

T. C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

**DEPRESYON TANISI KONULMUŞ HASTALAR
İLE DEPRESİF ŞİKAYETLERİ OLMAYAN
KİŞİLERİN KULLANDIKLARI SAVUNMA
MEKANİZMALARI AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

ÖZGÜR AKTAN

061106203

Danışman Öğretim Üyesi:

Yrd. Doç. Dr. BAYHAN ÜGE

İstanbul, Aralık 2009

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

24.12.2009 tarihinde tezinin savunmasını yapan Özgür AKTAN'a ait "Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar İle Depresif Şikayetleri Olmayan Kişilerin Kullandıkları Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak Kabul Edilmiştir.



Prof. Dr. Arşaluy KAYIR
(Başkan)



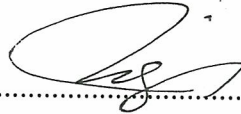
Yrd. Doç. Dr. İrem AKDUMAN
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Levent ÖNEN
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Figen KARADAYI
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Bayhan ÜGE
(Üye)
(Danışman)

ÖNSÖZ

Çalışmada, depresyon tanısı konulmuş hastalar ile depresif şikayetleri olmayan kişilerin kullandıkları savunma mekanizmaları açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Savunma mekanizmaları ile depresyon arasındaki ilişkinin ortak ve farklılaşan dinamikleri ile anlaşılmaya çalışılması ve yeni bilgilere ulaşılması ile ruh sağlığı alanında çalışan uzmanlara ve bilim dünyasına bir katkıda bulunması hedeflenmiştir.

Öncelikle, klinik psikoloji yüksek lisansı yapmaya karar verdiğim günden bu güne sabrı, sevgisi ve olumlu yönlendirmeleri ile bana destek olan sevgili eşime, bu günlere gelmemde her zaman fedakarca ve cömertçe destek olan değerli anneme ve babama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Test ve ölçeklerin kullanımı aşamasında klinik grup ile yapılan uygulamalar için bize kapılarını açan NP İstanbul Hastanesi Yönetim Kurulu'na teşekkür ederim. Tez çalışmamın onaylanma aşamasına kadar geçen süreçte bilgi ve önerilerini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Arşaluis Kayır'a, aramızda mesafeler olmasına rağmen istatistiksel değerlendirmeleri ve analizleri ile bana destek olan değerli meslektaşım Oğuz Akpınar'a ve benden yardımlarını, desteğini, sabrını ve bilgisini esirgemeyen değerli tez danışmanım, hocam, Yrd. Doç. Dr. Bayhan Üge'ye teşekkürü bir borç bilirim.

26 Aralık 2009

Özgür Aktan

ÖZET

Depresyon psikiyatride yaygın olarak karşılaşılan bir hastalıktır. Çoğunlukla psikodinamik kavramlarla açıklanmakta ve psikoterapötik yöntemlerle tedavi edilmektedir. Kaygı ve elem veren durumun algılanmasını engellemek ve kaygının derecesini azaltmak savunma mekanizmalarının işlevidir. Savunma mekanizmaları geçici rahatlama sağlamalarına karşın sorunların etkili bir biçimde çözülmesini önler. Savunma mekanizmalarını sıklıkla kullanan kişiler hiçbir zaman daha etkili başa çıkma yollarını öğrenemezler. Bu açıdan depresyon ile savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiyi anlamak önemlidir.

Bu araştırmada çeşitli yakınmalar ile kliniğe başvuranlar arasından depresyon tanısı konulmuş 100 hasta ile iş, aile ve toplumsal yaşantı içerisinde depresif yakınmaları olmayan 100 kişinin kullandıkları savunma mekanizmaları SBT_40, Savunma Biçimleri Testi ve Beck Depresyon Ölçeği ile karşılaştırılarak ortak ve farklılaşan dinamikleri ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Tüm katılımcılara uygulanan Kişisel Bilgi Formu ile yaş, cinsiyet ve eğitim gibi değişkenler sabitlenmiş bu iki grubunun testleri ele alış biçimi ile hastalıkları arasındaki bağlantılar üzerine sonuçlara gidilmiştir. Araştırmada depresyon tanısı Beck Depresyon Ölçeği'ne göre konulmuştur. Katılımcıların savunma düzeneklerini değerlendirmek için Savunma Biçimleri Testi [SBT-40] uygulanmıştır. Araştırmanın sonunda depresyon tanısı konulmuş hastaların, depresif şikayetleri olmayan sağlıklı kişilerden daha az olgun, daha çok ilkel ve nevrotik savunma düzenekleri kullandıkları bulunmuştur. Elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılarak bir senteze gidilmiştir. Sonuç olarak; ilkel ve nevrotik savunmaların sık, olgun savunmaların ise görece az kullanılmasının depresyonun gelişmesine yatkınlık oluşturabileceği ya da yaşanan depresyonun biçimi ile ilgili bilgi verebileceği düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Savunma Mekanizmaları, Depresyon, Ego

ABSTRACT

Depression is a commonly encountered illness in psychiatry. It is mostly explained in terms of psychodynamic concepts and treated by means of psychotherapeutic methods. It is the function of defence mechanisms to prevent the perception of situations causing anxiety and distress, and to lessen the degree of the anxiety. Despite the fact that defence mechanisms provide temporary relief, they prevent the solving of the problems effectively. People who often use defence mechanisms can never learn the ways of more effectively overcoming. It is for that reason that it is important to comprehend the relation between depression and defence mechanisms.

In this research, common and differentiating dynamics have been tried to be brought to light by comparing the defence mechanisms which 100 patients diagnosed with depression out of those who applied to hospital for several complaints and 100 patients who have no complaints of depression in social, work and family life use with the Beck Depression Inventory and the test of defence forms (SBT-40) . With the personal information form applied to all the applicants, factors such as age, sex and education were maintained and a conclusion was reached about connections between the handling of the tests by these two groups and their illness. In the research, diagnosis of depression was described as depression according to the Beck Depression Inventory. In order to evaluate the defence mechanisms of the participants, the test of defence forms was applied. At the end of the research, it was found out that patients with depression were using defence systems which were less mature than controls, more immature and neuratic. The findings gained were discussed in the light of literature and a synthesis was formed. As a result, it was thought that the use of immature and neuratic defences often and of mature defences relatively less would lead to a tendency for the formation of depression.

Keywords: Defence Mechanisms, Depression, Ego

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Savunma Mekanizmaları	3
1.1.1. Savunma Mekanizmaları Tanımı	3
1.1.2. Savunma Mekanizmalarının Tarihçesi	4
1.1.3. Savunma Mekanizmaları Hakkında Genel Değerlendirme	9
1.1.4. Savunma Mekanizmalarının Sınıflandırılması	12
1.2. Depresyon	15
1.2.1. Depresyonun Genel Özellikleri	16
1.2.2. Depresyonun Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırma	19
1.2.3. Depresyon İle İlgili Kuramsal Açıklamalar	20

1.3. Depresyon ve Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişki	23
1.4. Araştırmanın Amacı	24
1.5. Araştırmanın Önemi	25
2. YÖNTEM	27
2.1. Örneklem	27
2.2. Veri Toplama Araçları	28
2.2.1. Demografik Bilgi ve Yanıt Formu	28
2.2.2. Beck Depresyon Envanteri	28
2.2.3. Savunma Biçimleri Testi	30
2.3. İşlem	33
3. BULGULAR	36
3.1. Grubun Genel Yapısına İlişkin Analizler	39
3.2. Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayeti Olmayan Katılımcıların Depresyon Durumlarına İlişkin Analizler	39
3.2.1. Katılımcılarının BDE Maddelerine Verdikleri Puanların Ortalama ve Standart Sapma Değerlerin Karşılaştırılması	40
3.3. Depresyon Tanısı Konulmuş ve Depresif Şikayetleri Olmayan Katılımcıların Savunma Mekanizmalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Analizler	41
4. TARTIŞMA	45
4.1. Araştırmanın Uygulama Süreci ve Ölçekleri İle İlgili Gözlemlerin Tartışılması	45

4.2. Araştırmada Elde Edilen Bulgulara Göre 3 Temel Savunmanın Karşılaştırılması	47
4.3. Araştırma Sonuçlarının Savunma Mekanizmaları Konusunda Yapılan Diğer Araştırma Sonuçları İle Karşılaştırılması	48
4.4. Araştırmanın Bulgularının Hipotezler Işığında Değerlendirmesi ve Geliştirilen neriler	52
5. KAYNAKLAR	54
6. EKLER	58
EK–1: Demografik Bilgi Formu	58
EK–2: Beck Depresyon Envanteri	59
EK–3: Savunma Biçimleri Testi	64
EK–4 Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayeti Olmayan Katılımcıların SBT–40 Testi Maddelerine Verdikleri Puanların Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	69
zgemiş	70

KISALTMALAR LİSTESİ

APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
DSM	: Mental Bozukluklar Sınıflandırma Sistemi
DSQ	: Savunma Biçimleri Testi
ICD	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
SBT-40	: Savunma Biçimleri Testi
SPSS	: Sosyal Bilimler için İstatistik Programı
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

		<u>Sayfa No</u>
Tablo 1.	Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayeti Olmayan Katılımcıların Kişisel Bilgilerine İlişkin Yüzde ve Frekans Dağılımı	37
Tablo 2.	Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayeti Olmayan Katılımcıların BDE Sonucuna Göre Depresyon Durumlarına İlişkin Yüzde ve Frekans Dağılımı	39
Tablo 3.	Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayeti Olmayan Katılımcıların BDE Maddelerine Verdikleri Puanların Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	40
Tablo 4.	Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayetleri Olmayan Kişilerin ‘‘Nevrotik’’ Savunma Mekanizmaları Puanlarında Anlamlı Bir Farklılaşma Olup Olmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t-testi	41
Tablo 5.	Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayetleri Olmayan Kişilerin ‘‘Olgun’’ Savunma Mekanizmaları Puanlarında Anlamlı Bir Farklılaşma Olup Olmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t-testi	42
Tablo 6.	Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayetleri Olmayan Kişilerin ‘‘İmmatür’’ Savunma Mekanizmaları Puanlarında Anlamlı Bir Farklılaşma Olup Olmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t-testi	43
Tablo 7.	Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayeti Olmayan Katılımcıların SBT-40 Testi Maddelerine Verdikleri Puanların Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	69

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Toplum daha karmaşık hale geldikçe uyum zorlaşmakta ve insanın karşılaştığı problem sayısı çoğalmaktadır. Çağdaş yaşamın getirdiği sorunlar karşısında bireyler yaşadıkları durumlara uygun savunma mekanizmaları geliştirmektedirler. Bugüne kadar, insanların davranışlarını anlama ve açıklamaya yönelik birçok görüş ileri sürülmüştür. Psikanalitik teoride geliştirdiği savunma mekanizmaları kavramıyla kompleks insan davranışlarını açıklamaya çalışmıştır.

Savunma mekanizmaları kavramı, tehlike ve tehditlere karşı benlik tarafından geliştirilen, bilinçdışı olarak işleyen koruyucu tepkilerin bir bölümü olarak değerlendirilir. Savunma kavramı Freud tarafından ilk olarak ortaya atıldıktan sonra, çeşitli yazarlar tarafından sürekli olarak üzerinde tartışılmış ve geliştirilmiştir. Psikanalitik teorisyenler, ego savunmalarına verdikleri önemi savunmaların oluşumu, işleyişi ve ruhsal hastalıklardaki etkisini açıklayan çalışmalarda bulunarak göstermişlerdir. Savunma mekanizmaları, klinik psikolojinin başlıca konularından biri olmakla birlikte sosyal araştırmacılarında ilgisini çeken bir kavram olmuştur.

İnsan tek bir savunma mekanizmasını değil, bir grup savunma örüntüsünü birlikte kullanır. İnsanın en belirgin olarak kullandığı savunma mekanizmaları, içinde bulunduğu koşullara göre ve yaşamının bir döneminden diğerine farklılık gösterebilir. Ego savunma mekanizmalarını çabaya yönelik davranışlardan ayıran en önemli özellik, bu tepkilerin bilinçdışında geliştirilmesi ve işlemesidir. Kişi bu

mekanizmaların oluşturduğu duygu ve davranışları, gerisindeki dinamik güçlerden haberdar olmaksızın yaşar. İnsan hayatında yaygın ve doğal bir biçimde kullanılan savunma mekanizmaları, görünüşte birey açısından rahatlatıcı olsa da, realitede onun için zararlı bir olgu da olabilmektedir.

Günümüzde oldukça yaygın olan duygu durum bozuklukları ve özellikle depresyon, yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmektedir. Bir bedensel hastalığın sonucu olarak veya stresli bir yaşam olayına tepki olarak, çocuklukta, ergenlikte ve yaşlılıkta ortaya çıkabilen duygu durum bozuklukları; başka psikolojik problemlere de eşlik ettikleri göz önünde bulundurulursa, bu geniş yelpazelerinden dolayı oldukça önemlidirler (Sayıl, 2004:86-87).

Savunma mekanizmalarını keşfetmeye birçok alanda duyulan ihtiyaç ve ego savunmaları ile psikolojik rahatsızlıklar arasındaki ilişkiyi anlamaya dönük çalışmaların Türkiye'de yok denecek kadar az olması, böyle bir araştırmanın yapılması kararına yol açmıştır. Bu tez çalışmasında, psikiyatri hastalarında ve normal örneklemelerde depresif belirtilerin şiddetini değerlendirmekte dünyada en yaygın olarak kullanılan araçlardan biri olan Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile depresyonun değerlendirmesi yapılmış. Ego savunmalarını gelişmişlik düzeyine göre değerlendirebilen SBT-40 (Savunma Biçimleri Testi) adlı test ile savunma düzenekleri ele alınmıştır. Bu çalışmada amaç, depresyon ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiyi ortak ve farklılaşan dinamikleri açısından karşılaştırmaktır.

Bu çalışmada temel varsayım; depresyon tanısı almış katılımcıların immatür (ilkel) ve nevrotik savunma mekanizmalarını, depresif şikayetleri olmayan katılımcılara oranla daha çok olgun savunma mekanizmalarını ise daha az sıklıkta ve yoğunlukta kullandıklarıdır.

1.1. Savunma Mekanizmaları

Ruhsal yapı, hakim olamayacağı kadar büyük iç yada dış kaynaklı bir uyaran akımıyla karşılaştığı zaman otomatik olarak bunalım ortaya çıkar. Bu tür durumlarda ego etkisi daha hafif olarak hissedilen ve yaklaşan tehlikeye karşı tedbirlerin alınması gerektiğini bildiren haberci bir bunalım geliştirir. Egonun görev ve işleyişlerinin bir kısmı örneğin duyuşsal algılama, bellek ve bazı tip düşünce süreçleri tehlikeyi tanımakla ilgilenirken egonun diğer bölümleri ya da görev ve işleyişleri tehlikeye bunalım olarak algılanan duyguyla tepki verir. Ego travmatik durumu karşılamak ya da ondan kaçınmak üzere harekete geçerek id dürtülerini kontrol etmeyi ve ketlemeyi sağlar. Ego bu işlemi, haz ilkesinin işleyiş prensibi çerçevesinde, gelen tehlikeye karşı korunmak için, kendi fonksiyonu olan savunma mekanizmalarını devreye sokarak yapar (Freud, 1926).

1.1.1. Savunma Mekanizmaları Tanımı

Savunma mekanizmaları, klinik psikolojinin başlıca konularından biri olmakla birlikte sosyal araştırmacılarında ilgisini çeken bir kavram olmuştur. Savunma mekanizması, bireyi iç çatışmalardan ve anksiyeteden koruyan bilinçdışı bir süreç olarak tarif edilmektedir. Savunma mekanizmaları kişinin çevreye uyumunda ve psikolojik gelişiminde çok önemli rol üstlenirler. Savunma mekanizmaları kavramına verilen önem, Freud'un tüm psikolojik buluşlarının içinde "insanların insanları anlamaları için yapılmış en özgün katkı" olarak belirtilmiştir (Vaillant, 1977:121).

Savunma mekanizmaları, ego gelişimi ve psikopatoloji ile yakın ilişki içerisinde. Bu ilişki doğrultusunda savunma mekanizmaları ilk kez, ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi ve tanımlanmasında kullanılan Amerikan Psikiyatri

Birliği'nin ([American Psychiatric Association], APA, 1987). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, [DSM]) üçüncü revize edilmiş formunda (DSM III-R) yer almıştır. DSM IV'e göre (APA, 1994) savunma mekanizmaları, kişileri iç ve dış tehlikelere ya da sıkıntılara karşı koruyan ancak, kişilerin sıklıkla bu süreçlerin işleyişlerinin farkında olmadığı otomatik psikolojik süreçler olarak tanımlanmaktadır.

1.1.2. Savunma Mekanizmalarının Tarihçesi

Savunma terimi ilk olarak Freud tarafından 1894' teki "The-Neuro Psychosis of Defense" adlı çalışmasında ortaya atıldı. İlk önceleri savunma ile bastırmayı eş anlamlı olarak kullanan Freud, daha sonra çeşitli savunmaların varlığına da işaret etmiştir. Bu çalışmada bastırma (repression), istenmeyen id dürtülerine egonun karşı çıkışı olarak tanımlanır. Ego bu mücadelede başarılı olamadığı zaman yani bastırma gücünü yitirdiğinde nevroz ortaya çıkar (Freud,1894/1963 :40).

Freud savunma kavramını ve sayısını yaptığı klinik çalışmalarla sürekli genişletmiştir."Three Essays on the Theory of Sexuality" adlı kitabında yüceltme (sublimation) ve karşıt tepki geliştirme (reaction-formation) savunmalarını anlatır. Toplumun onaylamadığı istekler bastırılır veya karşıtına çevrilerek başka tür amaçlara yönlendirilirler. Bu çalışmada yüceltme savunmasının tanımını yapar ona göre; yüceltmede, cinsel dürtülerden kaynaklanan enerjinin dönüştürülerek toplum tarafından beğenilen etkinliklere yönelmesidir (Freud, 1953:518-591).

Freud, "Instinct and their Vicissitudes" adlı kitabında benlik aleyhine yönelme ve tersine çevirme savunmalarını tanımlar. "Mourning and Melancholia" adlı makalesinde depresyonun psikodinamiğini açıklarken içselleştirme (internalization) ve özdeşim (identification) savunmalarını anlatır. Birey yaşamın erken dönemlerinde sevgi nesnesini içine alarak onunla bütünleşir. Sevgi nesnesinin gerçek ya da hayali kaybında, nesneye duyulan öfke bireyin kendisine döner (Freud, 1917:258).

