PDF Eraser Free

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

GERİATRİK POPÜLASYON MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARIN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARININ GENÇ POPÜLASYON MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARLA KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Elif Subaşı Tercan

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA – 2020

PDF Eraser Free

PDF Eraser Free

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

GERİATRİK POPÜLASYON MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARIN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARININ GENÇ POPÜLASYON MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARLA KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Elif Subaşı Tercan

Tez danışmanı: Prof. Dr. Kamil Nahit Özmenler

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA – 2020

PDF Eraser Free

ÖNSÖZ

Katılımcılara ulaşmamda katkı sağlayan ve beni sonuna kadar destekleyen başta Dr. Çiğdem Çifci Kaygusuz, Dr. Seçil Özen, Dr. Nadide Elmas Gülcü Ok, Dr. Esra Ünverdi Bıçakçı, Dr. Ayşegül Taşdelen Kul, Dr. Esra Öksüz, Dr. Bülent Devrim Akçay, Dr. Demir Faruk Dağ, Dr. Burcu Gültekin, Dr. Cansu Ünsal, Dr. Çınar Mete, Dr. Azize Beril Taşçı'ya, başta kliniğimiz direktörü ve kendisinden hem psikiyatri alanında hem de psikiyatrist olmak anlamında çok şey öğrendiğim Prof. Dr. K. Nahit Özmenler olmak üzere beraber çalışma fırsatı yakalamış olmaktan mutluluk duyduğum Prof. Dr. Mehmet Ak, Prof. Dr. Özcan Uzun, Prof. Dr. Sinan Yetkin, Prof. Dr. Nazmiye Kaya, Prof. Dr. Faruk Uğuz ve Yrd. Doç. Dr. Abdullah Bolu'ya, rotasyonlarım sırasında deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Ayhan Göngöloğlu, Prof. Dr. Bülent Oğuz Genç, Prof. Dr. Figen Güney'e, tez yazım aşamasında yardımlarını esirgemeyen çok değerli arkadaşlarım Dr. Burak Kayabaşı, Dr. Çisem Yeşil Kayabaşı, Dr. Sevim Onguner ve Dr. İbrahim Gündoğmuş'a, bu süreçte dostluğunu ve desteğini hep hissetiğim Dr. Özgün Türe Tekin, Dr. Deniz Oruç, Dr. Kübra Efe, Dr. Furkan Nuri Çelik, Dr. Oğuzhan Zengin, Tunahan Zengin, Dr. Sina Aria, Dr. Ertuğrul İsazade, Dr. Nazile Arpacı, Dr. Mustafa Dinçer, tabi ki Dr. Semin Yavuz Gargın, Dr. Özge Ulukaya ve Barış Gargın'a, her zaman yanımda olan, beni destekleyen kliniğimiz asistanları ve çalışanlarına; aktif olarak çalıştığım düzenledikleri mesleki etkinlikler, ortaklıklar ile bana çok şey öğreten Türkiye Psikiyatri Derneği'ne ve Asistan Hekim Komitesi'ne, sabrı, ilgisi ve sevgisiyle hep yanımda olan biricik aileme ve değerli eşim Dr. İsmail Can Tercan'a

Teşekkürlerimle...

Dr. Elif SUBAŞI TERCAN

Ankara 2020

PDF Eraser Free

İÇİNDEKİLER

I. ÖZET iv

II. ABSTRACT vi

III. TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ viii

IV. SİMGELER VE KISALTMALAR x

V. GİRİŞ VE AMAÇ 1

VI. GENEL BİLGİLER 3

a. DEPRESYON 3

i. Tanımı ve Tarihçesi 3

ii. Epidemiyoloji 3

iii. Klinik Belirtiler ve DSM-V Tanı Kriterleri 4

iv. Etyoloji 6

a. Genetik Etkenler 6

b. Psikososyal Etkenler 7

c. Biyolojik Kuram 10

d. Beyin Görüntüleme Çalışmaları 11

e. Nöroendokrin ve İnflamatuar Etkenler 11

b. YAŞLILIK ÇAĞI DEPRESYONU 12

i. Tanımı 12

ii. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri 13

iii. Klinik Özellikler 14

c. ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR 15

i. Şema Kavramı 15

ii. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar 16

iii. Şemaların Temeli 16

iv. Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar 17

v. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Depresyon 22

VII. GEREÇ VE YÖNTEM 25

VIII. BULGULAR 30

IX. TARTIŞMA 42

X. SONUÇ VE ÖNERİLER 53

XI. KAYNAKLAR 55

PDF Eraser Free

XII. EKLER 65
XIII. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ 80

PDF Eraser Free

ÖZET

Geriatrik Popülasyon Major Depresif Bozukluk Tanılı Hastaların Erken Dönem Uyumsuz Şemalarının Genç Popülasyon Major Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarla Karşılaştırılması

Dr. Elif SUBAŞI TERCAN

Amaç: Bu çalışmada 65 yaş ve üzeri major depresyon tanısı olan hastaların erken dönem uyumsuz şemalarının genç popülasyon major depresyon tanılı hastalar ile karşılaştırılması ve yaşlı popülasyonda major depresyonun erken dönem uyumsuz şemalara etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Kasım 2019-Mayıs 2020 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) kriterlerine göre Major Depresif Bozukluk tanılı ayaktan ve yatan hastalar dahil edilmiştir. Major depresif bozukluk tanılı 65 yaş ve üzeri 38 yaşlı hasta ve 18-49 yaş aralığında 58 genç hasta çalışmaya alınmıştır. 50-64 yaş aralığı karıştırıcı faktör olmaması açısından çalışmaya dahil edilmemiştir. Katılımcılara DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5), sosyodemografik veri formu, Montgomery-Äsberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği (MÄDRS), Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Gruplar arasında MADRS puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. YŞÖ alt ölçekleri açısından bakıldığında, yaşlı popülasyonda cezalandırılma, onay arayıcılık, duygusal yoksunluk alt ölçek puanları ve genç popülasyonda ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, tehditler karşısında dayanıksızlık alt ölçek puanları yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). 65 yaş ve üzeri hasta grubunda YŞÖ cinsiyetler açısından değerlendirildiğinde kadınlarda duygusal yoksunluk şema alt ölçeğinin yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). 65 yaş ve üzeri hasta grubunda YŞÖ medeni durum açısından değerlendirildiğinde, duygusal yoksunluk, karamsarlık, kendini feda ve terk edilme alt ölçek skorları arasında fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç ve Tartışma: Bu çalışma major depresif bozukluk tanılı 65 yaş ve üzeri popülasyonun erken dönem uyumsuz şemalarının genç popülasyondan farklı

PDF Eraser Free

olabileceğini göstermiştir. 65 yaş ve üzeri geriatrik major depresif bozukluk tanılı hastaların erken dönem uyumsuz şemalarını araştıran sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu araştırma major depresif bozukluk tanılı geriatrik hasta popülasyonunun erken dönem uyumsuz şemaları açısından betimleyici bir özellik taşımaktadır. 65 yaş ve üzeri major depresif bozukluk tanılı hastaların erken dönem uyumsuz şemalarının belirlenmesi açısından daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Geriatrik Depresyon.

PDF Eraser Free

ABSTRACT

Comparison of Early Maladaptive Schemes of Patients with Geriatric Population Major Depressive Disorder with Young Population Major Depressive Disorder Patients

Elif SUBAŞI TERCAN, MD

Objective: In this study, it was aimed to compare the early maladaptive schemes of elderly and young patients diagnosed with major depression and to investigate the effect of major depression on early maladaptive schemes in the elderly population.

Materials and Methods: Outpatient and inpatient patients diagnosed with Major Depressive Disorder, according to DSM-5 criteria, who applied to Gülhane Training and Research Hospital Mental Health and Diseases Clinic between November 2019 and May 2020 were included in the study. 38 elderly patients aged 65 years or older and 58 young patients aged 18-49 years with major depressive disorder were included in the study. 50-64 age range was not included in the study in terms of lack of confounding factor. Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5), sociodemographic data form, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MÄDRS), Young Schema Scale Short Form-3 (YSS) were applied to the participants.

Results: There was no significant difference between the groups in terms of MADRS scores. In terms of YSS subscales, punishment, seeking approval, emotional deprivation subscale scores in the elderly population, and privilege / inadequate self-control and vulnerability against threats were found high in the young population ($p<0.05$). When the YSS was evaluated in terms of genders in the elderly population, it was found that the scale of emotional deprivation scheme in women was high. ($p<0.05$). When the YSS was evaluated in terms of marital status in the elderly population, there was a difference between emotional deprivation, pessimism, self-sacrifice and abandonment subscale scores ($p<0.05$).

Conclusion and Discussion: This study showed that the schemes of the elderly population diagnosed with depression may differ from the young population. There are a limited number of studies investigating schemes of patients diagnosed with

PDF Eraser Free

geriatric depression aged 65 and over. This study has a descriptive feature in terms of schemes of the geriatric patient with depression. More studies are needed to determine early maladaptive schemes of patients diagnosed with major depressive disorder aged 65 and over.

Key Words: Depression, Early Maladaptive Schemas, Elderly Depression.

PDF Eraser Free

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablo 1.1.: Şema alanları ve şema boyutları 18

Tablo 4.1. Çalışma grupları arasında sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması. 30

Tablo 4.2. Çalışma grupları arasında komorbid fiziksel hastalıklar ve alışkanlıkların karşılaştırılması 31

Tablo 4.3. Çalışma grupları arasında Montgomery–Åsberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği ve Young şema ölçeği skorlarının dağılımı 32

Tablo 4.4. 65 yaş ve üstü hastaların Montgomery–Åsberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği ve Young şema ölçeği skorlarının cinsiyetler arası karşılaştırılması 36

Tablo 4.5. 65 yaş ve üstü hastaların Montgomery–Åsberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği ve Young şema ölçeği skorlarının medeni duruma göre karşılaştırılması 37

Tablo 4.6. Tüm hastaların yaş ve Montgomery–Åsberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği ile Young şema ölçeği skorları arasındaki ilişkilerin korelasyon analizi 38

Tablo 4.7. 65 yaş ve üstü hastaların yaş ve Montgomery–Åsberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği ile Young şema ölçeği skorları arasındaki ilişkilerin korelasyon analizi 40

PDF Eraser Free

Şekil 1.1. MADRS puanlarının yaşa göre dağılımı 33

Şekil 1.2. Duygusal Yoksunluk Şema Alt Ölçek puanının yaşa göre dağılımı 34

Şekil 1.3. Onay Arayıcılık Şema Alt Ölçek puanının yaşa göre dağılımı 34

Şekil 1.4. Cezalandırılma Şema Alt Ölçek puanının yaşa göre dağılımı 35

Şekil 1.5. Tehditler Karşısında Dayanıksızlık Şema Alt Ölçek puanının yaşa göre dağılımı 35

PDF Eraser Free

SİMGELER VE KISALTMALAR

5-HIAA: 5-hidroksiindolasetik Asit

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

AVP: Arjinin-Vazopresin

CPRS: Comprehensive Psychophatological Rating Scale

CRH: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HPA: Hipotalamohipofizer

ICD-10: International Classification of Diseases-10

MÄDRS: Montgomery-Äsberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği

MDB: Major Depresif Bozukluk

SCID-5: DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

YŞÖ: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3

PDF Eraser Free

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Major depresif bozukluk (MDB) dünya da en sık görülen psikiyatrik bozukluktur (1). Her yaşta görülebilir ancak 15-44 yaş arasındaki yaygınlığı daha yüksektir. Major depresif bozukluğun yaygınlığı Angst ve ark 1992 yılında yaptığı çalışmada % 4.4- %19.6 ve Kessler ve ark 1994 yılında yaptığı çalışmada % 17 olarak belirtilmektedir (2,3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş üstü popülasyonu yaşlı popülasyon olarak tanımlamaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaşlı nüfus oranının %7.1 olduğu gösterilmiştir (4). Yaşlı popülasyonda depresyon önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Beck Depresyon Ölçeğine göre, yaşlı popülasyonun %53,2'sinin depresyon puanlarının kesme puanının üzerinde olduğu gösterilmiştir (5). Bu verilere bakıldığında yaşlı depresyonunda toplumda oldukça önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir. Ancak yaşlılarda gözlenen klinik tablo ile gençlerde gözlenen klinik tablo pek çok açıdan birbirinden farklıdır. Klinik özellikler açısından bakıldığında yaşlılarda uykusuzluk, ajitasyon, hipokondri, letarji, irritabilite belirtileri daha sık gözlenmektedir (6). Ayrıca bazı çalışmalarda yaşlılığa özgü depresyon tablosu olduğu da gösterilmiştir (7). Bunun yanısıra yaşlılıkta biyolojik yapıda değişiklikler, varolan deneyimler, sorunlarla başa çıkma yöntemleri, ekonomik koşullar, sosyal destekler, yalnız yaşama gibi faktörler yaşlılarda depresyonun ortaya çıkmasını etkiler ve depresyonun da 65 yaş üstü kişilerde mortaliteyi artırdığı gösterilmiştir (8,9). Tüm bu veriler yaşlılık döneminde başlayan depresyonun genç yaşta başlayan depresyondan farklılıkları olabileceğini göstermektedir.

