandırılmış bir görüşme formudur (171). Yapılandırılmış görüşme, tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanması için geliştirilmiştir. Türkçe'ye Çorapçioğlu ve ark. tarafından uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (172).

3.3.1.3. Duygu Dışavurumu Düzeyi (LEE) Ölçeği

Ölçek hastalara uygulanmaktadır. Hasta için önemli olan bir kişi ile hasta arasındaki duygusal atmosferi anlamak ve ilişkinin bazı özelliklerini değerlendirmek üzere Cole ve Kazarian (1988) tarafından geliştirilmiş olan bir öz değerlendirme aracıdır. Maddeler doğru-yanlış biçiminde, anahtar akraba konumunda olan kişi ile son 3 ay içindeki ilişkiler göz önüne alınarak işaretlenmektedir. Toplam 60 madde içerir. On beşer maddelik aşırı müdahalecilik 'İ' (intrusiveness), aşırı tepkisellik 'E' (emotional response), hastalığa karşı olumsuz tutumlar 'A' (attitude toward illness), hoşgörüsüzlük ve yüksek beklenti 'T' (tolerance/expectation) alt ölçeklerinden oluşmuştur. Alt

ölçek puanları 0-15, toplam puan 0-60 arasında değerlendirilir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlik çalışması Berksun (1992) tarafından yapılmıştır (19,173). Puanlar ne kadar yüksekse, ailenin duygu ifadesi o derece yüksek demektir (174).

3.3.1.4. Duygu Dışavurumu (EE) Ölçeği

Ölçek hasta tarafından 'anahtar akraba' konumunda tanımlanan yakınına uygulanır. Kişiler arası ilişkilerde, hasta yakınlarının, hastasını ve kendisini algılayışına dayanan bu ölçek ilişkilerde etkileşime eşlik eden duygusal tonu nitelikleme ve ölçmek için 'expressed emotion' kuramı ve kavramlarından yola çıkarak hazırlanmış bir ölçektir. Toplam 41 madde içerir. Eleştirel oluş, düşmancıl oluş, aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcılık olmak üzere kuramsal olarak 3 alt ölçekten oluşur. Ölçekte olumlu tutumları ve hissedişleri betimleyen maddeler olmasına karşın bunların cevapları ters olarak değerlendirilmeye alındığında bu maddeler eleştirel oluş ve düşmancıl oluş grupları içine girmiştir. Bu şekilde ölçek eleştirel-düşmancıl oluş (ED) ve aşırı ilgi-koruyucu kollayıcı oluş (AİKK) şeklinde iki alt ölçeğe indirgenmiştir. Bu ölçek ülkemizde Berksun ve arkadaşları (1992) tarafından geliştirilmiştir (21).

3.3.1.5. Kısa Depresif Belirti Envanteri-Özbildirim Formu (QIDS_SR16)

Kısa Depresif Belirti Envanteri Özbildirim Formu A. John Rush tarafından oluşturulmuş ve ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Mergen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (1). Puanlamaya göre; 0-5 arası yok, 6-10 hafif ölçekte depresif, 11-15 orta düzeyde depresif, 16-20 şiddetli ölçekte depresif, 20-27 çok şiddetli ölçekte depresif (38-40) olarak değerlendirilir. Hızlı depresif belirti envanteri özbildirim formu uyku düzeni, ruhsal durum, iştah ve kilo değişiklikleri, dikkat bozukluğu, olumsuz öz bakış, ölüm ve intihar düşüncesi, çevreye olan ilgi değişikliği, enerjide azalma, hareket değişiklikleri ile ilgili 16 maddeden oluşmaktadır (1,175).

3.3.2. İstatistiksel Yöntem

Çalışmanın veri analizi aşamasında SPSS Statistics 20 programı kullanılmıştır. İlk aşamada hasta ve hasta yakınlarına ait sosyodemografik değişkenlerin, daha sonra da klinik bulgularının temel istatistikleri incelenmiştir. İkinci aşamada ise dirençli ve dirençli olmayan depresyon gruplarının klinik bulgularının karşılaştırması bağımsız t testi kullanılarak yapılmıştır. Son aşamada ise sosyodemografik ve klinik bulgularının ölçek puanlarına ait etkilerini incelemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyodemografik Verileri

Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması $38,75 \pm 11,32$ 'dir. Dirençli olmayan grubunun ortalama yaşı $37,30 \pm 10,09$ olup, tedaviye dirençli grubunda hastaların ortalama yaşı $40,20 \pm 12,36$ 'dır. Gruplar arasında yaş farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,202$). Her iki hasta grubundaki toplam kadın sayısı 72, erkek sayısı 28'dir. TDD grubundaki kadın sayısı 37 (%74), erkek sayısı 13 (%26) iken MD grubunda kadın sayısı 35 (%70), erkek sayısı 15 (%30) olarak bulunmuştur. Cinsiyet açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p=0,656$).

Hastaların medeni durumları incelendiğinde TDD grubundakilerin 33'ü (%66) evli, 8'i bekar (%16), 9'u (%18) dul-boşanmış olup, MD grubundakilerin 39'u (%78) evli, 7'si (%14) bekar, 4'ü (%8) dul-boşanmış olarak bulunmuştur. Her iki grup arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p=0,288$).

Katılımcıların büyük çoğunluğunun şehir merkezinde ($n=89$) yaşadığı bulunmuş olup, her iki grupta yaşanan yer açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,749$).

Eğitim durumlarına bakıldığında; TDD grubundaki hastaların 21'i (%42) ilkokul mezunu, 12'si (%24) ortaokul, 10'u (%20) lise mezunu, 7'si (%14) üniversite mezunu olup, MD grubundaki hastaların 11'i (%22) ilkokul, 13'ü (%26) ortaokul, 20'si (%40) lise ve 6'sı (%12) üniversite mezunudur. Gruplar

arasında eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,087$).

Hastaların çalışma durumları incelendiğinde; TDD grubundakilerin 33'ü (%66) çalışmıyor, 8'i (%16) tam zamanlı bir işte çalışıyor, 5'i (%10) yarı zamanlı çalışıyor, 1'i (%2) öğrenci, 3'ü (%6) emekli olup, MD grubundaki hastaların 28'i (%56) çalışmıyor, 18'i (%36) tam zamanlı, 1'i (%2) yarı zamanlı çalışıyor, 3'ü (%6) emekli olarak bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,094$).

Gelir düzeyi açısından incelendiğinde tüm hastalardan 16'sının 1500 liranın altında, 34'ünün 1500-2500 lira arasında, 22'sinin 2500-4000 lira arasında, 28'inin 4000 liranın üstünde gelirlerinin olduğu görülmüş olup, TDD ve MD grupları arasında gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($p=0,323$).

Hastaların sosyodemografik verilere göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Verileri

		Grup						t testi	
		Genel		Dirençli		Dirençli Olmayan		t	p
Yaş		38,75±11,32		40,20±12,36		37,30±10,09		1,29	0,202
		Frekans (n)		Yüzde (%)		Frekans (n)		Yüzde (%)	
								Ki-Kare testi	
								Ki-Kare değeri	p
Cinsiyet	Kadın	72	72%	37	74%	35	70%	0,198	0,656
	Erkek	28	28%	13	26%	15	30%		
Medeni durum	Evli	72	72%	33	66%	39	78%	2,49	0,288
	Bekar	15	15%	8	16%	7	14%		
	Dul-Boşanmış	13	13%	9	18%	4	8%		
Yaşadığı Yer	İl Merkezi	89	89%	44	88%	45	90%	0,102	0,749
	İlçe	11	11%	6	12%	5	10%		
	Köy	0	0%	0	0%	0	0%		
Eğitim Durumu	İlkokul	32	32%	21	42%	11	22%	6,575	0,087
	Ortaokul	25	25%	12	24%	13	26%		

	Lise	30	30%	10	20%	20	40%		
	Üniversite ve üzeri	13	13%	7	14%	6	12%		
Meslek	Çalışmıyor	61	61%	33	66%	28	56%	7,923	0,094
	Tam zamanlı	26	26%	8	16%	18	36%		
	Yarı zamanlı	6	6%	5	10%	1	2%		
	Öğrenci	1	1%	1	2%	0	0%		
	Emekli	6	6%	3	6%	3	6%		
Gelir düzeyi	<1500	16	16%	8	16%	8	16%	3,484	0,323
	1500-2500	34	34%	19	38%	15	30%		
	2500-4000	22	22%	13	26%	9	18%		
	>4000	28	28%	10	20%	18	36%		

4.2. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Verileri

Anahtar akraba konumundaki bireylerin hastalara olan yakınlık dereceleri incelendiğinde; 62'sinin hastanın eşi, 12'sinin hastanın annesi, 6'sının hastanın babası, 7'sinin hastanın kardeşi ve 13'ünün hastanın çocuğu olduğu görülmüştür. Tüm hasta yakınlarının yaş ortalamasının $41,55 \pm 11,87$ olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının 39'unun kadın, 61'inin erkek olduğu görülmüş olup, çalışma durumu açısından incelendiğinde 57 hasta yakınının tam zamanlı, 3'ünün yarı zamanlı bir işte çalıştığı, 30'unun herhangi bir işte çalışmıyor olduğu, 10'unun emekli olduğu bulunmuştur.

Yakınların eğitim durumlarına bakıldığında; 14'ünün ilkokul, 27'sinin ortaokul, 44'ünün lise ve 15'inin üniversite mezunu olduğu görülmüştür.

Hasta yakınlarıyla ilgili tüm bu sosyodemografik veriler TDD ve MD grupları arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hasta yakınlarının sosyodemografik veriler açısından dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Verileri

		Grup						t testi	
		Genel		Dirençli		Dirençli Olmayan		t	p
Yakının yaşı		41,55±11,87		41,46±12,71		41,64±11,09		-0,08	0,940
								Ki-kare testi	
		Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)	Ki-Kare değeri	p
Yakınlık derecesi	Eş	62	62%	29	58%	33	66%	4,837	0,304
	Anne	12	12%	6	12%	6	12%		
	Baba	6	6%	2	4%	4	8%		
	Kardeş	7	7%	3	6%	4	8%		
	Çocuk	13	13%	10	20%	3	6%		
Yakının Cinsiyeti	Kadın	39	39%	20	40%	19	38%	0,042	0,838
	Erkek	61	61%	30	60%	31	62%		
Yakının mesleği	Çalışmıyor	30	30%	15	30%	15	30%	3,418	0,332
	Tam zamanlı	57	57%	29	58%	28	56%		
	Yarı zamanlı	3	3%	0	0%	3	6%		
	Öğrenci	0	0%	0	0%	0	0%		
	Emekli	10	10%	6	12%	4	8%		
Yakının Eğitim Durumu	İlkokul	14	14%	10	20%	4	8%	3,039	0,386
	Ortaokul	27	27%	13	26%	14	28%		
	Lise	44	44%	20	40%	24	48%		
	Üniversite ve üzeri	15	15%	7	14%	8	16%		

4.3. Hastaların Klinik Özellikleri

Hastaların geçirilmiş depresif epizod sayısı ortalama $3,11\pm 2,10$ olup, TDD grubunda ortalama $3,94\pm 2,32$ olarak ve MD grubunda $2,28\pm 1,47$ olarak saptanmıştır. Gruplar karşılaştırıldığında geçirilmiş depresif epizod sayısı TDD grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

İntihar sayısı TDD grubundaki hastalarda ortalama $1,18\pm 1,52$ iken MD grubundaki hastalarda ortalama $0,44\pm 0,79$ olarak bulunmuş olup iki grup arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Majör depresyonun başlangıç yaşı incelendiğinde TDD grubunda başlangıç

yaşı ortalama 32,20±11,87 iken MD grubundaki hastalarda 32,36±9,96 bulunmuş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,98).

Mevcut depresif epizodun süresine bakıldığında; TDD grubundaki hastalarda ortalama epizod süresi 40,36±17,86 hafta olup, MD grubundaki hastalarda ortalama 19,24±11,80 hafta bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında TDD grubunda depresif epizod süresi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Hastaların klinik özelliklerine ait sayısal değişkenler Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Hastaların Klinik Özelliklerine Ait Sayısal Değişkenler

	Grup						t testi	
	Total		Dirençli		Dirençli olmayan		t	p
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma		
Depresif epizod sayısı	3,11	2,10	3,94	2,32	2,28	1,47	4,28	<0,001
İntihar sayısı	0,81	1,26	1,18	1,52	00,44	0,79	3,06	<0,001
Baslangıç yaşı	32,33	10,90	32,30	11,87	32,36	9,96	0,03	0,980
Epizod süresi	29,80	18,42	40,36	17,86	19,24	11,80	6,98	<0,001

TDD grubundaki hastaların 22'si (%44) yatarak tedavi görmekte iken 28'inin (%56) ayaktan tedavi olduğu, MD grubundaki hastaların ise 3'ünün (%6) yatarak, 47'sinin (%96) ayaktan tedavi olduğu görülmüştür. İki grup karşılaştırıldığında TDD grubunda yatarak tedavi görmekte olan hastaların oranı, MD grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,001).

TDD grubunda 7 (%14) hasta EKT almaktayken, MD grubunda EKT alan hasta olmadığı görülmüştür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,006).