Freud, Schreber vakasının analizini yaparken ele aldığı yansıtmanın (projection), paronaya ve eşcinsellikte etkin olan savunma mekanizması olduğundan

bahseder. Eşcinsellikte ve paronaya da bireyin kendi içinde kabul edemediği düşünce ve duygular bastırılarak içeriği çarpıtılır ve dışarıya yansıtılır (Freud, 1922:77).

Freud, "Inhibition, Symptoms and Anxiety" adlı kitabında savunma mekanizmalarını ayrıntılı olarak tanımlar. Bastırmayı en temel savunma mekanizması olarak kabul eden Freud bunun yanında obsesyonel nevrozlarda gözlenen, yapma-bozma (undoing) ve yalıtma (isolation), savunmaların da açıklar. Freud bu makalesinde egonun savunma işlemlerini başlatan haberci anksiyeteyi oluşturduğunu ifade eder. Böylece anksiyete yaşantısı egonun pasif bir fonksiyonu olarak değil aktif bir bekleme hali olarak görülmeye başlanır (Freud, 1926).

İnsan organizmasının biyolojik ve kalıtsal olarak bunalım geliştirme yeteneği ile donanmış bir potansiyele sahip olduğuna inanan Freud. Anksiyete, fizik ya da sosyal çevreden gelen tehlikelere karşı organizmayı uyarma ve gerekli uyumu sağlaması için egonun harekete geçmesine sebep olduğunu belirtmiştir. Bunalımın ortaya çıkışının en kolay olduğu durum olarak da, benliğin görece olarak güçsüz olduğu bebeklik dönemidir. Bodur'un aktarımıyla; Brenner'e göre (1955) çocuk gelişiminde her bir safhanın kendine özgü tehlikeli halleri vardır. Bu dönemler sırasıyla, bebeğin bakımına ihtiyaç duyduğu nesneyi (anne) kaybetme korkusu, nesnenin sevgisini kaybetme korkusu, vücudunun yaralanacağı ya da kastrasyon korkusu ve son olarak da üstbenlik tarafından cezalandırılma korkusudur.

Klasik psikanalitik kurama göre bireyin psikolojik gelişimi belli psikoseksüel gelişim dönemleriyle bağlantı içerisindedir. Birey doğumdan itibaren çevresiyle girdiği etkileşim neticesinde çeşitli davranış biçimleri geliştirir. Bu davranışların bir grubu olan savunma mekanizmaları psikoseksüel gelişim dönemleri içindeki yaşantıların etkisiyle şekillenir (Laplanche & Pontalis, 1988).

Psikanalitik teoriye göre, savunmalar bireyin çocuklukta travmatik yaşantılarını bilinçten uzaklaştırmak suretiyle işlev görürler. Organizmanın dürtüsel ihtiyaçları ve buna karşı gelen güçler arasındaki çatışma savunma mekanizmalarını doğurur. Freud 1923 yılında formüle ettiği yapısal kuramında benliğin, dürtüler ve dış dünya ile olan etkileşimini düzenleyen bir rolü olduğunu öne sürer. Benlik bir taraftan dış dünya ile olan ilişkisini gerçekçi bir biçimde sürdürmeye çalışırken, bir

tarafından da id' den gelen istekleri azami ölçüde gerçekleştirmeye çalışır (Freud, 1923).

Bilişsel-davranışsal kurama göre savunma mekanizmalarının oluşumu değerlendirildiğinde, savunma mekanizmaları olarak gözlemlenmesi ve tanımlanabilmesi kolay olan gelişmemiş (immature) defanslara odaklanıldığı görülür. Bu görüşe göre, savunmalar kişilerarası ilişkilerde öğrenilirler. Orijinal öğrenmenin olduğu sitüasyonda bu tepkiler adaptif iken sonraki kontekstte adaptif olma özelliğini yitirmiş olsa bile tekrar etme özelliği gösterirler. Bir tepkinin ortaya çıkış nedeni orijinal sitüasyona doğru analiz edilerek bulunabilir. Ebeveynlerin inatçı, cezalandırıcı, tehditkar, korkutucu ve tahmin edilemez tutumları çocukta emosyonel bir sıkıntı ortaya çıkarır. Çocuk bu sıkıntı dolu sitüasyonla baş edebilmek için olumsuz durumların etkisini en aza indirecek çeşitli davranışlarda bulunur. Bu duruma adaptasyon bilinçli veya bilinçsiz olarak ortaya çıkabilir. Öğrenilen davranışın uyum sağlayıcı değeri olmasa bile ısrarlı bir biçimde diğer sitüasyonlarda da ortaya dökülür. Kişiler arası ilişkiler sırasında orijinal sitüasyonla bağlantılı ipuçlarıyla karşılaşıldığında bu durum otomatik olarak orijinal sitüasyondaki tepkileri hatırlatır ve doğurur. Anksiyete şartlı tepkilerle bağlantılıdır ve şartlı öğrenmeler bu davranışların kanılmasında rol oynarlar (Perry&Cooper,1986:30)

Kendilik psikolojisine göre savunmalar, kendiliğin dağılmasını önlemeye yönelik olan davranışlardır. Narsistik libidinal gelişimde çocuğun büyülenmeci teşhirci gösterileri ayna işlevi gören nesne (anne) tarafından yeterli empati ve onaylayıcı tutumla karşılanmadığında, narsistik libido bastırılır ya da ayrı tutulur. Kendilik bütünlüğünü sağlamaya yönelik olan savunmalar bastırma, bölünme, tümçüçlülük, değersizleştirme, idealleştirme (Kohut, 1971).

Nesne ilişkileri temsilcilerinden Melanie Klein, bölünme (splitting), yansıtımlı özdeşim (projective identification), inkar (denial), denetleme (controlling) gibi ilkel savunmaları tanımlamıştır. Klein, çocuğun gelişimini iki dönem içerisinde değerlendirir. İlk dönem olan paranoid-şizoid durumda bebek ölüm içgüdü ve doğumun getirdiği ayrılık anksiyetesinden korunmak için bölünme, yansıtma, idealleştirme ve yansıtımlı özdeşim savunmalarını kullanır. İkinci dönem olan depresif durumda bebek iyi içsel ve dışsal nesneyi kaybetmemek için inkâr,

tümgüçlülük (omnipotence), onarım (reparation), minnettarlık (gratitude) ve üstbenlikle özdeşim savunmalarını kullanır (Klein, 1975).

Ego psikologlarından Schafer, savunma mekanizmalarını egonun id' e olan karşı-yatırımları olduğunu savunur. Dürtülerin ifadesini engelleyen savunmalar karşı güçler olarak örneğin vazgeçme (renunciation), savuşturma (warding off), olumsuz girişkenlik (negative assertion) olarak ifade bulur. Schafer' e göre, egonun savunmaları sadece id'in dürtüsel doyum sağlamasını engelleyen karşı güçler olarak görülmez aynı zamanda bu savunmalar bir miktar dürtünün de ifade edilmesine katkıda bulunur (Schafer, 1968:62).

Anna Freud, ego savunma mekanizmalarını "The Ego and the Mechanisms of Defense" adlı kitabında geniş olarak ele alır. Savunmaların kompleksliğini ortaya koyarak somut örneklerle bunları açıklar. Savunmaların sadece id' den kaynaklanan içgüdüsel ihtiyaçlara karşı ortaya çıkmadığını aynı zamanda anksiyete geliştiren her şeye karşı oluşturulduğunu söyler Anna Freud'un ayrıntılı olarak açıkladığı savunma mekanizmaları şunlardır: karşıt tepki geliştirme, yapma-bozma, içselleştirme, özdeşleşme, idealleştirme, entellektüalize etme özgecilik, benlik aleyhine yönelme, tersine çevirme, fantazide yadsıma, saldırganla özdeşim ve yüceltme (A.Freud, 1937:132).

A.Freud, savunmaların anksiyete ve tehlike kaynağına bağlı olarak çeşitli şekillerde oluşabileceğine dikkat çekmiştir. Bunları şu şekilde özetleyebiliriz:

Nesnel anksiyetenin yol açtığı savunmalar: Burada dürtülerin doyurulmasına, çocuğun dışındaki çevre, eğiticiler ve ebeveynler tarafından yasak koyulduğu için karşı çıkılır. Çocuk ebeveynlerinin sevgisini yitirme ya da cezalandırılma olasılığına karşı dürtülerini her koşulda ifade etmemesi gerektiğini öğrenir.

Dürtü şiddetinin yol açtığı anksiyeteye karşı dürtü savunması: Egonun aşırı dürtü uyarımı ile yüklenimi egoda kurulu düzenin yıkılması, baskına uğrama gibi korkuları uyandırır. Ego bu korkulardan kurtulmak için acil olarak savunmaları harekete geçirir ve artan dürtüleri denetlemeye çalışır. Dürtünün denetlenmesi gerçekleştiğinde ego güçlenir. İçten gelen ani bir dürtü anışının olduğu yaşamın ileri dönemlerinde de (ergenlik, yaşlılık çağı ve patolojik durumlar) bu anksiyete ortaya çıkar.

Süper egonun yol açtığı savunmalar: Süper egonun dürtüsel doyuma karşı çıkması sonucu, egonun bu dürtülerle savaşımı esnasında ortaya çıkan savunmalardır. Normal koşullarda ego için tehlikeli olarak görülmeyen dürtü güçlerine süper ego tarafından karşı çıkılması egoda anksiyete oluşturur. Ego bu anksiyete yaşantısından kurtulmak için süper egonun isteklerine boyun eğer.

Birbirine zıt isteklerin oluşturduğu çatışmaya karşı geliştirilen savunma:

Ego birbirine uymaz amaçlardan, yüklenimlerin büyüklüğüne göre birini saf dışı bırakarak anksiyeteden korunmayı gerçekleştirir (A.Freud, 1937:132).

Horney, savunmaların çocuğun doğal gelişiminin ebeveynleri tarafından engellenmesi sonucu oluştuğuna inanır. çocuğun istekleri doğrultusunda kendisini ortaya koymasına izin verilmeyip belli kalıplara uydurulmaya çalışıldığı yada aşın korunarak bağımlı bir yapı oluşturmasına zemin hazırlandığı durumlarda, bireyin kişiliği sağlıklı olarak gelişemez. Birey bozuk olan insan ilişkilerini çözmek için birtakım nevrotik ihtiyaçlar geliştirir. Ortaya çıkan davranışlar, bireyin yanlış anne-baba tutumları sonucunda gelişen nevrotik ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olan savunmalardır (Horney, 1950:46).

Hartmann, çalışmalarını benliğin savunmaya yönelik olmayan işlevleri üzerine yoğunlaştırarak ego psikolojisine önemli katkılarda bulunmuştur. Hartmann'a göre egonun doğuştan var olan bazı özerk işlevleri vardır. Bu işlevler algılama, bellek, öğrenme, dikkat, konuşma ve motor hareketlerdir. Bu özerk işlevler sayesinde organizma çevresine uyum sağlayıcı davranışlar geliştirebilmektedir. Hartmann aynı zamanda bazı savunmaların süreç içerisinde çatışmalardan bağımsızlaşarak benliğin uyum işlevlerine katkıda bulunduğunu söyler (Hartmann, 1958:79).

Sullivan' a göre savunmalar kişilerarası ilişkilerdeki bozukluklar sonucunda ortaya çıkar. Savunma tepkilerinin gelişmesinde kişiler arasındaki ilişkilerdeki nitelik ve bozulmaların etkili olduğuna inanır. Sullivan savunmaları iki başlık altında toplamıştır. 1) Birey, kendisinde anksiyete yaratan koşullardan kaçınarak anksiyete yaşantısını duymamaya yönelik etkinliklerde bulunur.

2) Birey anksiyete yaratan durumları çeşitli savunmalarla çarpıtarak algılamamaya çalışır (Akt:Ford ve Urban, 1963:591).

Bodur'un aktarımla (1999); Kernberg'e göre (1975) savunma mekanizmaları, içselleştirilmiş nesne ilişkilerindeki çatışmalardan kaynaklanır ve kendilerini değişik impulsif davranışlarda gösterirler. Nesne ilişkilerine göre, ödip öncesi patolojilerde, iyi ve kötü nesne temsilleri bütünleştirilemediğinden dolayı savunma amaçlı olarak birbirlerinden ayrı tutulur. Kernberg bu tip patolojilerde bölünme başta olmak üzere yansıtma özdeşleşme, tümgüçlülük, değersizleştirme, ilkel idealleştirme (primitive idealisation) ve inkâr savunmalarının kullanıldığını bildirir.

Mahler ise, bebeğin yeniden yakınlaşma (rapprochement) evresinde, anne ile olan ilişkisindeki krizin (bağımlılıkla-ayrılma) başarılı bir şekilde çözümünün, psikolojik gelişimin normal olarak tamamlanmasına olanak sağladığını, aksi takdirde, bölünme savunması başta olmak üzere diğer ilkel savunmalar gelişeceğini belirtmiştir. (Mahler, 1975:297).

1.1.3. Savunma Mekanizmaları Hakkında Genel Değerlendirme

Savunma mekanizmalarının değişik tanımlamaları ile ilgili değişik görüş ve teoriler ortaya atılmıştır, tüm bu tanımlamalarda teorisyenler arasında ortak kabul gören özellikler şunlardır: 1) uyuma yönelik olabilecekleri gibi patolojikte olabilirler 2) dinamik ve geriye çevrilebilirler 3) bilinçdışıdır 4) dürtü ve duygulanımlara karşı kullanılırlar (Gabbard, 1995:431).

Savunma yapıları klinisyenler tarafından aleni davranışlar ve iletişimin içeriğine bakılarak dolaylı yollardan gözlenirler. Bu davranış ve içeriğin belli karakteristikleri vardır: Davranışlar katıdır. Davranışları kontrol edebilme hissi çok azdır. Savunma davranışları engellendiğinde anksiyete ortaya çıkar. Sözel ve sözsüz davranışlar arasında uygunsuzluk vardır (Plutchik, 1995:38).

Ayrıca; literatürde kültürler arasında savunmaların kullanımı açısından farklılıklar olduğu ifade edilmektedir. Wallace'a göre; kurumsallaşmış nezaketi ve

açık düşmanlıktan kaçınmayı vurgulayan doğu kültürlerinde "karşıt tepki oluşturma" sık olarak kullanılır. Aynı şekilde bu kültürlerde hem saldırganlığın ve hem de cinselliğin bastırıldığı vurgulanmıştır. Batı kültürlerinde ise saldırgan ve cinsel duygular kolaylıkla dışa vurulabilmektedir. (Wallace, 1995:61).

Egonun savunmaları hangi ölçütlere göre organize ettiği kesin olmamakla birlikte şu varsayımlara dayanır. Bastırma cinsel dürtülere karşı savaşım vermekte iken diğer savunmalar saldırgan dürtüleri ve ek olarak bastırma savunmasından arda kalanları işlemekte yararlı olmaktadır. Ayrıca belli bir savunma yönteminin ortaya çıkışı dürtü denetiminin belli bir ödeviyle, yani psikoseksüel gelişmenin belli bir evresiyle bağlantılıdır (A. Freud, 1937:211).

Savunma süreçleri ego işlevlerinin bir parçası olarak değerlendirilir. Ego ruhsal yapıyı denge içerisinde tutmak ve çevresiyle uyum içerisinde olmasını sağlamak için şu yetiler aracılığıyla görev yapar: İçgüdüsel dürtülerin düzenlenip kontrol edilmesi (haz ilkesinden gerçeklik ilkesine geçiş); gerçeklik duygusu, gerçeklik sınaması ve gerçeğe uyum yeteneğinin gelişimi, sağlıklı nesne ilişkileri kurabilme, sentezleme (dış dünyadan gelen farklı bilgileri birleştirebilme, düzene sokma ve anlam çıkarabilme), birincil özerk işlevler (algı, düşünce, zeka, dil ve motor gelişim), ikincil özerk işlevler (çatışmadan bağımsız olarak gelişen karakter özellikleri) ve savunma mekanizmaları (Laplanche & Pontalis, 1988:94).

İngiliz analistler yaşamın ilk aylarından başlayarak tüm bastırmalardan önce ilk saldırgan dürtü güçlerine yansıtmanın uygulandığını ve bunun çocuğun dünyayı algılayışında ve kişilik gelişiminde çok büyük önem taşıdığını ileri sürmüşlerdir. Tehlikeli dürtüleri ego alanından uzaklaştırmak söz konusu olduğunda işleyişi bastırmanın sonuçlarına en fazla benzeyen mekanizma yansıtma mekanizmasıdır. Yer değiştirme, karşıtına çevirme, kendine yöneltme gibi diğer mekanizmalar dürtüsel sürecin kendisi üzerinde etkili olurken, bastırma ve yansıtma savunması yalnızca algılanmasını engellerler. Bastırmada karşıt çıkılan düşünce id' e geri itilirken yansıtma da çevreye yerleştirilir. (A. Freud, 1937:89).

Ego kendini istenmeyen dürtülere karşıt savunduğu zaman dürtüsel süreçle birlikte taşınan duygulanımlarda reddedilmek zorundadırlar. İd dürtüleri altında yatan cinsel arzular, kızgınlık, şiddet (agresyon) gibi dürtüsel karakterler savunma

mekanizmaları sayesinde değişime uğrayarak sevgi, kıskançlık, nefret, acı, yas gibi duygulanımlara dönüşürler (Ersevım, 1997:43).

Savunma mekanizmalarının, anksiyeteyi azaltmanın yanında duyguları tahammül edilebilir sınırlar içinde tutarak dürtüleri denetledikleri ya da yeni bir yön verdikleri, kişinin benlik kavramındaki değişiklikleri bütünleştirdikleri ve önemli diğerleri ile olan çatışmaları kontrol altına aldıkları ifade edilir (Vaillant, 1971:226).

Algılanan tehlike durumunun üstesinden gelebilmek için kullanılan savunma manevrası başarılı olduğunda belirli bir denge kurulur fakat bu psişik enerjinin harcanması pahasına mümkün olur. Savunma başarısız olduğunda ise semptom ortaya çıkar. Gerçekliği daha fazla çarpıtan savunmalar (yansıtma, inkar, çarpıtma) kullanıldığında gerçek dünya ile olan uyumlu ilişkiler bozulur (Wallace, 1994:144).