Bilişsel Davranışçı Terapinin öncüsü Aaron Beck, olumsuz yaşam olayları ile karşılaşıldığında belirli bilişsel yapılanmaların aktive olmasının depresyona yatkınlık oluşturduğunu ifade etmektedir. Depresyonun bilişsel modelinin açıklamasını bu şekilde yapmaktadır. Bilişsel yapılanmalar, kişinin kendisi, diğer insanlar, onlarla olan ilişkileri ve dünya hakkındaki inanışlardır. Bu inanışlar "şema" olarak

PDF Eraser Free

adlandırılmaktadır (10). Young ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmalarda çocukluk döneminde gelişen ve yaşam boyu devam eden erken dönem uyumsuz şemaların depresyona bilişsel yatkınlık oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Şema terapi ile erken dönem uyumsuz şemalar değiştirilebilmekte ve depresyonun tedavisi yapılabilmektedir (11-14).

Literatürde halen, yaşlılık döneminde başlayan depresyonda erken dönem uyumsuz şemaların genç dönemde başlayan depresyondaki erken dönem uyumsuz şemalar ile farklılığını araştıran çalışmalara pek rastlanmamaktadır. Çalışmanın amacı, yaşlılık döneminde başlayan depresyon ile genç dönemde başlayan depresyonda erken dönem uyumsuz şema farklılıklarını araştırmaktır. Yaşlılık döneminde başlayan depresyonun genç dönemde başlayan depresyondan farklı olduğu düşünüldüğünde şema farklılıklarının ortaya konmasının tedavi konusunda aydınlanma sağlayacağı düşünülmektedir.

PDF Eraser Free

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DEPRESYON

2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi

Depresyon sözcüğü dilimize Fransızca *dépression* kelimesinden girmiştir (15). Depresyon (majör depresif bozukluk) duyguları, düşünceleri ve davranışları olumsuz yönde etkileyen yaygın ve ciddi psikiyatrik hastalık tablosudur (16). Gündelik olarak kullanıldığında üzüntü, keyifsizlik, umutsuzluk, yetersizlik gibi olumsuz duyguları işaret eden bir tablodur. Ancak her zaman klinik hastalığa işaret etmez.

Bunun yanında depresyon benzeri tablolar tarih boyunca çeşitli toplumlarda, çeşitli mitolojilerde, eski ve yeni dinlerde yer almıştır. Tarih öncesi efsanelerde Apollo tarafından çocuklarının öldürülmesi neticesinde sürekli ağlayan ve taşa dönüşen Niobe depresyon örneği olarak gösterilebilir. M.Ö yaşayan tıbbın babası olarak adlandırılan Hipokrat ilk kez bilimsel anlamda "melankoli" adını kullanmış ve bu dönemde depresyon olarak kastettiğimiz tabloyu tanımlamıştır (17). Melankolinin fazlaca siyah safra birikiminden oluştuğu düşünülmüş, melankoli üzüntü ve korku, uykusuzluk, huzursuzluk, yorgunluk ve iştah kaybı ile giden bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (18). Galen melankolisi olan hastaları umutsuzluk, suçluluk, mutsuzluk, günahkarlık hezeyanlarına sahip kişiler olarak tanımlamış, melankoli tanımına değersizlik düşünceleri ve somatik belirtileri de ekleyerek tekrar düzenlemiş, bu tanım çok uzun yıllar kabul görmüştür. 19.yy'da Emil Kraepelin depresyon ve melankoli terimlerini birbirinden ayırmıştır. Melankoliyi akıl bozukluğu, depresyonu ise disforik duygudurum veya duygulanımı tanımlamak amacı ile kullanmıştır (19).

Günümüzde depresyon, depresif duygudurum ve zevk alamamayla beraber düşünce, konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlamayla beraber izlenen, ayrıca değersizlik, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşüncelerini de içeren bir sendromdur.

2.1.2. Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tarafından depresyon dünya üzerinde yeti yitimine sebep olan bozukluklar arasında dördüncü sıradadır ve 2020 yılına kadar

PDF Eraser Free

ikinci önemli neden olacağı öne sürülmektedir (20,21). Depresyon her yaşta görülebilir özellikle orta yaşlarda daha sık izlenen bir hastalıktır. Yaşam boyu yaygınlığı, Angst (1992) tarafından % 4.4-%19.6 ve Kessler (1994) tarafından % 17 olarak belirtmiştir (2,3). 14 farklı ülkede yapılan bir çalışmada ise erişkinlerde majör depresif bozukluk ve persistan depresif bozukluğun yaşam boyu prevalansı %12 olarak belirlenmiştir (22). ABD'de yaşam boyu prevelans %19.2 olarak belirtilmiştir (23). Cinsiyet açısından karşılaştırıldığında kadın/erkek oranın 2/1 olduğu saptanmıştır (24). Boşanmış bireylerde evli bireylerden önemli ölçüde daha fazla görülür ve yaşla beraber depresyon prevalansı azalmaktadır (25,26). Majör depresif bozukluk yaşlı bireylerde, genç erişkinlere göre daha az görülür. Bir çalışmada erişkin 9000 hasta alınmış, major depresyonun yaşam boyu prevalans 65 yaş üstü grupta %10, genç erişkin grupta %19-23 arası, nokta prevalans ise 65 yaş üstü grupta %1 ve genç erişkin grupta %3 belirlenmiştir (27).

Türkiye'de ise major depresyon sıklığı %8-20 olarak bulunmuştur (28). Türkiye'de yapılan Ruh Sağlığı Profili çalışmasında 12 aylık majör depresif bozukluk epizodu prevalansı kadınlarda %5.4, erkeklerde % 2.3, tüm nüfusta % 4 olduğu belirlenmiştir (29).

2.1.3. Klinik Belirtiler ve DSM-V Tanı Kriterleri

Depresyon, duygudurumda çökkünlük yönündeki artıştır. Kişi kendisini mutsuz, üzgün, kıymetsiz hisseder. Genellikle daha önce keyif aldıkları aktivitelerden keyif almazlar. Bazen bu semptomlara gerginlik, anksiyete de eşlik edebilmektedir. İştahsızlık ve uykusuzluk gibi vejetatif semptomlarda görülebilir. Bazen kendilerini yemeye zorlamalarına rağmen iştah kaybına bağlı kilo verme nadiren aşırı yemeye bağlı kilo artışı gözlenebilir. Bazı hastalarda uyku artışı bazı hastalarda uykuda azalma gözlenir. Motor aktivite hastadan hastaya değişiklik gösterebilir bazı hastalarda psikomotor retardasyon bazı hastalarda psikomotor ajitasyon gözlenebilir. Bazı hastalarda psikotik belirtiler duygudurumla uyumlu olarak gözlenebilir. Bazı hastalar da ise suisidal düşünce bulunmaktadır (30).

Depresif hastaların enerjilerinde azalma mevcuttur, kendilerini yorgun hissederler. Bu yüzden fiziksel ve zihinsel aktiviteleri sürdürürken sıkıntı yaşarlar (31). Bunun yanında nöropsikolojik bozukluklar da sıklıkla gözlenmektedir (32). Bu

PDF Eraser Free

semptom örüntüsü birleştiğinde depresyonun cinsel problemlere yol açması beklenen bir sonuçtur (33). Depresyon tanısı olan 132 hastada yapılan bir çalışma da hastaların % 72'sinde cinsel problemler olduğu bildirilmiştir (34).

DSM-V Majör (Yeğin) Depresyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri (35):

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

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. Not: Çocuklarda beklenen kilo almını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

PDF Eraser Free

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

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

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz. Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur.

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

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

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

2.1.4. Etyoloji

Depresyonun etiyolojisiyle halen fizyopatolojik olarak net bir şekilde tanımlanamamıştır. Ancak etiyoloji bilinen özelliklerine göre; genetik, biyolojik ve psikososyal etkenler olmak üzere 3'e ayrılır. Bu etkenler arasında kesin birer sınır yoktur, iç içe geçmiş durumdadırlar ve bu yüzden depresyon multipl etiyolojili bir sendrom olarak görülmektedir (36).

2.1.4.1 Genetik Etkenler:

Depresyon ile direkt ilişkili bir gen henüz bulunamamıştır (37). Çalışmalarda depresyon fizyopatolojisinin gen-çevre etkileşimine dayanan, genetik yatkınlıkla belirli çevresel risklere maruziyet sonrasında depresyon gelişme olasılığı olduğu yönündedir (38,39). Bunların yanında evlat edinme, ikiz ve aile içi çalışmalarda depresyonda ailesel yatkınlık olduğu da gösterilmektedir (40).

PDF Eraser Free

Birinci derece akrabalarında depresyon olan kişilerde depresyon oranı 1,5-3 kat artmıştır. İkiz çalışmalarından elde edilen verilerde ise %31-42 arasında genetik geçiş olduğu gözlenmiştir. Bunun yanında erken başlangıçlı ve yineleyici depresyonu bulunan kişilerde genetik yatkınlığın daha fazla olduğu düşünülmektedir (41,42). SERT geninin kısa ve uzun alelerinde gözlenen polimorfizim en çok çalışılan genetik polimorfizimdir. Kısa alel taşıyan bireyler depresyona daha yatkındılar (43).

2.1.4.2 Psikososyal Etkenler:

Psikoanalitik ve Psikodinamik Model

Freud, depresyon konusunda ilk psikoanalitik açıklamaları yapmakta ve bunu "Yas ve Melankoli" başlığı altında toplamaktadır. Bu iki süreci kayıp yaşantısına benzer şekilde, farklı tepkilerin geliştirildiği birbirleriyle ilişkili durumlar olarak tanımlar (44). Psikanalitik anlamda başka bir görüş Abraham'a aittir, Abraham depresif kişilerin orallikte aşırı talepkar olmalarına dikkat çekmektedir. Klasik dönem psikanalist görüşüle uyumlu olarak Fenichel ise, depresif bireylerin memeden çok erken ve çok ani bir şekilde ayrıldıklarını, bebeğin erken dönemde uyum yapabileceğinden daha fazla hayal kırıklığı yaşadığı görüşünü ifade etmektedir (45,46).

Depresyonda en fazla kullanılan savunma mekanizmalarından biri içe atmadır. Klein sevgi nesnesinin bilinç dışı olarak içselleştirdiğini fakat içselleştirilen yönlerin olumlu yönler olmadığını, daha çok nefret edilen yönler olduğunu ifade eder. Sevgi nesnesinin iyi yönleri hatırlanırken, kötü yönleri kişi tarafından kendine atfedilir. Depresif kişilerde Klein'a göre içe attıkları nesneleri koruyamama ve bu nedenli suçluluk duygusu mevcuttur (47).

Depresyonda benlik değerinde azalma ya da çöküş meydana gelmektedir. Sevilen nesnenin gerçek kaybına yanıt olarak gelişebilse de genellikle sevgi nesnesinin reddi, hayal kırıklığı gibi kayıplara cevap olarak oluşur. Bu şekilde oluşan içe atma nesne yitimine karşı kendini korumak için bir savunma olsa da aslında sevilen omnipotent nesne ile birleşme çabasıdır. Bu durum kişinin kendisini cezalandırma ile sonuçlanır. Burada bu yitimi kendine yöneltme söz konusudur. Böylece bağışlanma için süperego ile ego arasında mücadele oluşur. Kayıp ihtimali olan nesneye dönük sadistik düşünceler egoya yönlendirilir. İçe atılım ile hastanın egosunun bir bölümü

PDF Eraser Free

nesne haline gelir. Süperego-ego çatışması neticesinde ego ya başkaldıracak ya da boyun eğecektir. Depresyon mekanizmasında bu durum genellikle boyun eğme şeklinde olur. Başkaldırı meydana gelir ise bu gizlice yapılır. Bu gerilim bir süre sonra dayanılmaz hale gelir ise suisid gerçekleşebilir. Çoğu zaman ego çabalamaktan vazgeçer, kendilik değer yitimi o kadar yaygın olmuştur ki, süperego tarafından kendini yalnız bırakılmış hisseder, kendini yok olmaya bırakır (48-50). Bunun dışında depresif kişilerde "oral" döneme saplanma gözlenmekte ve bu kişilerde aşırı kilolu olma, alkol-sigara kullanma gibi oral doyum ile alakalı davranışlar görülebilmektedir. Oral saplanmayı ilk ortaya atan kişi ise Abraham'dır (45).

Fenichel ise ebeveynlerden sevgi görememe neticesinde narsistik örselenme yaşandığını ve erişkinlik döneminde de devam ettirildiğini savunur. Benlik sevgisi ve saygısı aynı düzlemde görülür ve depresyon benliği düzeltme sonucu ortaya çıkar. Bibring'e göre ise psikoseksüel gelişim evrelerinde narsistik arzuların doyurulamaması sonucu depresif belirtiler meydana gelir. Narsistik arzular oral (sevilme, değerli hissetme), anal (iyi ve sevecen olma) ve fallik (güçlü, üstün ve güvenli olma) dönem için farklılıklar gösterir. Benlik ihtiyaçlarının devamlı engellenmesi kişide çaresizlik hissi yaratır ve depresyona yatkınlığa neden olur. Benlik saygısının zayıflaması bireysel bir özellik olarak kendini gösterdiğinde çevresel sıkıntılar depresif semptomlara neden olur (51,52).