Hasta grupları ek tıbbi hastalık, ek tıbbi ilaç kullanımı, psikiyatrik ek hastalık, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede intihar girişimi öyküsü, sigara-alkol-madde kullanımı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Hastaların klinik özelliklerine ait kategorik değişkenler Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Hastaların Klinik Özelliklerine Ait Kategorik Değişkenler

		Genel		Dirençli		Dirençli Olmayan		Ki-Kare testi	
		Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)	Ki-Kare değeri	p
Ek Tıbbi Hastalık	Var	43	43%	26	52%	17	34%	3,305	0,069
	Yok	57	57%	24	48%	33	66%		
Ek İlaç Kullanımı	Var	34	34%	20	40%	14	28%	1,604	0,205
	Yok	66	66%	30	60%	36	72%		
Psikiyatrik Ek Hastalık	Var	33	33%	14	28%	19	38%	3,773	0,707
	Yok	67	67%	36	72%	31	62%		
Yatarak Tedavi	Var	25	25%	22	44%	3	6%	19,253	<0,001
	Yok	75	75%	28	56%	47	94%		
EKT	Var	7	7%	7	14%	0	0%	7,527	0,006
	Yok	93	93%	43	86%	50	100%		
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var	36	36%	22	44%	14	28%	2,778	0,096
	Yok	64	64%	28	56%	36	72%		
Ailede intihar öyküsü	Var	10	10%	7	14%	3	6%	1,778	0,182
	Yok	90	90%	43	86%	47	94%		
Sigara kullanımı	Var	49	49%	27	54%	22	44%	1	0,317
	Yok	51	51%	23	46%	28	56%		
Alkol kullanımı	Var	16	16%	11	22%	5	10%	2,679	0,102
	Yok	84	84%	39	78%	45	90%		
Madde kullanımı	Var	1	1%	1	2%	0	0%	1,01	0,315
	Yok	99	99%	49	98%	50	100%		

4.4. EE ve LEE Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Tedaviye dirençli ve dirençli olmayan majör depresyon gruplarına ait ölçek puanlarının karşılaştırılması amacıyla bağımsız t testi gerçekleştirilmiştir. Buna göre;

LEE ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında; TDD grubunda ortalama 26,82, MD grubunda ortalama 20,60 olduğu görülmüştür. Grup ortalamaları açısından LEE toplam puanının TDD grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,020$).

LEE_e alt ölçek puanları incelendiğinde; TDD grubunda ortalama 7,40 iken, MD grubunda ortalama 5,44 bulunmuş olup, iki grup karşılaştırıldığında TDD grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseklik bulunmuştur ($p=0,011$).

LEE_a alt ölçek puanları karşılaştırıldığında; TDD grubunda ortalama 5,66 olup, MD grubunda ortalama 4,06 bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında TDD grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseklik olduğu görülmüştür ($p=0,036$).

LEE_i alt ölçek puanları karşılaştırıldığında TDD grubunda ortalama 7,34, MD grubunda ortalama 6,52 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,228$).

LEE_t alt ölçek puanları karşılaştırıldığında iki grubun ortalamaları arasında anlamlı derecede farklılık bulunmamıştır ($p=0,065$).

EE ölçeği toplam puanları incelendiğinde; TDD grubunda ortalama 18,56 iken, MD grubunda ortalama 15,16 bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında TDD grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseklik olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

EE_aikk alt ölçek puanları karşılaştırıldığında; TDD grubunda ortalama 10,04 iken, MD grubunda ortalama 8,76 olup, TDD grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseklik olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

EE_ed alt ölçek puanları karşılaştırıldığında; grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmamıştır ($p=0,125$).

QIDS-SR16 ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında; TDD grubunda ortalama 20,02 iken, MD grubunda ortalama 15,54 bulunmuş olup, TDD

grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseklik olduğu görülmüştür (p<0,001).

Ölçek puanlarının gruplar arasındaki dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. EE ve LEE Ölçek Puanlarının Gruplar Arasındaki Dağılımı

Ölçek	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
LEE_toplam	Dirençli	50	26,82	13,696	2,375	0,020
	Dirençli olmayan	50	20,60	12,467		
LEE_i	Dirençli	50	7,34	3,578	1,214	0,228
	Dirençli olmayan	50	6,52	3,164		
LEE_e	Dirençli	50	7,40	4,071	2,594	0,011
	Dirençli olmayan	50	5,44	3,459		
LEE_a	Dirençli	50	5,66	3,978	2,129	0,036
	Dirençli olmayan	50	4,06	3,525		
LEE_t	Dirençli	50	6,42	4,101	1,864	0,065
	Dirençli olmayan	50	4,92	3,943		
EE_toplam	Dirençli	50	18,56	4,441	3,684	<0,001
	Dirençli olmayan	50	15,16	4,782		
EE_aikk	Dirençli	50	8,52	2,092	4,400	<0,001
	Dirençli olmayan	50	6,84	1,707		
EE_ed	Dirençli	50	10,04	4,286	1,546	0,125
	Dirençli olmayan	50	8,76	3,988		
QIDS_toplam	Dirençli	50	20,02	3,384	5,953	<0,001
	Dirençli olmayan	50	15,54	4,107		

4.5. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerinin EE ve LEE Ölçek Puanlarıyla Korelasyon Analizi Sonuçları

Tüm hastaların sosyodemografik ve klinik değişkenleri ile EE ve LEE ölçekleri ve bunların alt ölçeklerinin korelasyonlarına bakıldığında; yatarak

tedavi görüyor olmak ile LEE_i alt ölçeği arasında ($r=0,225$; $p=0,025$) ve mevcut depresif epizodun süresi ile EE_aikk alt ölçeği arasında ($r=0,003$; $p=0,014$) pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Geçirilmiş depresif epizod sayısı ile EE_aikk alt ölçeği arasında ($r=-0,151$; $p=0,046$) ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile EE_ed ölçeği arasında ($r=-0,158$; $p=0,038$) ise negatif yönde anlamlı korelasyon olduğu bulunmuştur.

Sosyodemografik ve klinik değişkenlerin ölçek puanlarıyla ilişkisi Tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 6. Sosyodemografik ve klinik değişkenlerin EE ve LEE ölçek puanlarıyla ilişkisi

		LEE_i	EE_aikk	EE_ed
Yatarak tedavi	<i>r</i>	0,225	0,179	0,056
	<i>p</i>	0,025*	0,075	0,582
Geçmiş epizod sayısı	<i>r</i>	-0,151	0,200	-0,060
	<i>p</i>	0,134	0,046*	0,551
Epizod süresi	<i>r</i>	0,003	0,245	0,126
	<i>p</i>	0,976	0,014*	0,213
Ailede psikiyatrik hastalık	<i>r</i>	-0,158	0,015	-0,208
	<i>p</i>	0,117	0,880	0,038*

* $p<0,05$

Tedaviye dirençli gruptaki hastaların sosyodemografik ve klinik değişkenlerinin EE ve LEE ölçekleri ve bunların alt ölçekleriyle korelasyonları incelendiğinde; herhangi bir işte çalışmamak ile LEE_e ($r=0,303$; $p=0,032$), LEE_t ($r=0,298$; $p=0,036$) ve LEE toplam ($r=0,294$; $p=0,038$) puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur.

Tedaviye dirençli hastalar arasında EE_aikk alt ölçeği ile yakınının eğitim durumu ($r=-0,355$; $p=0,011$) arasında negatif yönde, eş dışındaki anahtar akraba değişkeni ile ($r=0,292$; $p=0,040$) pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur.

Dirençli gruptaki hastalarla ilgili değişkenlerin ölçek puanlarıyla olan ilişkisi Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Dirençli gruptaki hastalarla ilgili değişkenlerin ölçek puanlarıyla olan ilişkisi

		LEE_e	LEE_t	LEE_toplam	EE_aikk
Çalışmıyor olmak	<i>r</i>	0,303	0,298	0,294	0,005
	<i>p</i>	0,032*	0,036*	0,038*	0,971
Yakının eğitim durumu	<i>r</i>	0,141	0,148	0,152	-0,355
	<i>p</i>	0,329	0,306	0,292	0,011*
Eş dışında anahtar akraba	<i>r</i>	0,105	0,118	0,132	0,292
	<i>p</i>	0,470	0,415	0,360	0,040*

* $p < 0,05$

4.6. QIDS Ölçeğinin EE ve LEE Ölçekleriyle Korelasyon Analizi Sonuçları

Tüm hastaların QIDS ölçek puanının EE ve LEE ölçekleri ve bunların alt ölçekleriyle olan ilişkisi incelendiğinde; QIDS toplam puanı ile EE ve LEE toplam puanları ve tüm alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon görülmüştür ($p < 0,05$).

Tedaviye dirençli hasta grubu kendi içinde değerlendirildiğinde; QIDS toplam puanı ile EE ve LEE ölçekleri ve bunların alt ölçekleri arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Dirençli olmayan grupta ise, QIDS toplam puanı ile EE toplam puanı ($p = 0,037$) ve LEE toplam ve LEE alt ölçek puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($p < 0,05$).

QIDS ölçeğinin EE ve LEE ölçekleriyle olan ilişkisi Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. QIDS ölçeğinin EE ve LEE ölçekleriyle olan ilişkisi

		LEE_i	LEE_e	LEE_a	LEE_t	LEE toplam	EE_aikk	EE_ed	EE toplam
Genel	r	0,277	0,304	0,285	0,263	0,329	0,306	0,233	0,357
	p	0,005*	0,002*	0,004*	0,008*	0,001*	0,002*	0,019*	<0,001*
Dirençli	r	0,139	0,045	0,111	0,076	0,109	0,048	0,106	0,124
	p	0,334	0,775	0,442	0,601	0,450	0,743	0,466	0,390
Dirençli olmayan	r	0,363	0,008	0,029	0,030	0,006	0,154	0,077	0,037
	p	0,010*	0,008*	0,029*	0,030*	0,006*	0,154	0,077	0,037*

*p<0,05

4.7. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Verilerinin EE ve LEE Ölçek Puanlarıyla Korelasyon Analizi Sonuçları

Tüm hasta yakınlarının sosyodemografik değişkenleri ile EE ve LEE ve bunların alt ölçeklerinin korelasyonlarına bakıldığında; yakının eğitim durumu ile EE_aikk alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r=0,351$; $p<0,001$). Yakının yaşı, cinsiyeti, yakınlık derecesi ve çalışma durumu değişkenleri ile ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerinin EE_aikk alt ölçek puanıyla ilişkisi Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerinin EE_aikk ölçek puanıyla ilişkisi

		Yakının yaşı	Yakının cinsiyeti	Yakının eğitim durumu	Yakının çalışma durumu	Yakınlık derecesi
EE_aikk	r	0,101	-0,104	0,351	-0,008	0,048
	p	0,318	0,304	<0,001*	0,938	0,634

*p<0,005

4.8. Regresyon Analizi Sonuçları

4.8.1. LEE Ölçeğine Etki Eden Etmenlerin Regresyon Analizi Sonuçları

Sosyodemografik ve klinik değişkenlerin LEE Toplam değişkeni üzerine etkinlikleri incelendiğinde; QIDS toplam puanı (0,370) ve Yakınının Eğitim Durumu (0,219) değişkenlerinin LEE toplam puanını arttırdığı görülmüştür.

LEE Toplam puanına etki eden etmenler için regresyon analizi sonuçları Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. LEE Toplam Puanına Etki Eden Etmenler İçin Regresyon Analizi Sonuçları

	Standartlaştırılmış etkinlik katsayısı	t	p
qids_total	0,370	3,896	<0,001
yakin_egitim_durumu	0,219	2,303	0,023

LEE_i alt ölçeğine etki eden değişkenlere bakıldığında; QIDS toplam (0,310) ve Yatarak tedavi (0,213) değişkenleri LEE_i puanını arttırırken, Depresif nöbet sayısı (-0,288) değişkenin ise LEE_i puanı üzerinde ters yönde etki ettiği görülmüştür.

LEE_i alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon analizi sonuçları Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. LEE_i alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları

	Standartlaştırılmış etkinlik katsayısı	t	p
qids_total	0,310	3,163	0,002
depresif_nobet_sayisi	-0,288	-2,944	0,004
yatarak_tedavi	0,219	2,273	0,025

LEE_e alt ölçek puanı üzerine etki eden değişkenler incelendiğinde; QIDS toplam (0,345) ve Yakının eğitim durumu (0,219) değişkenlerinin LEE_e puanını arttırdığı görülmüştür.

LEE_e alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. LEE_e alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları

	Standartlaştırılmış etkinlik katsayısı	t	p
qids_total	0,345	3,598	0,001
yakin_egitim_durumu	0,219	2,285	0,024

LEE_a alt ölçek puanı üzerine etki eden değişkenler incelendiğinde; QIDS toplam (0,347) ve Yakının eğitim durumu (0,251) ve Medeni durum (0,223) değişkenlerinin LEE_a puanını arttırdığı görülmüştür.

LEE_a alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları Tablo 13’te gösterilmiştir.

Tablo 13. LEE_a alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları

	Standartlaştırılmış etkinlik katsayısı	t	p
qids_total	0,347	3,691	<0,001
yakin_egitim_durumu	0,251	2,671	0,009
medeni_durum_2	0,223	2,412	0,018

LEE_t alt ölçek puanı üzerine etki eden değişkenler incelendiğinde; QIDS toplam (0,310) ve Yakının eğitim durumu (0,246) değişkenlerinin LEE_t puanını arttırdığı görülmüştür.

LEE_t alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları Tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 14. LEE_t alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları

	Standartlaştırılmış etkinlik katsayısı	t	p
qids_total	0,310	3,211	0,002
yakin_egitim_durumu	0,246	2,552	0,012

4.8.2. EE Ölçeğine Etki Eden Etmenlerin Regresyon Analizi Sonuçları

Sosyodemografik ve klinik değişkenlerin EE Toplam değişkeni üzerine etkinlikleri incelendiğinde; QIDS toplam puanı (0,394) ve Cinsiyet (0,219) değişkenlerinin EE toplam puanını arttırdığı görülmüştür.

EE Toplam puanına etki eden etmenler için regresyon analizi sonuçları Tablo 15’te gösterilmiştir.

Tablo 15. EE Toplam puanına etki eden etmenler için regresyon analizi sonuçları

	Standartlaştırılmış etkinlik katsayısı	t	p
qids_total	0,394	4,272	<0,001
cinsiyet	0,198	2,156	0,034

EE_aikk alt ölçek puanı üzerine etki eden değişkenler incelendiğinde; QIDS toplam (0,248) değişkeni ölçek puanını arttırırken, Yakının eğitim durumu (-0,304) değişkeninin EE_aikk puanına ters yönde etki ettiği görülmüştür.