Savunma süreçlerinin zihinsel gelişimin en erken dönemlerinde ortaya çıktığını belirten Freud, savunmaların üç işlevine işaret etmiştir: 1) zihinsel içeriğin kapanması (blocking) 2) Zihinsel içeriğin çarpıtılması 3) Zihinsel içeriğin zıt içerikler kullanılarak örtülmesi (Freud, 1915/1957).

Savunma mekanizmaları kişilik gelişiminde ve çevreye uyum sağlanmasında çok önemli rol oynarlar. Birey karşı karşıya olduğu anksiyete yaşantısının üstesinden gelmek için tek bir savunmadan ziyade, bir grup savunmayı bir arada kullanır. Kullanılan savunmalar yaşamın çeşitli dönemlerine ve içinde bulunulan koşullara bağlı olarak değişir (Brenner, 1955).

Bilimsel yayınlarda hakkında en erken ve en çok bahsedilen savunma bastırma savunmasıdır. Bastırma kabul edilemez id dürtülerinin ve bunlara bağlı anı, duygu ya da hayallerin bilinçdışına itilmesi ile karakterize benlik etkinliğidir. Freud iki tip bastırma şekli olduğunu söyler. Birincil bastırmada, bastırılmış materyal hiç bir zaman bilinçli olmamıştır. İkinci bastırmada ise bir zamanlar bilinçli olan materyal bilinçdışına itilmiştir (Freud, 1926).

Bastırma savunması id ile ego arasındaki mücadelenin sonucunda ortaya çıkar. Ego emrindeki ruhsal enerjiyi id' deki dürtülerin ifa edilmesini engellemek için kullanır. Ego bunda başarılı olduğu sürece, bastırılmış içerik bilinçdışında tutulmuş olur. Egonun zayıfladığı durumlarda ise bastırılan materyal bilince çıkabilir. Egonun

zayıfladığı ve id' deki dürtülerin güçlenerek bilince çıkabileceği haller şunlardır: Alkolik zehirlenmeler, ateşli hastalıklar, uzun süreli yoksunluklar, ergenlik dönemi, rüyalar, baştan çıkarılma, özendirme ve iğfal (Brenner, 1955).

Bastırma savunması genellikle içsel dürtülere karşı kullanılırken, İnkâr savunmasıyla genellikle dışsal tehlikelere, rahatsızlık veren uyarılara karşı kullanılır. Bu mekanizma psikoz ve kişilik bozukluklarında çok yoğun olarak kullanılmakla birlikte normal insanlarda doğal felaketlerle karşılaştıklarında bu savunmayı kullanır (Brenner, 1973).

1.1.4. Savunma Mekanizmalarının Sınıflandırılması

Savunma Mekanizmalarının sınıflandırılması ya da kronolojik öncelikleri konusunda psikanalistler arasında yıllarca süregelen tartışmalar vardır. Zaman içinde değişik kuramcılar ve araştırmacılar birbirlerinden farklı görüş ve değerlendirmelerde bulunmuşlardır.

DSM (Mental Bozukluklar Sınıflandırma Sistemi)' ye göre savunma mekanizmalarının sınıflandırılması;

Savunma mekanizmaları kuramsal ve deneysel olarak savunma düzeyleri başlığı altında toplanırlar. DSM, kişinin kullandığı savunmaların, kullanma önemi ve belirliliği bakımından yedi düzeyde gösterilebileceğini kabul eder (American Psychiatric Assosiation, 1994).

1- Yüksek uyumluluk düzeyi: Bu düzeydeki savunmalar stresleri optimal uyum ile idare ederek tatmini en üst düzeyde tutarken, duyguların ve düşüncelerin bilinçli olmasına izin verirler; beklenti (anticipation), yakınlık kurma (affiliation), özgecilik, mizah (humor), kendini kabul (self assertion), kendini gözleme (self observation),) yüceltme, baskılama.

2- Uzlaşma düzenlenmesi düzeyi: Bu düzeydeki savunmalar tehdit edici duyguların, düşüncelerin, arzuların veya korkuların bilincinde olmayı önler; yer değiştirme, ayrışım entellektüalize etme, yalıtılma, karşıt tepki geliştirme, bastırma, yapma-bozma.

3- Küçük imge çarpıtma düzeyi: Bu düzey, benlik saygısını korumak için selfin ve objenin imajlarını çarpıtan savunmalarla karakterizedir; idealleştirme,

değersizleştirme, tümgüçlülük.

4- *İnkar etme düzeyi*: Bu düzey, kabul edilemez dürtüleri, duygulan veya sorumluluktan dış sebeplere yükleyerek bilinçdışında tutma fonksiyonu ile karakterizedir; inkar, yansıtma, mantıksallaştırma.

5- *Büyük imge çarpıtma düzeyi*: Bu düzey, selfin veya objenin imajlarını önemli derecede çarpıtmakla karakterizedir; fantazi, yansıtmalı özdeşim, bölünme.

6- *Eylem düzeyi*: Bu düzeyde savunma fonksiyonu iç veya dış streslere karşı eylem ya da içe çekilme şeklinde davranışlarda bulunarak başa çıkma tepkileri ile karakterizedir; dışa-vurum, geri çekilme (withdrawal), yardım reddedici yakınma (help-rejecting complaining), pasif saldırganlık (passive aggressive).

7- *Savunma amaçlı düzenlemede bozukluk düzeyi*: Bu düzeyde kişinin streslere karşı oluşturduğu tepkilerin gerçeklikle ilişkisi bozulmuştur; psikotik inkar, psikotik çarpıtma.

Vaillant, savunmaları libidinal gelişim aşamaları içerisinde olgunluk açılarından değerlendiren kapsamlı bir sınıflama yapmıştır. Egonun savunmalarını şu alt başlıklar altında sınıflamıştır.

1-) *En ilkel savunmalar*: inkar, yansıtma ve çarpıtma,

2-) *Gelişmemiş savunmalar*: fantezi, hipokondriya, dışa-vurum ve pasif saldırgan davranışlar,

3-) *Nevrotik savunmalar*: entellektüalize etme, bastırma, yer değiştirme, karışık tepki geliştirme ve ayrışım (dissociation),

4-) *Olgun savunmalar*: yüceltme, baskılama (suppression), özgecilik (altruism)

Bodur'un (1999) aktarımıyla; Fenichel, şöyle bir sıralama önerir: inkar, yansıtma, içe-atma, bastırma, karışık tepki geliştirme, yapma-bozma, yalıtma, gerileme (Fenichel, 1946).

Savunmaları 7 ana başlık altında toplayan Perry' nin sınıflandırması ise şöyledir: a) *aksiyon savunmalar* (örn. pasif-saldırgan davranış) b) *sınır savunmalar* (örn. bölünme) c) *reddedici savunmalar* (örn. inkar) d) *narsistik savunmalar* (örn. tümgüçlülük) e) *nevrotik savunmalar* (örn. bastırma) f) *obsesyonel savunmalar* (örn. yapma-bozma) g) *olgun savunmalar* (örn. yüceltme) (Perry, 1990).

English ve Firich (1964), yansıtmanın en ilkel savunma olduğunu ileri sürerken Ewalt ve Farnsworth (1963), yukarıdaki önerilerden farklı olarak gerilemenin en ilkel savunma olduğunu söyler (Plutchik, 1995:38).

Tüm savunmaları 5 genel savunma kategorisi içerisinde tanımlayan Ihilevich ve Gleser'in önerdiği sınıflama sistemine göre savunma mekanizmaları aşağıda sıralanmıştır.

1) *nesneye yönelme (turning against an object)*: algılanan dışsal tehditlere egemen olmak ve içsel çatışmaların yarattığı kaygıyı gidermek maksadıyla ortaya çıkan dolaylı ya da doğrudan saldırganlığı ifade eder.

2) *yansıtma (projection)*: gerçek kanıtları çarpıtarak başkalarına olumsuz nitelikler atfetmeyi içerir. Bu atfedilen olumsuz niteliklere bağlı olarak kişi kendi düşmanca duygu, düşünce ve davranışlarını haklı kılabilmektedir. Bu kategori tüm yansıtma ve dışsallaştırma savunmalarını kapsar.

3) *ilkeleştirme (principalization)*: algılanan tehdidin üstesinden gelmek için gerçeğin genel ilkeler kullanılarak yeniden yorumlanması biçiminde tarif edilir. İlkeleştirme kategorisi entellektüalize etme, mantıksallaştırma ve yalıtma savunmalarını temsil eder.

4) *kendine çevirme (turning against self)*: öz saygıya yönelik tehditlerin azaltılmasına yönelik olarak gerçekliği dönüştüren kendini cezalandırıcı savunmalardır.

5) *tersine çevirme (reversal)*:

Algılanılan tehdit ve çatışmaların ciddiyetini küçümseyerek ya da yok sayarak kaygıdan korunma şeklinde tanımlanır. Yadsıma, tersini yapma, bastırma ve karşıt tepki geliştirme savunmalarını kapsar (Ihilevich & Gleser, 1995:247).

İnsanların savunma mekanizmalarını, gelişimsel psikopatolojik reaksiyonların etkisini azaltmak ve dış dünyadan gelen tehditlerin üstesinden gelmek için kullandığını belirten Verwoerd, savunmaları 3 grupta toplamıştır. Birinci tipteki savunmalar tehdit edici unsurdan geri çekilme ile karakterize olan davranışlardır. Gerileme savunmasını içine alan hipokondriya, bağımlılık ve ben-merkezcilik örnek olarak gösterilir. İkinci tip savunmalarda amaç tehdit edici unsurun farkına varılmasını engelleyen davranışlardır. Bu savunmalara örnek olarak inkar, baskılama, mantıksallaştırma, yansıtma ve içe atma gösterilir. Üçüncü tip savunmalar tehdit edici unsurun üstesinden gelecek davranışlarla karakterizedir. Bu savunmalar

entellektüalize etme, yalıtma, konturfobik reaksiyonlar, obsesif-kompulsif davranışlar ve yüceltme savunmalarıdır. Bu model ayrıca defansif manevraların çeşitli kombinasyonlarını da sağlar (Verwoerdt, 1972:168).

1.2. Depresyon

Günümüzde, depresyon duygu durumlarının değişikliği, sendrom ve hastalık olarak çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Kelime olarak depresyon “çöküş” anlamındadır ve belirli bir düzeyden alçalmayı ifade etmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2002:74). Aynı zamanda kederlilik, huzursuzluk, uyku, iştah ve kilodaki değişiklikler gibi belirtiler depresyonu tanımlamak için kullanılmaktadır (Quinn, 2002:34).

Depresyon, duygusal durumla, bellek ve düşünmeyle ilgili (bilişsel) değişiklikler, ayrıca davranışsal ve bedensel değişiklikler ortaya çıkartan, önemli bir hastalık olarak da tanımlanmaktadır (Köroğlu, 2004:60).

En geniş anlamıyla depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen ölüm girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah ve cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Alper 2001:45).

Dünya Sağlık Örgütü'nün kayıtlarına göre, depresyon dünya genelinde 121 milyon insanda görülmektedir ve bu insanların ancak %25'i tedavi alabilmektedir. Ayrıca, her yıl yaklaşık olarak 850 bin insanın depresyonla ilişkili olarak intihar ettiği belirtilmektedir. 2000 yılı verilerine göre dünya çapında görülen hastalıklar arasında 4. sırada olan depresyonun 2020 yılıyla birlikte her yaş grubu ve cinsiyet için 2. sıraya yükseleceği tahmin edilmektedir. Günümüzde ise 15-44 yaşları arasında her cinsiyette 2. sırada yer almaktadır. Dünyada kadınların yüzde 30'unda, erkeklerin ise yüzde 12.6'sında depresyonla ilişkili bozukluklar görülmektedir. Bunun yanında kadınlarda beşte bir erkeklerde ise dokuzda bir oranında yaşam boyu depresyon gözlemlendiği belirtilmektedir (WHO, 2006).

1.2.1. Depresyonun Genel Özellikleri

Depresyon, ruhsal hastalıklar arasında en sık görülen bozukluklardandır. Araştırma yöntemlerinin farklılığından dolayı sıklık ve yaygınlığına ilişkin veriler değişiklik göstermekle birlikte, depresyonda yaygınlık genel olarak % 9 ile %20 arasında değişebilmektedir ve yaşam boyu depresyon riski erkeklerde % 8 ile % 12 arasında değişirken, kadınlarda % 20 ile % 26 arasında değişmektedir (Öztürk, 2004:291). Kadın ve erkekler arasındaki bu farkın 13 yaşından sonra başladığı (Ge, Lorenz, Conger, Elder ve Simons, 1994; Hankin, Abramson, Moffitt, Silva ve McGee, 1998) ve özellikle 15–18 yaşlarında tepe noktaya ulaştığı görülmektedir (Hankin vd. 1998:128).

Genel tanımlara bakılacak olursa duygulanım; bireyin uyarılara, olaylara, anılara, düşüncelere, duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Duygu durumu ise bireyin bir süre, değişik derecelerde rahat, neşeli, üzüntülü, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunmasıdır. Bu bağlamda “depresyon”; derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygu durumunun olduğu sendromdur. Buna ek olarak düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama; duygu ve düşüncelerde ise değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık olabilir (Öztürk, 2004:340).

Depresyon, kendini değişik belirtilerle ortaya koyabilmektedir. Bu belirtiler, şu şekilde sıralanabilir: Genel görünüm ve dışa vuran davranışlar ile ilgili belirtiler: Depresif bir kişide, genel olarak yüz çizgileri belirgin, omuzlar çökük ve yüzde üzüntülü bir görünüm vardır. Hareketler yavaşlamış ve durgunluk göze çarpmaktadır. *Konuşma ve ilişki kurma ile ilgili belirtiler:* Konuşma alçak sesli ve yavaştır. Kişiden yanıt almak zordur, ancak, hafif ve orta derecelerdeki hasta ile işbirliği kurmak o kadar zor değildir. Çok ağır durumlardaki hastalarla ilişki kurmak zorlaşmaktadır.

Duygular ile ilgili belirtiler: Duygularda genel bir keyifsizlikten derin üzüntü, iç acısı duyma derecesine varan artma vardır. Sık ağlama görülmekte, bazı hastalarda üzüntü ile birlikte bunaltı (anksiyete), tedirginlik ve öfke olabilmektedir. Kişide, genel bir isteksizlik görülmekte, kişiler eskiden istekle ve zevkle yaptığı şeylere karşı isteksiz olduklarını yaptıkları işten zevk almadıklarını belirtmektedirler.

Bilişsel yetiler ile ilgili belirtiler: Kişiler, sıklıkla unutkanlıktan yakınmaktadır. Fakat gerçek bir bellek bozukluğu bulunmamaktadır. Zamanı algılaması ve

değerlendirmesi ruhsal duruma bağlı olarak değişebilmektedir. Ayrıca, bu durumdaki kişiler, karar vermekte güçlük çektiklerini, sıradan kararları vermekte bile zorlandıklarını belirtmektedirler.

Düşünce akımı ve içeriği ile ilgili belirtiler: Düşünme gücü yavaşlamıştır. Kişi, düşüncelerini düşük bir ses tonu ile, yavaş ve zorlukla söylemektedir. Düşünce içeriği geçmiş pişmanlıklar, acı veren olumsuz anılar, gelecek korkusu ile dolu olmaktadır. Çaresizlik ve umutsuzluk düşünceleri kişinin ruhsal yaşamına egemendir. Kendini suçlama eğilimleri vardır. Ayrıca bu kişilerin, öz saygıları da azalmıştır. Kendilerini işe yaramaz, değersiz ve küçük görmektedirler. Kendini öldürme (intihar) düşüncesine sahiptirler.

Hareketler ile ilgili belirtiler: Ruhsal süreçlerdeki yavaşlamaya bağlı olarak hareketlerde yavaşlama belirginleşmektedir. Kişinin konuşması, yürümesi, iş yapması güçlüğüle olmaktadır. Ancak, ağır durumlarda yerinde duramama, ellerini ovuşturarak sürekli dolaşma ve aşırı tedirgin hareketler görülebilmektedir.

Fizik ve fizyolojik belirtiler: Kişilerin çoğunda yemek yeme isteği azalmaktadır. Bu nedenle, kısa sürede zayıflama görülmekte ve kişiler genellikle, enerji azlığı, güçsüzlük, halsizlik ve çabuk yorulmadan yakınmaktadırlar. Ayrıca, uyku bozuklukları, uykuya dalmada güçlük, uykunun sık sık bölünmesi ya da erken uyanma ve sonra uykuya dalamama gibi durumlar görülebilmektedir. Cinsel istek kayıpları da depresyonda olan kişilerde görülen diğer bir belirtidir (Öztürk 2002, Köroğlu 2004).

Depresyon birçok ruhsal ya da ruhsal olmayan hastalıkta da görülebilmektedir. Bu nedenle depresyon, birincil depresyonlar ve ikincil depresyonlar olarak gruplandırılmaktadır (Öztürk, 2002:122).

Birincil depresyonlar: Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmaksızın ortaya çıkan depresyonlardır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

- Depresyon nöbeti (ağır, orta, hafif)
- Yineleyici depresyon
- Bipolar duygulanım bozukluğunda görülen depresyon nöbeti
- Distimik bozukluk
- Siklotimik bozukluk
- Atipik depresyonlar

İkincil depresyonlar: Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan depresyon durumlarıdır. Adison hastalığı, hipertiroidi, kansızlık ya da bir beyin uru, beyin damar hastalığı gibi hastalıklarda, bazı ilaçların (steroidler, sedatifler) sürekli alımında, tüberküloz, hepatit, ansefalit gibi enfeksiyon hastalıklarında görülen ve doğrudan doğruya beyin işlevlerinin etkilenmesiyle ortaya çıkan bir durumdur. Depresyona neden olan etmenler çok çeşitlidir ve bu nedenler çoğu zaman birbirleriyle ilişkilidir. Köroğlu (2004:67), depresyon nedenlerini; kalıtsal nedenler, hormonla ilişkili hastalıklar (kalp hastalığı, felç inme, kanser, alzheimer, parkinson), geçmişte yaşananlar, bağımlılıklar (alkol ya da ilaç), reçeteli ilaç kullanımı, stresli durumlar (ölümler ve diğer yitimler, ilişki sorunları, olumsuz yaşam olayları) şeklinde sıralamıştır.

Depresyonla ilişkili olabilen birçok etmen bulunmaktadır. Özellikle olumsuz yaşam olayları karşısında ortaya çıkan yoğun stres, kişinin başa çıkma kaynaklarını yetersiz kılarak depresyon yaşamasına neden olabilmektedir. Stres ve depresyon ilişkisi incelendiğinde, bireyin depresyon belirtileri göstermesinin hemen öncesinde (yaklaşık %80'inde) son zamanlarda geçirilmiş stres yaratan bir olayın (bir yitim, bir başarısızlık ya da engelli bir çocuğun doğumu gibi) var olduğu görülmektedir (Köroğlu 2004:68).