Davranışsal Model

Davranışçı modeli Seligman "öğrenilmiş çaresizlik" kuramı ile ortaya atmıştır. Bu modelde geçmiş yaşantıların üstesinden gelememek belirli bir davranış kalıbına ve depresyona neden olur.

Seligman kaçma ihtimali olmayan köpekler ile çalışmış, köpeklere elektrik şoku vermiş, belli bir süre sonra kaçmaya çalışmadıklarını gözlemleyerek "öğrenilmiş çaresizlik" modelini deneysel olarak açıklamıştır. Depresif bireylerde de yukarıda bahsedildiği gibi geçmişte kontrol edilemeyen çaresizlik içinde olan dönemler yaşanmış ve bu kişiler kontrol edemedikleri duyumları içsel sebeplere bağlamış, bu konuda başa çıkmak için çabanın faydasız olduğuna inanmışlardır. Beklenen bir şekilde bu bireyler geçmiş olaylardan öğrendikleri depresif tutumu sürdürmüştür. Bu

PDF Eraser Free

durumun sürekliliği kişide harekete geçmeye engel olur ve süreğenlik kazanan sorunlar oluşur (51-53).

Bu konuda başka bir açıklama ise Lewinsohn'dan gelmiştir; depresyonun uygun ödüllerin eksikliğinden kaynaklandığını ifade etmiştir. Ödülün olmaması umutsuzluk düşüncelerine neden olur, hak edilmeyen ödüller verildiğinde ise kendilik değerinde düşme olur. Lewinsohn depresyonun gelişimini ödül kaybı, ödülde azalma, ödül elde edememe ve cezalandırma (kendini eleştirme, kınama, beceri eksikliği, kendini yeterince ortaya koyamama) nedeni ile oluşan ödül eksikliği ile açıklamıştır. Normal davranışların pekiştirilmemesi, depresif davranışların pekişmesi ve normal davranışların cezalandırılması depresyonun altta yatan mekanizmalarındandır (51-53).

Bilişsel Model

Depresyonun henüz tam olarak açıklanamaması, var olan görüşlerde açıklar bulunması sebebiyle Beck tarafından 1960'lı yıllarda depresyona yeni bir tanım getirilmeye çalışılmıştır. Aaron Beck bilişi, kendine bakışı içeren düşünce veya sözel olarak kendini gösteren istekleri anlatmak için kullanmıştır. Depresif hastaların iki bilişi vardır;

1. Dış uyaranlara karşı, stereotipik olan ve sıklıkla uyaranla ilgisiz ya da kısmen ilgili bilişsel yanıtlar geliştirmesidir. Örnek vermek gerekirse depresif bir hasta için oldukça yıkıcı olan bir durum sağlıklı bir kişi için hiçbir anlam ifade etmeyebilir.

2. Bazen ise dış uyaran olmaksızın depresif bireyin zihninde meydana gelen depresif ruminasyonlar ya da serbest çağrışımların farkedilmesidir. Yani gerçeğin çarpıtılarak yorumlanmasıdır.

Depresif bilişler otomatik düşüncelere dayanır, sorgulanmaz, otomatik olarak zihne gelir, istemsizdirler, engelleyicidirler, çarpıtılmıştırlar ve gerçeği yansıtmazlar. Depresif bilişler perseveredir ve yaşantılanan şeyler stereotipik fikirlerle uyumludur (36). Depresif rüminasyon depresyonda görülen en fazla çalışılan tekrarlayıcı düşüncedir. Ruminatif düşünceler depresif duyguduruma yanıt olarak geçmişten gelen sebepler, anlamlar ve duygusal tepkilerin analiz edilmesi sonucu meydana gelir (54). Beck triadı olarak adlandırılan üç biliş depresyonda önem arz eder; kişinin kendisi,

PDF Eraser Free

dünyası ve geleceğine olumsuz ve negatif olması. Bu bilişler istemsiz, engellenemez biçimde gelişen otomatik şemalar olarak adlandırılır. Depresyonda gözlenen otomatik düşüncelerde sıkça ortaya çıkan bilişsel hatalar; keyfi çıkarsama (belirgin kanıt olmaksızın olumsuz yorumlama), aşırı genelleme yapma (herhangi bir olumsuzluğu diğer tüm durumlara genelleştirme), seçici odaklanma (içinde bulunulan durumun en olumsuz yanlarını ve ayrıntılarını hatırlama, diğer yönlerini görmezden gelme), küçümseme ya da abartma (olumlu durumları küçümseyip önemsememe ve olumsuzları abartıp kendini suçlama, kişiselleştirme (kendisiyle ilgisiz olayları bile kendisiyle ilişkilendirip, sorumluluğunu alma), hep ya da hiç biçiminde düşünmedir (36,54,55).

2.1.4.3 Biyolojik Kuram:

Depresyon etiyolojisinde en fazla üzerinde durulan madde serotonindir. Serotonin duygudurum, davranış, iştah ve ağrı gibi fizyolojik aktivitelerde görevi olan santral sinir sistemi nörotransmitteridir. Beyin dışında vücudun başka bölgelerinde de bulunmaktadır. Duygudurum bozukluklarında serotonerjik sistem oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Depresyonda düzeylerinin azaldığı kabul edilmekte, antidepresanların beyinde azalmış monoamin düzeylerini geri döndürerek monoamin teorisinin temelini oluşturmaktadır. Özellikle serotonin geri alım inhibitörlerinin depresif belirtilerde belirgin etkisi olduğu bulunmuş ve serotoninin depresyondaki etkinliği daha da güçlenmiştir (56,57).

Pozitron emisyon tomografisi ile yapılan görüntüleme çalışmalarında serotonin reseptör alt tipi olan 5-HT1A'nın depresyon tanısı olan bireylerin çeşitli beyin bölgelerinde azalmış olduğu bildirilmiştir (58). Depresyonda olan hastalarda serotonin metaboliti 5-hidroksiindolasetik asit (5-HIAA) ile yapılan çalışmalarda hastaların beyin omurilik sıvısında 5-HIAA seviyesinin düştüğü bildirilmiştir. Davranışta agresivite, suisidal davranışlarda artış ve dürtüselliğin de bu durumla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Serotoninin aminoasit prekürsörü triptofanın plazma seviyeleri de depresyon tanısı olan bireylerde azalmıştır (59).

Serotonin ile ilgili bulgular genel anlamı ile tutarlı olmasına karşın norepinefrin ile alakalı tutarlı sonuçlar yoktur. Ancak halen norepinefrin içeren ilaçlar antidepresan olarak kullanılmaktadır. Yapılan bazı postmortem çalışmalarda α2

PDF Eraser Free

reseptör yoğunluğunda artma meydana geldiği görülmüş bu da norepinefrinin aktivite bozulmasının depresyon etiyolojisinde rol oynadığı hipotezi ortaya atılmıştır (60,61).

2.1.4.4 Beyin Görüntüleme Çalışmaları:

Depresyonlu bireylerde yapılan yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında beynin farklı bölgelerinde meydana gelen değişiklikler görülmektedir. Ortak bulgular;

- Hipokampüs hacminde azalma. Bellek ile alakalı patolojilerde rol oynadığı düşünülmüştür. Ancak antidepresan tedavi ile geri döndürülebileceği bazı yayınlarda bildirilmiştir.

- Frontal hipometabolizma, amigdalada aktivite artışı. Amigdaladaki aktivasyon artışının kortizol yüksekliği ile ilişkilendirildiği çalışmalar bulunmaktadır.

- Olumsuz uyaranlarla amigdala, ventral striatal alan ve medial prefrontal korteks gibi emosyonel durum ile alakalı bölgelerde artmış yanıt, olumlu uyaranlara ise azalmış yanıt gözlenmektedir (36,62).

2.1.4.5 Nöroendokrin ve İnflamatuar Etkenler:

Endokrin sistemdeki değişikliklerin duygududuruma olan etkisi uzun yıllardır araştırılmaktadır. Hipertiroidisi olan hastaların mani benzeri ve hipotiroidisi olan hastaların ise depresyon benzeri semptomlar göstermesi araştırmaları daha da önemli kılmaktadır. Depresyonu olan bireyler de yapılan çalışmalarda deksametazon supersyon testi bozulur, tirotropin salgıyacı hormona tiroid stimülan hormon ve insüline büyüme hormonondaki yanıt azalır (36). Bunun yanında kronik stresin antioksidan sistem genlerinde de ekspresyon değişimi meydana getirdiği çalışmalarda gösterilmiştir (63).

Aynı şekilde hipotalamohipofizer (HPA) sistemde de değişiklikler meydana gelir. Akut stres durumunda HPA ekseni aktive olur, ön hipofizden adrenokortikotropik hormon (ACTH), bunun etkisi ile hipotalamustan kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) ve arjinin-vazopresin (AVP) salınır. Bu durum kortizol seviyelerinde artışa sebep olur. Hiperkortizolemide enerjide azalma, anhedoni, depresif duygudurum gibi psikiyatrik belirtiler görülmektedir. Ayrıca depresyon tanısı olan hastaların plazma, beyin omurilik sıvısı ve idrar kortizol düzeylerinde yükselme,

PDF Eraser Free

beyin omurilik sıvısı CRH düzeylerinde yükseklik, CRH'a azalmış kortikotropin yanıtı gözlenmektedir (64). Hipokampüste meydana gelen kronik kortizol maruziyeti neticesinde hücre bağlantılarında azalma ve atrofi meydana gelir (65).

Depresif hastalarda proinflamatuar belirteçler yüksek seviyede bulunmuş bu durum depresyonun inflamatuar bir bozukluk olduğu konusunda düşüncelere sebep olmuştur. C-reaktif protein, interlökin 6, interlökin 1 ve tümör nekroz faktör alfa gibi proinflamatuar belirteçlerin bazı yayınlarda depresyon tanısı olan hastalarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun yanında interferon alfa tedavisinin depresyonu olan bireylere verildiğinde depresif semptomlarda artış olduğu gözlenmiştir (66,67).

Bunun yanında depresif hastalarda reaktif oksijen türevleri ve oksidatif streste de artış gözlenir. Bu zararlı maddeler proinflamatuar sitokinlerin büyüme faktörlerinin aktivitesinde etki yaparak nörogenezde azalmaya neden olur. Bu değişiklikler nöronlarda ve gliada hasara neden olabilir (68,69).

2.2. YAŞLILIK ÇAĞI DEPRESYONU

2.2.1. Tanımı

Dünyada ve Türkiye'de yaşam beklentisi olarak bilinen, ortalama yaş değerleri gün geçtikçe artmaktadır. Gelişmiş ülkelerde 75-85 olan ortalama yaş Türkiye için 70 yaşı bulmuştur. Yaşlılık, DSÖ'nün yeni verilerine göre takvim yaşına bakılarak 65 yaş üstü olarak kabul edilmektedir (70).

Yaşlılık çağı depresyonu ya da geç başlangıçlı depresyon; DSM-5 ve ICD-10 (International Classification of Diseases-10)'da 60 yaş üzeri kişilerde tanımlanan depresif sendromların oluşması şeklinde tanımlanmaktadır. Geç başlangıçlı-erken başlangıçlı depresyonun ayrımını yapabileceğimiz yaş sınırı henüz net değildir. Ancak tanısı DSM-5 ve ICD-10 ile konulur (71-73).

Majör depresif bozukluk (MDB) yaşlılık döneminde sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir. Ancak depresif belirti sıklığı kişinin yaşadığı yere, beraber yaşadığı kişilerin yakınlığına, fiziksel hastalık varlığına ve bilişsel işlev düzeyine göre değişmektedir (74). Depresif belirtiler çoğu zaman yaşlanmanın doğal sonucu gibi görülmektedir. Bunun yanında tanınmasında da zorluklar vardır. Zorluklardan dolayı

PDF Eraser Free

yaşlılarda depresyon tedavi edilmeden gidişata bırakılmaktadır (75). Bunun yanında yaşlı bireylerin depresif semptomlara göre somatik semptomları daha kolay ifade edebilmeleri, hekimlerin fiziksel hastalıkları daha ön planda düşünmeleri, demans ve diğer fiziksel komorbiditelerin eşlik etmesi de depresyonun yaşlılarda atlanmasının bir nedenidir (76).

Yaşlılarda depresyona eşlik eden tıbbi bozukluklar, bilişsel bozukluklar, sağlık hizmetine ulaşımda zorluklar ve sosyal desteğin düşük olması yaşlılık döneminde depresyonun hem tanısını hem de tedavisini zorlaştırmaktadır. Depresyon tedavisinin yapılamaması yaşam kalitesini azaltmakta, mortalite ve morbidite de artışa neden olmaktadır (77).

2.2.2. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri

Yaşlılık döneminde depresyon ile alakalı epidemiyolojik çalışmalarda, depresyon belirtilerinin %8-35 ve major depresyonun ise %0,8-2,9 oranında görüldüğü ifade edilmektedir (78). Başka bir çalışmada ise ICD-10 tanı ölçütlerini karşılayan depresif dönemler için ise bu oran yaklaşık olarak %3 olarak bildirilmiştir (79). Sadece depresyon belirtilerinin gözlendiği ancak major depresyon tanı kriterlerinin karşılanmadığı popülasyonda, major depresyon tanısı olan hastaların işlevsel bozukluğuna benzer işlevsel bozukluk, psikososyal engellilik ve genel durum açısından kötü prognoza neden olmaktadır (80).