EE_aikk alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. EE_aikk alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları

	Standartlaştırılmış etkinlik katsayısı	t	p
yakin_egitim_durumu	-0,304	-3,254	0,002
qids_total	0,248	2,653	0,009

EE_ed alt ölçek puanı üzerine etki eden değişkenler incelendiğinde; QIDS toplam (0,261), Yakının eğitim durumu (0,188) ve Alkol kullanımı (0,201) değişkeninin EE_ed puanına arttırdığı görülmüştür.

EE_ed alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. EE_ed alt ölçek puanına etki eden etmenler için regresyon anallizi sonuçları

	Standartlaştırılmış etkinlik katsayısı	t	p
qids_total	0,261	2,857	0,005
alkol_kullanimi	0,201	2,145	0,035
yakin_egitim_durumu	0,188	2,047	0,043

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, tedaviye dirençli ve dirençli olmayan majör depresyon hastalarında duygu dışavurumu açısından herhangi bir fark olup olmadığı, depresyonun klinik özellikleri ve şiddet belirteçleriyle duygu dışavurumunun ilişkisi araştırılmıştır.

Depresyonun genel toplumda kadınlarda 2 kat fazla görüldüğü bilinmektedir (176). Bizim çalışmamızda hasta grubunun %72'sinin kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Literatürde depresyonda DD ile ilgili yapılan çalışmalar dikkate alındığında bir çalışmada 18 erkek ve 22 kadın varken (157) diğer iki çalışma yalnızca kadınlardan oluştuğu görülmektedir (158,159). Bu açıdan mevcut çalışmanın genel popülasyondaki depresyon sıklığını daha iyi yansıttığı söylenebilir.

Çalışmamızda hasta grubunun yaş ortalamasının $38,75 \pm 11,32$ olduğu ve dirençli ve dirençli olmayan gruplar arasında istatistikler olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Hasta grubunda depresyonun ilk atağının başlangıç yaşının $32,33 \pm 10,90$ olduğu saptanmıştır. MD çocukluktan erişkinliğe kadar tüm yaş gruplarında görülebilen bir rahatsızlık olup, ortalama başlangıç yaşı 32'dir (177). Yaş grubu dikkate alındığında bizim çalışmamızdaki hasta grubunun yaş ortalamasının literatür bulgularıyla uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan hastaların %72'si evli, %15'i bekar, %13'ü dul-boşanmıştır. Çalışmaya medeni durumdan bağımsız olarak, yalnız yaşayan hastalar dahil edilmemiştir. Bu durumun hasta seçiminde bir miktar yanlılık yaratmış olduğu düşünülebilir. Ancak çalışmada hasta yakınlarının duygu dışavurumu incelendiğinden bu durum duygu dışavurumu çalışmalarının ortak özelliğidir. Evli olmanın duygu dışavurumuna etkisi olup olmadığı bilinmemekle birlikte evlilikteki uyumun DD'yi etkilediği bilinmektedir (178).

Eğitim durumlarına bakıldığında; çalışmamıza katılan hastaların %32'sinin ilkokul, %25'inin ortaokul, %30'unun lise ve %13'ünün üniversite mezunu olduğu bulunmuştur.

Çalışmanın yapıldığı bölgenin konumuyla uyumlu olarak hastaların %89'unun kent merkezinde yaşadığı görülmüştür. Çalışmamızın yapıldığı merkezin bölgesi dikkate alındığında bu durum anlaşılabilir. Ruhsal hastalıklara

karşı bireylerin tutumu, kabul ve destek seviyeleri ulusal ve etnik gruplar arasında farklılıklar gösterebilir. Duygu dışavurum düzeyleri ülkeler ve kültürler arasında farklılık göstermektedir ve gelişmekte olan ülkelerde ve geleneksel toplumlarda aile üyelerinin DD düzeylerinin daha düşük olma eğiliminde olduğu bilinmektedir (179,180). Çalışma grubumuzdaki hastaların büyük kısmı kent merkezinde yaşıyor olsa da İstanbul'un kozmopolit, çok kültürlü yapısı ve Pendik bölgesinin sosyo-kültürel yapısı ve çok göç alan bir bölge olması itibariyle hasta popülasyonumuzun daha heterojen olduğu söylenebilir. Kadere inanmak gibi bazı kültürel değerlerin egemen olduğu toplumlarda ruhsal hastalığı olan bireylere karşı daha az eleştirel ve daha az suçlayıcı tutumlar gösterilmektedir. Buna karşın, bireysellik ve başarı odaklı, bireysel çıkarların ön planda olduğu toplumlarda hasta bireye daha fazla sorumluluk yüklenmekte ve hastalığın belirtisi olan davranışlar daha çok kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır (181).

Çalışmaya katılan hastaların %50'sinin gelirinin 2500 liranın altında olduğu görülmüştür. Gelir düzeyi ve DD ilişkisini inceleyen çalışmalar kısıtlıdır. Düşük gelirli ailelerde daha yüksek DD olduğunu bildiren çalışmalar olsa da (153) bu konu halen tartışmalıdır.

Grupları karşılaştırırken gruplar arasında sosyo-demografik veriler (yaş, cinsiyet, vb.) açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Cinsiyet, eğitim durumu gibi faktörlerin DD'yi etkilediği bilinmektedir (182-185). Bu çalışmada gruplar arasında farklılık bulunmaması iki grubun DD açısından karşılaştırılmasının yapılmasına katkıda bulunmuştur.

Çalışmamızda anahtar akrabaların sosyodemografik verileri incelendiğinde % 62'sinin eşlerden oluştuğu, beklendiği üzere %61'inin erkek olduğu, %60'ının bir işte çalıştığı ve %44'ünün lise mezunu olduğu görülmüştür. Her iki grup arasında yakınların sosyodemografik verileri açısından anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür. Bu değişkenler açısından da gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaması DD açısından karşılaştırma yapmamıza katkıda bulunmuştur.

Klinik olarak tedaviye dirençli hasta gruplarında komorbid hastalıkların daha fazla olduğu bilinmektedir (186). Ancak bizim çalışmamızda gruplar

arasında ek tıbbi ilaç kullanımını ve komorbid tıbbi ve psikiyatrik hastalıklar açısından anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Bu durum örneklem seçimi ve örneklem sayısı ile bağlantılı olabilir. Ek olarak çalışmamızda hasta grubunda dekompanse hastalığın olması bir dışlama kriteri olarak bulunmaktaydı. Bu kriter hasta seçimini olduğu gibi, sonuçlarımızı da etkilemiş olabilir.

Dirençli olan ve dirençli olmayan depresyon grupları klinik değişkenler açısından karşılaştırıldığında; ailede psikiyatrik hastalık ve intihar öyküsü, sigara, alkol veya madde kullanımı ve ilk depresif epizodun başlangıç yaşı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Ancak dirençli depresyon grubunda beklendiği üzere yatarak tedavi alıyor olmak, EKT, intihar girişimi sayısı, geçmiş depresif epizod sayısı ve mevcut epizodun süresi değişkenlerinin dirençli olmayan gruba göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Tedaviye dirençli ve dirençli olmayan hasta grupları DD ölçekleri açısından karşılaştırıldığında klinik olarak değerli sonuçlar elde edilmiştir. Hastaların doldurduğu ve aile üyelerinin duygu dışavurumunun değerlendirildiği LEE ölçeği açısından bakıldığında dirençli hasta grubunda LEE toplam puanının, LEE_e alt ölçek ve LEE_a alt ölçek puanlarının dirençli olmayan hasta grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. MD kronik, tekrarlayıcı ve ciddi yeti yitimine neden olan bir ruhsal rahatsızlık olup, kişilerin işlevselliklerini olumsuz manada etkilemektedir. Aile üyelerinden birisinde depresyon ya da benzeri bir ruhsal rahatsızlık olması durumunda aileler de bu hastalığa karşı birtakım duygusal reaksiyonlar gösterebilmektedir. Ruhsal rahatsızlık ne kadar ağırsa damgalanma ve DD o kadar fazla olmaktadır (187). Dolayısıyla tedavisi zor olabilen ve daha çok tekrarlama olasılığı olan dirençli depresyonda da duygu dışavurumunun daha fazla olması beklenebilir. LEE_e ve LEE_a alt ölçek puanlarının dirençli hasta grubunda daha yüksek olması dirençli hasta grubundaki aile üyelerinin hastaya karşı aşırı tepkilerinin daha fazla olduğu ve rahatsızlıkla ilgili de daha olumsuz bir tutum sergiledikleri şeklinde yorumlanabilir. Muhakkak ki dirençli depresyon olan her hastaya karşı her ailenin yaklaşımı farklı olabilir. Duygu dışavurumunu kişilerin cinsiyet, eğitim durumları yanında sosyo-ekonomik durum, kültürel değerler ve toplum normları gibi başka faktörler de etkilemektedir (188). Ancak çalışmamızda gruplar

arasında sosyodemografik veriler açısından farklı olmadığı dikkate alındığında LEE toplam ve LEE_e ve LEE_a alt ölçek puanları açısından farklı çıkması klinik açıdan anlamlıdır. LEE_e ve LEE_a alt ölçek puanlarının dirençli hasta grubunda daha yüksek olması majör depresyonla ilgili rahatsızlık belirtilerinin kaynaklanmış olabileceği gibi, aile üyelerinin kişilik özellikleri ve duygularının da majör depresyonun dirençli olmasına katkıda bulunmuş olabilir.

LEE ölçeğinin diğer iki alt ölçeği açısından farklılık bulunmaması dikkat çekicidir. Bu durum örneklem sayımızla ve örneklem seçimimizle ilişkili olabilir. Bu konu daha fazla çalışmayla incelenebilir.

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik ve klinik değişkenlerinin EE ve LEE ölçekleri ve bunların alt ölçekleriyle olan korelasyonları incelendiğinde anlamlı birtakım korelasyonlar bulunmuştur.

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile EE_ed alt ölçeği arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Ailede psikiyatrik hastalık olması durumunda hasta yakınlarının hastaya karşı daha az eleştirel ve düşmanca bir tutum sergiledikleri saptanmıştır. Bu durum şu şekilde yorumlanabilir, ailede psikiyatrik hastalığı olan birey sayısı ne kadar fazlaysa, aile üyelerinin psikiyatrik hastalıklar ve bu kişilere yaklaşım konusunda bilgileri ve deneyimleri o kadar fazla ve ayrıca psikiyatrik hastalıklar hakkında psikoeğitim alma ihtimalleri daha fazladır. Dolayısıyla hastalığı olan bireye karşı aile üyelerinin daha az eleştirel ve düşmanca olmaları anlaşılabilir.

Hastalara ait diğer sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, vb.) ile EE ve LEE ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır.

Hastaların klinik verilerinin EE ve LEE ölçekleri ve bunların alt ölçekleriyle olan korelasyonları incelendiğinde; yatarak tedavi görüyor olmak ile LEE_i alt ölçeği arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur. Yatarak tedavi görmek depresyonla ilgili bir şiddet belirteci olarak bilinmektedir. Ayrıca hem hastalar hem de yakınları tarafından da rahatsızlığın şiddetli olduğu, tedavisinin güç olduğu gibi yorumlara neden olabilir. Dolayısıyla böyle durumdaki hastalarda da ailenin daha müdahaleci olması beklenebilecek bir durumdur. Bu müdahaleci tutumların fazlalığı kişinin bir birey olarak becerilerini sergilemesinin önünde

bir engel oluşturup, depresyonun belirtilerinin daha da ağırlaşmasına neden olabilir.

Çalışmamızda, EE_aikk alt ölçeği ile mevcut depresif epizodun süresi arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür. Buradan da, depresyonu daha uzun süredir devam eden hastaların ailelerinin daha ilgili ve koruyucu-kollayıcı bir tutum sergiledikleri, geçmiş depresif atak sayısı fazla olan hastaların yakınlarının ise tam tersi bir tutum içerisinde oldukları görülmektedir. Depresyonun hasta dışında, aileye oluşturduğu yük de dikkate alındığında ailenin depresyon belirtilerinin toparlaması için böyle bir tavır sergilemeleri anlaşılabilir bir durumdur. Bir yandan da, ülkemizdeki sosyokültürel yapı ve aile dinamikleri dikkate alındığında ailelerin fazla korumacı ve kollayıcı tavırları kişinin bireyselleşmesinin önünde bir engel olup, depresyon gibi hastalıkların daha uzun sürmesine neden olabilir.

Geçirilmiş depresif epizod sayısı ile EE_aikk alt ölçeği arasında negatif yönde korelasyon olduğu görülmüştür. Geçirilmiş depresif epizod sayısı arttıkça hasta yakınlarının daha anlayışlı ve koruyucu kollayıcı olmaları beklenebilir ancak hastalığın kronisite kazanması halinde hasta ile aile arasındaki ilişkilerde zorlanmaya, duygusal yönden bir kopmaya da neden olabileceği, dolayısıyla koruyucu kollayıcı tutumun azalabileceği düşünülebilir.

Tedaviye dirençli gruptaki hastaların sosyodemografi ve klinik değişkenlerinin EE ve LEE ölçekleriyle korelasyonlarına bakıldığında; herhangi bir işte çalışmıyor olmak ile LEE toplam puanı ve LEE_e ve LEE_t alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur. Aile üyelerinin depresyonu olan hastalardan bir meslek sahibi olması, aile ekonomisine katkıda bulunması veya birey olarak kendi hayatını kurmaya başlaması gibi bir takım beklentileri olabilir. Depresyonun dirençli olması bu beklentilerin gerçekleşmesini güçleştirebilir. Bu nedenle de aile üyeleri yüksek beklentiler içine girebilir ve hastalığı olan bireye karşı daha tepkisel ve daha hoşgörüsüz bir tutum sergileyebilirler.

Çalışmamızda, tedaviye dirençli hastalar arasında EE_aikk alt ölçeği ile yakınının eğitim durumu arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur.