Depresyonla ilişkili olabilen bir diğer etmen ise, cinsiyet farklılıklarıdır. Genelde kadınlarda, majör depresyon erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Ancak, bu durum biyolojik kökenli olan bipolar depresyon için geçerli değildir. Bipolar depresyonun kadın ve erkeklerde görülme sıklığının benzer olması, kadınlarda görülen depresyonda sosyo-psikolojik etkenlerin önemini göstermektedir (Ralpmund and Moore, 2000:20:31).

Yapılan çalışmalar, kadınlarda diğer dönemlere göre, doğum sonrası dönemlerde, depresyon olasılığının fazla olduğunu göstermektedir. Eşten ya da diğer aile bireylerinden gelen destek yetersizliği veya önemli aile çatışmalarının doğum sonrası depresyonunun gelişme olasılığını arttırmaktadır (Quinn, 2002:34-35). Kadınlarda görülen depresyon sosyo-psikolojik ve kültürel etmenler açısından incelendiğinde, toplum tarafından atfedilen ve pekiştirilen tipik kadın özelliklerinin

(bağımlılık, içe dönük saldırganlık, düşük başarı algısı) depresif kişilik özellikleriyle paralel olduğu gözlenmiştir. Bunun yanı sıra kadınlarda annelik ve eş olma gibi rollere verilen önem daha fazladır. Bu ilişkilerde yaşanan başarısızlık duyguları da olumsuz etkiler yapmakta ve kadınları kendileri ve başkaları ile ilgili gereksinimleri karşılamada çatışmaya itmektedir (Ralpmund and Moore, 2000:20-31).

1.2.2. Depresyonun Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırma

Depresyon uzun zamandır ve yoğun bir şekilde çalışılmış olan bir alan olsa da, bu durum beraberinde birçok farklı tanımlamayı, tartışmayı ve yorumu da getirmiştir. Günümüzde depresyona ilişkin temel kavramların genel tanımında bir uzlaşma söz konusudur, ancak yine de tanı için temel olarak kullanılan DSM ve ICD kriterlerinde kimi zaman uyumsuzluklar görülebilmektedir (Sorenson vd., 2005:335-340). Bununla birlikte tanımlamalardaki karışıklıkları önlemede tanılama sistemlerinin katkısı da bulunmaktadır. DSM kriterlerine bakmadan önce Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 raporundaki depresyon tanımlamasına bakmak uygun olacaktır.

Depresyon; üzüntü, aktivitelere ilgi kaybı ve azalmış enerji ile eşlik eden bazı semptomlarla tanımlanmaktadır. Ayrıca tipik bir depresif epizotta bunlara ek olarak haz alma ile ilgi ve konsantrasyon kapasitesinde düşme ve az bir emekten sonra yorgunluk yaygın bir şekilde görülür. Uyku genellikle düzensizdir ve iştah azalmıştır. Düşük kendilik saygısının olması ve azalmış kendine güven neredeyse her zaman gözlenir ve suçluluk ile değersizlik düşünceleri de bulunur. Semptomların sayısı ve şiddetine göre bir depresif epizodun düzeyi; hafif, orta ya da ağır olarak tanımlanabilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2001). Hafif düzey depresyonda, yukarıda sayılan semptomların iki ya da üçü görülür ve kişi bunlardan dolayı sıkıntı çekse de birçok aktiviteyi sürdürebilmektedir. Orta düzey depresyonda, yukarıda sayılan semptomların dört ya da daha fazlası görülür ve kişi günlük aktivitelerini sürdürmekte büyük oranda zorluk yaşar. Ağır düzey depresyonda yukarıda sayılan semptomların birçoğu görülür ve tipik olarak kendilik saygısında düşme ve değersizlik ile suçluluk düşüncelerinin yanında intihar düşünceleri ve girişimleri bulunur (Dünya Sağlık Örgütü, 2001). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (2000) psikiyatrik bozukluklar için kullandığı temel tanılama sistemi olan DSM IV'e

baktığımızda, depresyonun sınıflandırılmasının duygudurum bozuklukları altında depresif bozukluklar olarak yapıldığı ve öncesinde “majör depresif epizodun tanımlandığı görülmektedir. Buna göre “majör depresyon” tanısı için aşağıda verilen belirtilerin en az 5’i, iki haftalık sürede hemen her gün görülmelidir ve bunların en az biri depresif duygu durumu ya da ilgi kaybı (zevk alamama) olmalıdır. Bu belirtiler:

- 1- belirli ve hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durumu;
- 2- tüm etkinliklere ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgi kaybı;
- 3- yeme bozukluğu veya kilo kaybı ya da alımı;
- 4- uykusuzluk ya da aşırı uyku;
- 5- psikomotor ajitasyon ya da retardasyon;
- 6- yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybı;
- 7- değersizlik ya da uygun olmayan suçluluk duyguları;
- 8- düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştıramama ya da kararsızlık;
- 9- yineleyen ölüm düşünceleridir.

DSM IV’e göre depresif bozukluklar altında ise dört tanı bulunmaktadır:

- 1- Majör Depresif Bozukluk (Tek epizod): Tek bir majör depresif epizodun varlığı;
- 2- Majör Depresif Bozukluk (Yineleyici): İki ya daha fazla majör depresif epizodun olması;
- 3- Distimik Bozukluk: En az iki yıl ve hemen hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durumunun olması ve majör depresif epizodun olmaması;
- 4- Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000).

1.2.3. Depresyon İle İlgili Kuramsal Açıklamalar

Psikoanalitik Yaklaşım: Psikoanalitik görüşe göre, ruhsal çökkünlükteki belirtiler, yas tutma sürecindeki belirtilere benzemektedir ve Freud (1917/1957) eserinde “melankoli ve yası” ele alırken nesne/obje kaybı üzerinde durmaktadır. Yas sürecinde gerçek bir sevgi nesnesinin yitimi varken, depresyonda gerçek bir sevgi nesnesi yitiminin olması şart değildir. Gerçek sevgi nesnesi yitimi yoksa bilinçdışı imgesel bir yitim söz konusudur. Depresif kişide sevdiği tarafından terk edilmiş gibi bir yitim duygusu ortaya çıkmaktadır. Bu duygunun gerçek dayanakları olabilmekte ya da olmayabilmektedir. Yitim duygusu, sevgi (özlem) ile bilinçdışı kin ve nefreti

uyarır ve böylece üst benlik, kin ve nefreti bireyin kendine (ego) yöneltir (Öztürk, 2004:311).

Freud, kaybedilen bir sevgi objesine yönelik duyulacak öfkenin egoya yöneltilmesi durumunda patolojik bir yasin ortaya çıkacağını ifade etmektedir. Freud'un tanımladığı patolojik yas durumunda kişi, egosuna olumsuz değerler yüklemektedir, bunun sonucunda kişinin özsaygısı düşer ve kişi de kendini değersiz, küçük ve suçlu görür. Yasam anlamını yitirir ve öfke duygusunun olumlu bir şekilde dışa vurulamaması sonucu, ruhsal çökkünlük yani depresyon oluşur. Çökkünlükte, yitim duygusuna "artık sevilmiyorum, ben artık kötüyüm" duygusu eşlik eder ve özsaygı düşer; gerçek yas ile aradaki temel fark da budur (Freud 1917/1957; Öztürk, 2004:342).

Ruhsal gelişim yapısının ilk basamaklarındaki yaşantıların ve ilk-nesne ilişkilerinin ruhsal aygıtın sağlamlığı ve dengesini kurmadaki gücü üzerinde rol oynadığı bir gerçektir. Ancak insan, biyo-psiko-sosyal bir bütündür ve holistik yaklaşımla, bu bütünü oluşturan öğelerin her birinin teker teker olduğu kadar, iç ve dış etkenlere bağlı olarak birbirleriyle karşılıklı etkileşimde buldukları ve hastalığa yatkınlıkta ve hastalık oluşumunda bu etkileşim bütünlüğü içinde rol oynadıklarını söyleyebiliriz (Koptagel, 1999: 57).

Davranışçı yaklaşım: Davranışçı yaklaşım, insan davranışını ve psikolojik problemleri, öğrenme ve koşullanma ilkeleri çerçevesinde açıklamaktadır. Davranışçı ilkelere göre rast gele iki ya da daha fazla olayın (uyarıcı) bir arada gerçekleşmesi sonucunda, zaman içinde uyaranlar arasında bir çağrışım oluşmaktadır (klasik koşullanma) ya da davranışın öncülleri ve sonuçlarına göre, gerçekleştirilen davranış eğer ödüllendirilirse devam etme eğilimi; cezalandırılır ya da ödüllendirilmezse de sönme eğilimi göstermektedir (edimsel koşullanma). Buna göre problemlerli davranışların ortaya çıkması da aynı ilkeler çerçevesinde gerçekleşmektedir ve bu problemlerli davranışların değiştirilmesi de aynı ilkelerin uygulanması ile mümkündür (Plante, 2005:88).

Davranışçı yaklaşıma göre depresyonun açıklaması yukarıda ifade edilen ilkeler çerçevesinde gerçekleşmektedir. Davranışçı yaklaşım içinde Lewinsohn'un modeline göre kişi yetersiz sayıda olumlu pekiştireç alırsa ve aynı zamanda da daha çok ceza ile karşılaşarsa depresyon ortaya çıkmaktadır. Depresif kişinin davranışı yeterince

ödüllendirilmediği için de bu kişi bir şeyler yapmak için pasif davranacaktır ve kendini geri çekecektir (O'leary ve Wilson, 1986:222-227). Kısacası davranışçı yaklaşıma göre haz veren aktivitelerle (ödül) daha az karşılaşan kişiler bunun sonucunda kendilerini üzgün hissetmekte ve depresyona girmektedir. Depresyonun şiddetini belirleyen de yine karşılaştığı haz veren aktivitelerin miktarındaki azlıktır (Lewinsohn ve Libet, 1972; Lewinsohn ve Graf, 1973; Lewinsohn ve Amenson, 1978; Wierzbicki ve Sayler, 1991).

Öğrenilmiş Çaresizlik ve Umutsuzluk Kuramı: Öğrenilmiş Çaresizlik modeline göre uzun süredir acılı uyarılarla karşılaşan kişi bunlardan kurtulmayı bilememe ve çaresizlik durumu yaşayacaktır. Bu çaresizlik hali de depresyon ile sonuçlanmaktadır (Seligman, 1992:386-389). Buna göre depresif kişilere göre problemin nedeni kendilerindedir (benim suçum), değişmezdir ("olaylar değişmez) ve geneldir ("her şeyi etkileyecektir") (Abrahamson vd., 1978:49-74).

Öğrenilmiş çaresizlik modelinin açıklayamadığı bazı durumların olmasından dolayı kuramı yeniden ele alan Abramson, Metalsky ve Alloy (1989:358-372) depresyonu açıklamak için umutsuzluk kuramını ileri sürmüşlerdir. Buna göre istenilen durumların gerçekleşmeyeceği ya da istenilmeyen durumların gerçekleşeceğine yönelik beklenti ve herhangi bir tepkinin bunu değiştirmeyeceği düşüncesi depresyona yol açmaktadır. İnsanlar travmatik durumlardan kaçınarak ya da bu durumlarda olumsuz düşünmeye fırsat vermeyerek depresif duygu durumundan kurtulabilmektedir. Umutsuz kişi ise yaşamındaki önemli alanlarda kötü şeylerin olacağına ve/veya istenilen olumlu şeylerin olmayacağına inanmaktadır. Ayrıca acı veren durumlarda herhangi bir şeyin değişmeyeceğini düşünmektedir (Abramson, Metalsky ve Alloy, 1989). Olumsuz olayların kaçınılmaz olduğunu düşünmek, olumsuz olaylarda kendiliğe ilişkin olumsuz çıkarımlarda bulunmak ve tek bir olumsuz olayın ileride olumsuz başka olaylara neden olacağına ilişkin inanç sonucunda depresif duygu durumu ortaya çıkmaktadır (Metalsky ve Joiner, 1992:667-675).

Bilişsel Yaklaşım: Bilişsel yaklaşımda depresyon davranışsal, duygusal ve bilişsel yönleriyle bir bütün olarak ele alınmaktadır (Öztürk, 2004:298). Duyguların düşünce süreçleri üzerinde etkisi olduğu gibi, düşünceler de çeşitli duygusal

durumları başlatmaktadır (Williams, Watts, MacLeod ve Mathews, 1997). Bununla birlikte vurgu depresif kişilerin bilişsel yönleri üzerindedir ve depresyon bir duygulanım bozukluğundan çok, bilişsel bir bozukluktur. Duygulanım bozukluğu da bu bilişsel bozukluğa ikincil olarak ortaya çıkmaktadır (Öztürk, 2004:298).

Bilişsel yönden depresyonu ele alan Beck duygusal bozuklukları bilişsel yapılar olan şemalarla tanımlamaktadır ve bu şemaların bir kişinin algısını, yargılarını ve belleğini etkilediğini belirtmektedir. Deneyimler bir kişinin şemaları doğrultusunda algılanmaktadır ve yine bu şemalarla uyumlu olabilecek şekilde bozulmalar olabilmektedir (Beck vd., 1983; Williams vd., 1997).

Depresif kişilerde “olumsuz bilişsel üçlü” olarak adlandırılan; “Geleceğe İlişkin Olumsuz Algı”, “Dünyaya İlişkin Olumsuz Algı” ve “Kendine İlişkin Olumsuz Algı” görülmektedir (Guidano ve Liotti, 1986; Williams vd.1997). Bu olumsuz algılar giderek olumsuz yargılara, düşüncelere, tutumlara neden olmaktadır ve kişi her olayda olumsuz yönleri algılamakta ve düşünmektedir. Bunun sonucunda oluşan olumsuz düşünce ve kavramlar duygulanım problemlerine yol açmaktadır. Kişinin kendisine yönelik algısının olumsuzluğu da, depresyonun şiddetini büyük oranda belirlemektedir (Guidano ve Liotti, 1986:133).

1.3. Depresyon ve Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişki

Depresyon sözcük anlamıyla “çöküş, alçalma” demektir. Burada, insanın biyo-psiko-sosyal bütünlüğü içindeki yaşamını en etkin biçimde yönlendiren ruhsal aygıtın işleyişinde bir bozulma ve buna bağlı olarak da bireyin biyo-psiko- sosyal sisteminin gerek kendi içindeki, gerekse dış dünya ile arasındaki işlevsel dengede bir bozulma söz konusudur. Her sistemin bozulmasındaki ilk belirti, işlev düzeyinde bir çökme ile sistemi daha geri bir basamakta işler halde ayakta tutma çabasıdır. Mekanik sistemlerde bu kolayca görülebilir. Canlı sistemlerde ise savunma mekanizmalarının otomatik olarak harekete geçirilmesiyle örtülmeye, telafi edilmeye çalışılır. Bu açıdan, depresyonu bir çeşit savunma mekanizması olarak da görebilir, hatta bazı hallerde organizmayı koruyucu bir işlev olarak da kabul edebiliriz. Zira iç veya dış zorlanmalar, başka deyimle stresler karşısında, organizma bunlara karşı yeterli bir direnç gösteremediğinde yahut da bunlarla baş edip alt edebilmesi

mümkün olmadığında bir gerileme ile kendini korumaya çalışır. Ruhsal aygıtın zorlanma karşısında verdiği tepkilerden biri de depresyondur (Koptagel, 1999:53).

Bilim insanları arasında çeşitli savunmaların her türlü ruhsal rahatsızlıkta hatta sağlıklı insanlarda bile görülebileceği şeklinde ortak kanaat vardır. (Ersevım, 1997; Gabbard, 1995; Geçtan, 1994; Kaplan & Sadock, 1995).

Yaygın görüş savunma mekanizmalarının herkes tarafından kullanılan organizmanın dışsal tehlike ve uyarılara karşı geliştirdiği bilinçdışı düzenekler olduğu yönündedir.

Depresyonda içe atılmış sevgi nesnesinin gerçek ya da hayali kaybına karşı oluşturulmuş savunmalar söz konusudur. Sevgi nesnesi içselleştirme ve özdeşleşme savunmaları kullanılarak benliğin bir parçası haline getirilir. Nesnenin kaybı söz konusu olduğunda nesneye duyulan öfke kişinin kendi benliğine döner (turning against the self). Melanie Klein (1975), manik depresif durumları, bebeklik döneminde olumlu nitelikli içselleştirilmiş objeler geliştirememiş olmanın bir yansıması olarak kabul eder. Klein' e göre manide görülen tümgüçlülük, inkar, değersizleştirme ve idealize etme gibi savunmalar, yitirilmiş sevilen objelere duyulan özlemin acısına karşı geliştirilmiş tepkilerdir. Bu tepkiler üç yönden kişiye rahatlık sağlayabilir. 1) Yitirilen sevgi objelerinin kurtarılması ve onarılması 2) Olumsuz objelerle bağların reddedilmesi 3) Sevgi objelerine yönelik aşırı bağımlılığın yadsınması.

1.4. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın ana amacı “depresyon tanısı konulmuş hastalar ile depresif yakınmaları olmayan kişilerin kullandıkları savunma mekanizmalarının karşılaştırılması”dır. Bu bağlamda araştırma sonuçlarından elde edilecek verilerin ışığında; depresyon ve savunma mekanizmalarının daha iyi anlaşılacak açıklanmaya çalışılması ve değerlendirmeler yapılması amaçlanmıştır.

Depresyon tanısı almış katılımcıların immatür ve nevrotik savunma mekanizmalarını, depresif şikayetleri olmayan katılımcılara oranla daha çok, olgun savunma mekanizmalarını ise daha az kullandıkları temel varsayımından varsayımından hareketle hipotezlerimizi aşağıdaki gibi oluşturduk.

Hipotez 1. Depresyon tanısı konulmuş kişiler, depresif şikayetleri olmayan kişilere oranla nevrotik savunma mekanizmalarını daha sıklıkla kullanmaktadır.

Hipotez 2. Depresyon tanısı konulmuş kişiler, depresif şikayetleri olmayan kişilere oranla olgun savunma mekanizmalarını daha az sıklıkla kullanmaktadır.

Hipotez 3. Depresyon tanısı konulmuş kişiler, depresif şikayetleri olmayan kişilere oranla immatür savunma mekanizmalarını daha sıklıkla kullanmaktadır.