Yaşlılık döneminde görülen major depresyon olgularının çoğu gençlik döneminde ilk atağını yaşamış rekküren depresyon olgularıdır. Ancak geçmişe yönelik kayıtlar yeterince güvenilir olmaması nedeni ile bu ayrımın yapılması güçleşmektedir (81).

Yaşlılık dönemi depresyonlarında risk faktörleri; kadın olmak, bekar olmak, psikiyatrik risk öyküsü olarak sıralanabilir. Riski arttıran faktörler; tıbbi hastalıklar (parkinson, iskemik kalp hastalıkları, kronik obstruktif akciğer hastalığı), ilaçlar (rezerpin, beta- blokerler, klonidin, metildopa, levodopa, kalsiyum kanal blokerleri, nifedipin, digoksin, opiat analjezikler, steroid, tetrabenazin, amantadin, interferon, antipsikotikler ve benzodiazepinler), sosyal desteğin azlığı, maddi durumun yetersizliği, yas reaksiyonu ve ağır stresli yaşam olaylarıdır (79).

PDF Eraser Free

2.2.3. Klinik Özellikler

Yaşlılık dönemi depresyonu heterojen bir tablo olarak karşımıza çıkmaktadır. Tanı koyma konusunda çeşitli farklılıklar vardır. Erken başlangıçlı depresyon ve geç başlangıçlı depresyon klinik belirtiler açısından çeşitli farklılıklar göstermektedir (74,79,80).

Yaşlılık döneminde ortaya çıkan depresyonda ailede duygudurum bozukluğu görülme ihtimali düşüktür. Somatik belirtiler daha sıktır. Suçluluk duygusu hissetme, cinsel işlev kaybı daha sık görülmektedir (82). Bunun yanında yaşlılarda uykuda azalma ajitasyon, irritabilite, somatik belirtiler belirti kümesinde daha sık görülmektedir. Hafif demans belirtileri bulunan olgularda bilişsel belirtileri ifade ederken depresif belirtilerden sıklıkça söz etmezler. Bu tarz olgularda depresif belirtiler açısından sorgulama yapılması gerekmektedir (83). Yaşlılarda görülen depresyonun özelliklerinden biri de duygudurum belirtileri olan hüzün, elem, üzüntünün ön planda olamayabilişidir. Yaygın anksiyete, huzursuzluk, immatür davranışlar, sinirlilik, inatçılık, sürekli sızlanma, talepkarlık yaşlılarda depresyonda gözlenen maskeli belirtilerdir (84).

İlk atağını yaşlılık döneminde geçiren hastalar ile genç yaşta geçiren hastalar arasında etiyoloji, klinik belirtiler, tedavi protokolü açısından da farklılıklar bulunmaktadır (85). Yaşlılık döneminde ortaya çıkan depresyon ile genç depresyon açısından en önemli farklılık yaşlı depresyonda bilişsel bozukluğun daha belirgin olmasıdır. Bazı çalışmalarda yaşlılık dönemindeki depresyon hastalarının bilişsel işlevlerinin erken evre demans, sağlıklı yaşlı ve genç depresyon hastalarına göre bellek ve yürütücü işlevler konusunda kötü performans sergilemektedir (86,87). Ancak erken evre demans hastaları ile depresyona bağlı bilişsel işlev kaybının ayrımını yapmak zordur.

Yaşlılık döneminde depresyonun prognozu uzun dönemde kötüdür ve genellikle kronik seyir göstermektedir. Aynı zamanda daha erken yaşta başlayan depresyon ile karşılaştırıldığında 19 kat daha fazla nüks oranına ve daha yüksek mortalite ve morbidite riskine sahiptir (88). Yaşlılık döneminde depresyon daha kronik seyirlidir ve daha sık nüks ile ilişkili görünmektedir (82). Bunun yanında frontal lob

PDF Eraser Free

yürütücü işlevlerinde bozulma ve psikomotor yavaşlama da sıktır (89).

Yaşlılık döneminde başlayan depresyonda özkıyım eğilimi genç yaşlarda başlayan depresyondan daha sık gözlenir. Özellikle birinci derece yakınını kaybetmiş ya da yalnız yaşayan erkek ve alkol kullanımı olan yaşlı hastalarda özkıyım girişimi konusunda daha dikkatli olunmalıdır (90,91).

2.3. ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR

2.3.1. Şema Kavramı

Şema kavramsal olarak pek çok alanda farklı anlamlarda kullanılmakla beraber günlük konuşma dilinde yapı, iskelet, taslak anlamına gelmektedir. Antik Yunan felsefesinde Chrysippus "çıkarım şemaları" şeklinde mantık prensiplerini tanımlamıştır. Kant felsefesinde şema sınıfın tüm üyeleri için ortak olan şeyin kavramı olarak adlandırılmaktadır (92).

Şema kavramının psikiyatri de oldukça önemli olduğu bilinmektedir. Tanımı; bireylerin karşılaştıkları durumları açıklamasına, algılamasına, cevap oluşturmaya yarayan, deneyimleri ve gerçekliği kullanan örüntünün tamamıdır ya da kişinin yaşamında elde ettiği deneyimlerin anlamlı olabilmesi için düzenlenmiş herhangi bir prensiptir (12). Bilişsel terapi açısından bakıldığında ise kavram bahsinin Beck tarafından kullanıldığı gözlemlenmektedir. Şemalar çocukluk döneminde ya da sonraki dönemlerde oluşan yapılardır. Uyumlu-uyumsuz, olumlu veya olumsuz olarak nitelendirilebilirler (93). Şemalar duygu davranış ve düşüncelerimizi belirler. Bir şema aktive olduğu zaman o şema ile alakalı bilgiler çağırılarak bireyde algılama, değerlendirme ve bellek süreçlerinde etkide bulunur (94). Şema yapısal olarak kişinin hayatta kalması açısından uyumlu olup bilgi işleme sürecini hızlandırır (95).

Young şemaların, özellikle travmatik çocukluk çağı yaşantılarıyla oluşmuş ise, kişilik bozukluklarının ve pek çok psikiyatrik tanının temeli olabileceği hipotezini oluşturmuştur. Bunu açıklamak için ise "Erken Dönem Uyumsuz Şemalar" adı altında bir alt küme tanımlamıştır (96).

PDF Eraser Free

2.3.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Erken dönem uyumsuz şemalar özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde gelişir, hepsi travmatik anıların sonucu değildir. Oluşumlarında anılar, duygular, bedensel duyumlar ve bilişler etkilidir. Kişinin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerinden etkilenirler. Önemli bir dereceye kadar işlevsiz olarak kalırlar. Nedeninden bağımsız olarak bu şemalar yıkıcı özelliktedir ve bireye zarar verir. Değiştirilmeleri çok zordur. Çünkü şemalar kişiler için oldukça tanıdıktır, kişinin gerçeğidir. Bu yüzden bireye acı verseler bile kişi rahatsızlık hissetmez. Kişiler şemaları asıl gerçeklik olarak görürler, kişilerin davranışları bu şemalardan etkilenirler. Bireyin davranışı şemanın bir parçası değildir. Davranışlar aktive olması ile ortaya çıkar ve bir şema tarafından da güdülenir (97).

Şemaların şiddetleri birbirinden farklıdır bu yüzden tetiklenmesi için şartlar farklı sürelerde ve farklı kuvvetlerde olmalıdır. Bu yüzden şiddetli şemaların aktive olması daha olumsuz bir duruma yol açmaktadır (97).

2.3.3. Şemaların Temeli

Şemaların temelinde yer alan görüş, şemaların çocuklukta karşılanması gereken temel duygusal ihtiyaçların yerine getirilememesi sonucu ortaya çıktığıdır. Bu unsurlar;

1. Başkalarına güvenli bağlanma (çocuğun bakımının istikrarlı bir şekilde yapılması, güvenliğinin sağlanması ve çocuğun kabullenilmesidir)
2. Özerk olma, yetkinlik kazanma ve olumlu benlik algısı
3. İhtiyaç ve duygularını özgür bir şekilde ifade edebilme
4. Kendiliğindenlik ve rol yapma
5. Akılcı sınırlar ve özdenetim (97).

Bireyler bu ihtiyaçların karşılanmasına gerek duyar. Ancak farklı seviyelerde gereksinim vardır. Psikiyatrik gelişimin sağlıklı olması için temel ihtiyaçlar

PDF Eraser Free

karşılanmalıdır. Bu ihtiyaçların giderilmesinde daha farklı faktörler de rol oynamaktadır (mizaç ve çevre).

Erken Dönem Yaşam Deneyimleri: Erken dönem uyumsuz şemaların oluşumunu etkileyen faktörlerden biri de çocukluk dönemindeki olumsuz deneyimlerdir. Bu deneyimler genellikle çekirdek aile içerisinde yaşanmaktadır. Bu açıdan aile dinamikleri oldukça önemlidir, çünkü çocuğun gelişimindeki dinamikler de bundan etkilenmektedir. Erişkin yaşamda şemaların aktive olması kişinin çocukluğunda meydana gelen şemaların tetiklenmesi ile olur. Bu açıdan dört temel erken yaşam deneyimi vardır;

1. İhtiyaçların olumsuz karşılanması ya da engellenmesi: İhtiyaçların engellenmesi ile çocuk sevgi, istikrar ve anlayıştan yoksun hale gelir. Bu kişilerde duygusal yoksunluk ve terkedilme gibi şemalar sıklıkla gelişmektedir.

2. Travmatizasyon: Bunların sonucunda güvensizlik/suistimal edilme, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık ve kusurluluk/utanç gibi şemalar oluşabilir.

3. Seçici içselleştirme: Çocuk yaşamındaki önemli kişileri düşünce duygu ve davranış kapsamında seçici bir şekilde içselleştirir, özdeşim kurar.

4. Sadece iyi şeyler deneyimleme: Çocuğun normalde sahip olması gereken özerk olma, gerçekçi sınırların olması, yetkinliğinin olması gibi temel ihtiyaçları karşılanmaz, çocuk aşırı korunur. Bu durumda hak görme/büyüklenmecilik şemaları ve bağımlılık/yetersizlik şemaları gelişebilir (97).

2.3.4. Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Young tarafından oluşturulan modelde, giderilmemiş duygusal ihtiyaçlardan oluşan beş şema alanı ve içerisinde on sekiz şema boyutu bulunmaktadır (12).

PDF Eraser Free

Tablo 1.1. Şema alanları ve şema boyutları
(Young, Klosko ve Weishaar'dan,2003)

Şema Alanları	Şema Boyutları
Ayrılma ve Reddedilme	Terk edilme/İstikrarsızlık Güvensizlik/Suistimal Edilme Duygusal Yoksunluk Kusurluluk/Utanç Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma
Zedelenmiş Özerklik ve Performans	Bağımlılık/Yetersizlik Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik Başarısızlık
Zedelenmiş Sınırlar	Hak Görme/Büyüklenmecilik Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin
Başkalarına Yönelimlilik	Boyun Eğicilik Kendini Feda Etme Onay Arayıcılık
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama	Olumsuzluk/Karamsarlık Duygusal Baskılama/Ketleme Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik Cezalandırıcılık/Acımasızlık

Şema Alanı 1. Ayrılma ve Reddedilme

Kişinin korunma, güvenlik, istikrar bakım, kabul edilme, saygı, duyguların paylaşımı ihtiyaçlarının karşılanamaması. Aileler; kısıtlayıcı, kopuk, reddedici, belirsiz ya da istismarcıdır. Bu şema alanındaki kişiler ikili ilişkilerden kaçınırlar, kendilerine zarar verici ilişkilerde bulunma eğilimindedirler (12).

1. Terk Edilme/İstikrarsızlık: Bireyler bu şema boyutunda ise, yakın ilişkide

PDF Eraser Free

bulundukları kişilerin kendisini terk edeceği, ölecekleri, kendilerinden daha iyi birini bulduğunda kendisini bırakacağı beklentisine girerler. Bu kişilerde yakın ilişkilerden kaçınırlar ya da varolan ilişkilerinde yakın oldukları kişileri kaybetme ve terk etme ile alakalı yoğun kaygı içindedirler.

2. Güvensizlik/Suistimal Edilme: Bireyler bu şema boyutunda ise, başkalarının kendisine zarar vereceği, yalan söyleyeceği, kendisinden yararlanmak isteyeceği, kendisini istismar edeceği ve bunu kasıtlı şekilde yapacağı düşüncesindedirler.

3. Duygusal Yoksunluk: Bireyler bu şema boyutunda ise, kendi sahip olduğu duygusal bağ kurma isteğinin tatmin edilemeyeceği düşüncesindedirler. Bu duygusal yoksunluklar; ilgi, empati ve korunma yoksunluğudur.

4. Kusurluluk/Utanç: Bireyler bu şema boyutunda ise, kendilerinin kusurlu, değersiz olduğu düşüncesindedirler. Başkalarının yanında kendilerini güvensiz ve rahatsız hissedebilirler.

5. Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma: Bireyler bu şema boyutunda ise, herhangi bir toplulukta aidiyet hissetmezler. Aile ortamları dışında diğer ortamlarda kendilerinin uygunsuz oldukları düşüncesindedirler.

Şema Alanı 2. Zedelenmiş Özerklik ve Performans

Özerklik, kişilerin yaşına uygun şekilde bağımsız hareket etme ve aileden ayrılabilme derecesidir. Aileler; gereğinden fazla korumacı ya da fazla ilgisizdir. Bu birbirinden iki uç durum kişinin özerklik alanında sıkıntı yaşamasına neden olur. Bu şema alanındaki kişilerin aileleri kişilere, ev dışında özerk davranmaları konusundaki eğitimde yetersiz kalmışlardır. Kişiler, kimlik gelişiminde, bireysel hedef koymada zorluk yaşamaktadırlar (12).

6. Bağımlılık/Yetersizlik: Bireyler bu şema boyutunda ise, günlük yaşantıları hakkında tek başlarına karar vermekten çekinirler. Çevrelerinde kendileri yerine birinin sorumluluğunu alması gereği duyarlar. Genellikle pasif ve savunmasız görünürler.

7. Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık: Bireyler bu şema

PDF Eraser Free

boyutunda ise, ani, kendilerinin baş edemeyeceği bir felaketin olacağı konusunda abartılı bir korkuya sahiptirler. Genellikle tıbbi ve duygusal felaket konusundadır.

8. Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik: Bireyler bu şema boyutunda ise, karşısındaki kişi kendisinin sosyal ve bireysel gelişimini engellese bile o kişiye aşırı bağımlılık gösterirler. Kimlik algılarında eksiklik vardır.

9. Başarısızlık: Bireyler bu şema boyutunda ise, okul ya da iş gibi alanlarda başarısız olacakları, yaşıtlarına göre yetersiz olacakları düşüncesindedirler. Bu kişilerde yeteneksiz ve beceriksiz olma inançları vardır.

Şema Alanı 3. Zedelenmiş Sınırlar

Bu şema alanında bireylerin özdenetimi yeterince gelişmemiştir. Başkalarının haklarına saygı duyma, sorumluluklarını yerine getirme, hedeflerine ulaşma konusunda zorluk yaşarlar. Aileler; aşırı hoşgörülüdürler. Bireyler bencil, narsisist özellikler gösterebilir, sorumsuz davranışlar sergileyebilirler. Gelecekleri için kendilerini durdurma gereği hissetmezler (12).

10. Hak Görme/Büyüklenmecilik: Bireyler bu şema boyutunda ise, kendilerini başka insanlardan daha üstün görürler, diğerlerinden daha özel olduklarını, kendilerinin özel hak ve ayrıcalıkları olduğu düşüncesine kapılırlar. Başkalarının sınırları olduğunu düşünmez, her istediklerini yapabileceklerini düşünürler. Sosyal çevrelerinde baskındırlar ve empati yetenekleri zayıftır.

11. Yetersiz Öz-Denetim/Öz-Disiplin: Bireyler bu şema boyutunda ise, duygularını ifade etmekte, dürtülerini kontrol etmekte zorlanırlar ve hedeflerine ulaşma konusunda yetersiz özdenetimleri vardır. Engellenmeye toleransları yoktur.

Şema Alanı 4. Başkalarına Yönelimlilik

Bu şema alanında bireyler başkalarının ihtiyaçlarına kendi ihtiyaçlarından daha fazla önemserler. Çünkü başkalarından onay almak, duygusal bağlılıklarını sürdürmek isterler ve tepki görmekten kaçınırlar. Kişiler kendileri yerine başkalarının ihtiyaçlarına odaklandıklarından istekleri hakkında farkındalıkları düşüktür ve bu yüzden öfkeleri güçlüdür. Aileler; koşullu kabullenicidirler. Çocuklar sevilmek için

PDF Eraser Free

davranışlarını ve tercihlerini sınırlarlar (12).

12. Boyun Eğicilik: Bireyler bu şema boyutunda ise, herhangi bir durumla karşılaştıklarında baş edemeyeceklerini düşünerek sorumluluk almaktan kaçınır ve başkalarına bu sorumluluğu teslim ederler. Kişi böylece tepki görmekten, terk edilmekten kaçınırlar. Kendi ihtiyaçlarını, duygularını önemli görmezler. Psikosomatik yakınmalar, pasif agresif davranışlar, öfke patlamaları gösterebilirler.

13. Kendini Feda Etme: Bireyler bu şema boyutunda ise, kendi ihtiyaçlarını göz ardı ederek başkalarının ihtiyaçlarını karşılamak için uğraşırlar.

14. Onay Arayıcılık: Bireyler bu şema boyutunda ise, diğer kişilerden onay almayı kendilik duygularını oluşturmaktan daha değerli olduğunu düşünürler. Bu nedenle kendi öz saygılarını başkalarının kendilerine karşı olan tepkilerine göre değerlendirirler. Onaylanmak için sosyal statü, dış görünüş, para gibi tanınma araçlarını kullanırlar.

Şema Alanı 5. Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama

Bu şema alanında bireyler hissettikleri ani duygu ve dürtülerini baskı altında tutarlar. Genellikle mutlu olma, yakın ilişkiler kurma ve sağlıklı olmak adına bu kurallara bağlı kalırlar. Aileler, baskıcı, aşırı kuralcı ve serttirler. Çocukluk döneminden itibaren bu kişilere soğukkanlı ve günlük olaylarda bile tetikte olmaları öğretilmiştir. Tetikte olmadıkları durumlarda hayatta başarısız olacaklarını yaşamlarının kötü bir yola gireceğini düşünmektedirler. Bu durum kişileri korku, kaygı ve karamsarlık duygularına yönlendirir (12).

15. Olumsuzluk/Karamsarlık: Bireyler bu şema boyutunda ise, hayatın olumsuz yönlerine fazla odaklanır, olumlu yönlerini ise önemsemezler. Herhangi bir durum karşısında olumsuzluk yaşayacaklarını düşündüklerinden kaygılı, durumdan şikayetçi ve kararsız olarak nitelendirilebilirler.

16. Duygusal Baskılama/Ketleme: Bireyler bu şema boyutunda ise, başkaları tarafından eleştirilmekten ve dürtülerinin kontrollerini kaybetmekten korkar ve bu yüzden spontan duyguları ve iletişimleri engellerler. Genellikle öfke ve olumlu

PDF Eraser Free

dürtüleri bastırır, incindiklerinde bunu ifade etmekte zorlanırlar ve duygularının önemsiz olduğuna inanarak rasyonelliğe aşırı önem verirler.

17. Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik: Bireyler bu şema boyutunda ise, başkaları tarafından eleştirilmemek ve utanç duymamak için hep yüksek performans göstermeleri gerektiğine inanırlar. Kişinin öz saygı algısında, memnun olma düzeyinde ve ilişkilerinde önemli bozulmalar gözlenebilir.

18. Cezalandırıcılık/Acımasızlık: Bireyler bu şema boyutunda ise, hata yapmaları durumunda en ağır cezaları hak ettiklerini düşünürler. Eğer kendisi ya da çevresindeki bireyler kişinin standartlarına uygun değilse öfke eğilimi gösterirler, yapılan hatalara hoşgörü göstermekten uzaktırlar.

2.3.5. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Depresyon

Beck'e göre depresyonun bilişsel modelinde olumsuz yaşam olayları ile karşılaştıklarında aktive olan şemalar depresyona yatkınlık oluştururlar (98). Young ve ekibi Beck'in çalışmalarını geliştirerek depresyon ve bazı psikopatolojilerin gelişiminde rol oynayan, çocukluk döneminde gelişen ve yaşam boyu devam eden erken dönem uyumsuz şemaları tanımlamışlardır (11,97). Erken dönem uyumsuz şemalar semptomların yansıması değildir, bulgular şemaların sabit karakter özellikleri olduğunu göstermektedir (99,100). Çalışmalarda, halen depresyon belirtisi göstermeyen ancak daha önce geçirilmiş major depresif epizodu bulunan bireylerde daha yüksek erken dönem uyumsuz şema puanlarına rastlanmıştır (101).

Depresyona bilişsel yatkınlık yapan erken dönem uyumsuz şemalar bir çalışmada araştırılmış, ayrılma-reddedilme ve zedelenmiş sınırlar şema alanlarının depresif belirtiler ile ilgili olduğu düşünülmüştür (102). Başka bir çalışmada ise depresyon hastaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında tüm şema alanlarında daha yüksek puan almıştır (103,104).

118 kadın üniversite öğrencisinin alındığı bir çalışmada ayrılma-reddedilme şema alanında güvensizlik/suistimal edilme, sosyal izolasyon/yabancılaşma ve kusurluluk şemasının depresif belirtileri öngördüğü belirtilmiştir. Duygusal yoksunluk şeması depresyon ile zayıf ilişkili olarak bulunmuş ve terk edilme şeması ile ilişkili

PDF Eraser Free

bulunmamıştır (105).

Son bir yıl içerisinde disforik epizod geçiren bireylerle yapılan bir çalışmada ise depresif belirtilerin erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkisi olduğu ifade edilmiştir. Olumsuz yaşam olayları sonrasında mutsuzluk hissinin olumsuzluk/karamsarlık şeması ile ilişkilendirilmesi daha önceki çalışmalarla çelişmektedir (106).

Başka bir çalışmada ise, ayrılma ve reddetme, zedelenmiş özerlik şema etkilerinin klinik örneklerde depresyon semptom şiddetinin % 53'ünü açıkladığı belirtilmiştir (107,108). Bilişsel şemaların psikopatoloji ile ilişkilerini araştıran bir çalışmada depresyonla en güçlü ilişkili şema alanlarının terkedilme ve yetersiz özdenetim şemaları olduğu sonucuna varılmıştır. Terk edilme şemasının depresyon ile ilişkisi bağlanma teorilerinde terk depresyonu ile tutarlı olarak yorumlanmıştır (109).

Depresyon yatkınlığında ebeveyn tutumu erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada 60 depresif hasta ayaktan takip edilmiş, sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmıştır. Depresif grupta kusurluluk/utanç, kendini feda, yetersiz özdenetim şemaları ve algılanan zayıf ebeveyn tutumunda artış olduğu görülmüş ve bu şemaların zayıf ebeveyn tutumu depresyon ilişkisinde önemli olduğu vurgulanmıştır (110).

2.3.5.1. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Yaşlı Depresyon:

Yaşlı popülasyonda depresyonda bilişsel şemaları araştırmayı hedefleyen çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmalarda yaşlı ve genç depresyonda farklı şema puanlarının aktive olduğu gösterilmiş ancak kesin fikir birliği oluşturulamamıştır (111). Bir çalışmada depresif semptomatoloji ile özellikle bağımlılık/yetersizlik, gelişmemiş benlik, dayanıksızlık şemaları ile yaşlılık depresyonu ilişkilendirilmiştir. Özellikle gelişmemiş benlik şemasının depresyonla yakından ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (112). Başka bir çalışmada ise duygusal yoksunluk, bağımlılık/yetersizlik, güvensizlik, kendini feda etme şemaları daha yüksek bulunmuştur (113).

PDF Eraser Free

Çalışmanın hipotezleri;

1. Erken dönem uyumsuz şemalar açısından 65 yaş ve üzeri hasta grubunda genç hasta grubuna göre farklılıklar olacağı,

2. Özellikle yaşlanmayla meydana gelen fiziksel ve sosyal kayıplar, değişen toplumsal kimlik rolleri göz önüne alındığında duygusal yoksunluk, cezalandırılma, terk edilme şema alt gruplarında daha yüksek puan elde edileceği şeklindedir.