Yakının eğitim durumu arttıkça hasta yakınlarının daha az koruyucu ve kollayıcı bir tutum sergiledikleri bulunmuştur. Eğitim seviyesi daha yüksek olan aile bireylerinin hem sosyokültürel yapıları hem de ruhsal rahatsızlıklara karşı olan bilgi seviyelerinin daha yüksek olabileceği düşünüldüğünde hastaya karşı daha az koruyucu ve kollayıcı bir tutum sergilemeleri klinik gözlemlerimizle de uyusmaktadır.

Birçok araştırmada hasta yakını olarak değerlendirilen kişiler hastayla birlikte yaşayan yakınları olmuştur (130). Ancak hastadan ayrı yaşayan akrabalarla yapılan çalışmalarda da DD'nin yordayıcı etkisinin güçlü olduğuna dair kanıtlar bildiren sonuçlar vardır (131). Renshaw ve ark. larının yaptığı bir çalışmada; eş dışındaki anahtar akrabaların (özellikle de ebeveynlerin) eşlere göre daha fazla koruyucu ve kollayıcı bir tutum sergiledikleri saptanmıştır (189). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde, eş dışındaki anahtar akraba değişkeni ile EE ölçeğinin aşırı ilgi koruyucu-kollayıcılık alt ölçeği arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur. Çocuklarında ruhsal bir rahatsızlık ortaya çıkan anne-babaların bu rahatsızlıktan dolayı suçluluk hislerinin olduğu ve hastalık sürecinde hasta çocuğa karşı daha koruyucu ve ilgili bir tutum içinde oldukları bildirilmiştir (190). Klinik olarak gözlemimiz de, depresyon ve depresyon dışı ruhsal hastalıklarda da aile bireylerinden eşlerin beklentilerinin ve isteklerinin genel olarak daha fazla olabildiği, diğer aile üyelerinin (anne, baba, kardeş, çocuk) daha anlayışlı ve ilgili olabildiği görülmektedir. Dolayısıyla bu durum da klinik gözlemlerle uyumlu gibi gözükmektedir.

Hastalık şiddeti ile DD arasındaki ilişki tartışmalı bir konudur. Hastalığın daha fazla belirtisini taşıyan ya da belirtilerin daha şiddetli olduğu hastaların yakınlarında duygu dışavurumunun daha yüksek olması beklenebilir. Yapılan çalışmalar arasında, hastalığın şiddeti arttıkça hasta yakınlarının daha yüksek DD gösterdiğini bildiren çalışmaların yanı sıra, hastalık şiddeti ile hasta yakınının duygu dışavurumu arasında herhangi bir ilişki bulmayan çalışmalar da bulunmaktadır. Florin ve ark. (1992) yaptıkları araştırmada depresif semptomların şiddetinin DD ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (160). Hooley ve ark. (1986) ise majör depresyon hastalarında semptom şiddetinin DD ile ilişkisinin olmadığını ifade etmiştir (27). Yine majör depresyon, bipolar

bozukluk ve şizoaffektif bozukluk hastalarında klinik belirtilerin şiddetiyle DD arasında herhangi bir ilişki bulmayan çalışmalar mevcuttur (24,28). Kronmüller ve ark. (2008) yaptığı, yatarak tedavi gören 50 major depresyon hastasının taburculuktan 1, 2 ve 10 yıl sonra değerlendirildiği bir izlem çalışmasında da 10 yılın sonunda hastaların %56'sında en az bir kez depresif epizodun tekrarladığı bulunmuş ancak DD'nin hastalığın seyriyle veya semptomların şiddetiyle ilişkili olmadığı bildirilmiştir (161). Yapılan çalışmalarda ortaya çıkan sonuçların bu şekilde çelişkili olmasının nedeni halen net olarak bilinmemektedir. Öne sürülen nedenler arasında; DD düzeyini değerlendirmede kullanılan yöntemler, örneklem seçimi, değerlendirilmenin yapıldığı hastalık evresi, anahtar akraba konumundaki bireyin hastaya olan yakınlığı gibi faktörlerde farklılıkların oluşu yer almaktadır (162). Bizim çalışmamızda da, depresif sempomların sıklığını ve şiddetini değerlendirmek için kullandığımız QIDS-SR16 ölçeğinin toplam puanı ile EE ve LEE ölçekleri toplam puanları ve bunların tüm alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon olduğu ve ek olarak QIDS-SR16 puanı yükseldikçe aile üyelerinin duygu dışavurumu düzeylerinin de yükseldiği görülmüştür.

Bu çalışmada hasta yakınının eğitim süresi arttıkça LEE_e, LEE_a ve LEE_t alt ölçek puanları ve LEE toplam puanının arttığı bulunmuştur. Diğer yandan yakınının eğitim süresi arttıkça EE_ed ölçek puanı artarken, EE_aikk ölçeğinin ise puanının azaldığı görülmüştür. Literatürde DD ile ilgili yapılan çalışmaların çok az bir kısmında hasta ve yakınınının eğitim seviyesiyle DD ilişkisine bakılmıştır. Şizofreni hastalarıyla ilgili yapılan bir çalışmada aile üyelerinin eğitim seviyelerinin yüksek olmasının daha düşük duygu dışavurumu ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir (182). Şizofreni ile ilgili yapılan başka bir çalışmada ise aile üyelerinin eğitim seviyelerinin yüksek olması daha yüksek duygu dışavurumuyla ilişkili bulunmuştur (183). Depresyon çalışmalarında hasta ve yakınınının eğitim seviyesinin DD üzerine etkisine geçmiş çalışmalarda bakılmadığı görülmektedir. Dolayısıyla aile üyelerinin eğitim seviyelerinin DD ile ilişkisinin olup olmadığı tartışmalı bir konudur.

Çalışmamızda LEE_i alt ölçeğine etki eden faktörler incelendiğinde, yatarak tedavi görmesinin ölçek puanını arttırdığı bulunurken, geçirilmiş depresif nöbet sayısı arttıkça LEE_i puanının azaldığı görülmüştür. Bu tartışmaya açık

bir bulgudur. Aile sistemi içinden bir üyenin ayrılması aile içinde birçok dinamiği de değiştirebilir. Hastalığı olan bireyler yatarak tedavi görmek için ev ortamından ayrıldığında ev ortamındaki rol ve sorumlulukları diğer bireylerin üzerine yüklendiğinden yakınlarının hastaya karşı olan olumsuz tepkilerinin de arttığı düşünülebilir.

Depresyon hastalarının ailelerindeki DD düzeyi ve relaps arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma yapılmıştır ve neredeyse bütün çalışmalarda yüksek DD ile relaps arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (28,133). Ve yüksek duygu dışavurumunun relapslara yol açtığı, günümüzde artık DD literatürüne yerleşmiş bir bilgidir. Ancak tekrarlayan relapsların aile ortamındaki duygu dışavurumunu ne şekilde etkilediği ile ilgili bilgiler kısıtlıdır. Aile sistemi içerisindeki bir olay döngüler halinde tekrarlamaya başladığı zaman, bir süre sonra sistem içerisinde kendine yer edinebilir. Depresyon hastalarının sık tekrarlayan epizodlarına da zaman geçtikçe diğer aile üyeleri uyum sağlıyor ve eskisi kadar müdahaleci tutumlar sergilemiyor olabilir.

Çalışmamızda, bekar veya boşanmış olmanın LEE_a alt ölçek puanını arttırdığı görülmüştür. Duygu dışavurumu ile ilgili literatürde kişinin evlilik durumu ile duygu dışavurumu arasında ilişki gösteren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak evli kişilerde sosyal desteğin bekarlara göre daha iyi olduğu bilinmektedir (191). Bekar veya boşanmış olan hastaların anne-babalarında yer alabilecek, hastanın evlenip evlenemeyeceğiyle, çalışma hayatları veya okul başarılarıyla ilgili kaygılardan dolayı bu sonuçların ortaya çıkmış olabileceği düşünülmüştür.

Bizim çalışmamızda hastanın cinsiyetinin erkek olmasının EE toplam puanını arttırdığı bulunmuştur. Cinsiyet faktörünün sosyal etkileşimlerin birçok boyutunda olduğu gibi hastalığı olan birey ve hasta yakınlarının etkileşiminde de rol oynadığını düşünmek oldukça anlaşılabilir. Ancak DD ile ilgili literatürde kadın ve erkek cinsiyetleri arasındaki farklılıklar çok az çalışılmıştır. Hem hastanın hem de hasta yakınının cinsiyetinin değerlendirildiği bir çalışmada, hastanın cinsiyeti ile DD arasında ilişki saptanmazken, hasta yakınlarında, kadınların erkeklere göre daha fazla eleştirel ve daha fazla koruyucu kollayıcı oldukları bulunmuştur (184).

Bu çalışmada, majör depresyon hastalarında alkol kullanımının EE_ed puanını arttırdığı görülmüştür. Alkol kullanım bozukluğu alanında DD ile ilgili yapılan çalışmalarda akrabalarında eleştirel tutumların fazlalığının takip sürecinde hem relaps sayısı ile hem de erken relapsla ilişkili olduğu bulunmuştur (134,135). Geçmiş alkol kullanımıyla ilgili yakınların eleştirel olan yüksek DD'si yeniden alkol kullanımına neden olur. Ve bu durumun oluşturduğu problemle birlikte bir döngü halinde alkol kullanımı devam eder. Yakınlar tarafından yapılan bu yorumlar hastalığın uzun dönemdeki seyrini etkilemiş olur. Çalışmamıza alkol kullanım bozukluğu tanısı olan hastalar dahil edilmemiştir. Yine de, depresyonun aile üyelerine getirdiği yüklerin yanında hastanın az da olsa alkol kullanıyor olmasının, hasta yakınlarında eleştirel ve düşmanlık tutumlarına yol açacağı öngörülebilmektedir.

Çalışmamızın sonuçları birtakım kısıtlılıklar dikkate alınarak yorumlanmalıdır. En büyük kısıtlılık çalışmanın kesitsel nitelikte olmasıdır. Tedaviye dirençli olmayan gruptaki hastaların takip sonucunda tedaviye direnç geliştirebileceği ihtimali göz önünde tutulmalıdır. Hasta gruplarına katılımcılar tayin edilirken SCID-I kullanılmıştır. Ancak katılımcılar arasında henüz tanı konmamış bipolar depresyon hastalarının yer alma ihtimalinin çalışmanın sonuçlarını etkileyebileceği düşünülmüştür. Örneklem sayısı da diğer bir kısıtlılık olarak belirtilebilir. Ancak depresyondaki DD çalışmaları dikkate alındığında örneklem sayımız diğer çalışmalara göre daha yüksektir (157,158). Anksiyete belirtileriyle duygu dışavurumu arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (138). Çalışmamızda hastaların anksiyete belirtilerini ölçmeye yönelik klinik bir ölçek verilmemiş olması bir kısıtlılıktır. Ancak çalışmamızdaki hasta gruplarına SCID- I uygulandığında komorbid anksiyete bozukluklarının sıklığının dirençli ve dirençli olmayan depresyon gruplarında farklı olmadığı görülmüştür. Bu durumun grupların karşılaştırmasının daha sağlıklı yapılmasına olanak sağladığı düşünülmüştür. Örneklemi seçerken depresyon hastalarından, aile üyelerinin de çalışmaya katılabildiği kişiler çalışmaya dahil edilmiş olup, yalnız yaşayan kişiler hariç tutulmuştur. Bu kısıtlılıklar sonuçlarımızın genelleştirilmesini engelleyen faktörlerdir.

Bu çalışma kısıtlılıkları olmakla beraber majör depresyon hastalarında tedaviye dirençli ve dirençli olmayan iki grup arasında duygu dışavurumunu karşılaştıran ilk çalışma olması açısından önemlidir. Depresyon hastalarında duygu dışavurum düzeyinin hastalığın şiddetini ve klinik seyrini nasıl etkilediğinin incelendiği geniş örneklemlerle prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız, tedaviye dirençli ve dirençli olmayan majör depresyon hasta grupları arasında duygu dışavurum düzeyleri açısından farklılıkları ve depresyonun şiddet belirteçleriyle duygu dışavurum düzeyinin ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Tedaviye dirençli ve dirençli olmayan hasta grupları karşılaştırıldığında; dirençli hasta grubunda LEE toplam puanının, LEE_e alt ölçek ve LEE_a alt ölçek puanlarının, dirençli olmayan hasta grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Depresyonun şiddet belirteçleri olarak değerlendirebileceğimiz depresif epizodun süresi ile ve geçirilmiş depresif epizod sayısı ile EE_aikk alt ölçeği arasında, yatarak tedavi görüyor olmak ile de LEE_i alt ölçeği arasında anlamlı istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür.

Depresif semptomların sıklığını ve şiddetini değerlendirmek için kullandığımız QIDS-SR16 ölçeğinin toplam puanı ile EE ve LEE ölçekleri toplam puanları ve bunların tüm alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon olduğu ve ek olarak QIDS-SR16 puanı yükseldikçe aile üyelerinin duygu dışavurumu düzeylerinin de yükseldiği görülmüştür.

LEE_i alt ölçeğine etki eden faktörler incelendiğinde, yatarak tedavi görmeyenlerin ölçek puanını arttırdığı görülmüştür.

Tedaviye dirençli gruptaki hastalarda, herhangi bir işte çalışmıyor olmak ile LEE toplam puanı ve LEE_e ve LEE_t alt ölçek puanları arasında ve hasta

yakınının eğitim durumu ile EE_aikk alt ölçeği arasında anlamlı korelasyon olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada, eş dışındaki anahtar akraba değişkeni ile EE ölçeğinin aşırı ilgi koruyucu-kollayıcılık alt ölçeği arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur. Hasta yakınının eğitim süresi arttıkça LEE_e, LEE_a ve LEE_t alt ölçek puanları ve LEE toplam puanının arttığı bulunmuştur. Ayrıca, yakınının eğitim süresi arttıkça EE_ed ölçek puanı artarken, EE_aikk alt ölçek puanının ise azaldığı görülmüştür.

Çalışmamızda, bekar veya boşanmış olmanın LEE_a alt ölçek puanını, hastanın cinsiyetinin erkek olmasının EE toplam puanını arttırdığı bulunmuştur.