1.5. Araştırmanın Önemi

Ruhsal bozukluklar yüksek yaygınlık oranları, yüksek kronikleşme eğilimleri ve taşıdıkları tedavi güçlükleri nedeniyle günümüzde bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Doğan ve ark. 1995:104, Güleç 1997:442, WHO 2001).

Dünya Sağlık Örgütü'nün eşgüdümünde 14 ülkede yapılmış olan "Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar" araştırmasında, temel sağlık hizmeti veren birimlere başvuran hastalarda en yaygın görülen ruhsal bozukluğun (%10,4) depresyon olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmanın Ankara-Gölbaşı verileri ise %17,6 oranında ruhsal bozukluk tanısı, %11,6 oranında depresyon tanısı konduğunu göstermektedir. Ulusal çapta bir örnek alınarak yapılmış tek çalışma olması nedeniyle önem taşıyan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında da depresyon ve anksiyete bozuklukları en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır (Erol vd.,1998:33). Depresyonun, üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci yaygınlıkta rastlanan sağlık sorunu olması önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (Öztürk 2001, Sartorius ve ark. 1993).

Savunma mekanizmaları ve depresyon arasındaki ilişkiyi ortak ve farklılaşan dinamikleri ile anlamak, toplum ve birey için önemli olduğu kadar ruh sağlığı alanında çalışan uzmanlar ve klinik psikologlar için de önemlidir.

Ayrıca ülkemizde bu konuda yapılan araştırmalar daha çok savunma mekanizmalarını ölçmek için geliştirilen test ve ölçekler ile ilgili geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ile sınırlıdır. Bu araştırma klinik alanda ve sağlık hizmetlerinde çalışan klinisyen ve tedavi uzmanlarının depresyon ile savunma mekanizmalarının psikopatolojik işlevini anlamaları ve aralarındaki ilişkinin farkına vararak uygun müdahalelerde bulunmaları açısından da önemlidir.

2. BÖLÜM

YÖNTEM

Araştırmanın yöntemi, ‘‘karşılaştırmalı tarama’’ modelidir. Bu yöntem ile, depresyon tanısı konulmuş hastalar ile depresif yakınmaları olmayan kişilerin kullandıkları savunma mekanizmalarının üç ana savunma grubu olan nevrotik, olgun ve immatür savunma düzenekleri çerçevesinde karşılaştırılması yapılacaktır.

Araştırmamız, deney ve kontrol grubunu oluşturan 100’ er katılımcıdan, toplam 200 kişiden oluşmaktadır. Araştırma, her iki gruptaki katılımcılara uygulanan; Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Savunma Biçimleri Testi’ ni kapsamaktadır.

2.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini; İstanbul Anadolu yakası Ümraniye ilçesindeki Nöropsikiyatri İstanbul Hastanesi (NP İstanbul) Yetişkin Psikiyatrisi Kliniği’ne çeşitli yakınmalar ile başvuranlar arasında Beck Depresyon Envanteri (BDE)’ne göre depresyon tanısı konulan 50 kadın, 50 erkek, 100 hasta ile İstanbul Avrupa ve Anadolu yakasında Bakırköy, Üsküdar ve Ümraniye ilçelerinde ikamet eden çeşitli eğitim kurumu ve işletmelerde çalışan herhangi bir depresif şikayeti olmayan 50 kadın, 50 erkek, 100, toplam 200 kişiden oluşmaktadır (Tablo-1). Bu bağlamda, örneklemin araştırma evrenini temsil ettiği varsayılmıştır.

Araştırmanın deney ve kontrol grubunu oluşturan örneklem, demografik veriler açısından eşitlenmiş olup, deneklerin gerek kişisel bilgi formuna ve gerekse standart koşullarda uygulanan ölçekleri içten ve dürüstçe yanıtladıkları varsayımlarımız doğrultusunda gözlemlenmiştir.

2.2. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama araçları; Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Savunma Biçimleri Testi (SBT-40)'dir.

2.2.1. Demografik Bilgi ve Yanıt Formu

Bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumları ile medeni durumlarına ilişkin yanıtları yer almıştır (Ek-1).

2.2.2. Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri (BDE), depresyondaki duygusal, bilişsel ve motivasyona yönelik alanları ve depresyonun şiddetini (yoğunluğunu) değerlendirmeyi amaçlayan 21 maddelik kendini değerlendirme türünde bir ölçektir (Beck ve ark. 1961:23). Beck Depresyon Envanteri (Ek-2)'de verilmiştir.

Beck ve arkadaşları tarafından 1961'de geliştirilen ve bu çalışmada depresyonda ortaya çıkan belirtiler ölçülmektedir. Bu belirtiler: *Depresif ruh durumu, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum alamama, suçluluk duyguları, ağlama nöbetleri, tedirginlik, sosyal çekilme, kararsızlık, beden imajının çarpıtılması, çalışma inhibisyonu, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik meşguliyetler ve libido kaybıdır* (Hisli, 1988:118-121).

Envanterin her bir maddesi kişinin o andaki psikolojik durumunu anlamak için belirlenmiş dörder cümleden oluşur. Katılımcı her soru için bu seçeneklerden birini işaretler. Testin sonucu, bu cümlelerin sıfırdan üçe kadar puanlanarak toplanması ile bulunur. Testte en düşük puanı 0, en yüksek puansa 63'tür.

Beck Depresyon Envanteri (BDE) 1978 versiyonundan Hisli tarafından (1988) uyarlanmıştır. Ölçek, depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve güdülenmeye dayalı belirtileri ölçen, bir kurama dayanmayan klinik gözlemlerden elde edilen veriler üzerine temellendirilmiştir ve 21 maddeden oluşmaktadır. Çevrilme aşamasında, Ölçeğin hem Türkçe hem de İngilizce formları hazırlanarak her iki dili de iyi bilen 58 kız öğrenciye uygulanmıştır. 28 kişilik bir gruba ölçeğin önce Türkçe bir hafta sonra da İngilizce formu verilmiş, 30 kişilik gruba ise bu işlemin tersi yapılmıştır. İki form arasındaki korelasyonlar sırasıyla 0.81 ve 0.73 olarak bulunmuş ve iki formun bir biri ile iyi uyduğu sonucuna varılmıştır (Savaşır ve Şahin, 1997).

Ölçeğin güvenirliğine iki yarı yöntemiyle bakılmış ve (256 üniversite öğrencisi ile çalışılmıştır) 0.74 bulunmuştur (Savaşır ve Şahin, 1997).

Ölçeğin geçerliliği için psikiyatrik bir örnekleme MMPI-D Skalası ile arasındaki korelasyonuna bakılmış ve 0.63 olarak bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinden oluşan örnekleme MMPI-D Skalası ile korelasyonu 0.50 olarak bulunmuştur. Hisli'nin (1992) yaptığı bir çalışmada, 1399 orta öğretim öğrencinden oluşan bir örnekleme MMPI-D Skalası ile korelasyonun 0.47, STAI-T ile korelasyonu da 0.55 olarak hesaplanmıştır. Otomatik Düşünceler Ölçeği ile korelasyonu da 0.74 olarak bulunmuştur (Savaşır ve Şahin, 1997).

Yapı geçerliği için Hisli (1989) üniversite öğrencilerinden topladığı verilere uyguladığı faktör analizi sonucu toplam varyansın %58'ini açıklayan 6 faktör bulmuş ancak bunlardan yalnızca 4'ü yorumlanabilmiştir. Bu faktörler Umutsuzluk (9 madde), Kişinin Kendine Yönelik Olumsuz Duyguları (2 madde), Bedensel Kaygılar (2 madde) ve Suçluluk Duygularıdır (4 madde) (Savaşır ve Şahin, 1997).

Hisli (1988) poliklinik hastalarıyla yaptığı geçerlik çalışmasında kesim noktalarını incelenmiş ve sonuçta 17 ve üstündeki BDE puanlarının tedavi gerektirebilecek depresyonu %90'lık bir doğruluk oranıyla ayırt edebildiği görülmüştür (Savaşır ve Şahin, 1997). Bu bağlamda araştırmamızda depresyon tanısı konulmuş hastalar için, Beck Depresyon Envanterine verdikleri yanıtlardan alınan puanın 17 puan ve üstü olması "depresyon var" şeklinde kabul edilmiş olup, bu puanın altındaki puanları alanlar "depresyon tanısı yok" şeklinde değerlendirilmişlerdir. Böylece araştırmamızda "17 puan" depresyon tanısını belirlemede genel ölçüt olarak kabul edilmiştir.

2.2.3. Savunma Biçimleri Testi

Savunma mekanizmaları kavramını ve savunma mekanizmalarının psikopatoloji ile olan ilişkisini anlamak üzere klinik araştırmalarda klinik görüşmeler, öyküler, projektif testler, otobiyografiler ve anketler gibi çok çeşitli yöntemler kullanılmıştır (örn., Battista 1982, Haan 1965, Ihilevic ve Gleser 1995, Semrad ve ark. 1963, Vaillant 1976). Bu yöntemlerden bazıları; Vaillant'ın (1976) kısa hikayeler kullandığı görüşmeye dayalı değerlendirme yöntemi, Perry ve Cooper'ın (1989) kullandığı gözlemci değerlendirmesine dayanan Savunma Mekanizmaları Değerlendirme ölçekleri ve Bond ve arkadaşlarının (1983) Savunma Biçimleri Testi'dir (SBT).

Türkiye'de savunmalarla ilgili uyarlaması yapılan ölçekler değerlendirildiğinde; Ihilevic ve Gleser'in (1995) Savunma Mekanizmaları

Envanteri'nin (SME) Türk kültüründe uyarlama çalışması Sorias, Leblebici ve Uysal (1995) tarafından ve Bond'un (1986) SBT-88 maddelik formu'nun uyarlaması da Bodur (1999) tarafından yapılmıştır. SME' de nesnelerin aleyhine dönme, yansıtma, ilkeleştirme, tersine çevirme ve kendi aleyhine döndürme savunmaları olmak üzere toplam beş savunma 10 hikaye üzerinden değerlendirilmektedir. Literatürde yaygın olarak kullanılan SBT' de SME' ye göre daha fazla sayıda savunmanın değerlendirilmesi ve testte ölçülen savunmaların DSM' de ele alınan savunmalar temelinde oluşturulması gibi üstünlükleri nedeniyle SBT'nin de Türk kültüründe uygulanabilirliği konusunda araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. SBT-40'ın 88 maddelik formunun güvenilirlik-geçerlik çalışması Bodur (1999) tarafından gerçekleştirilmiştir. SBT- 88'in geçerlik çalışması sonucunda SBT' deki savunmaların orijinal çalışmadaki gibi bir faktör yapısına sahip olmadığı ve kriter geçerliğinin düşük olduğu belirtilmiş ve bu nedenle SBT'nin 14 savunmayı ölçen 26 maddelik kısa formu oluşturulmuştur (SBT-26).

SBT-26, az sayıda savunma mekanizmasını ölçmesi, bazı savunmaları ölçmek için çok az sayıda madde kullanması, savunmaların sayı dağılımının dengesizliği ve olgun savunmalar sınıflamasına ait bir mekanizmayı içermemesi gibi sorunları içermektedir. Öte yandan, SBT-88'e kıyasla SBT-40 madde sayısı bakımından klinik uygulamalarda kolaylık sağlamaktadır. Bunun yanı sıra, SBT-40'ın yaygın kullanımı ve DSM 'de tanımlanan savunma biçimleri ile daha tutarlı olması diğer olumlu özellikleri arasındadır (Akt: Yılmaz ve ark., 2007:51-53).

Yılmaz ve arkadaşları (2007) tarafından titizlikle yürütülen savunma biçimleri testi'nin psikometrik özellikleri: güvenilirlik ve geçerlik çalışması sonucunda; Savunma Biçimleri Testi'nin 40 maddelik (SBT-40) Türkçe formunun klinik ve sağlıklı örneklem üzerinde güvenilirlik ve geçerliğinin araştırılması amaçlanmış ve testin psikometrik özelliklerinin orijinal versiyonu ile (Andrews ve ark. 1993) uyumlu olduğu görülmüştür. Klinik ve sağlıklı gruptan oluşan örnekleme gerçekleştirilen orijinal çalışmada, olgun, nevrotik ve immatür savunma biçimlerinin iç tutarlık katsayıları sırasıyla, .68, .58 ve .80 olarak bildirilmiştir. Benzer bir şekilde klinik ve sağlıklı gruptan oluşan örnekleme gerçekleştirilen bu çalışmada ise, elde

edilen olgun, nevrotik ve immatür savunma biçimleri iç tutarlık katsayıları (sırasıyla, .70, .61 ve .83) orijinal çalışma ile benzer ve kabul edilebilir düzeydedir. Olgun, nevrotik ve immatür savunma biçimleri altında toplanan savunmaların güvenilirlik katsayıları -.05 ve .66 arasında değiştiği bulunmuştur. Orijinal çalışmada da alt savunmaların güvenilirlik katsayıları benzer biçimde -.01 ve .89 arasında rapor edilmiştir. Her bir alt savunmanın madde sayısının 2 olmasının güvenilirlik katsayılarını etkilediği düşünülmüştür. Bu anlamda, orijinal çalışmada da olduğu gibi, alt savunmaların güvenilirliği sınırlı olup ölçeğin tek tek alt savunmalar şeklinde değil, güvenilirliği kabul edilir düzeyde olan 3 ana savunma biçimi temelinde değerlendirilmesi önerilmektedir. Orijinal çalışma ve bu çalışmada test-tekrar test çalışması sağlıklı kişiler üzerinde gerçekleştirilmiş ve orijinal ölçeğin test-tekrar test tutarlık korelasyon katsayıları (Olgun, Nevrotik ve İmmatür savunmalar için sırasıyla, .75, .78 ve .85) ile Türk örneklem üzerinde elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayıları (Olgun, Nevrotik ve İmmatür savunmalar için sırasıyla, .75, .88 ve .86) benzer ve yine kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada, testteki 3 temel savunmayı ölçen maddeler için iki-yarım-test güvenilirliği incelenmiştir. Testte iki-yarım-test güvenilirlik katsayısı Olgun Savunma Biçimi için .72, Nevrotik Savunma Biçimi için .60 ve İmmatür Savunma Biçimi için ise .82 olarak bulunmuştur. İç tutarlık (Cronbach Alfa) katsayıları, iki-yarım-test güvenilirlik katsayıları ve test-tekrar test korelasyon katsayıları, testin literatür bulguları ile uyumlu nitelikte ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu desteklemektedir.

Geçerlik analizleri kapsamında bu çalışmada ölçeğin Türk kültüründe beklendiği gibi çalışıp çalışmadığının test edilmesi amacıyla, ölçeğin faktör yapısı üzerinde bir değişiklik yapılmamış ve ölçek yapısı olduğu gibi ele alınarak, bu yapının Türk kültüründe çalışıp çalışmadığı ölçüt bağımlı ve kriter geçerliliği analizleri ile değerlendirilmiştir. Nitekim, bu yaklaşım aynı ölçekle yürütülen çalışmalardaki kültürler arası karşılaştırmaları da mümkün kılmaktadır.

Sonuç olarak, bulgular doğrultusunda, SBT-40'ın Türkçe formunun kabul edilir psikometrik özelliklere sahip olması, Olgun, Nevrotik ve İmmatür Savunma Biçimleri olmak üzere 3 boyutu olan bu testin kültürlerarası bir özelliğe sahip

olduğunu destekler niteliktedir. Ayrıca, Türkiye'de yapılan savunma biçimleri ile ilgili çalışmalarda ve pratik uygulamalarda yararlı olabilecek, kolay uygulanabilir, psikometrik özellikleri, güvenilirliği kabul edilir düzeyde bir ölçek olduğu gözükmemektedir (Yılmaz ve ark. 2007:51–53).

2.3. İşlem

Yürütülen bu araştırma için Nöropsikiyatri İstanbul Hastanesi (NPI) Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Veri toplama işleminin ilk aşamasında, hastanenin yetişkin psikiyatrisi bölümüne başvuran kişilere araştırmanın konusu ve amaçları açıklanmış, kendilerinin depresyon grubunda değerlendirilecekleri bilgisi verilmiştir. Bu aşamada araştırmaya katılmak istemediklerini belirten 3 kişi gruptan çıkartılmıştır. Gönüllü olarak araştırmaya katılanlara sırasıyla Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri ve Savunma Biçimleri Testi uygulanmıştır. Araştırmanın ilerleyen aşamasında test değerlendirmeleri yapılarak Beck Depresyon Envanterine göre depresyon puanları 17' nin üzerinde belirlenen hastalardan 20–50 yaş aralığındaki 50 kadın, 50 erkek toplam 100 kişi belirlenmiştir.

İkinci aşamada ise İstanbul Bakırköy, Ümraniye ve Üsküdar ilçelerinde değişik özel ve resmi kurumlarda çalışan kişilere araştırmanın konusu ve amaçları açıklanmış, kendilerinin normal grupta değerlendirilecekleri bilgisi verilmiştir. Bu aşamada depresyon tanısı ile yardım aldığını ya da ilaç kullandığını bildiren 8 kişi tespit edilmiş, bu kişiler gruba dahil edilmemiştir. Katılımcılara sırasıyla Demografik Bilgi Formu ve Savunma Biçimleri Testi ile Beck Depresyon Envanteri dağıtılmıştır. Bu aşamada grupların sayılarının eşitlenmesi için Beck Depresyon Envanterinde hafif, orta ve ileri düzey depresyon puanı alan 11 kişinin test sonuçları dikkate alınmamıştır. Sayı 100'e tamamlanana kadar ikinci kez test uygulaması yapılmış ve 20–50 yaş aralığındaki depresyon belirtisi olmayan 50 kadın, 50 erkek, toplam 100 katılımcı ile birlikte araştırmanın deney ve kontrol grubu olan 200 kişiye ulaşılmıştır.

Araştırmaya 20–50 yaş aralığındaki katılımcılar alınmıştır. Bu sınırlılığın gerekçesi bu yaş dönemleri arasında depresyonun görülme sıklığının daha yüksek olmasıdır. Üst yaş sınırı 50 ile sınırlıdır. Bu sınırlılık ile ilerleyen yaşla birlikte ortaya çıkma olasılığı artan organik ve amnestik süreçlerin çalışma dışında tutulması amaçlanmıştır. Test uygulamaları hastaların kliniklere başvuruları itibariyle testleri alabilecek kooperasyonu kurabildiği ilk zaman diliminde, yetişkin psikiyatrisi kliniğinde görevli klinik şefinin uygun gördüğü dönemde yapılmış böylece ilaç etkisinin minimal düzeyde kalması sağlanmaya çalışılmıştır. Testler tek oturumda tamamlanmıştır.