PDF Eraser Free

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışmada yaşlı ve genç depresyon hastalarının bilişsel şemalar açısından psikometrik ölçekler kullanılarak karşılaştırılması amacıyla kesitsel model kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde yapılmıştır. Çalışma için Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 12.11.2019 tarih ve 2019/16 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışma, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran ve psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören DSM-5 tanı ölçütlerine göre major depresif bozukluk tanısı alan hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Kriterlere uyan hastalar hastalara çalışmaya katılma teklif edilip, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile rastlantısal çalışma grupları elde edilmiştir. Çalışma, katılıma yazılı onam veren 18 yaş ve üzeri hastalarda gerçekleştirilmiştir. Çalışma kriterlerine uyan 18-49 yaş arası grupta 72, 65 yaş ve üzeri grupta 56 hasta saptandı. Ancak 18-49 yaş grubunda 58, 65 yaş ve üzeri yaş grubunda 38 hasta hariç tutma ve dahil olma kriterlerini sağladığından değerlendirmeye alındı. Çalışmaya DSM-5 tanı kriterlerine göre major depresif bozukluğa uyan ve DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) ile major depresif bozukluk tanısı konulan 18-49 yaş aralığında 58 hasta ve 65 yaş üstü 38 hasta dahil edilmiştir. 50-65 yaş arası hasta popülasyonu yaşlı hasta popülasyonunda karıştırıcı olmaması açısından çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastalarla bireysel psikiyatrik görüşme yapılmış, major depresif bozukluk DSM-5 kriterlerine uygunluğu değerlendirilmiş, ek psikiyatrik tanısı olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Grupların Belirlenmesi

Çalışma grubu oluşturulurken çalışmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri belirlenmiştir. Genç yaş grubundaki katılımcıların çalışmaya dahil edilme kriterleri;

PDF Eraser Free

- Çalışmaya katılmaya yazılı onam vermiş olma
- 18-49 yaş aralığında bulunma
- DSM-5 kriterlerine göre Majör Depresif Bozukluk tanısı alması

Katılımcıların dışlanma kriterleri;

- Sekonder depresyonu olması
- Halen ek psikiyatrik hastalığının bulunması
- Genel işlevselliğini ve bilişsel kapasitesini etkileyecek şiddette organik hastalığının bulunması
- Entelektüel kapasitesinin testler uygulamaya yeterli olmaması

Yaşlı gruptaki katılımcıların çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Çalışmaya katılmaya yazılı onam vermiş olma
- 65 yaş üstü olma
- DSM-5 kriterlerine göre Majör Depresif Bozukluk tanısı alması

Katılımcıların dışlanma kriterleri;

- Sekonder depresyonu olması
- Halen ek psikiyatrik hastalığının bulunması
- Genel işlevselliğini ve bilişsel kapasitesini etkileyecek şiddette organik hastalığının bulunması
- Entelektüel kapasitesinin testler uygulamaya yeterli olmaması
- 65 yaşından önce major depresif epizodunun olması

3.5. Veri Toplama Araçları

PDF Eraser Free

3.5.1. DSM-V için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5)

Ruhsal bozukluklara ait tanı ölçütleri belirsiz ve tanı güvenilirliği zayıftır. Halen tanısal sorularda bir fikir birliği mevcut değildir. Yapılandırılmış klinik görüşme ölçeklerinin geliştirilmesindeki amaç da objektivite sağlamaktır. Bu amaçla çalışmada DSM-5'e göre geliştirilen SCID-5 yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği kullanılmıştır.

DSM-4'ten DSM-5'e geçiş ile beraber 2015 yılında First ve ark. tarafından DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) geliştirilmiştir (114). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2018 yılında Elbir ve ark. tarafından yapılmıştır (115).

3.5.2. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form çalışmaya katılan kişilerin araştırmada önemli olabileceği düşünülen demografik bilgilerin öğrenilmesi amacıyla tasarlanmıştır. Anket formunda kişilerin; cinsiyeti, yaşı, eğitim durumları, medeni hali, meslekleri, ek hastalık ve ilaç kullanımının varlığı, ailede ruhsal hastalık öyküsü, major depresif bozukluk öyküsü ve daha önce kullandığı tedaviler, geçirilmiş epizod sayısı, çocukluk çağı travması bilgileri kişiler tarafından doldurulmuştur.

3.5.3. Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği

Çalışmada bedensel hastalık durumunda daha güvenilir olması, kişilerin yaşından ve cinsiyetinden puan bazında etkilenmemesi ve kolay uygulanabilir olması sebebiyle tercih edilmiştir. Depresyon şiddetinin değerlendirilmesi için klinikte kullanılan ölçeklerden biri de Montgomery-Åsberg Depresyon Değerlendirme Ölçeğidir (MADRS). 65 maddeden oluşur ve geniş bir aralıkta çeşitli psikiyatrik belirtileri değerlendiren "Comprehensive Psychophatological Rating Scale" (CPRS) isimli yapılandırılmış ölçekten oluşturulmuştur (116). Ölçekte yer alan 10 madde depresyonun çekirdek belirtileridir. Ölçek klinisyen tarafından uygulanır, uygulaması kolay bir ölçektir.

Ölçek 1979 yılında Stuart A. Montgomery ve Marie Asberg tarafından

PDF Eraser Free

geliştirilmiştir. Ölçek geliştirilirken 18-69 yaş gibi geniş bir yaş aralığı değerlendirilmiştir. Klinikte sık kullanılan Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği'nden daha az madde içermekte olup yapılan çalışmalarda benzer güvenilirlikte olduğu saptanmıştır (117). Hastaların bedensel hastalıkları olması durumunda Montgomery-asberg depresyon değerlendirme ölçeğinin Hamilton depresyon ölçeğine göre daha doğru sonuçlar verdiği düşünülmektedir (118).

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlilik çalışması 2002 yılında Torun ve ark. tarafından yapılmıştır (119). Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında hastaların yaşından ve cinsiyetinden ölçek puanlarının etkilenmediği bulunmuştur (120). Major depresif bozukluk için kesme puanı 9'dur. 9-29 puan arası hafif, 30-36 puan arası orta ve 36 puan ve üstü belirgin şiddetteki depresyonu ifade etmektedir (119).

3.5.4. Young Şema Ölçeği Kısa Form-3

Erken dönem uyum bozucu şemaları değerlendirmek amacı ile Young ve Brown tarafından geliştirilen Young Şema Ölçeği Kısa Formu üçüncü versiyonu kullanılmıştır (12). Ölçekte beş şema boyutu ve şemaların 18'i için de alt ölçekler yer almaktaktadır. Ölçek, 6'lı Likert tipidir ve 90 sorudan oluşmaktadır. (1=Benim için tamamıyla yanlış, 6= Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) (121).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Soygüt ve ark tarafından yapılmıştır (122). Analizler sonucunda ölçeğin Türkçe formu için 5 şema alanı (Zedelenmiş Otonomi, Kopukluk, Yüksek Standartlar, Diğeri Yönelimlilik ve Zedelenmiş Sınırlar) ve 14 şema boyutuna ulaşılmıştır (Duygusal Yoksunluk, Başarısızlık, Karamsarlık, Sosyal İzolasyon/Güvensizlik, Duyguları Bastırma, Onay Arayıcılık, İç İçe Geçme/Bağımlılık, Ayrıcalıklılık/Yetersiz, Özdenetim, Kendini Feda, Terk Edilme, Cezalandırıcılık, Kusurluluk, Hastalık ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, Yüksek Standartlar) (122).

Soygüt ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmaya göre madde sayısının dağılımı değişmiştir ancak toplam madde sayısı aynı kalmıştır. Ölçeğin birleşen geçerliğini belirlemek amacıyla Belirti Tarama Listesi'nin Genel Belirti Düzeyi İndeksi ve Kaygı, Depresyon, Kişilerarası Duyarlık alt ölçekleri kullanılmıştır (122)

PDF Eraser Free

3.6. İstatiksel Analiz

Çalışmaya dahil edilen hastaların sosyodemografik ve klinik veri setine kayıt edilmiş olup sonrasında tanımlayıcı analiz yöntemleri uygulandı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma ve minimum-maksimum şeklinde ve kategorik değişkenler için sayı ve yüzde şeklinde yazılmıştır. 65 yaş ve üstü ve 65 yaş altı hasta gruplarının karşılaştırılmasında sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında öncelikle normal dağılıma uygunluk test edildi. Normal dağılıma uygun olan değişkenler için Student T Testi, uygun olmayan değişkenler için Mann Withney U testi kullanıldı. İki grubun kategorik değişkenlerin istatiksel olarak karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi kullanıldı. İki sayısal değişken arasındaki ilişki incelemek için normal dağılıma uygun olanlar için Pearson korelasyon analizi ve normal dağılıma uygun olmayanlar için Spearman korelasyon analisi yapıldı. Grafiksel gösterimlerde farklı yazılım programları kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde $p \leq 0.05$ anlamlı kabul edildi.

PDF Eraser Free

4. BULGULAR

Çalışmaya dahil edilme ve hariç tutulma kriterlerine göre çalışmaya dahil edilen toplam 96 majör depresif bozukluk tanısı olan hasta (58 genç popülasyon ve 38 65 yaş ve üzeri yaşlı popülasyon) çalışmaya dahil edilmiştir. Tablolardan; grupların sosyodemografik verilerinin, komorbid fiziksel özelliklerinin, alışkanlıklarının, YŞÖ skorlarının karşılaştırılmaları görülmektedir. Ayrıca 65 yaş ve üzeri grubun medeni durum ve cinsiyet açısından karşılaştırılmaları da tablolarda mevcuttur.

Tablo 4.1. Çalışma grupları arasında sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması.

Değişken	**<65 Yaş (n=58)** Ort.±SS/Sayı (%)	**≥65 Yaş (n=38)** Ort.±SS/Sayı (%)	X^2/t **değeri**	***df***	**p değeri**
Yaş (yıl)	39.13±11.49	70.81±5.58			
Cinsiyet			0,004 [b]	1	0.950
Kadın	37 (63.8)	24 (63.2)			
Erkek	21 (36.2)	14 (36.8)			
Eğitim Durumu			45,313 [b]	4	**< 0,001***
Okuryazar	1 (1.7)	15 (39.5)			
İlkokul	8 (13.8)	16 (42.1)			
Ortaokul	10 (17.2)	3 (7.9)			
Lise	20 (34.5)	1 (2.6)			
Üniversite	19 (32.8)	3 (7.9)			
Meslek			30,417 [b]	4	**< 0,001***
İşsiz	7 (12.1)	1 (2.6)			
Gelir karşılığı çalışıyor	28 (48.3)	3 (7.9)			
Öğrenci	2 (3.4)	0 (0)			
Emekli	2 (3.4)	11 (28.9)			
Ev hanımı	19 (32.8)	23 (60.5)			
Medeni Durumu			27,658 [b]	3	**< 0,001***
Evli	31 (53.4)	17 (44.7)			
Bekar	16 (27.6)	0 (0)			
Boşanmış	9 (15.5)	6 (15.8)			
Dul	2 (3.5)	15 (39.5)			
Çocuk Sayısı	1.31±1.09	3.07±1.09	-7,723 [a]	94	**< 0,001***
Yaşadığı Yer			0,871 [b]	1	0.351

[a] : Student t Test, [b]:Pearson Ki-kare Test, Ort.SS: Ortalama±standart sapma, *:p<0,01.

PDF Eraser Free

Çalışmanın hipotezlerine uygun olarak, 65 yaş altı ve 65 yaş ve üstü grupları arasında sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 4.1'de sunulmuştur. İki grubun karşılaştırılmasında eğitim durumu, meslek, medeni durum ve çocuk sayısı değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark saptandı ($p<0,05$). Cinsiyet ve yaşadığı yer değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark yoktu.

Tablo 4.2. Çalışma grupları arasında komorbid fiziksel hastalıklar ve alışkanlıkların karşılaştırılması.

Değişken	**<65 Yaş (n=58)** Sayı (%)	**≥65 Yaş (n=38)** Sayı (%)	X^2 **değeri**	***df***	**p değeri**
Komorbid Fiziksel Hastalık	7 (18.4)	43 (74.1)	28,558 [a]	1	**< 0,001**
Hipertansiyon	6 (10.3)	23 (60.3)	27,422[a]	1	**< 0,001**
Diyabetes Mellitus	6 (10.3)	9 (23.7)	3,099 [a]	1	0,078
Kalp Hastalıkları	1 (1.7)	5 (13.2)	5,122 [a]	1	**0,024**
Diğer	5 (8.6)	0 (0)	3,456 [a]	1	0,063
Sigara Kullanımı	24 (41.4)	5 (13.2)	8,673 [a]	1	**0,003**
Alkol Kullanımı	12 (20.7)	1 (2.6)	6,394 [a]	1	**0,011**

[a] :Pearson Ki-kare Test, *:$p<0,05$, **:$p<0,01$.

65 yaş altı ve 65 yaş ve üstü grupları arasında özgeçmiş özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.2'de sunulmuştur. İki grup arasında komorbid fiziksel hastalık, hipertansiyon, kalp hastalığı, sigara ve alkol kullanımı değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır ($p<0,05$). Diyabetes mellitus ve diğer fiziksel hastalık değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark yoktu.