Tüm bu bulgular ışığında, tedaviye dirençli depresyon grubunda ailede duygu dışavurumunun dirençli olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu ve depresyonun şiddetiyle ilgili klinik belirtilerinin de yüksek duygu dışavurumu ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, tedaviye dirençli depresyon için var olan tedavi seçeneklerinin yanı sıra, ailelerdeki yüksek duygu dışavurumunu azaltmaya yönelik müdahalelerde bulunulması ve hastalıkla ilgili psiko eğitim verilmesi depresyon hastalarında tedavi sonuçlarımızın daha iyi olmasına yardımcı olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Mergen H, Bernstein IH, Tavli V, Ongel K, Tavli T, Tan S. Comparative validity and reliability study of the QIDS-SR16 in Turkish and American college student samples. *Klin Psikofarmakol Bul / Bull Clin Psychopharmacol*. 2011;21(4):289–301.
2. Levent K. Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, 1998;1:5-12. cty.com.tr.
3. Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A, Wittchen HU. Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. DJ Stein, DJ Kupfer, AF Schatzberg (Ed) *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*, birinci baskı, İstanbul, Sigma Publishing; 2007. s. 33-55.
4. Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, eleventh edition 2015.
5. Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004 May;184:386–92.
6. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 2000 Apr;157(4 Suppl):1–45.
7. Souery D, Amsterdam J, de Montigny C, Lecrubier Y, Montgomery S, Lipp O, et al. Treatment resistant depression: methodological overview and operational criteria. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1999 Jan;9(1–2):83–91.
8. Fava M, Davidson KG. Definition and epidemiology of treatment-resistant depression. *Psychiatr Clin North Am*. 1996 Jun;19(2):179–200.
9. Berlim MT, Fleck MP, Turecki G. Current trends in the assessment and somatic treatment of resistant/refractory major depression: An overview. *Ann Med*. 2008 Jan 8;40(2):149–59.
10. Cain RA. Navigating the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) Study: Practical Outcomes and Implications for Depression Treatment in Primary Care. *Prim Care Clin Off Pract*. 2007 Sep;34(3):505–19.
11. Nierenberg AA, Amsterdam JD. Treatment-resistant depression: definition and treatment approaches. *J Clin Psychiatry*. 1990 Jun;51 Suppl:39-47-50.
12. Kornstein SG, Schneider RK. Clinical features of treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry*. 2001;18–25.
13. Asarnow JR, Goldstein MJ, Tompson M, Guthrie D. One-Year Outcomes of Depressive Disorders in Child Psychiatric In-patients: Evaluation of the Prognostic Power of a Brief Measure of Expressed Emotion. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993 Feb;34(2):129–37.
14. McCAULEY E, MYERS K, MITCHELL J, CALDERON R, SCHLOREDT K, TREDER R. Depression in Young People: Initial Presentation and Clinical Course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993 Jul;32(4):714–22.
15. Birmaher B, Brent DA, Kolko D, Baugher M, Bridge J, Holder D, et al. Clinical Outcome After Short-term Psychotherapy for Adolescents With Major Depressive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Jan 1;57(1):29.

16. Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, Kowatch RA, Carmody T, Mayes TL. Fluoxetine in child and adolescent depression: Acute and maintenance treatment. *Depress Anxiety*. 1998;7(1):32–9.
17. Brown G, Birley J, Wing J. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry*. 1972;
18. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol*. 1976 Jun;15(2):157–65.
19. Tüzer V, ZİNCİR S, Başterzi A, AyDEMİR Ç. Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. *Klinik*. 2003;
20. Cole JD, Kazarian SS. The Level of Expressed Emotion Scale: a new measure of expressed emotion. *J Clin Psychol*. 1988;44(3):392–7.
21. Berksun O. Dışavurulan Duygulanım Ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1993;29:10-5.
22. Leff J, Vaughn C. The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two-year follow-up. *Br J Psychiatry*. 1981;139(2).
23. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, Snyder KS, Mintz J. Family Factors and the Course of Bipolar Affective Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Mar 1;45(3):225.
24. Priebe S, Wildgrube C, Müller-Oerlinghausen B. Lithium prophylaxis and expressed emotion. *Br J Psychiatry*. 1989;154(3).
25. Fischmann-Havstad L, Marston AR. Weight loss maintenance as an aspect of family emotion and process. *Br J Clin Psychol*. 1984 Nov;23 (Pt 4):265–71.
26. Hoste R, Grange D le. Expressed emotion among white and ethnic minority families of adolescents with bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2008;
27. Hooley J, Orley J, Teasdale J. Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *Br J Psychiatry*. 1986;
28. Hayhurst H, Cooper Z, Paykel ES, Vearnals S, Ramana R. Expressed emotion and depression. A longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 1997;171(5).
29. Hooley J, Teasdale J. Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *J Abnorm Psychol*. 1989;
30. Hinrichsen G, Pollack S. Expressed emotion and the course of late-life depression. *J Abnorm Psychol*. 1997;
31. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual-Text Revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association, Washington, DC; 2000.
32. Yetkin, S., Özgen, F., (2007), Tarihsel Bakış İçinde Depresyon'' Türkiye Klinikleri *J Int Med Sci*, 3 (47) :1-5.
33. Stone MAH. Duygudurum Bozukluklarının Tarihsel Yönleri. Oral T(çev ed).*The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders*. Sigma Publishing, 2007: 3–15.
34. Ellenberger HF, *Psychiatry from ancient to modern times*. Arietti S (editör). *American Handbook of Psychiatry*. Newyork: Newyork Basic Boks, 1974: 3–27.
35. Yazıcı MO. Duygudurum Bozuklukları: Kavram ve Tarihçe. *Türkiye Klinikleri* 2007;3(29):1-4.
36. Sadock, B., & Sadock, V. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A, Sekizinci Baskı, Güneş

- Kitabevi, 2007; Cilt 2: 1329-1512.
37. Eaton WW, Kramer M, Anthony JC, Dryman A, Shapiro S, Locke BZ. The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatr Scand.* 1989 Feb;79(2):163–78.
 38. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu H-G, et al. Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder.
 39. Boyd JH, Weissman MM (1982) *Epidemiology. Handbook of Affective Disorders*, ES Paykel (Ed), Churchill Livingstone.
 40. Angst J (1992) Epidemiology of depression. *Psychopharmacology*, 106(Suppl):71-74.
 41. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S ve ark. (1994) Life-time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51:8-19.
 42. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Eksen tanıtım. Ankara.
 43. Tollefson GD (1993) Major depression. *Current Psychiatric Therapy*, Dunner DL (Ed), Philadelphia, WB Saunders Company.
 44. Kaya B., Kaya M. 1960'lerden Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri* 2007;10(Ek 6):3-10.
 45. Cyranowski JM, Frank E, Young E. Adolescent Onset Of The Gender Difference In Lifetime Rates Of Major Depression: A Theoretical Model. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57:21-27.
 46. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety.* 1998;7(1):3–14.
 47. Rothschild AJ (1999) Mood disorders. *Harvard Guide to Psychiatry*, Nicholi Jr AM (Ed), 3. baskı, Cambridge, Harvard University Press, s.281-307.
 48. Murphy JM, Olivier DC, Monson RR ve ark. (1991) Depression and anxiety in relation to social status. A prospective epidemiological study. *Arch Gen Psychiatry*, 48(3): 223-229.
 49. Altamura AC, Carta MG, Carpiniello B, Piras A, Macciò M V, Marcia L. Lifetime prevalence of brief recurrent depression (results from a community survey). *Eur Neuropsychopharmacol.* 1995;5 Suppl:99–102.
 50. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Köroğlu E (Çeviri Ed.), Dördüncü Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
 51. Möller HJ, Seemüller FH, Riedel M. Time course of response and remission during antidepressant treatment. *Medicographia*, 2009, 31(2):118–125.
 52. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry.* 2000 Oct;157(10):1552–62.
 53. Wurtman RJ. Genes, stress, and depression. *Metabolism.* 2005 May;54(5):16–9.
 54. SCHILDKRAUT JJ. THE CATECHOLAMINE HYPOTHESIS OF AFFECTIVE DISORDERS: A REVIEW OF SUPPORTING EVIDENCE. *Am J Psychiatry.* 1965 Nov;122(5):509–22.

55. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Görsel sanatlar Matbaacılık, Ankara 2003; 5-11.
56. Tatsumi M, Groshan K, Blakely RD, Richelson E. Pharmacological profile of antidepressants and related compounds at human monoamine transporters. *Eur J Pharmacol.* 1997 Dec 11;340(2-3):249-58.
57. Colzi A, d'Agostini F, Kettler R, Borroni E, Da Prada M. Effect of selective and reversible MAO inhibitors on dopamine outflow in rat striatum: a microdialysis study. *J Neural Transm Suppl.* 1990;32:79-84.
58. van Praag HM, Korf J. Retarded depression and the dopamine metabolism. *Psychopharmacologia.* 1971 Jun;19(2):199-203.
59. Post RM, Kotin J, Goodwin FK, Gordon EK: Psychomotor activity and cerebrospinal fluid amine metabolites in affective illness. *Am J Psychiatry* 1973; 130:67-72.
60. Işık, E., Işık, T.Y., *Biyolojik Psikiyatri*, Ankara, Sigma Yayıncılık, 111- 132, 2012.
61. Gillespie CF, Nemeroff CB. Hypercortisolemia and Depression. *Psychosom Med.* 2005 May;67:S26-8.
62. Nemeroff CB. Clinical significance of psychoneuroendocrinology in psychiatry: focus on the thyroid and adrenal. *J Clin Psychiatry.* 1989 May;50 Suppl:13-20-2.
63. Banki CM, Arato M, Papp Z. Thyroid stimulation test in healthy subjects and psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand.* 1984 Oct;70(4):295-303.
64. Öztürk, O., Uluşahin, A., *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 11.Baskı, 1.Cilt, Ankara, 387, 2008.
65. Beck AT. *Cognitive therapy of depression.* Guilford Press; 1979. 425 p.
66. BECK AT. THINKING AND DEPRESSION. II. THEORY AND THERAPY. *Arch Gen Psychiatry.* 1964 Jun;10:561-71.
67. Wright JH, Beck AT. Cognitive therapy of depression: theory and practice. *Hosp Community Psychiatry.* 1983 Dec;34(12):1119-27.
68. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet.* 1997 May 24;349(9064):1498-504.
69. Eaton WW, Anthony JC, Gallo J, Cai G, Tien A, Romanoski A, et al. Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression. The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Arch Gen Psychiatry.* 1997 Nov;54(11):993-9.
70. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry.* 2001 Oct;179:308-16.
71. Bebbington PE, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, et al. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity . *Psychol Med.* 1998 Jan;28(1):9-19.
72. Spijker J, de Graaf R, Bijl R V, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry.* 2002 Sep;181:208-13.
73. Keller, M. B., Shapiro, R. W., Lavori, P. W.; Wolfe, N. (1982). Relapse in

- major depressive disorder: Analysis with the life table. *Archives of General Psychiatry*, 39 (8), 911–915. doi:10.1001/archpsyc.39.8.911.
74. Dilbaz N, Darçın AE, Çavuş SY. Depresyon Tedavisinde Karşılanmamış İhtiyaçlar: Eşanlı Anksiyete ve Yaklaşım Depresyon tedavisinde karşılanmamış ihtiyaçlar: Eşanlı anksiyete ve yaklaşım. *Bull Clin Psychopharmacol*. 2011;21(1).
 75. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun 1;62(6):629.
 76. Dilbaz N, Yalçın Çavuş S. Depresyon tedavisinde yetersiz yanıt durumunda güçlendirme tedavileri *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2010; 20: 4-14.
 77. Rush AJ, Kraemer HC, Sackeim HA, Fava M, Trivedi MH, Frank E, et al. Report by the ACNP Task Force on Response and Remission in Major Depressive Disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2006 Sep 21;31(9):1841–53.
 78. Rounsaville, B. J., Prusoff, B. A., & Padian, N. (1980). The course of non bipolar, primary major depression. A prospective 16-month study of ambulatory patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(7), 406–411.
 79. Eaton WW, Shao H, Nestadt G, Lee BH, Bienvenu OJ, Zandi P, et al. Population-Based Study of First Onset and Chronicity in Major Depressive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 May 1;65(5):513.
 80. Coryell, W., Endicott, J., & Keller, M. (1990). Outcome of patients with chronic affective disorder: A five-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 147(12), 1627–1633.
 81. Keller, M. B., Lavori, P. W., Endicott, J., Coryell, W., & Klerman, G. L. (1983). “Double depression”: Two-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 140(6), 689–694.
 82. Kanai T, Takeuchi H, Furukawa TA, Yoshimura R, Imaizumi T, Kitamura T, et al. Time to recurrence after recovery from major depressive episodes and its predictors. *Psychol Med*. 2003 Jul;33(5):839–45.
 83. Boland, R. J., & Keller, M. B. (2002). Course and outcome of depression. In I. H. Gotlib, & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 43–57). New York: Guilford.
 84. Weissman MM, Kasl S V. Help-seeking in depressed out-patients following maintenance therapy. *Br J Psychiatry*. 1976 Sep;129(3):252–60.
 85. Rao A V, Nammalvar N. The course and outcome in depressive illness. A follow-up study of 122 cases in Madurai, India. *Br J Psychiatry*. 1977 Apr;130(4):392–6.
 86. Angst, J. (1992). How recurrent and predictable is depressive illness? In S. A. Montgomery & F. Rouillon (Eds.), *Long-Term Treatment of Depression* (pp. 1–13). Chichester: Wiley.
 87. Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W., et al. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1000–1006.
 88. Berlim MT, Turecki G. What is the meaning of treatment resistant/refractory major depression (TRD)? A systematic review of current randomized trials.