Toplanan protokollerin açılımı uygulamacı tarafından yapılmıştır. Araştırma ile ilgili veri girişi ve değerlendirmeleri yapıldıktan sonra literatür taraması yapılmış, elde edilen veriler ve literatür ışığında sonuçlar değerlendirilmiştir. Son olarak araştırma 2 süpervizör tarafından gözden geçirildikten sonra danışmanın onayına sunulmuştur.

Kişisel Bilgi Formu, SBT–40 (Savunma Biçimleri Testi–40) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile elde edilen verilerin tümü SPSS 15,0 (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı) ile analize tabi tutulmuştur.

Araştırmada elde edilen verilerle ilgili aşağıdaki analizler yapılmıştır:

1. Örnekleme oluşturan, depresyon tanısı konulmuş hastalar ile depresif şikayeti olmayan kişilerin demografik özelliklerini özetlemek açısından; cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyleri bağımsız değişkenlerinin frekans (N) ve yüzdeleri (%) bulunmuştur.
2. Örnekleme oluşturan, depresyon tanısı konmuş hastalar ile depresif şikayeti olmayan kişilerin kullandıkları nevrotik, olgun ve immatüre savunma mekanizmalarından aldıkları puanlarında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını araştırmak üzere, normallik varsayımı sağlandığından *bağımsız gruplar t testi* uygulanmıştır.

Tüm istatistiksel hesaplamalarda anlamlılık düzeyi .05 olarak kabul edilmiştir. Anlamlılık değeri, .05'ten küçük ($p < .05$) bulunduğu bağımsız

değişkelerin grupları (depresyon tanısı konulmuş ve depresyon tanısı konulmamış) arasındaki farklılıklar “anamlı” olarak kabul edilmiş ve sonuçlar buna göre değerlendirilmiştir.

3. BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan 100 depresyon tanısı konmuş hasta ve 100 depresif şikâyeti olmayan kişinin SBT-40'ın alt boyutları olan nevrotik, olgun ve immatür savunma mekanizmalarını kullanma puanları karşılaştırılmıştır. Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayeti Olmayan Katılımcıların Demografik Bilgi Formu ile SBT-40 Testi ve Beck Depresyon Envanteri Maddelerine Verdikleri Puanların Ortalama ve Standart Sapma Değerleri belirtilmiştir.

3.1. Grubun Genel Yapısına İlişkin Analizler

Araştırmanın örneklemini oluşturan 100 depresyon tanısı konmuş ve 100 depresyon tanısı konmamış, toplam 200 katılımcının kişisel özelliklerine ilişkin verilerin (cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi) frekans ve yüzde dağılımları sırasıyla verilmiştir (Tablo-1).

Tablo-1 Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayeti Olmayan Katılımcıların Kişisel Bilgilerine İlişkin Yüzde ve Frekans Dağılımı

Değişken	Gruplar	Depresyon Tanısı Konulmuş				Depresif Şikayeti Olmayan			
		<i>f</i>	%	\bar{X}	<i>SS</i>	<i>f</i>	%	\bar{X}	<i>SS</i>
Cinsiyet	Kadın	50	50,0			48	48,0		
	Erkek	50	50,0			52	52,0		
Yaş	20-25 Yaş	22	22,0	31,78	6,50	21	21,0	30,70	5,93
	26-30 Yaş	24	24,0			27	27,0		
	31-35 Yaş	29	29,0			39	39,0		
	36-40 Yaş	15	15,0			8	8,0		
	41-45 Yaş	8	8,0			3	3,0		
	46-50 Yaş	2	2,0			2	2,0		
Medeni Durum	Evli	64	64,0			62	62,0		
	Bekar	26	26,0			30	30,0		
	Boşanmış	10	10,0			8	8,0		
Eğitim Düzeyi	İlkokul	12	12,0			7	7,0		
	Ortaokul	4	4,0			2	2,0		
	Lise	55	55,0			43	43,0		
	Üniversite	29	29,0			48	48,0		

Araştırmamızın katılımcılarının demografik bilgileri ile ilgili değerlendirmeler şu şekildedir;

a-) Araştırmaya katılan ve depresyon tanısı konulmuş 100 kişiye ait katılımcının cinsiyete ilişkin frekans ve yüzde dağılımlarına ait yukarıdaki tablodan da görüleceği üzere; katılımcıların %50,0'si kadın, %50,0'si erkektir. Araştırmaya katılan ve depresyon tanısı konulmamış 100 kişiye ait katılımcıların %48,0'i kadın ve %52,0'si erkektir.

b-) Araştırmaya katılan ve depresyon tanısı konulmuş katılımcıların yaş ortalaması 31,78 ve standart sapması 6,50 olarak bulunmuştur. Tablo 2'den de görüleceği üzere, katılımcıların yaşları 20 ile 50 yaş sınırları arasında olmuştur. En

büyük yaş grubu %29,0 ile 31–35 yaş grubu, en küçüğü ise %2,0 ile 46–50 yaş grubundaki katılımcılardan meydana gelmiştir. Araştırmaya katılan ve depresyon tanısı konulmamış katılımcıların yaş ortalaması 30,70 ve standart sapması 5,93 olarak bulunmuştur. Katılımcıların yaşları 20 ile 50 yaş sınırları arasındadır. Katılımcıların büyük kısmı 35 yaş ve altındakilerden oluşmaktadır. En büyük yaş grubu %39,0 ile 31–35 yaş grubu, en küçüğü ise %2,0 ile 46–50 yaş grubundaki katılımcılardan meydana gelmiştir.

c) Araştırmaya katılan ve depresyon tanısı konmuş katılımcıların %64,0'ü evli, %26,0'sı bekar ve kalan %10,0'u boşanmış kişilerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan ve depresyon tanısı konmamış katılımcıların %62,0'si evli, %30,0'u bekar ve kalan %8,0'i boşanmış kişilerden oluşmaktadır.

d) Araştırmaya katılan ve depresyon tanısı konmuş katılımcıların %12,0'si ilkokul, %4,0'ü ortaokul, %55,0'i lise ve kalan %29,0'u üniversite mezunudur. Araştırmaya katılan ve depresyon tanısı konmamış katılımcıların %7,0'si ilkokul, %2,0'si ortaokul, %43,0'ü lise ve kalan %48,0'i üniversite mezunudur.

e-) Araştırmanın örneklemini oluşturan 100 depresyon tanısı konulmuş ve 100 depresyon tanısı konulmamış, toplam 200 katılımcının kişisel özelliklerine ilişkin verilerin (cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi) frekans ve yüzde dağılımları aşağıda sırasıyla verilmiştir.

3.2. Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayeti Olmayan Katılımcıların Depresyon Durumlarına İlişkin Analizler

Tablo-2 Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayeti Olmayan Katılımcıların BDE Sonucuna Göre Depresyon Durumlarına İlişkin Yüzde ve Frekans Dağılımı

Değişken	Gruplar	Depresyon Tanısı Konulmuş		Depresif Şikayeti Olmayan	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Depresyon Durumu	Depres. Belirtisi Yok	0	0,0	100	100,0
	Hafif Düzey D.	3	3,0	0*	0,0
	Orta düzey D.	61	61,0	0*	0,0
	İleri Düzey D.	36	36,0	0*	0,0

*tanı konulmamış

Deney ve kontrol grubunun Beck Depresyon Envanteri sonuçlarına göre depresyon düzeylerine ilişkin dağılımı incelediğimizde; depresyon tanısı konulmuş katılımcıların %3,0'ü hafif düzey depresyon, %61,0'i orta düzey depresyon ve kalan %36,0'sı ileri düzey depresyon grubuna girmektedir. Öte yandan, depresyon tanısı konulmamış katılımcıların hiçbirinde (%100,0) depresyon belirtisi tespit edilmemiştir.

3.2.1. Katılımcılarının BDE Maddelerine Verdikleri Puanların Ortalama ve Standart Sapma Değerlerin Karşılaştırılması

Tablo-3 Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayeti Olmayan Katılımcıların BDE Maddelerine Verdikleri Puanların Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Beck Depresyon Envanteri (BDE)	Depresyon Tanısı Konulmuş		Depresif Şikayeti Olmayan	
	\bar{X}	<i>SS</i>	\bar{X}	<i>SS</i>
Soru 1	2,14	0,79	0,36	0,63
Soru 2	1,52	1,16	0,57	0,90
Soru 3	0,64	0,96	0,45	0,64
Soru 4	1,60	1,10	0,74	0,92
Soru 5	0,76	0,87	0,27	0,57
Soru 6	1,36	1,14	0,50	1,01
Soru 7	0,79	0,64	0,28	0,68
Soru 8	0,95	0,52	0,67	0,51
Soru 9	0,68	0,68	0,13	0,49
Soru 10	1,23	0,84	0,93	0,96
Soru 11	1,07	0,86	0,44	1,34
Soru 12	1,16	1,03	0,27	0,60
Soru 13	1,05	0,67	0,56	0,82
Soru 14	0,89	0,84	0,26	0,53
Soru 15	1,23	1,03	0,30	0,50
Soru 16	1,02	0,89	0,36	0,60
Soru 17	1,61	1,10	0,41	0,68
Soru 18	1,42	0,83	0,43	0,69
Soru 19	0,92	0,69	0,43	0,73
Soru 20	1,05	0,88	0,36	0,72
Soru 21	0,76	0,50	0,14	0,49

Deney ve kontrol grubunun Beck Depresyon Envanteri sorularına verdikleri yanıtları karşılaştırdığımızda; depresyon tanısı konulmuş katılımcılara ait ortalama ve standart sapma puanlarının depresyon tanısı konulmamış katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

3.3. Depresyon Tanısı Konulmuş ve Depresif Şikayetleri Olmayan Katılımcıların Savunma Mekanizmalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Analizler

Araştırmanın bu bölümünde, örnekleme oluşturan 100 depresyon tanısı konulmuş ve 100 depresif şikayeti olmayan katılımcının nevrotik, olgun ve immatür savunma mekanizmalarını kullanmaları bakımından, SBT-40'tan (Savunma Biçimleri Testi-40) aldıkları puanların karşılaştırılmasına yönelik yapılan analizlere yer verilecek ve bu iki grup arasında savunma mekanizmalarını kullanmakta anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı araştırmanın hipotezleri sırasına göre incelenecektir.

H_0 = Depresyon tanısı konulmuş kişiler, depresif şikayetleri olmayan kişilere oranla nevrotik savunma mekanizmalarını daha sıklıkla kullanmamaktadır.

H_1 = Depresyon tanısı konulmuş kişiler, depresif şikayetleri olmayan kişilere oranla nevrotik savunma mekanizmalarını daha sıklıkla kullanmaktadır.

Tablo-4 Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayetleri Olmayan Kişilerin ‘Nevrotik’ Savunma Mekanizmaları Puanlarında Anlamlı Bir Farklılaşma Olup Olmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t-testi

Grup	n	\bar{X}	ss	sh	t-test		
					sd	t	p
Depresyon tanısı konulmuş	100	5,85	1,02	0,10	198	3,66	0,001***
Depresyon tanısı konulmamış	100	5,32	1,05	0,10			

*** $p < .001$ ileri düzeyde çok anlamlı.

Araştırmaya katılan ve depresyon tanısı konulmuş hastalar ile depresif şikayeti olmayan kişilerin SBT-40'ın nevrotik savunma mekanizmaları alt boyutundan aldıkları puanların arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı bağımsız gruplar t-testi ile incelenmiş ve sonuçları yukarıda, Tablo-4'de özetlenmiştir. Tablodan da görüleceği üzere; depresyon tanısı konmuş hastalar ile sağlıklı kişiler arasında, kullanılan nevrotik savunma mekanizmaları puanlarında anlamlı bir fark mevcuttur ($t[198]=3,66$ ve $p < .001$).

Araştırmaya katılanların ortalama puanlarına baktığımızda; depresyon tanısı konulmuş hastaların kullanılan nevrotik savunma mekanizmaları puanlarının, depresif şikayetleri olmayan gruptaki kişilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{Tanı\ Konulmuş}=5,85$; $\bar{X}_{Tanı\ Konulmamış}=5,32$). Bu nedenle; kullanılan nevrotik savunma mekanizmaları puanlarında her iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş olup depresyon hastalarının nevrotik savunmaları daha sıklıkla ve yoğunlukta kullandıkları belirlenmiştir. Alternatif hipotez (H_1) kabul edilmiştir (Tablo-4).

H_0 = Depresyon tanısı konulmuş kişiler, depresif şikayetleri olmayan kişilere oranla olgun savunma mekanizmalarını daha sıklıkla kullanmamaktadır.

H_1 = Depresyon tanısı konulmuş kişiler, depresif şikayetleri olmayan kişilere oranla olgun savunma mekanizmalarını daha sıklıkla kullanmaktadır.

Tablo-5 Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayetleri Olmayan Kişilerin “Olgun” Savunma Mekanizmaları Puanlarında Anlamlı Bir Farklılaşma Olup Olmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t-testi

Grup	n	\bar{X}	ss	s_h	t-test		
					sd	t	p
Depresyon tanısı konulmuş	100	3,36	1,15	0,12	198	-15,04	0,001***
Depresyon tanısı konulmamış	100	5,64	0,99	0,10			

*** $p < .001$ ileri düzeyde çok anlamlı.

Araştırmaya katılan ve depresyon tanısı konulmuş hastalar ile depresif şikayeti olmayan kişilerin SBT-40’ın olgun savunma mekanizmaları alt boyutundan aldıkları puanların arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı bağımsız gruplar t-testi ile incelenmiş ve sonuçları yukarıda, Tablo 12’de özetlenmiştir. Tablodan da görüleceği üzere; depresyon tanısı konulmuş hastalar ile depresif şikayetleri olmayan kişiler arasında, kullanılan olgun savunma mekanizmaları puanlarında anlamlı bir fark mevcuttur ($t[198]=-15,04$ ve $p < ,001$).

Araştırmaya katılanların ortalama puanlarına baktığımızda; depresyon tanısı konulmuş hastaların kullanılan olgun savunma mekanizmaları puanlarının, depresif

şikayetleri olmayan gruptaki kişilere göre daha düşük olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{Tanı\ Konulmuş}=3,36$; $\bar{X}_{Tanı\ Konulmamış}=5,64$). Bu nedenle; kullanılan olgun savunma mekanizmaları puanlarında her iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş olup depresif şikayetleri olmayan kişilerin olgun savunmaları daha sıklıkla ve yoğunlukta kullandıkları belirlenmiştir. Alternatif hipotez (H_1) kabul edilmiştir (Tablo-5).

H_0 = Depresyon tanısı konulmuş kişiler, depresif şikayetleri olmayan kişilere oranla ilkel (immatür) savunma mekanizmalarını daha sıklıkla kullanmamaktadır.

H_1 = Depresyon tanısı konulmuş kişiler, depresif şikayetleri olmayan kişilere oranla ilkel (immatür) savunma mekanizmalarını daha sıklıkla kullanmaktadır.

Tablo-6 Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayetleri Olmayan Kişilerin “İmmatür” Savunma Mekanizmaları Puanlarında Anlamlı Bir Farklaşma Olup Olmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t-testi

Grup	n	\bar{X}	ss	s_h	t-test		
					sd	t	p
Depresyon tanısı konulmuş	100	6,36	1,64	0,16	198	12,48	0,001***
Depresyon tanısı konulmamış	100	4,02	0,91	0,09			

*** $p < .001$ ileri düzeyde çok anlamlı.

Araştırmaya katılan ve depresyon tanısı konmuş hastalar ile depresif şikayeti olmayan kişilerin SBT-40'ın immatür savunma mekanizmaları alt boyutundan aldıkları puanların arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı bağımsız gruplar t-testi ile incelenmiş ve sonuçları yukarıda, Tablo-6'da özetlenmiştir. Tablodan da görüleceği üzere; depresyon tanısı konulmuş hastalar ile depresif şikayetleri olmayan kişiler arasında, kullanılan immatür savunma mekanizmaları puanlarında anlamlı bir fark mevcuttur ($t[198]=12,48$ ve $p < .001$).

Araştırmaya katılanların ortalama puanlarına baktığımızda; depresyon tanısı konulmuş hastaların kullanılan immatür savunma mekanizmaları puanlarının, depresif şikayetleri olmayan gruptaki kişilere göre oldukça yüksek olduğu

görülmektedir ($\bar{X}_{Tanı\ Konulmuş}=6,36$; $\bar{X}_{Tanı\ Konulmamış}=4,02$). Bu nedenle; kullanılan immatür savunma mekanizmaları puanlarında her iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş olup depresyon hastalarının immatür savunmaları daha sıklıkla ve yoğunlukta kullandıkları belirlenmiştir. Alternatif hipotez (H_1) kabul edilmiştir. (Tablo-6)

Araştırma bulguları sonucunda; deney grubunu oluşturan depresyon tanısı konulmuş hastaların nevrotik ve immatüre savunma mekanizmalarını kontrol grubunu oluşturan depresif şikayeti olmayan kişilere göre daha çok kullandıkları, olgun savunma mekanizmalarını daha az kullandıkları anlaşılmaktadır (Tablo-4-5-6).

Deney ve kontrol grubunun SBT-40 testi maddelerine verdikleri puanların ortalama ve standart sapma değerleri EK-1'de verilmiştir.

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

Değerlendirme ve tartışma bölümünde tüm araştırma sürecinde edinilen bilgi ve gözlemler ile araştırma sonunda ulaşılan bulgular literatür ışığında yorumlanmaya ve sonuçları değerlendirilerek önerilerde bulunulmaya çalışılmıştır.

4.1. Araştırmanın Uygulama Süreci ve Ölçekleri İle İlgili Gözlemlerin Tartışılması

Araştırmaya, İstanbul Anadolu yakası Ümraniye ilçesindeki Nöropsikiyatri İstanbul Hastanesi (NP İstanbul) Yetişkin Psikiyatrisi Kliniği'ne çeşitli yakınmalar ile başvuranlar arasında Beck Depresyon Envanteri (BDE)'ne göre depresyon tanısı konulan 50 kadın, 50 erkek, 100 hasta ile İstanbul Avrupa ve Anadolu yakasında Bakırköy ve Üsküdar ve Ümraniye ilçelerinde ikamet eden çeşitli eğitim kurumu ve işletmelerde çalışan herhangi bir depresif şikayeti olmayan 50 kadın, 50 erkek, 100 katılımcı (toplam 200 kişi) katılmıştır.