PDF Eraser Free

Tablo 4.3. Çalışma grupları arasında Montgomery–Åsberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği ve Young Şema Ölçeği skorlarının dağılımı

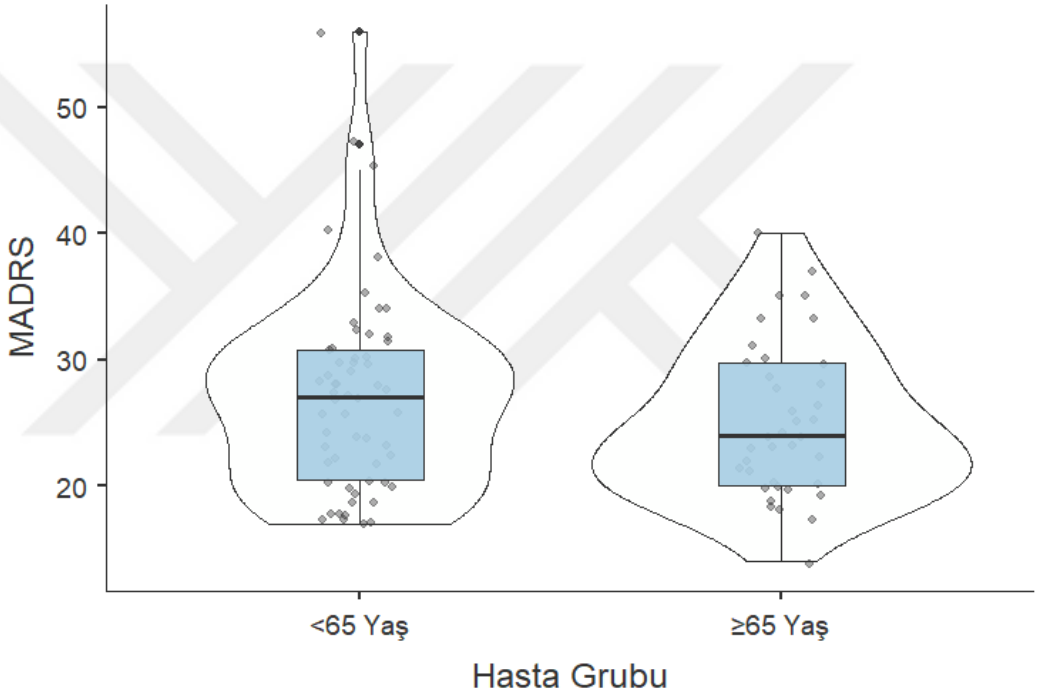
Değişken	**<65 Yaş (n=58)** Ort.±SS	**≥65 Yaş (n=38)** Ort.±SS	***t* değeri**	***df***	**p değeri**
MADRS	27.06±7.80	25.07±6.12	1,325 [a]	94	0,188
Young Şema Ölçeği					
Duygusal Yoksunluk	15.58±6.83	18.73±7.45	-2,131 [a]	94	**0,036***
Başarısızlık	16.50±6.67	16.31±7.31	0,127 [a]	94	0,899
Karamsarlık	18.18±6.20	16.65±6.00	1,197 [a]	94	0,234
Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik	24.43±7.37	22.21±7.32	1,454 [a]	94	0,149
Duygusal Bastırma	15.39±5.56	15.78±7.01	-0,291 [a]	66	0,772
Onay Arayıcılık	22.01±5.74	24.76±5.67	-2,301 [a]	94	**0,024***
İç içe Geçme/Bağımlılık	24.27±7.95	22.18±9.37	1,173 [a]	94	0,244
Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim	25.29±6.70	21.63±8.01	2,420 [a]	94	**0,017***
Kendini Feda	20.39±5.61	20.28±5.01	0,095 [a]	94	0,924
Terk Edilme	13.72±6.07	13.57±6.62	0,110 [a]	94	0,912
Cezalandırılma	23.39±6.52	26.05±4.59	-2,339 [a]	93	**0,021***
Kusurluluk	15.60±6.78	15.81±7.21	-0,146 [a]	94	0,884
Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	16.08±5.38	12.97±6.63	2,524 [a]	94	**0,013***
Yüksek standartlar	9.63 ±3.61	9.57 ±5.24	0,061 [a]	59	0.952

[a] : Student t Test, Ort.SS: Ortalama±standart sapma, *:p<0,05, Montgomery Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği

Çalışma grupları arasında Montgomery Asberg Depresyon Ölçeği ve Young Şema Ölçeği değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.3 ve Şekil 1.1, Şekil 1.2, Şekil 1.3, Şekil 1.4 ve Şekil 1.5'de sunulmuştur. İki grup arasında YŞÖ duygusal yoksunluk (Şekil 1.2), onay arayıcılık (Şekil 1.3), ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim,

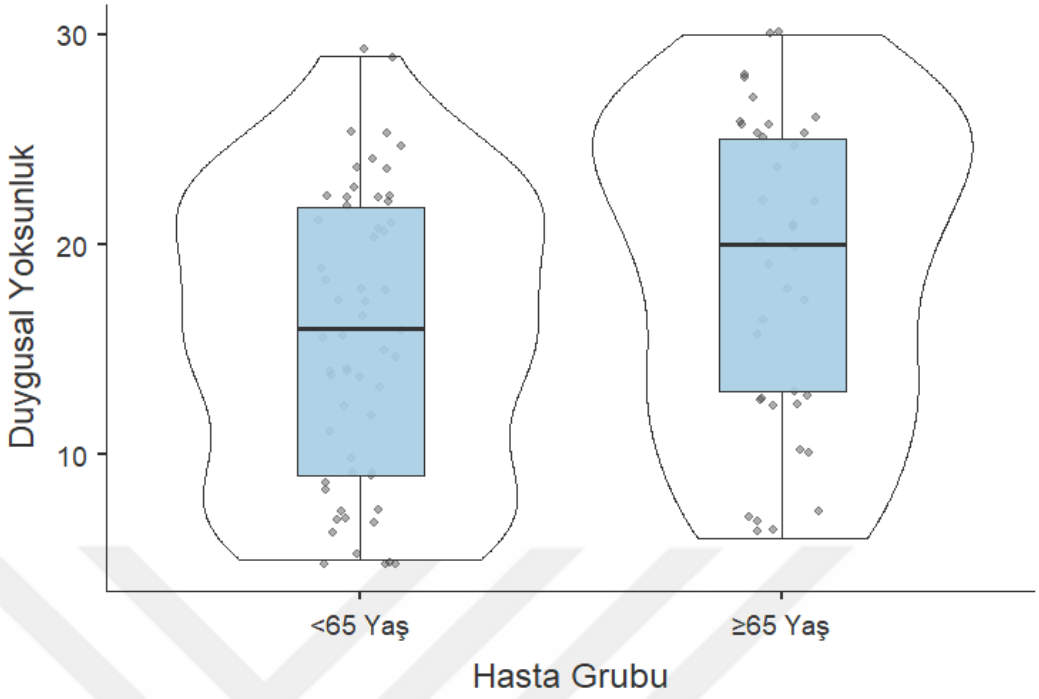
PDF Eraser Free

cezalandırılma (Şekil 1.4) ve tehditler karşısında dayanıksızlık (Şekil 1.5) alt ölçek skorları arasında istatiksel olarak fark saptanmıştır ($p<0,05$). Fakat MADRS ve YŞÖ Başarısızlık, Karamsarlık, Sosyal İzolasyon/Güvensizlik, Duygusal Bastırma, İç içe geçme/Bağımlılık, Kendi Feda, Terk Edilme, Kusurluluk ve Yüksek Standartlar alt ölçek skorları arasında istatistik olarak fark saptanmamıştır.

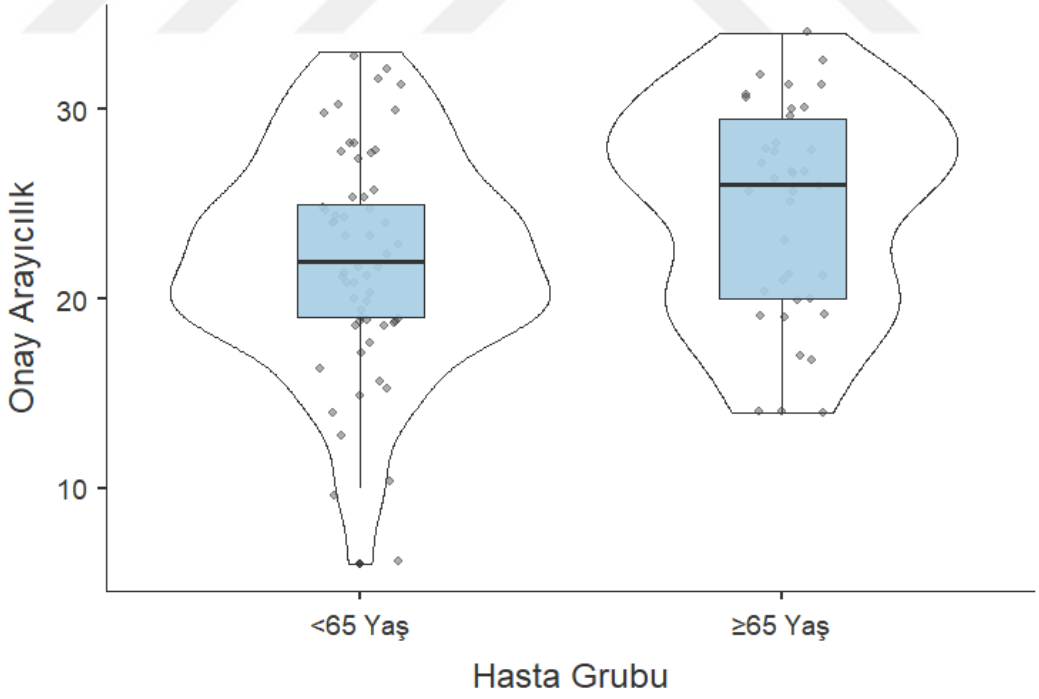


Şekil 1.1. MADRS puanlarının yaşa göre dağılımı

PDF Eraser Free

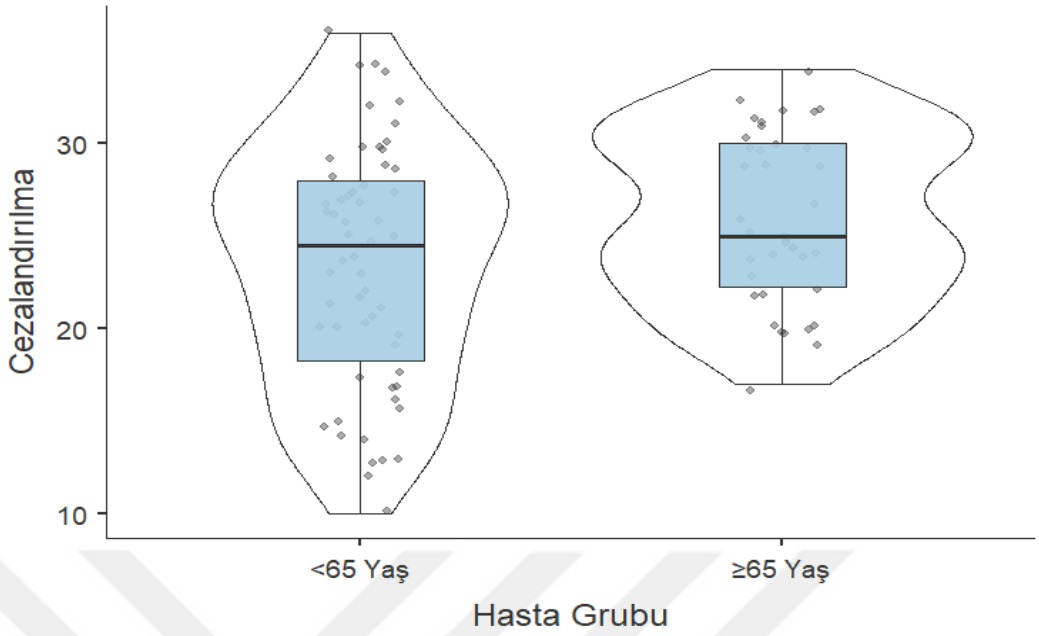


Şekil 1.2. Duygusal Yoksunluk Şema Alt Ölçek puanının yaşa göre dağılımı

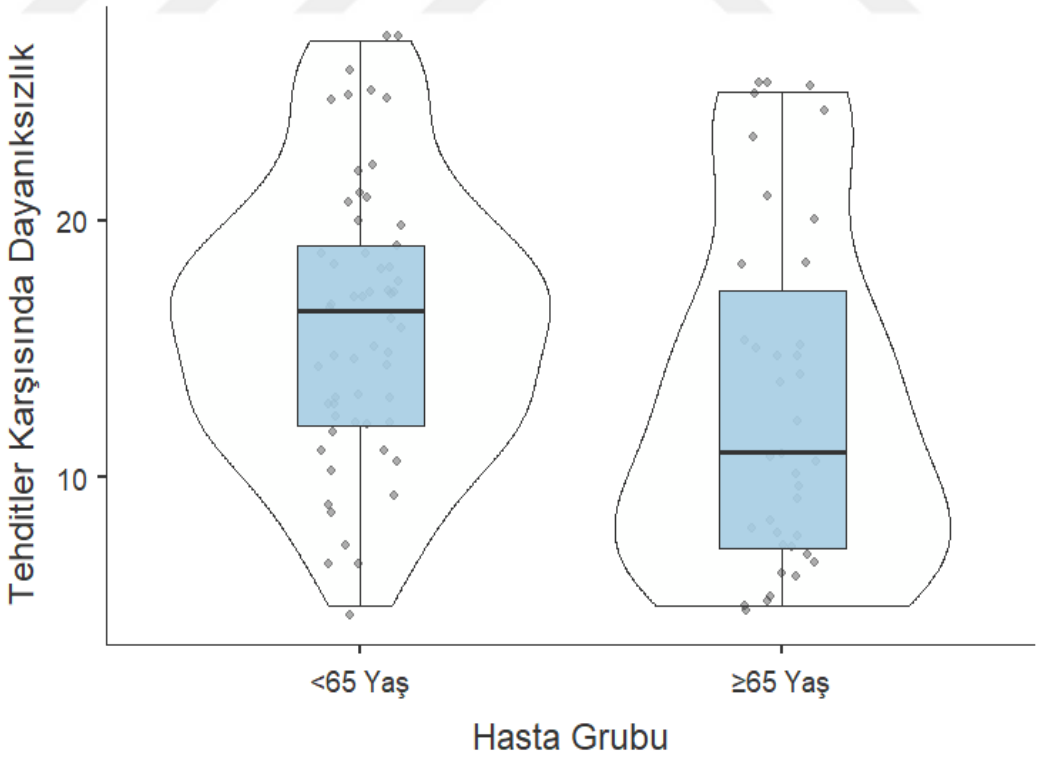


Şekil 1.3. Onay Arayıcılık Şema Alt Ölçek puanının yaşa göre dağılımı

PDF Eraser Free



Şekil 1.4. Cezalandırılma Şema Alt Ölçek puanının yaşa göre dağılımı



Şekil 1.5. Tehditler Karşısında Dayanıksızlık Şema Alt Ölçek puanının yaşa göre dağılımı