- Eur Neuropsychopharmacol. 2007 Nov;17(11):696–707.
89. Berlim MT, Turecki G. Definition, Assessment, and Staging of Treatment—Resistant Refractory Major Depression: A Review of Current Concepts and Methods. *Can J Psychiatry*. 2007 Jan;52(1):46–54.
 90. Nierenberg AA. A systematic approach to treatment resistant depression. *J Clin Psychiatry Monograph Series* 1992; 10:5–10.
 91. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
 92. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 1994 Dec;151(12 Suppl):1–36.
 93. Kripalani S, Yao X, Haynes RB. Interventions to Enhance Medication Adherence in Chronic Medical Conditions. *Arch Intern Med*. 2007 Mar 26;167(6):540.
 94. Joyce PR, Paykel ES. Predictors of Drug Response in Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1989 Jan 1;46(1):89.
 95. Worthington J, Fava M, Agustin C, Alpert J, Nierenberg AA, Pava JA, et al (1996): Consumption of alcohol, nicotine, and caffeine among depressed outpatients. Relationship with re- sponse to treatment. *Psychosomatics* 37:518–522.
 96. Fava GA, Savron G, Grandi S, Rafanelli C (1997): Cognitive- behavioral management of drug-resistant major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 58:278–282.
 97. Flint AJ, Rifat SL (1997): Anxious depression in elderly patients. Response to antidepressant treatment. *Am J Geriatr Psychi- atry* 5:107–115.
 98. Davidson JRT, Meoni P, Haudiquet V, Cantillon M, Hackett D. Achieving remission with venlafaxine and fluoxetine in major depression: its relationship to anxiety symptoms. *Depress Anxiety*. 2002;16(1):4–13.
 99. Russell JM, Koran LM, Rush J, Hirschfeld RM, Harrison W, Friedman ES, et al. Effect of concurrent anxiety on response to sertraline and imipramine in patients with chronic depression. *Depress Anxiety*. 2001;13(1):18–27.
 100. PETERSEN T, GORDON JA, KANT A, FAVA M, ROSENBAUM JF, NIERENBERG AA. Treatment resistant depression and Axis I co-morbidity. *Psychol Med*. 2001 Oct 1;31(7):1223–9.
 101. Stek ML, Van Exel E, Van Tilburg W, Westendorp RG, Beekman AT (2002): The prognosis of depression in old age: Outcome six to eight years after clinical treatment. *Aging Ment Health* 6:282–285.
 102. Petersen T, Papakostas GI, Bottonari K, Iacoviello B, Alpert JE, Fava M, et al. NEO-FFI factor scores as predictors of clinical response to fluoxetine in depressed outpatients. *Psychiatry Res*. 2002 Jan 31;109(1):9–16.
 103. Friedman RA, Parides M, Baff R, Moran M, Kocsis JH (1995): Predictors of response to desipramine in dysthymia. *J Clin Psychopharmacol* 15:280–283.a.
 104. Bosworth HB, Hays JC, George LK, Steffens DC (2002): Psychosocial and clinical predictors of unipolar depression outcome in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 17:238–246.
 105. Nierenberg AA, Feighner JP, Rudolph R, Cole JO, Sullivan J (1994): Venlafaxine for treatment-resistant unipolar depres- sion. *J Clin*

- Psychopharmacol 14:419–423.
106. Charney DS, Nelson JC. Delusional and non delusional unipolar depression: further evidence for distinct sub- types. *Am J Psychiatry* 1981;138:328–33.
 107. Klein DN, Schatzberg AF, McCullough JP, et al. Early- versus late - onset dysthymic disorder: comparison in out - patients with superimposed major depressive episodes. *J Affect Disord* 1999;52:187–96.
 108. Klein DN, Schatzberg AF, McCullough JP, et al. Age of onset in chronic major depression: relation to demo- graphic and clinical variables, family history, and treat- ment response. *J Affect Disord* 1999;55:149–57.
 109. Mulsant BH, Pollock BG. Treatment-Resistant Depression in Late Life. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 1998 Dec;11(4):186–93.
 110. Thase ME. Treatment of severe depression. *J Clin Psychiatry.* 2000;61 Suppl 1:17–25.
 111. Leuchter AF, Cook IA, Hamilton SP, Narr KL, Toga A, Hunter AM, et al. Biomarkers to predict antidepressant response. *Curr Psychiatry Rep.* 2010 Dec;12(6):553–62.
 112. Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization. *Am J Psychiatry.* 1986 Jan;143(1):56–60.
 113. Domenici N, Griffin- Francell C (1993) The role of family education. *J Clin Psychiatry,* 54(Suppl 1):31-35.
 114. Chambless DL, Bryan AD, Aiken LS, Steketee G, Hooley JM. Predicting expressed emotion: a study with families of obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *J Fam Psychol.* 2001 Jun;15(2):225–40.
 115. Miklowitz DJ. Family Risk Indicators in Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1994 Jan 1;20(1):137–49.
 116. Malla AK, Kazarian SS, Barnes S, Cole JD. Validation of the five minute speech sample in measuring expressed emotion. *Can J Psychiatry.* 1991 May;36(4):297–9.
 117. Kazarian SS, Malla AK, Cole JD, Baker B. Comparisons of two expressed emotion scales with the Camberwell Family Interview. *J Clin Psychol.* 1990 May;46(3):306–9.
 118. Brewin CR, MacCarthy B, Duda K, Vaughn CE. Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 1991;100(4):546–54.
 119. Bullock BM, Bank L, Burraston B. Adult sibling expressed emotion and fellow sibling deviance: A new piece of the family process puzzle. *J Fam Psychol.* 2002;16(3):307–17.
 120. López SR, Nelson Hipke K, Polo AJ, Jenkins JH, Karno M, Vaughn C, et al. Ethnicity, Expressed Emotion, Attributions, and Course of Schizophrenia: Family Warmth Matters. *J Abnorm Psychol.* 2004 Aug;113(3):428–39.
 121. Brown GW. Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living groups. *Milbank Mem Fund Q.* 1959;37:105–31.
 122. Brown GW, Monck EM, Carstairs GM, Wing JK. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Illness. *Br J Prev Soc Med.* 1962;16(2):55.
 123. Brown GW, Rutter' M. The Measurement of Family Activities and Relationships. *Hum Relations.* 1966 Aug;19(3):241–63.
 124. Hooley JM. Expressed emotion: A review of the critical literature. *Clin*

- Psychol Rev. 1985;5(2):119–39.
125. Gift T, Cole R, Wynne L. An Interpersonal Measure of Hostility Based on Speech Context. In: Content Analysis of Verbal Behavior. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1986. p. 87–93.
 126. Magana-Amato A. Manual for coding expressed emotion from the five minute speech sample. Unpubl manuscript, Univ Calif Los. 1993;
 127. Magaña AB, Goldstein JM, Karno M, Miklowitz DJ, Jenkins J, Falloon IR. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Res.* 1986 Mar;17(3):203–12.
 128. Baker B, Helmes E, Kazarian SS. Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relation to rehospitalization. *Br J Psychiatry.* 1984 Mar;144:263–9.
 129. Parker G, Fairley M, Greenwood J, Jurd S, Silove D. Parental representations of schizophrenics and their association with onset and course of schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1982;141(6).
 130. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1992;160(5).
 131. Mönking H, Hornung W, Stricker K, Buchkremer G. Expressed emotion in an 8 year follow-up. *Eur psychiatry.* 1997;
 132. Miklowitz D. The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: a developmental psychopathology view. *Dev Psychopathol.* 2004;
 133. Hooley JM. Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol.* 2007;3(1):329–52.
 134. O’Farrell TJ, Hooley J, Fals-Stewart W, Cutter HS. Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *J Consult Clin Psychol.* 1998 Oct;66(5):744–52.
 135. FICHTER MM, GLYNN SM, WEYERER S, LIBERMAN RP, FRICK U. Family Climate and Expressed Emotion in the Course of Alcoholism. *Fam Process.* 1997 Jun;36(2):203–21.
 136. Pourmand D, Kavanagh DJ, Vaughan K. Expressed Emotion as Predictor of Relapse in Patients with Comorbid Psychoses and Substance use Disorder. *Aust New Zeal J Psychiatry.* 2005 Jun;39(6):473–8.
 137. Lam D, Giles A, Lavander A. Carers’ expressed emotion, appraisal of behavioural problems and stress in children attending schools for learning disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2003 Sep;47(6):456–63.
 138. TARRIER N, SOMMERFIELD C. Relatives’ expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. *Psychol Med.* 1999;
 139. Peter H, Hand I. Patterns of Patient-Spouse Interaction in Agoraphobics: Assessment by Camberwell Family Interview (CFI) and Impact on Outcome of Self-Exposure Treatment. In: Panic and Phobias 2. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1988. p. 240–51.
 140. Chambless DL, Steketee G. Expressed emotion and behavior therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *J Consult Clin Psychol.* 1999 Oct;67(5):658–65.
 141. Grange D, Eisler I, Dare C, Hodes M. Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion. *J Fam Ther.* 1992 Jan;14(2):177–92.
 142. Hedlund S, Fichter MM, Quadflieg N, Brandl C. Expressed emotion, family environment, and parental bonding in bulimia nervosa: A 6-year investigation. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes.* 2003 Mar 26;8(1):26–35.

143. Szmukler GI, Eisler I, Russell GF, Dare C. Anorexia nervosa, parental “expressed emotion” and dropping out of treatment. *Br J Psychiatry*. 1985 Sep;147:265–71.
144. Flanagan DA, Wagner HL. Expressed emotion and panic-fear in the prediction of diet treatment compliance. *Br J Clin Psychol*. 1991 Sep;30 (Pt 3):231–40.
145. Hooley JM, Hoffman PD. Expressed Emotion and Clinical Outcome in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 1999 Oct;156(10):1557–62.
146. Cutting L, Aakre J, Docherty N. Schizophrenic patients’ perceptions of stress, expressed emotion, and sensitivity to criticism. *Schizophr Bull*. 2006;
147. Heikkil J, Karlsson H, Taiminen T, Lauerma H, Ilonen T, Leinonen KM, et al. Expressed emotion is not associated with disorder severity in first-episode mental disorder. *Psychiatry Res*. 2002;111(2–3):155–65.
148. Nuechterlein K, Snyder K, Mintz J. Paths to relapse: possible transactional processes connecting patient illness onset, expressed emotion, and psychotic relapse. *Br J*. 1992;
149. Davis JA, Goldstein MJ, Nuechterlein KH. Gender differences in family attitudes about schizophrenia. *Psychol Med*. 1996 Jul 9;26(4):689.
150. Weisman A, Nuechterlein K. Controllability perceptions and reactions to symptoms of schizophrenia: a within-family comparison of relatives with high and low expressed emotion. *J Abnorm*. 2000;
151. Bentsen H, Notland T, Boye B. Criticism and hostility in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses: demographic and clinical predictors. *Acta Psychiatr*. 1998;
152. Barrowclough C, Tarrier N. Social functioning in schizophrenic patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1990;25(3):125–9.
153. Karno M, Jenkins J, Selva AD la. Expressed emotion and schizophrenic outcome among Mexican-American families. *J*. 1987;
154. Butzlaff RL, Hooley JM, B L, R D, SA D, EJ D, et al. Expressed Emotion and Psychiatric Relapse. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Jun 1;55(6):547.
155. Hooley JM, Gotlib IH. A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Appl Prev Psychol*. 2000 Jun;9(3):135–51.
156. Goldstein MJ, Talovic SA, Nuechterlein KH, Fogelson DL, al et. Family interaction versus individual psychopathology: Do they indicate the same processes in the families of schizophrenics? *Br J Psychiatry*. 1992;
157. Uehara T, Yokoyama T, Goto M, Ihda S. Expressed Emotion and Short-Term Treatment Outcome of Outpatients With Major Depression. 1996;37(4):299–304.
158. Goering PN, Lancee WJ, Freeman SJ. Marital support and recovery from depression. *Br J Psychiatry*. 1992;160(1).
159. Andrew B, Hawton K, Fagg J, Westbrook D. Do psychosocial factors influence outcome in severely depressed female psychiatric in-patients? *Br J Psychiatry*. 1993;163(6).
160. Florin I, Nostadt A, Reck C, Franzen U. Expressed emotion in depressed patients and their partners. *Family*. 1992;
161. Kronmüller KT, Backenstrass M, Victor D, Postelnicu I, Schenkenbach C, Joest K, et al. Expressed emotion, perceived criticism and 10-year outcome of depression. *Psychiatry Res*. 2008;159(1–2):50–5.
162. Hooley J, Campbell C. Control and controllability: beliefs and behaviour in

- high and low expressed emotion relatives. *Psychol Med.* 2002;
163. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vries R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry.* 1982;141(2).
 164. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, et al. Family Psychoeducation, Social Skills Training, and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 1991 Apr 1;48(4):340.
 165. Miklowitz D, Tompson M. Family variables and interventions in schizophrenia. *Textb Marital Fam Ther.* 2003;
 166. Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E, Le Grange D. Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa: The Results of a Controlled Comparison of Two Family Interventions. *J Child Psychol Psychiatry.* 2000 Sep;41(6):727–36.
 167. McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, et al. Multiple-Family Groups and Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 1995 Aug 1;52(8):679.
 168. Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, Matthews SM, Bellack AS, Glick ID, et al. Relapse and Rehospitalization During Maintenance Treatment of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 1997 May 1;54(5):453.
 169. Hooley JM, Rosen LR, Richters JE. Expressed Emotion: Toward Clarification of a Critical Construct. In Springer New York; 1995. p. 88–120.
 170. Hooley J, Parker H. Measuring expressed emotion: an evaluation of the shortcuts. *J Fam Psychol.* 2006;
 171. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version (Administration Booklet). American Psychiatric Publishing, Inc. p. 1997;
 172. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon. Ankara: Hekimler yayın birliği. 1999;
 173. Erol A, Yazıcı F. İlk epizod şizofreni ve psikotik özellikli manide: duygu dışavurumunun karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi* 2000; 27(1): 7-15.
 174. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C, Ağargün MY, Seçil M, Can S, et al. Research of family functionality , social support and expression of emotion in schizophrenic patients and their families. *Anadolu Psikiyatı Derg.* 2001;2(1):5–14.
 175. Rush, A. John, et al. "The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression." *Biological psychiatry* 54.5 (2003): 573-583.
 176. Garde K. [Depression--gender differences]. *Ugeskr Laeger.* 2007 Jun 18;169(25):2422–5.
 177. U.S. Census Bureau Population Estimates by Demographic Characteristics, 2005.
 178. Uyumu Arasındaki İlişkiler E, TUTAREL -KIŞLAK Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bölümü Psk Işıl GÖZTEPE Ankara üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı D. DUYGU DIŞAVURUMU, EMPATİ, DEPRESYON ve.