Araştırmada veri toplama araçları; Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Savunma Biçimleri Testi (SBT-40)'dir.

Demografik Bilgi Formu ile katılımcıların; yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumları ile ilgili bilgilere ulaşılmıştır.

Depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve güdülenmeye dayalı belirtileri ölçen, bir kurama dayanmayan klinik gözlemlerden elde edilen veriler üzerine temellendirilmiş olan Beck Depresyon Envanteri (BDE) 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçek 1978 versiyonundan 1988 yılında Hisli tarafından 1988 uyarlanmış şekli ile kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan bir diğer ölçek de Bond ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilen Savunma Biçimleri Testi (SBT-40) 'dir. Savunma biçimleri testi, işlevsel olan ve olmayan savunma biçimlerini değerlendirmesi kapsamında psikopatolojiyi aydınlatması bakımından önem taşımaktadır.

SBT-40'ın 88 maddelik formunun güvenilirlik-geçerlik çalışması Bodur tarafından 1999 yılında gerçekleştirilmiştir. Yılmaz ve arkadaşları (2007) tarafından titizlikle yürütülen savunma biçimleri testi'nin psikometrik özellikleri: güvenilirlik ve geçerlik çalışması sonucunda testin; Türkiye'de yapılan savunma biçimleri ile ilgili çalışmalarda ve pratik uygulamalarda yararlı olabilecek, kolay uygulanabilir, psikometrik özellikleri, güvenilirliği kabul edilir düzeyde bir ölçek olduğu belirtilmiştir.

Depresyon grubu ve sağlıklı grubun Savunma Biçimleri Testi'nden ve Beck Depresyon Envanteri'nden aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri ile depresyon grubu ve sağlıklı grup arasında ölçekler açısından t-test karşılaştırmaları yapılmıştır. Yılmaz ve arkadaşlarının (2007) savunma mekanizmaları testi ile ilgili yaptıkları çalışmada her bir alt savunmanın madde sayısının 2 olmasının güvenilirlik katsayılarını etkilediği belirtilmiştir. Bu anlamda, orijinal çalışmada da olduğu gibi, alt savunmaların güvenilirliği sınırlı olup ölçeğin tek tek alt savunmalar şeklinde değil, güvenilirliği kabul edilir düzeyde olan 3 ana savunma biçimi (nevrotik, olgun, immatür) temelinde değerlendirilmesi yapılmıştır.

4.2. Araştırmada Elde Edilen Bulgulara Göre 3 Temel Savunmanın Karşılaştırılması

Depresyon grubu ve sağlıklı grubun t-test karşılaştırmalarında; Depresyon tanısı konmuş hastalar ile sağlıklı kişiler arasında, kullanılan nevrotik savunma mekanizmaları puanlarında anlamlı bir fark görülmüştür (tablo 11; $t[198]=3,66$ ve $p<,001$). Araştırmaya katılanların ortalama puanlarına bakıldığında; depresyon tanısı konulmuş hastaların kullanılan nevrotik savunma mekanizmaları puanlarının, depresif şikayetleri olmayan gruptaki kişilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo-4; $\bar{X}_{Tanı\ Konulmuş}=5,85$; $\bar{X}_{Tanı\ Konulmamış}=5,32$).

Depresyon tanısı konulmuş hastalar ile depresif şikayetleri olmayan kişiler arasında, kullanılan olgun savunma mekanizmaları puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (Tablo-5; $t[198]=-15,04$ ve $p<,001$). Araştırmaya katılanların ortalama puanlarına bakıldığında; depresyon tanısı konulmuş hastaların kullanılan olgun savunma mekanizmaları puanlarının, depresif şikayetleri olmayan gruptaki kişilere göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo-5; $\bar{X}_{Tanı\ Konulmuş}=3,36$; $\bar{X}_{Tanı\ Konulmamış}=5,64$). Bu durum depresyondaki hastaların olgun savunmaları herhangi depresif yakınması olmayan kişilere oranla daha az kullandığını göstermiştir.

Son olarak; depresyon tanısı konulmuş hastalar ile depresif şikayetleri olmayan kişiler arasında, kullanılan immatür savunma mekanizmaları puanlarında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo-6; $t[198]=12,48$ ve $p<,001$). Araştırmaya katılanların ortalama puanlarına bakıldığında; depresyon tanısı konulmuş hastaların kullanılan immatür savunma mekanizmaları puanlarının, depresif şikayetleri olmayan gruptaki kişilere göre oldukça yüksek olduğu görülmektedir (Tablo-6; $\bar{X}_{Tanı\ Konulmuş}=6,36$; $\bar{X}_{Tanı\ Konulmamış}=4,02$).

Bu bağlamda; Depresyon grubunun savunma düzeneklerine daha çok başvurdukları, savunmalar içerisinde immatür savunmaları daha sıklıkla ve yoğun kullandıkları olgun savunmaları ise savunmalar içerisinde en az sıklıkta ve yoğunlukta kullandıkları görülmektedir.

Depresif şikayetleri olmayan kontrol grubunun tüm savunmalar içerisinde olgun savunmalara daha sıklıkla ve yoğunlukta başvurdukları, nevrotik ve immatür savunmalara ise daha az sıklıkla ve yoğunlukta başvurdukları görülmektedir.

Depresif şikayetleri olmayan grup tüm savunmalar içerisinde olgun savunmalara; depresyon tanısı almış grubun immatür savunmalara başvurduğu sıklık ve yoğunluktan daha fazla başvurmaktadır (Tablo-4, 5, 6).

4.3. Araştırma Sonuçlarının Savunma Mekanizmaları Konusunda Yapılan Diğer Araştırma Sonuçları İle Karşılaştırılması

Yılmaz ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmada, katılımcılar klinik grup ve sağlıklı grup olarak iki gruba ayrılmış, klinik grup ve sağlıklı grup arasında kullanılan ölçekler açısından t-test karşılaştırmaları yapılmıştır. Klinik ve sağlıklı grubun t-test karşılaştırmalarında sağlıklı grubun klinik gruptan daha fazla olgun savunmalar kullandığı ($t [188] = 8.20, p < .001$). Ayrıca klinik grubun sağlıklı gruptan daha fazla nevrotik savunmalar ($t [188] = -2.30, p < .05$) ve immatür savunmalar ($t [188] = -9.18, p < .001$) kullandığı belirtilmiştir.

Bu araştırmadaki klinik grup ve sağlıklı grup hakkında belirtilen bulguların, araştırmamız sonucunda depresyon grubu ve sağlıklı grup tarafından kullanılan savunma mekanizmaları karşılaştırmaları ile ilgili bulgularımızı destekler nitelikte benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Savunma mekanizmaları ile ilgili bir başka araştırmada J. Cristopher ve arkadaşları (1989) tarafından gerçekleştirilmiştir. Klinik ortamda yardım alan değişik problem grubundaki hastalar ile sağlıklı grup arasında olgun ya da immatür savunmaların ne oranda kullanıldığı belirlemek için yapılan çalışma sonunda sağlıklı grubun olgun savunmaları klinik gruba oranla daha çok kullandığı, klinik grubun ilkel savunmaları daha sıklıkla kullandığı görölmüştür. Araştırmada klinik grup ve sağlıklı grubun kullandıkları olgun ve immatür savunma mekanizmalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular, araştırmamızda depresyon grubu ile sağlıklı grubun kullandıkları olgun ve immatür savunmaların karşılaştırılması sonucu elde edilen bulguları destekler niteliktedir. Sonuç olarak her iki araştırmada da sağlıklı grubun depresyon grubu ve klinik gruba göre olgun savunmaları daha çok, immatür savunmaları ise daha az kullandıkları görölmüştür.

Araştırmamızda sadece depresyon tanısı konulmuş kişiler arasında kullanılan nevrotik, olgun ve immatür savunma mekanizmaları kendi içerisinde değerlendirildiğinde immatür savunmaların diğer savunmalara göre daha çok kullanıldığı görölmüştür ($\bar{X}_{Tanı\ Konulmuş} = 6,36$), (Tablo-4, 5, 6.).

Linda ve arkadaşları (1999) tarafından gerçekleştirilen ‘‘Depresyonda Savunma Mekanizmaları ve Kişilik’’ isimli çalışmada depresyonda kullanılan savunma mekanizmaları saptanarak bu mekanizmaların depresyondaki kişide kişilik organizasyonunu ne yönde etkilediği belirlenmeye çalışılmıştır. Klinik yardım alan depresyon hastaları ile yürütölen çalışma sonunda depresyon hastalarının savunma mekanizmaları içerisinde immatür savunmaları daha çok kullandıkları belirtilmiştir. Bu durum araştırmamız sonucundaki depresyon tanısı konulmuş gruba ait bulgular (immatür savunmalar: $\bar{X}_{Tanı\ Konulmuş} = 6,36$) ile paralellik taşımaktadır (Tablo-6).

Doruk ve arkadaşları (2009) tarafından yürütölen araştırmada uyum bozukluğunda kullanılan savunma mekanizmalarını incelenmiştir. Uyum bozukluğu tanısı konulan 71 erkek askerle askerlik yaşamının ilk altı içerisinde uyum sorunu yaşamamış 69 asker arasında yapılan çalışmada DSM-IV tanı ölçütlerine göre tanı konularak, semptomların şiddeti Kısa Semptom Envanterine (KSE) göre

derecelendirilmiş ve tüm katılımcılara Savunma Biçimleri Testi (SBT-40) uygulanmıştır. Çalışma sonunda immatür savunmaların sık, olgun savunmaların ise görece az kullanılmasının stres altında uyum bozukluğu gelişmesine yatkınlık oluşturabileceği sonucuna varılmıştır. Uyum bozukluğu için saptanan bu bilgiler ile araştırmamız sonucundaki depresyon tanısı konulmuş gruba ait bulguların (immatür savunmalar: $\bar{X}_{Tanı\ Konulmuş} = 6,36$) birbirini destekler nitelikte olduğu değerlendirilmiştir (Tablo-6).

Savunma mekanizmaları hakkında araştırmamız ve diğer çalışmalardan elde edilen bulgular; psikopatolojik sapma gösteren bireylerin olgun savunmalara daha az, ilkel ve nevrotik savunmalara daha çok başvurduklarını düşündürmüştür.

Savunma mekanizmaları ve psikiyatrik problemler ile ilgili birçok araştırmanın yapılmış olmasına rağmen sadece depresif rahatsızlığı olan kişiler hakkında bu nitelik ve nicelikte bir çalışma yapılmamış olmasının araştırmamızı ve sonuçlarını diğer araştırmalardan farklı kıldığı düşünülmektedir. Depresyon tanısı konulmuş hastalar ve sağlıklı grubun kullandıkları savunma mekanizmalarının karşılaştırılarak incelenmesinin depresyonu daha iyi anlamamızı kolaylaştıracağı değerlendirilmiştir.

Borderline kişilik bozukluğu, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk ve yeme bozukluğu olan kişiler ile yapılan kontrollü çalışmalar, psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin sağlıklı kişilere göre olgun savunmaları daha az kullanırken ilkel savunmaları daha fazla kullandıklarını göstermektedir. Bu bulgular çeşitli klinik gruplar için kullanılan savunma biçimleri ile psikopatoloji arasında ilişki olduğunu desteklemektedir. Bond (2004), savunma biçimlerinin psikopatolojiye neden olan bir faktör olarak görülmesinden çok psikopatolojinin savunmalardaki yansıması olarak görülmesi gerektiğini belirtmektedir.

Depresyon tanısı konulmuş hastalara her test için belirlediğimiz aralıklarda testlerin uygulaması yapılırken depresyona eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk olmamasına dikkat edildi, sadece depresyon ile ilgili yardım alan hastalara testler verildi. Böylece elde edilecek bulguların güvenilirliği sağlanmaya çalışıldı. Burada tartışılabilir konunun depresyon tedavisinin süresi ile ilgili olduğunu

düşünmekteyiz zira depresyon, şiddetine göre farklı yoğunlukta yaşanabilir, depresif durum (hafif, orta, ağır) bazen kısa süreli görülebileceği gibi bazen de uzun bir zamana yayılabilir bu da uygulanan tedavinin şeklini ve süresini belirler. Araştırma uygulaması sırasında depresyon tedavisi gören hastalara belirli aralıklarla testler (Demografik Bilgi Formu, BDE, SBT-40) verilmiş ve bu testler sonucundaki veriler ile yorumlamalarda bulunulmuştur. Testler hastaların kliniğe başvuruları itibariyle testleri alabilecek kooperasyonu kurabildiği ilk zaman diliminde yapılmış böylece ilaç etkisinin minimal düzeyde kalması sağlanmıştır. Bu noktada uygulamada hastaların testlere verdikleri cevapların o anki fenomenolojik dünyalarını yansıttığı bir gerçektir. Bundan sonraki araştırmalarda depresyon tedavisi gören gruba tedavinin başında ve sonunda test-tekrar-test tekniğinin uygulamasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Bu teknik ile bir çalışma yapılması araştırmanın süresini uzatacaktır fakat diğer taraftan uygulanan tedavi ile birlikte depresyon hastalarının yaşam süreçleri içerisinde savunma düzeneklerini kullanma düzeylerinde bir değişiklik olup olmayacağını ortaya koymak bakımından daha kesin ve yararlı bilgilere ulaşılmasını sağlayacağı değerlendirilmiştir.

Savunma mekanizmaları hakkında genel görüş; savunma mekanizmalarının organizmayı dış tehlikelerden koruyan bilinç dışı süreçler olduğu yönündedir. Konu hakkında yapılan araştırmalarda ve araştırmamızda, savunma mekanizmalarını belirlemeye çalıştığımız ölçeğimiz SBT-40'tır. Testte savunmalar ile ilgili sorulara kişilerin; bana hiç uygun değil-bana çok uygun seçenekleri arasında 1'den 9'a kadar değişen değerler arasında, 5'li likert tipinde değerlendirmeleri işaretlemeleri istenmektedir. Katılımcılar her soruyu okuduktan sonra kendileri için uygun dereceyi işaretlemektedir. Bilinç dışı süreçler olduğu kabul edilen savunma düzeneklerinin, bilinçli iken doldurulan bir test ile ölçülmeye çalışılmasının tartışılması gerektiğini düşünmekteyiz. Bu durum bizi, savunma mekanizmalarının türünü ve derecelerini anlamak için bilinç dışı ile ilgili daha net değerlendirmelere gidebileceğimiz yeni yöntem ve teknikler geliştirilmesi gerektiği sonucuna götürmüştür.

Depresyon tanısı konulmuş hastalara testler uygulanırken, uygulamacılar tarafından araştırmanın konusu ve içeriği ile ilgili bilgilendirici yönergeler verilmiş özellikle tedaviye yeni başlayan katılımcıların testleri doldurduktan sonra sonuçları hakkında pek meraklı olmadıkları gözlenmiştir. Diğer taraftan, depresyon

tedavisinin sonuna gelmiş katılımcıların ve sağlıklı gruptaki katılımcıların testleri doldurduktan sonra sonuçlarını öğrenmek için daha çok istekli davrandıkları gözlemlenmiştir. Sağlıklı grup için bu durum normal görülmüş, depresyon tedavisi sonuna gelmiş grup için de tedavi sürecinin iyileştirici etkisine bağlanabileceği şeklinde değerlendirilmiştir.

4.4. Araştırmanın Bulgularının Hipotezler Işığında Değerlendirmesi ve Geliştirilen Öneriler

Araştırma hipotezlerimiz sırasıyla genel olarak değerlendirilecek olursa; depresyon tanısı konulmuş hastaların, depresif şikayetleri olmayan sağlıklı kişilerden daha az olgun, daha çok ilkel ve nevrotik savunma düzenekleri kullandıkları bulunmuştur (Tablo; 4, 5, 6). Elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılarak bir senteze gidilmiştir. İkel ve nevrotik savunmaların sık, olgun savunmaların ise görece az kullanılmasının depresyonun gelişmesine yatkınlık oluşturabileceği ya da yaşanan depresyonun yoğunluğu ve biçimi ile ilgili bilgi verebileceği sonucuna varılmıştır.

Sağlıklı kişilerin olgun savunma mekanizmalarına daha çok başvurmasının ruh sağlığını koruyucu ya da hastalığa götüren süreci uzatıcı bir etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Depresyon tanısı konulmuş kişiler arasında kullanılan nevrotik, olgun ve ilkel savunma mekanizmaları kendi içerisinde değerlendirildiğinde, ilkel savunmaların diğer savunmalara göre daha çok kullanıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgular ve bu konudaki diğer araştırmalardan ulaşılan bulguların ortak bilgileri ışığında; savunma mekanizmalarının depresyona sebep olan faktörler arasında değerlendirilemeyeceği ancak kişinin yaşadığı depresyonun niteliği hakkında ciddi bilgiler verebileceği sonucuna varılmıştır.

Savunma mekanizmaları ve depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemeye dönük ileriki çalışmalarda özellikle depresyon hastalarının testlere verdikleri cevapların o anki fenomenolojik dünyalarını yansıtacağı gerçeğinden hareketle bundan sonraki araştırmalarda depresyon tedavisi gören gruba tedavinin başında ve sonunda test-

tekrar-test tekniği uygulamasının yapılmasının faydalı olacağı düşünölmektedir. Böyle bir çalışmanın araştırmanın süresinin uzaması yanında diğer taraftan uygulanan tedavi ile birlikte depresyon hastalarının savunma mekanizmaları ile ilgili değişimlerini ortaya koyması bakımından faydalı olacağı sonucuna varılmıştır.

Bilinç dışı süreçler olduğu kabul edilen savunma düzeneklerinin, bilinçli iken doldurulan bir test (SBT-40) ile ölçölmeye çalışılmasının tartışılması gerektiği belirtilmiş ve savunma mekanizmalarının türünü ve derecelerini anlamak için bireyin bilinç dışı dünyası hakkında somut değerlendirmelere gidebileceğimiz yöntem ve teknikler geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu bağlamda savunma mekanizmaları ile ilgili ileride yapılacak çalışmaları, bu konudaki test ve ölçeklerin geliştirilmesi ile ilgili olması önerilmiştir.