- 2012;3(2).
179. Azhar MZ, Varma SL. Relationship of expressed emotion with relapse of schizophrenia patients in Kelantan. *Singapore Med J.* 1996 Feb;37(1):82–5.
 180. Jenkins, J. H., & Karno, M. (1992). The meaning of expressed emotion: Theoretical issues raised by cross-cultural research. *American Journal of Psychiatry*, 149(1), 9–21.
 181. Scazufca M, Kuipers E, Menezes PR. Perception of negative emotions in close relatives by patients with schizophrenia. *Br J Clin Psychol.* 2001 Jun;40(2):167–75.
 182. Duarte EA, De Mamani AW, Rosales G, Kymalainen J. Educational attainment as a predictor of attributions and expressed emotion in a tri-ethnic sample of relatives of patients with Schizophrenia. *Interam J Psychol.* 2008;42(1):161–70.
 183. Phillips MR, Pearson V, Li F, Xu M, Yang L. Stigma and expressed emotion : a study of people with schizophrenia and their family members in China
Stigma and expressed emotion : a study of people with schizophrenia and their family members. 2013;488–93.
 184. Keefe, John Paul. Sex differences in expressed emotion among Mexican American and Euro Americans caring for a relative with schizophrenia. University of Southern California, 2011.
 185. Kring AM, Gordon AH. Sex differences in emotion: expression, experience, and physiology. 1998;74(3):686–703.
 186. Kubitz N, Mehra M, Potluri RC, Garg N, Cossrow N. Characterization of Treatment Resistant Depression Episodes in a Cohort of Patients from a US Commercial Claims Database. 2013;8(10):1–9.
 187. Norman RMG, Windell D, Manchanda R. Examining differences in the stigma of depression and schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry.* 2012;58(1):69–78.
 188. Nomura, H., Inoue, S., Kamimura, N., Shimodera, S., Mino, Y., Gregg, L., & Tarrier, N.. (2005). A cross-cultural study on expressed emotion in careers of people with dementia and schizophrenia: Japan and England. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 40, 564-570.
 189. K.D. Renshaw, D.L. Chambless, G. Steketee, The Relationship of Relatives' Attributions to Their Expressed Emotion and to Patients' Improvement in Treatment for Anxiety Disorders, *Behavior Therapy* 37 (2006) 159–169.
 190. Anekal C. Amaresha and Ganesan Venkatasubramanian Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview , *Indian J Psychol Med.* 2012 Jan-Mar; 34(1): 12–20.
 191. Cairney J, Boyle M, Offord DR, Racine Y. Stress, social support and depression in single and married mothers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003 Aug 1;38(8):442–9.

8. EKLER

EK-1. Etik Kurul Onay Yazısı

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi yerel etik kurulundan onay alınmıştır.



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2016.559
	PROJE ADI	Major depresyon ve tedaviye dirençli depresyon hastaları arasındaki duygusal dışavurumu açısından farklılıkların incelenmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVAN/ADI	Yrd. Doç. Dr. Mesut YILDIZ

KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 04.11.2016 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma hayvansal deneysel ve ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sürecinde yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katımlar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.
-----------------	---

ÜYELER	Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeligi	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya Katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRENKENELİ		Romatoloji	M.Ü. Tıp Fakültesi/Başkan	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN		Dermatoloji	M.Ü. Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY		Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü. Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Hamdan KAYA		Patojisi	M.Ü. Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU		Genel Cerrahi	M.Ü. Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Abla KARAALP		Farmakoloji	M.Ü. Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Semra SARDAS		Eczacı	M.Ü. Eczacı Fak.Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN		Dış Hekimi	M.Ü. Dış Hekimliği Fak.Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY		Radyasyon Onkolojisi	M.Ü. Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. EBF KARAKOÇ AYDINER		Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü. Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY		Dış Hekimi	İstanbul Üniv. Dış Hekimliği Fak.Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT		Hukukçu	M.Ü. Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Figen DEMİR		Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER		Biyofizik	M.Ü. Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Göde Ayar MİRZA		Sağlık Mensuru olmayan kişi	Serbest	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	

EK-2. Gönüllü Onam Formu

Proje Adı: Major depresyon ve tedaviye dirençli depresyon hastaları arasındaki duygu dışavurumu açısından farklılıkların incelenmesi

Katılımcının Adı, Soyadı: _____

Çalışmanın Amacı: Bu çalışmada, unipolar major depresyon ve tedaviye dirençli depresyon hastalarında duygu dışavurumu açısından herhangi bir fark olup olmadığı, depresyonun klinik özellikleri ve şiddet belirteçleriyle duygu dışavurumunun ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın Yöntemi: Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırma için 2 seanslık görüşme yapılacaktır. Seanslar ortalama 30 dakika sürecek olup, araştırmada kullanılmak üzere 1 adet soru formu ve 2 adet ölçek uygulanacaktır. Görüşmeler çalışmanın yürütücüleri tarafından yapılacaktır.

Riskler ve Faydalar: Bu çalışmaya katılmanın bilinen hiçbir riski yoktur. Çalışmaya katılmanın faydaları; karşılaşılan sorunlarla ilgili katılımcılara psikososyal eğitim verilecek, ihtiyaç duyan katılımcılara farmakoterapi ve diğer terapi seçenekleri hakkında bilgi verilecektir.

Bilime ve tıbbi katkıları: Bu çalışmanın sonucunda elde edilen veriler ve bilgiler bilimsel metodlar ile analiz edilecektir. Bu analiz sonucunda elde edilen bilgiler ile major depresyon hastalığının daha iyi anlaşılması, hastalığı sürdüren ve tedavi sürecini zorlaştıran nedenlerin anlaşılması ve yeni tedavi seçeneklerinin gelişmesi konularında bilime ve tıbbi katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Gizlilik: Çalışma sırasında elde edilecek bilgiler ve bulgular sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Katılımcıların isimleri gizli tutulacak ve çalışmanın yürütücüleri dışında başka kişi ve kurumların kullanımına kapalı olacaktır. Uygulanacak testlerin sonucu ile katılımcıların kimliklerinin anlaşılması kodlama sistemleri kullanılarak engellenecektir. Çalışma ile ilgili

olan her türlü değerlendirme formu, rapor vb. belgeler çalışmanın yürütücüleri tarafından saklanacaktır.

Çalışmanın Gönüllülük İlkesi: Bu çalışmaya katılma gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmaya katılma ya da katılmama kararınız Marmara Üniversitesi ile mevcut ya da gelecek ilişkilerinizi, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde almakta olduğunuz sağlık hizmetini etkilemeyecektir. Katılma kararı alırsanız, istediğiniz zaman çalışmadan ayrılmakta özgürsünüz. Araştırmadan ayrılma kararı alırsanız önceden araştırmacıları haberdar etmenizi rica ederiz. Araştırmacı tarafından gerek görülen durumlarda araştırmadan çıkarılabilirsiniz. Araştırmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışma programından çıkarılmanız veya çıkmanız halinde, hastalığınız ile ilgili tedavisinde bir aksama olmayacaktır.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili gönüllünün herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz, ayrıca size de bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

İkinci bölüm: (Katılımcının/Hastanın Beyanı) (bu bölüm hazırlanan gönüllü olur formunun sonuna eklenmelidir)

Sayın Dr. Fatih Baz tarafından Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Fatih Baz'ı, Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan, 0216 6570606 /6404 no'lu telefonda arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğınının bir kopyası bana verilecektir.

EK-3. Gönüllü Onay Formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin adı-soyadı, imzası, adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

adı-soyadı, imzası, görevi

EK-4. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Katılımcı Dosya No:

Ad - Soyad Baş harfleri:

Yaş (yıl olarak):

Cinsiyet:

- Medenî Durum:
1. Evli / Beraber Yaşıyor
 2. Bekâr
 3. Diğer (Boşanmış, Dul, Ayrı Yaşıyor)

Yaşadığı yer: Köy-Kasaba-İlçe-İl merkezi

Toplam Öğrenim Süresi (yıl olarak):

- Öğrenim Durumu:
1. İlköğretim Mezunu (8 yıla kadar öğrenim)
 2. Lise Mezunu (8-12 yıl arası öğrenim)
 3. Yükseköğrenim Mezunu (12-16 yıl arası öğrenim)
 4. Yüksek Lisans ve Üzeri Öğrenim (16 yıldan fazla süreli öğrenim)

- Çalışma Durumu:
1. Düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor (Tam zamanlı çalışma)
 2. Düzensiz gelir getiren bir işi var (Yarı zamanlı çalışma, çiftçi, mevsimlik işçi)
 3. Ev hanımı / Öğrenci
 4. Emekli
 5. Çalışmıyor / İşsiz / Malulen emekli

- Sosyoekonomik Düzey:
1. Düşük düzey gelir (<1500 TL/ay net gelir)
 2. Orta düzey gelir (1500-2500 TL/ay net gelir)
 3. Yüksek düzey gelir (>2500 TL/ay net gelir)

Ek Tıbbî Hastalık: 1. Var
(Belirtiniz:.....)

2. Yok

Ek tıbbî ilaç kullanımı: 1. Var
(Belirtiniz:.....)

2. Yok

Psikiyatrik Ek Hastalık (Değerlendirme anında): 1. Var
(Belirtiniz:.....)

2. Yok

Yatarak tedavi öyküsü: 1. Var (Sayı
belirtiniz:.....)

2. Yok

Elektrokonvülsif Terapi (EKT) öyküsü: 1. Var (Seans sayısı
belirtiniz:.....)

2. Yok

Ailede Psikiyatrik Hastalık (1. derece akrabalarda): 1. Var
(Belirtiniz:.....)

2. Yok

Özgeçmişte Başka Psikiyatrik Tanı: 1. Var
(Belirtiniz:.....)

2. Yok

Toplam Depresif Nöbet Sayısı (mevcut dönem dahil):

(Varsa)Toplam Özkıyım Girişimi Sayısı:

Ailede Özkıyım Öyküsü (1. Derece yakınlarında, 2. Derece yakınlarında)

İlk Depresif Dönemin Başlangıç Yaşı (yıl olarak):

Son Depresif Dönemin Süresi (hafta olarak):

Dönemler Arasında İyileşme Düzeyi: 1. Tam Remisyon

2. Kısmî Remisyon

3. Kronik Gidiş

Değerlendirme Anında İlaç Kullanımı: 1. Var (Günlük toplam dozu
belirtiniz):

a)

- b)
- c)
- d)

2. Yok

Özgeçmişte Psikotrop İlaç Kullanımı: 1. Var (Günlük toplam dozu belirtiniz:

2. Yok

Madde Kullanımı: 1. Var (Belirtiniz: a. Sigara
(paket/gün):.....
b. Alkol (standart
içki/gün):.....
c. Madde (Türünü belirtiniz.....)

2. Yok

Çocuklukta Duygusal/Fiziksel/Cinsel Travma veya İhmal Varlığı (Görüşmeden edinilen klinik izlenim):

0 (Hiç Yok) – 5 (Çok): (Belirtiniz:.....)

Son Depresif Dönem Öncesinde Stresör Varlığı (Görüşmeden edinilen klinik izlenim):

- 1. Var (Şiddetini belirtiniz): a. Hafif
- b. Orta
- c. Ağır
- 2. Yok

EK-5. Kısa Depresif Belirti Envanteri Özbildirim Formu

KISA DEPRESİF BELİRTİ ENVANTERİ ÖZBİLDİRİM FORMU

Son 7 gün boyunca, sizi en iyi tanımlayan seçeneği daire içine alınız.

1. Uykuya dalma:

- 0 Uykuya dalmam hiçbir zaman 30 dakikayı aşmıyordu.
- 1 Bu sürenin yarısından azında, uykuya dalmam en az 30 dk. sürüyordu.
- 2 Bu sürenin yarısından çoğunda, uykuya dalmam en az 30 dk sürüyordu.
- 3 Bu sürenin yarısından çoğunda, uykuya dalmam 60 dakikadan uzun sürüyordu.

2. Gece boyunca uyku:

- 0 Gece uyanmıyordum.
- 1 Her gece kısa sürelerle birkaç kez uyanarak, huzursuz ve hafif uyuyordum.
- 2 Gecede en az bir kez uyanıyordum, ancak kolayca tekrar uyuyordum.
- 3 Bu sürenin yarısından çoğunda, gece boyu birden fazla uyanıyordum ve 20 dakika ya da daha uzun süre uyanık kalıyordum.

3. Çok erken uyanma:

- 0 Bu sürenin çoğunda, kalkmam gereken zamandan en fazla 30 dakika önce uyanıyordum.
- 1 Bu sürenin yarısından çoğunda, kalkmam gerekenden 30 dk.dan uzun bir süre öncesinde uyanıyordum.
- 2 Hemen her zaman, gerekenden en az bir saat önce uyanıyordum, ancak sonuçta tekrar uyuyordum.
- 3 Gerekenden an az bir saat önce uyanıyordum ve bir daha uyuyamıyordum.

4. Çok fazla uyuma:

- 0 Gün içinde uyuklamaksızın, gecede en fazla 7/8 saat uyuyordum.
- 1 Gündüz uyuklamalar da dahil olmak üzere 24 saat boyunca, en fazla 10 saat uyuyordum.
- 2 Gündüz uyuklamalar da dahil olmak üzere 24 saat boyunca, en fazla 12 saat uyuyordum.
- 3 24 saat boyunca uyuklamalar da dahil olmak üzere, 12 saatten fazla uyuyordum.