Depresyonun Türkiye’de erişkinlerde görölme sıklığı “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” çalışması bulgularında %4 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmaya göre depresyon kadınlarda erkeklere oranla daha yaygındır. Ayrıca her beş kadından birinde herhangi bir ruhsal hastalık tanısı varken, erkeklerde bu oran onda birdir. (Kılıç, 1998). Kliniğe başvuran hastalardan araştırmada hedeflenen grubun kadın- erkek dağılımı ile ilgili oranının oluşturulması zaman almış, depresyon tanısı konulmuş yardım alan erek hasta sayısına hedeflenen zaman diliminde ulaşılamamıştır. Bu nedenle araştırmanın başında öngörölen süre araştırma için yeterli olmamış, uygulama süresinin uzatılması ile sonuca gidilmiştir. Bu konuda ileride yapılacak araştırmalarda bu duruma dikkat edilmesi önerilmektedir.

Yeni araştırmalarda kullanılacak testlerin uygulama aşamasında tümünün tek oturumda uygulanmasının katılımcıların fenomonolojik alanında karışıklığa neden olabileceği ya da dikkatlerini dağıtılabileceği bu nedenle testlerin; ayrı ayrı oturumlarda, katılımcıları sıkmadan ve dikkatlerinin dağılmasına olanak vermeden standart şekilde uygulanması önerilmektedir.

Depresyon ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiyi ortak ve farklılaşan dinamiklerini belirleyerek aydınlatmak amacı ile gerçekeştirdiğimiz araştırmamızın, konu ile ilgili yapılan çalışmaları özetlemesi ve elde ettiğimiz bulgular ile her iki kavramın daha iyi anlaşılması aısından psikoloji alanına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- Abrahamson, L. Y., Seligman, M. E. P., Teasdale, J. D. (1978). "Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation.". *Abnormal Psychology*,(sayı: 87), 49-74.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., Alloy, L. B. (1989). "Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression". *Psychological Review*, (sayı:96), 358-372.
- Alper, Y. (2001). *Depresyon Psikoterapisi*. 1. Baskı, içinde (45). İstanbul: Alfa Yayınları.
- American Psychiatric Association (APA), 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA (Amerikan Psikiyatri Birliği), (2000). *DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri: Basvuru Elkitabı* (2. baskı). (Çev. Ertuğrul Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Baltaş ve Batlaş, (2002). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. 21. Baskı, içinde (74). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bodur, E. Fatih (1999) *Ego Savunma Mekanizmaları Testinin Türkçe Formu Dil Eşdeğerliliği, Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışmaları*, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Brenner, C. (1955). *Psikanaliz Temel Kavramlar* (Çev: Savaşır, I. Savaşır, Y.) (orijinal metin yayın yılı 1955) 1. Baskı, içinde (78-81). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Büyüköztürk, Ş. (2007). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı* (7. baskı). Ankara: Pegem.
- Büyüköztürk, Ş. (2004). *Veri Analizi El Kitabı* (3. baskı). Ankara: Pegem.
- Doğan, O., Gülmez, H., Ketenoğlu, C. ve Ark. (1995) *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*. Sivas: Dilek Matbaası.
- Ersevim, İ. (1997). *Freud ve Psikanalizin İlkeler*. 1. Baskı, içinde (43). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy M. ve ark. (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

- Fenichel, O. (1946). *The Psychoanalytic Theory Neurosis*. London: Kegan Paul Pres
- Freud, A. (1937). *The Ego and the Mechanisms of Defence*, Ego ve Savunma Mekanizmaları (Çev: Yeşim Erim)1. Baskı, içinde (132). İstanbul: Bağlam Yayınları.
- Freud, S.(1894). *The Neuro Psychoses of Defence* 3. Baskı, içinde (40-68). London: Hogarth Press.
- (Freud, 1953:98-102). Freud, S.(1953). *The Essays on the Theory of Sexuality* 7. Baskı, içinde (98-105). London: Hogarth Press.
- Freud, S.(1922). *Certain Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia and Homosexuality* 18. Baskı, içinde(70-78). London: Hogarth Press.
- Ford, D. H., Urban, H. B.(1963). *Systems of Psychoteraphy*. 1. Baskı, içinde(518-591). New York: Free Press.
- Gabbard, G. O. (1995). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6. Baskı, içinde (431-478). Baltimore: Willams&Wilkins Pres
- Guidano,V. F., Liotti, G. (1986). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. 3. Baskı, içinde (133). New York: The Guilford Press.
- Güleç, C. (1997). *Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji*. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. (Ed: Bertan, M., Güler, Ç.). 2.Baskı, içinde (442-454). Ankara: Güneş Kitabevi.
- Hankin, B. I., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R.(1998). "Development of Depression from Preadolescence to YoungAdulthood". *Journal of Abnormal Psychology*, (Sayı: 07), 128–140.
- Hartmann, K. (1958). *Ego Psychology and the Problem of Adaption*. 6. Baskı, içinde (79). New York: International Universities Press.
- Horney, K. (1966). *Neurosis and Human Growth*, Nevrozlar ve İnsan Gelişimi (Çev: Selçuk Budak). Ankara: Öteki Yayınevi.
- Hisli, N. (1988). "Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma". *Psikoloji Dergisi*, (sayı: 6),118–121.
- Ihlevich, D., Gleser, G.C. (1995). *The Defance Mechanisms Inventory*. 2. Baskı, içinde (247). New York: John Willey&Sons
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1979). *Advances in factor analysis and structural equation models*. New York: University Press of America.
- Kalaycı, Ş., (2006). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri* (2. baskı). Ankara: Asil.
- Karasar, N. (2000). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

- Klein, M. (1975). *Envy and Gratitude and Other Works*. New York: Free Press.
- Koptagel, G. (1996). ‘‘Psikodinamik Açıdan Depresyon’’. *Türk Psikiyatri Dergisi*, (Sayı:7), 275-283.
- Köroğlu, E. (2004). *Depresyon: Nedir, Nasıl Baş Edilir*. 1. Baskı, içinde (60). Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayını.
- Laplanche, J.,Pontalis, J. B. (1988).*The Language of Psychoanalysis*.1. Baskı, içinde (94). London: Karnac Boks.
- Leech, N.L. (2005). *SPSS for Intermediate Statistics: Use and Interpretation*. London: Lawrance Erlbaum Associates Publishers
- Lewinsohn, P. M., Amenson, C. S. (1978).’’ Some Relations Between Pleasant and Unpleasant Mood-Related Events and Depression’’, *Journal of Abnormal Psychology*, (Sayı:87), 644-654.
- Mahler, M.S. (1975). *The Psychological Birth of Human Infant*. 6. Baskı, içinde (297).New York : Basic Boks.
- Metalsky, G. I., Joiner, T. E., Jr. (1992). ‘‘Vulnerability to Depressive Symptomatology’’. *Journal of Personality and Social Psychology*, (sayı:63), 667-675.
- O’Leary, K. D., Wilson, G. T. (1986). *Behaviour Therapy: Application and Outcome*. 2. Baskı, içinde (202-227). New York: Prentice–Hall Inc.
- Özdamar, K. (2004). *Paket Programlar ile İstatistiksel veri Analizi (Çok Değişkenli Analizler)* (5. baskı). Eskişehir: Kaan.
- Öztürk, M. O. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (10. baskı). (291-342) Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk,M.O. (2002).Ruh sağlığı ve Bozuklukları. 9. Baskı, içinde (122). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Perry, J. C.,Cooper, S. H. (1986). *Empirical Studies of Psychological Defense Mechanisms*. 1. Baskı, içinde (30). New York: Basic Boks.
- Plante, T. G. (2005). *Contemporary Clinical Psychology*. 2. Baskı, içinde (88) USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Plutchik, R.A.(1995). Theory of Ego Defenses. 13. Baskı, içinde (38). New York: John&Wiley Pres
- Ralpmund,V., Moore,C. (2000). ‘‘Women’s Stories of Depression’’. *A Constructivist Approach.South African Journal of Psychology*, (sayı:30), 20-31.

Sayıl, I. (Ed.). (2004). *Bireyden Topluma Ruh Sağlığı*. 1.Baskı, içinde (86).İstanbul: Eczacıbası İlaç Paz.

Savasır, I. Şahin, N. H. (1997). *Bilissel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Seligman, M. E. P. (1992). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. New York: W.H. Freeman and Company.

Schafer, R. (1968). *Mechanisms of Defence*. 4. Baskı, içinde (62).New York: Free Press.

Sharkin, B. S. (1993).’’Anger and Gender: Theory, Research and Implications’’. *Journal of Counseling and Development*,(sayı: 7), 386-389.

Sipahi, B., Yurtkoru, E. S. ve Çinko, M. (2006). *Sosyal Bilimlerde SPSS’le Veri Analizi*. İstanbul: Beta.

Tegin, B. (1980). *Depresyonda Bilişsel Şemalar*. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Quinn, B. (2002). *Depresyon El Kitabı*, (Çeviri: A.E. Danacı). Ankara: Hekimler Yayın BirliğiYayını.

Vaillant, GE. (1977). *Adaption to Life*. Boston: Little, Brown and Company.

Vaillant, GE. (1971). *Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms*. Boston: General Psychiatry.

Verwoerd, A. (1972). *Psychopathological Responses to The Stres of İlness*. 1. Baskı, içinde (168). Boston: Lopowski

Wallace, E.R. (1995). *Dinamik Psikiyatri Kuramı ve Uygulaması*, (Çev: Hakan Atalay). İstanbul: Eylül Yayınları

WHO.(2006).*Depression*.http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ (21.06.2009).

WHO (Dünya Sağlık Örgütü)., (2001). *The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. WHO: 2001 Raporu.

WHO (2001) The World Health Report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope.World Health Organization, Geneva, Switzerland. (<http://www.who.int/whr/2001/en/> (10.05.2009).

Yılmaz, N., Gençöz, T., Ak, M., ve ark. (2007). ‘‘Savunma Biçimleri Testi’nin Psikometrik Özellikleri: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması’’. *Türk Psikiyatri Dergisi*, (sayı:18): 244-253

EKLER

EK-1 Demografik Bilgi Formu

Değerli Katılımcı; Savunma Mekanizmaları ve Depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladığımız tez çalışmamız için doldurduğunuz Beck Depresyon Envanteri ve SBT-40 testlerine katkılarınızdan ötürü teşekkür ederiz.

Lütfen, testlere geçmeden önce, kişisel bilgileriniz ile ilgili aşağıdaki ifadeleri dikkatle okuyup, sizin için uygun seçenekleri işaretleyiniz.

Lütfen sizin için uygun seçeneğin yanındaki kutucuğa **X** işareti koyunuz.

Cinsiyetiniz:	Kadın	()		
	Erkek	()		
Medeni Durumunuz:	Evli	()		
	Bekar	()		
	Boşanmış	()		
Yaşınız:	20-25	()	35-40	()
	25-30	()	40-45	()
	30-35	()	45-50	()
Eğitim Durumunuz:	İlkokul	()	Lise	()
	Üniversite	()	Lisans Üstü	()

Mesleğiniz:.....

** bilgilerinizin doğruluğunu kontrol ettikten sonra arka sayfadaki teste başlayabilirsiniz.*

EK-2 Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçtiğiniz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Seçiminizi yapmadan her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

1.

- a) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
- b) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- c) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- d) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2.

- a) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
- b) Gelecek hakkında karamsarım.
- c) Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok.
- d) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiç bir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3.

- a) Kendimi başarısız bir insan olarak görüyorum.
- b) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
- c) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- d) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

4.

- a) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- b) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
- c) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- d) Her şeyden sıkılıyorum.

5.

- a) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
- b) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- c) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- d) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6.

- a) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
- b) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
- c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
- d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7.

- a) Kendimden memnunum.
- b) Kendi kendimden pek memnun değilim.
- c) Kendime çok kızıyorum.
- d) Kendimden nefret ediyorum.

8.

- a) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- b) Zayıf yanlarım ya da hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
- c) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
- d) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

9.

- a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- b) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
- c) Kendimi öldürmek isterdim.
- d) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

10.

- a) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
- b) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- c) Çoğu zaman ağlıyorum
- d) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11.

- a) Simdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
- b) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
- c) Şimdi hep sinirliyim.
- d) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12.

- a) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
- b) Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
- c) Başkaları ile konuşma, görüşme isteğimi kaybettim
- d) Hiç kimseyle konuşmak, görüşmek istemiyorum.

13.

- a) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
- b) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- c) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
- d) Artık hiç karar veremiyorum.

14.

- a) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
- b) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
- c) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
- d) Kendimi çok çirkin buluyorum.

15.

- a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- b) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
- c) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
- d) Hiç bir şey yapamıyorum.

16.

- a) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
- b) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
- c) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- d) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

17.

- a) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
- b) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
- c) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
- d) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18.

- a) İştahım her zamanki gibi.
- b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
- c) İştahım çok azaldı.
- d) Artık hiç iştahım yok.

19.

- a) Son zamanlarda kilo vermedim.
- b) İki kilodan fazla kilo verdim.
- c) Dört kilodan fazla kilo verdim.
- d) Altı kilodan fazla kilo verdim.

20.

- a) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
- b) Ağrı, sancı, mide bozukluğu gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
- c) Saęlıęım beni endiřelendirdięi için bařka řeyleri dūřünmek zorlařıyor.
- d) Saęlıęım hakkında o kadar endiřeleniyorum ki bařka hiçbir řey dūřünemiyorum.

21.

- a) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilginde bir değişme fark etmedim.
- b) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
- c) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
- d) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

Test sona ermiştir, teşekkürler...

EK-3 Savunma Biçimleri Testi (SBT-40)

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı şeklinde (×) işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek:

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım(resim, el işi, ağaç oyma)

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimlidir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

9. Süpermen' mişim gibi tehlikelere aldırmam.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

14. Her zaman doğruyu söylemem

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

17. Bir çok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

18. Hiçbir şeyden korkmam

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hincımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırsam yakınayım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

EK-4 Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayeti Olmayan Katılımcıların SBT-40 Testi Maddelerine Verdikleri Puanların Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Tablo 7 Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayeti Olmayan Katılımcıların SBT-40 Testi Maddelerine Verdikleri Puanların Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Savunma Biçimleri Testi 40 (SBT-40)	Depresyon Tanısı Konmuş		Depresif Şikayeti Olmayan	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
01. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.	7,44	1,38	7,82	1,37
02. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.	3,36	1,86	4,25	2,56
03. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım(resim, el işi, ağaç oyma)	2,98	1,68	4,65	2,45
04. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.	6,89	2,27	5,02	2,42
05. Kendime çok kolay gülerim.	3,31	1,91	5,76	2,29
06. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimlidir.	6,21	2,68	2,80	2,19
07. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.	6,69	1,93	3,93	2,31
08. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.	6,33	2,54	3,39	2,39
09. Süpermen' mişim gibi tehlikelere aldırım.	6,13	2,31	3,75	2,39
10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.	6,21	2,90	3,91	2,49
11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.	6,09	2,09	4,45	2,39
12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.	6,47	2,67	4,32	2,47
13. Çok tutuk bir insanım.	6,42	2,26	3,38	2,48
14. Her zaman doğruyu söylemem	6,14	2,76	3,02	2,19
15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.	6,11	2,20	5,00	2,34
16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm.	6,31	2,87	2,83	2,18
17. Bir çok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.	6,15	2,04	3,69	2,25
18. Hiçbir şeyden korkmam	6,40	2,48	4,50	2,40
19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.	6,19	2,35	4,26	2,51
20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.	6,20	2,69	4,20	2,28
21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.	5,71	2,54	4,53	2,54
22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.	6,48	2,14	4,50	2,60
23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hincımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.	6,00	2,90	2,88	2,24
24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.	4,86	2,79	5,23	2,86
25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.	3,37	2,02	6,22	2,20
26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.	3,19	1,94	4,94	2,28
27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.	6,61	2,48	5,75	2,48
28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.	4,92	3,23	5,85	2,14
29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim	6,70	2,40	4,89	2,64
30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.	3,49	2,23	6,82	2,24
31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.	6,12	2,76	3,25	2,55
32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.	5,18	3,15	4,64	2,48
33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.	6,38	2,41	3,66	2,82
34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.	6,70	2,44	4,70	2,54
35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilsem, onunla daha iyi baş edebilirim.	3,49	2,24	5,86	2,54
36. Ne kadar yakınırsam yakınayım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.	6,79	1,82	4,26	2,23
37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.	6,54	2,52	3,95	2,48
38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.	3,67	2,17	6,64	2,14
39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.	6,43	2,69	4,68	2,62
40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.	5,58	2,95	5,85	2,30

ÖZGEÇMİŞ

Özgür Aktan 20 Mayıs 1975 Ardahan doğumludur. İlkokulu Yamanevler İlkokulunda, ortaokulu Ümraniye Anadolu Lisesinde, liseyi de Ümraniye Teknik Lisesinde okumuştur. Lisans öğrenimini 1995–1999 seneleri arasında Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık bölümünde tamamlayan öğrenci mezun olduğu yıl Boğaziçi Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans bölümü sınavını derece ile kazandı.1999–2002 seneleri arasında İngilizce hazırlık ve fark derslerini tamamlayamadığı için kendi isteği ile bu bölümden ayrıldı. 2002–2003 yılları arasında Hava Kuvvetlerinde askerlik görevini tamamladı, aynı yıl GATA’ da ‘‘Psikolojik Danışma Becerileri’’ eğitimi aldı. 2004 yılında Milli Eğitim Bakanlığına bünyesinde psikolojik danışman olarak göreve başladı. Öğrenci 2006 yılının sonunda Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programına başlamıştır.

Katıldığı Kurs, Seminer ve Faaliyetler:

AÇEV- Baba Destek Programı / Eğitici Eğitmenliği Eğitimi (İstanbul, 2005/hafta)

Semiha Şakir Vakfı -Çocuk Suçluluğu ve Çocuk Hakları Konusunda Toplumu Bilinçlendirme Projesi (İstanbul, 2005/ 4 hafta)

İstanbul Valiliği/MEB- Risk Altındaki Çocukların Tanınması ve Yönlendirilmesi Semineri (İstanbul, 2004/ 4 gün)

GATA- Psikolojik Danışma ve İletişim Becerileri Eğitimi (Ankara, 2003/ 5 gün)

Arthur Andersen- Çağrı Merkezi Eğitimi (İstanbul, 2000/ 2 gün)

PDR International- Telefonda Etkin İletişim Semineri ‘Telephone Doctor’ (İstanbul, 2000/ 2 gün)

İş Deneyimleri:

Milli Eğitim Bakanlığı/Psikolojik Danışman (2004-devam ediyor)

Doğuş Holding /Humanitas İnsan Kaynakları (1999–2002)