5. Keder hissi:

- 0 Kederli hissetmiyordum.
- 1 Bu sürenin yarısından azında kederli hissediyordum.
- 2 Bu sürenin yarısından çoğunda kederli hissediyordum.
- 3 Bu sürenin hemen hepsinde kederli hissediyordum.

6. İştah azalması:

- 0 İştahımda her zamankine göre değişiklik olmadı.
- 1 Her zamankinden daha az miktar ya da sıklıkta yiyordum.
- 2 Her zamankinden belirgin olarak daha az ve kendimi zorlayarak yiyordum.
- 3 24 saat içinde nadiren ve yalnızca kendimi çok zorlayarak ya da başkalarının zorlaması ile yiyordum.

7. İştah artması:

- 0 İştahımda her zamankine göre değişiklik olmadı.
- 1 Her zamankinden daha sık yeme ihtiyacı duyuyordum.
- 2 Düzenli olarak, her zamankine göre daha sık ve/veya daha fazla miktarda yiyordum.
- 3 Hem öğünlerde hem de öğün aralarında aşırı yeme isteği duyuyordum.

8. Kilo verme (son iki hafta içerisinde):

- 0 Kilomda bir değişiklik olmadı.
- 1 Hafif bir kilo kaybım olduğunu hissediyorum.
- 2 1 kilogram ya da daha fazla verdim.
- 3 2,5 kilogram ya da daha fazla kilo kaybettim.

9. Kilo alma (son iki hafta içinde):

- 0 Kilomda bir değişiklik olmadı.
- 1 Hafif kilo aldığımı hissediyorum.
- 2 1 kilogram ya da daha fazla kilo aldım.
- 3 2,5 kilogram ya da daha fazla kilo aldım.

10. Konsantrasyon (karar verme):

- 0 Her zamanki konsantrasyon ve karar verme yeteneğimde bir değişiklik yok.
- 1 Ara sıra kararsız olduğumu ya da dikkatimin dağıldığını hissediyorum.
- 2 Çoğunlukla dikkatimi toplamak ya da karar vermek bir çaba gösteriyorum.
- 3 Okumak için yeterince konsantre olamıyorum ya da basit kararları bile alamıyorum.

11. Kendime bakışım:

- 0 Kendimi diğerleri kadar değerli ve hak sahibi görüyorum.
- 1 Her zamankinden daha fazla kendimi suçluyorum.
- 2 Diğerleri için sorun kaynağı olduğuma büyük ölçüde inanıyorum.
- 3 Sürekli kendimdeki küçük ya da önemli eksiklikleri düşünüyorum.

12. Ölüm ya da intihar düşünceleri:

- 0 Ölüm ya da intiharı düşünmüyorum.
- 1 Hayatın boş olduğunu ya da yaşamaya değip değmeyeceğini düşünüyorum.
- 2 Haftada birkaç kez birkaç dakika boyunca intihar ya da ölümü düşünüyorum.
- 3 Günde birkaç kez intihar ya da ölümü bazı ayrıntılarıyla düşünüyorum ya da intihar için özgün planlar yaptım ya da yaşamıma son vermeyi denedim.

13. Genel ilgi:

- 0 Diğer insanlar ye genel aktivitelere ilgim, her zamankinden farklı değil.
- 1 Diğer insanlar ye genel aktivitelere ilgimin daha az olduğunu fark ediyorum.
- 2 Önceki aktivitelerimin yalnızca bir ya da ikisine ilgimin sürdüğünü fark ettim.
- 3 Önceki aktivitelerime hemen hemen hiç ilgim kalmadı.

14. Enerji düzeyi:

- 0 Her zamanki enerji düzeyimde bir değişiklik yok.
- 1 Her zamankinden daha kolay yoruluyorum.

- 2 Olağan günlük aktivitelere başlamak ya da bitirmek için büyük çaba göstermem gerekiyor (alışveriş, ev işleri, yemek yapma ve işe gitme gibi).
- 3 Enerjim olmadığı için olağan günlük aktivitelere başlamam gerekiyor.

15. Yavaşlama hissi:

- 0 Her zamanki olağan hızımda düşünüp, konuşup hareket ediyorum.
- 1 Daha yavaş düşündüğümü ya da sesimin düzeyinin donuk olduğunu fark ediyorum.
- 2 Soruların çoğuna yanıt vermem birkaç saniye gerektiriyor ve düşüncem yavaşladığına eminim.
- 3 Sıklıkla aşırı çaba harcamadan sorulara yanıt veremiyorum.

16. Huzursuzluk hissi:

- 0 Huzursuz hissetmiyorum.
- 1 Sık sık huzursuzluk hissediyorum, ellerimi ovuşturuyorum ya da oturma biçimimi değiştiriyorum.
- 2 Hareket etme isteği duyuyorum ya da çok huzursuzum.
- 3 Zaman zaman oturarak bekleyemiyorum ve dolaşma ihtiyacı duyuyorum.

EK-6. Duygu Dışavurum Ölçeği (EE)

Duygu Dışavurumu Ölçeği (LE)

Adınız:

Soyadınız:

Yaşınız:

Hastaya Yakınlığınız:

a)Annesiyim

b)Babasıyım

c)Eşiyim

d)Çocuğuyum

AÇIKLAMA: Aşağıda, birinin size karşı davranışlarını tanımlayan cümleler vardır. Lütfen birlikte yaşadığınız, sizin için önemli olan bir insanı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimde davranıp davranmadığını doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

(D) (Y) 1-onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum

(D) (Y) 2-onun hasta olduğuna inanmıyorum

(D) (Y) 3-onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum

(D) (Y) 4-benim için onun istekleri, diğer aile üyelerinin isteklerinden daha önemlidir

(D) (Y) 5-onunla ilgili her şeyi, kendine özel şahsi meselelerini bile araştırıp öğrenmeye çalışırım

(D) (Y) 6-onun varlığı beni deli ediyor

(D) (Y) 7-düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye

(D) (Y) 8-onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum

(D) (Y) 9-ona sık sık öğüt veriyorum

(D) (Y) 10-onunla uyuşamıyoruz

(D) (Y) 11-bıraktım artık ne hali varsa görsün

(D) (Y) 12-aile içinde onun her şeyiyle ben ilgilenirim

- (D) (Y) 13-ona kırılıyor güceniyorum
- (D) (Y) 14-onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim
- (D) (Y) 15-onun üstüne titrerim
- (D) (Y) 16-onunla birlikteyken başka bir şeyle ilgilenmiyorum ilgim sürekli

onun

üzerinde oluyor

- (D) (Y) 17-o benim hayatımı yaşamama engel oluyor
- (D) (Y) 18-dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum, o hasta oldu diye
- (D) (Y) 19-onun yaptığı işleri beğenmiyorum
- (D) (Y) 20-onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum
- (D) (Y) 21-ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum
- (D) (Y) 22-ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum
- (D) (Y) 23-onun her şeyiyle ben ilgileniyorum
- (D) (Y) 24-ondan ah bir kurtulsam diye düşündüğüm oluyor
- (D) (Y) 25-huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyorum ve ondan uzak

duruyorum

- (D) (Y) 26-onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum
- (D) (Y) 27-hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılmaya hiç dayanamıyorum
- (D) (Y) 28-biz birbirimize benziyoruz
- (D) (Y) 29-onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum
- (D) (Y) 30-onunla iyi anlaşıyoruz
- (D) (Y) 31-aklım fikrim hep onda başka bir şey düşünemiyorum
- (D) (Y) 32-kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum
- (D) (Y) 33-ondan uzak kalmak istiyorum
- (D) (Y) 34-başıma bir sürü dert açıyor
- (D) (Y) 35-o olmasa bütün işler yoluna girecek
- (D) (Y) 36-bir zorlukla karşılaşırsam bu zorlukla başa çıkabiliyorum
- (D) (Y) 37-onun her şeyiyle ilgilenmek bana zevk veriyor
- (D) (Y) 38-öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmak için

uğraşırım

(D) (Y) 39-huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla konuşmaya, sohbet etmeye

alışırım

(D) (Y) 40-onun, hastalığını abarttığını dűřünüyorum

(D) (Y) 41-onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum



EK-7. Duygu Dışavurum Düzeyi Ölçeği (LEE)

Duygu dışavurumu düzeyi ölçeği (LEE)

Adınız:

Soyadınız:

Yaşınız:

AÇIKLAMA: Aşağıda, birinin size karşı davranışlarını tanımlayan cümleler vardır. Lütfen birlikte yaşadığınız, sizin için önemli olan bir insanı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimde davranıp davranmadığını doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

- (D) (Y) 1-bazen konuşmak istemezsem eğer, beni anlar (zorlamaz)
- (D) (Y) 2-sinirlendiğimde o beni yatıştırır
- (D) (Y) 3-benim kendime ait kontrolümü o yitirdiğimi söyler
- (D) (Y) 4-beklentilerimi doyuramadığım zamanlarda bile bana hoşgörülü davranır
- (D) (Y) 5-ben konuşurken müdahale etmez
- (D) (Y) 6-benim sınırlarımı bozmaz
- (D) (Y) 7-iyi değilim dediğimde benim ilgi çekmek istediğimi söyler
- (D) (Y) 8-beklentilerimi doyuramadığım için suçluluk duymama neden olur
- (D) (Y) 9-bana karşı aşırı bir koruyuculu kollayıcılı yoktur
- (D) (Y) 10-kendimi iyi hissetmediğim zamanlarda öfkelenir
- (D) (Y) 11-hasta ve keyifsiz olduğumda bana karşı anlayışlıdır
- (D) (Y) 12-benim olaylara bakış açımı anlayabilir
- (D) (Y) 13-her zaman müdahalecidir
- (D) (Y) 14-bir şeyler kötüye gitmeye başlayınca korku ve heyecana kapılmaz
- (D) (Y) 15-kendimi iyi hissetmediğimde bana dışardan aramam için cesaret verir
- (D) (Y) 16-ona birçok sorun yarattığımı düşünmez
- (D) (Y) 17-bir şeyleri benimle yapmak konusunda ısrar etmez

(D) (Y) 18-işler sarpa sarıcınca doğru dürüst düşünemez

(D) (Y) 19-keyifsiz-huzursuz olduğumda bana yardımcı olmaz

(D) (Y) 20-benden umduğunu bulamazsa beni aşağılar

(D) (Y) 21-yanımdan ayrılmamak sürekli benimle olmak gibi bir düşüncesi yoktur

(D) (Y) 22-yolunda gitmeyen işler için beni suçlar

(D) (Y) 23-benim bir insan olarak değerli olduğumu hissettirir

(D) (Y) 24-keyifsiz huzursuz ya da kafam karışık olduğunda bu duruma tahammül

gösteremez

(D) (Y) 25-beni çaresizliğim ve bunalımımınla öylece bir kenarda bırakır

(D) (Y) 26-kötü olduğum zamanlarda benim duygularımı nasıl ele alacağını bilemez

(D) (Y) 27-sorunlarımı ondan kaç almak için yarattığımı söyler

(D) (Y) 28-benim özelliklerimi (özelliklerimin sınırlarını) neyi becerip beceremeyeceğimi bilir

(D) (Y) 29-ne yaptığımı bilmek için beni sık sık kontrol eder

(D) (Y) 30-zor durumlar karşısında soğukkanlılığını ve kendine hakimiyetini koruyabilir

(D) (Y) 31-hasta olduğumda benim kendimi iyi hissetmem için uğraşır

(D) (Y) 32-benim neyi becerip beceremeyeceğim konusunda gerçekçidir

(D) (Y) 33-her zaman işlerime burnunu sokar

(D) (Y) 34-söylediğim şeyleri sonuna kadar dinler

(D) (Y) 35-uzman yardımı aramanın doğru olmayacağını söyler

(D) (Y) 36-işler yolunda gitmedi zaman bana öfkelenir

(D) (Y) 37-hakkımda mutlaka her şeyi öğrenmek ister

(D) (Y) 38-o yanımda olduğu zaman huzurlu ve mutlu olmamı sağlar

(D) (Y) 39-iyi olmadığımı söylediğimde beni abartmakla suçlar

(D) (Y) 40-bir şeyler yolunda gitmese bile bana karşı hep sabırlıdır

(D) (Y) 41-gittiğim yeri mutlaka ısrarla öğrenmek ister

(D) (Y) 42-bana sebepsiz yere öfkelenir

(D) (Y) 43-hasta olduğum zaman ilgili biri olur

- (D) (Y) 44-desteğine ihtiyacım olduğu zaman esirgemez
- (D) (Y) 45-benim özel meselelerime karışır
- (D) (Y) 46-zor (stres yaratan) bir durumla kolayca başa çıkar
- (D) (Y) 47-kendimi iyi hissetmiyorsam durumumu merak eder ve anlamak

ister

- (D) (Y) 48-bir hata yaparsam anlayışla karşılır
- (D) (Y) 49-hayatıma burnunu sokmaz
- (D) (Y) 50-iyi olmadığım zaman bana tahammülü yoktur
- (D) (Y) 51-kendimi kötü hissettiğimde bundan dolayı beni suçlamaz
- (D) (Y) 52-benden çok fazla şey bekler
- (D) (Y) 53-şahsıma ait çok özel konularda çok soru sormaz
- (D) (Y) 54-işler yolunda gitmediği zamanlar o işleri daha da kötüleştirir
- (D) (Y) 55-kendimi iyi hissetmediğim zaman, o bunları benim yarattığımı söyleyerek sık sık beni suçlar
- (D) (Y) 56-ben bir şeyi beceremeyince zıvanadan çıkar çok öfkelenir
- (D) (Y) 57-geliş gidiş saatlerim konusunda onu haberdar etmezsem

huzursuz olur

- (D) (Y) 58-işler iyi gitmediği zamanlar huzursuz olur
- (D) (Y) 59-kendimi iyi hissetmediğim zamanlarda bana güven verir destek

olur

- (D) (Y) 60-kendimi iyi hissetmediğimde bile benden aynı gayreti bekler