PDF Eraser Free

Tablo 4.4. 65 yaş ve üstü hastaların Montgomery–Åsberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği ve Young Şema Ölçeği skorlarının cinsiyetler arası karşılaştırılması

Değişken	**≥65 Yaş Kadın Ort.±SS**	**≥65 Yaş Erkek Ort.±SS**	**Z değeri**	**p değeri**
Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği	23,83±5,43	27,21±6,84	-1,350 [a]	0,177
Young Şema Ölçeği				
Duygusal Yoksunluk	20,91±7,31	15,00±6,28	-2,351 [a]	**0,019**
Başarısızlık	15,58±6,87	17,57±8,12	-0,699 [a]	0,485
Karamsarlık	17,08±5,90	15,92±6,33	-0,380 [a]	0,704
Sosyal İzolasyon/Güvensizlik	21,16±8,22	24,00±4,83	-1,815 [a]	0,070
Duyguları Bastırma	16,41±7,85	14,71±5,38	-0,365 [a]	0,715
Onay Arayıcılık	24,50±5,26	25,21±6,50	-0,471 [a]	0,638
İç içe geçme/Bağımlılık	22,00±9,28	22,50±9,87	-0,197 [a]	0,844
Ayrıcalıklılık/Yetersizlik Özdenetim	20,37±9,36	23,78±4,44	-1,594 [a]	0,111
Kendini Feda	21,00±4,83	19,07±5,25	-1,063 [a]	0,288
Ter Edilme	13,87±7,52	13,07±4,93	-0,122 [a]	0,903
Cezalandırılma	26,16±4,92	25,85±4,14	-0,319 [a]	0,749
Kusurluluk	15,91±7,25	15,64±7,41	-0,121 [a]	0,903
Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	13,00±7,08	12,92±6,01	-0,106 [a]	0,915
Yüksek Standartlar	9,62±5,59	9,50±4,78	-0,046 [a]	0,964

[a] : Mann Withney U testi, Ort.SS: Ortalama±standart sapma, [*]:p<0,05

Çalışmaya dahil edilen 65 yaş ve üstü katılımcıların MADRS ve YŞÖ skorlarının cinsiyetlere göre karşılaştırılması Tablo 4.4.'de sunulmuştur. 65 yaş ve üstü kadın ve erkek katılımcılar arası sadece YŞÖ Duygusal Yoksunluk alt ölçek skorları arasında istatiksel olarak fark saptandı (p<0,05). İki grup arasında MADRS ve YŞÖ'nin diğer alt ölçek skorları arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

PDF Eraser Free

Tablo 4.5. 65 yaş ve üstü hastaların Montgomery–Åsberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği ve Young Şema Ölçeği skorlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

Değişken	**≥65 Yaş Boşanmış/ Dul Ort.±SS**	**≥65 Yaş Evli Ort.±SS**	**t/z değeri**	**p değeri**
Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği	25,28±5,84	24,82±6,63	0,228 [a]	0,821
Duygusal Yoksunluk	22,00±6,31	14,70±6,88	3,401[a]	**0,002**[**]
Başarısızlık	16,09±7,65	16,58±7,09	-0,088 [b]	0,930
Karamsarlık	18,71±4,75	14,11±6,53	2,508 [a]	**0,017**[*]
Sosyal İzolasyon/Güvensizlik	23,42±7,44	20,70±6,86	1,160 [a]	0,254
Duyguları Bastırma	15,85±7,53	15,70±6,53	-0,118 [b]	0,906
Onay Arayıcılık	25,76±5,38	23,52±5,94	1,213 [a]	0,233
İç içe geçme/Bağımlılık	23,85±9,67	20,11±8,83	1,231[a]	0,226
Ayrıcalıklılık/Yetersizlik Özdenetim	21,57±8,81	21,70±7,16	-0,051[a]	0,960
Kendini Feda	21,95±4,27	18,23±5,21	2,417 [a]	**0,021**[*]
Terk Edilme	15,47±7,54	11,23±4,46	2,153 [a]	**0,039**[*]
Cezalandırılma	25,95±4,74	26,17±4,54	-0,147 [a]	0,884
Kusurluluk	16,42±8,22	15,05±5,89	0,576 [a]	0,568
Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	14,00±7,16	11,70±5,87	1,062 [a]	0,295
Yüksek Standartlar	10,19±5,52	8,82±4,92	-0,663 [b]	0,507

[a] : Mann Withney U testi, Ort.SS: Ortalama±standart sapma, [*]:p<0,05

Çalışmaya dahil edilen 65 yaş ve üstü katılımcıların MADRS ve YŞÖ skorlarının medeni durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 4.5.'de sunulmuştur. Duygusal Yoksunluk, Karamsarlık, Kendini Feda ve Terk Edilme alt ölçek skorları boşanmış/dul olan popülasyonda anlamlı derecede yüksekti (p<0,05). İki grup arasında MADRS ve YŞÖ'nin diğer alt ölçek skorları arasında istatiksel olarak fark saptanmadı.

PDF Eraser Free

Tablo 4.6. Tüm hastaların yaş ve Montgomery–Åsberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği ile Young Şema Ölçeği skorları arasındaki ilişkilerin korelasyon analizi

		Hastanın yaşı	**MADRS**
Hastanın yaşı	r	1	-,163
	p		,113
MADRS	r	-,163	1
	p	,113	
Duygusal Yoksunluk	r	,176	-,019
	p	,086	,855
Başarısızlık	r	-,036	,004
	p	,728	,967
Karamsarlık	r	-,098	,125
	p	,345	,224
Sosyal İzolasyon/Güvensizlik	r	-,187	,064
	p	,069	,533
Duyguları Bastırma	r	,038	,012
	p	,712	,907
Onay Arayıcılık	r	,192	,073
	p	,061	,478
İç içe geçme/Bağımlılık	r	-,094	**,207***
	p	,361	**,043**
Ayrıcalıklılık/Yetersizlik Özdenetim	r	**-,240***	,036
	p	**,019**	,731
Kendini Feda	r	,006	,086
	p	,952	,404
Terk Edilme	r	-,031	,128
	p	,761	,214
Cezalandırılma	r	,153	**,218***
	p	,137	**,033**
Kusurluluk	r	,001	,097
	p	,995	,345
Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	r	**-,250***	,065
	p	**,014**	,532
Yüksek Standartlar	r	-,010	**,235***
	p	,926	**,021**

*:p<0,05.

PDF Eraser Free

Tüm hastaların yaş ve MADRS skorları ile YŞÖ skorları arasındaki korelasyon analizi Tablo 4.6.'da sunulmuştur. Buna göre hastanın yaşı ile YŞÖ ayrıcalılıklılık/yetersiz özdenetim ve tehditler karşısında dayanıksızlık alt skorları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Ayrıca MADRS skoru ile YŞÖ içi içe geçme/bağımlılık, cezalandırılma ve yüksek standartlar arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

PDF Eraser Free

Tablo 4.7. 65 yaş ve üstü hastaların yaş ve Montgomery–Åsberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği ile Young Şema Ölçeği skorları arasındaki ilişkilerin korelasyon analizi

		Hastanın Yaşı	**MADRS**
Hastanın Yaşı	r	1	-,288
	p		,079
MADRS	r	-,288	1
	p	,079	
Duygusal Yoksunluk	r	,133	-,029
	p	,426	,865
Başarısızlık	r	,041	-,042
	p	,806	,801
Karamsarlık	r	,098	,205
	p	,559	,217
Sosyal İzolasyon/Güvensizlik	r	-,032	,166
	p	,850	,318
Duyguları Bastırma	r	,118	,054
	p	,479	,748
Onay Arayıcılık	r	-,118	,316
	p	,480	,053
İç içe geçme/Bağımlılık	r	,131	,202
	p	,434	,224
Ayrıcalıklılık/Yetersizlik Özdenetim	r	,041	,065
	p	,808	,698
Kendini Feda	r	,018	,219
	p	,913	,186
Terk Edilme	r	,177	,148
	p	,287	,375
Cezalandırılma	r	-,137	**,404***
	p	,411	**,012**
Kusurluluk	r	,060	,159
	p	,720	,341
Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	r	,022	,114
	p	,897	,496
Yüksek Standartlar	r	-,103	**,391***
	p	,537	**,015**

MADRS: , *:p<0,05.

PDF Eraser Free

65 yaş ve üstü hastaların yaş ve MADRS skorları ile YŞÖ skorları arasındaki korelasyon analizi Tablo 4.7.'da sunulmuştur. Buna göre hastanın yaşı ile YŞÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. MADRS skoru ile YŞÖ, cezalandırılma ve yüksek standartlar arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

PDF Eraser Free

5.TARTIŞMA

Dünyada yaşam beklentisinin artmasıyla beraber 65 yaş ve üzeri nüfus popülasyonun da hızla arttığı görülmektedir. Bu sebeple yeni araştırmalar yaşlı popülasyona yönelik yapılmaktadır. Bu grupta yeti yitimine sebep olan bozukluklardan biri de major depresyondur. Major depresyon yaşlılarda genç popülasyona göre daha farklı seyretmektedir. Bu amaçla genç popülasyonla olan farklılıkların belirlenmesi tedaviye ve hastalığın gidişatının belirlenmesine katkı sağlayacaktır. Bu amaçla genç ve 65 yaş ve üstü yaşlı popülasyonda depresyon etiyolojisinde yer alan erken dönem uyumsuz şema farklılıklarının belirlenmesi önemlidir. Çalışmanın amacı da bu farklılıkların belirlenmesidir. Halen literatüre bakıldığında yaşlı popülasyonda depresyon araştırılmış olmakla birlikte bu grupta erken dönem uyumsuz şemalar çok az çalışılmıştır. Ancak genç popülasyonla farklılıklarına değinen çalışma bulunmamaktadır. Çalışma bu açıdan ilklerden olma özelliği taşıyacaktır.

Çalışmaya genç popülasyon 18-49 yaş aralığı kabul edilmiş, ancak 50-64 yaş aralığı karıştırıcı olmaması açısından alınmamıştır. Kişilerin yaşlanması belli bir süreç almaktadır. Her ne kadar DSÖ tarafından yaşlı popülasyon 65 yaş ve üzeri kabul edilse de pratikte yaşlılık aniden oluşmaz. Kişi yaş alırken bazı evreleri sağlıklı bir şekilde tamamalar ve bu zaman isteyen bir süreçtir. Aynı zamanda yaşlı popülasyonda pek çok açıdan titiz davranılmıştır. Bu dönemde sıkça gözlenen sekonder depresyon, hafif bilişsel bozukluk vakaları ve yine yaşlı depresyonuna sıkça eşlik eden anksiyete bozukluğu ek tanısı olan vakalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmada, depresyon şiddetinin belirlenmesi amacıyla MADRS kullanılmıştır. MADRS bedensel hastalık durumunda güvenilir olması, bireylerin yaşından ve cinsiyetinden puan bazında etkilenmemesi ve kolay uygulanabilir olması sebebiyle tercih edilmiştir (118,120). Erken dönem uyumsuz şemaların belirlenmesi amacıyla Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 kullanılmıştır. YŞÖ Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış, depresyonda şemaların belirlenmesi amacıyla pek çok çalışmada kullanılmış ve tutarlı bulgular elde edilmiştir. Yaşlı hastalar için kullanılabilir görünmektedir ancak bu popülasyon özel bir grup olduğu için daha doğru sonuçlar elde etmek adına değişiklikler yapılması gerektiği savunulmaktadır (111,113).

PDF Eraser Free

Çalışmada, yaşlı ve genç popülasyon major depresyon tanısı olan hastaların erken dönem uyumsuz şemaları, sosyodemografik özellikleri arasındaki farklılıklar değerlendirilmiştir. Çalışmaya yaşlı popülasyon olarak 65 yaş üstü grubunda major depresyon tanısı olan 38 hasta ve 65 yaş altı grubunda major depresyon tanısı olan 58 hasta dahil edilmiştir.

Çalışma sosyodemografik özellikler açısından değerlendirildiğinde katılımcıların yaşlara göre cinsiyet dağılımlarının benzer olduğu görülmektedir. Genç popülasyonun % 63.8'i kadın ve yaşlı popülasyonun da % 63.2'si kadındır. Alkol bağımlılığı olan hastalar arasında yapılan bir çalışmada iki cinsiyet arasında erken dönem uyumsuz şemalar açısından farklılıklar olduğu, 18 erken uyumsuz şemaların 14'ünde kadınların erkeklerden daha yüksek puan aldığı gösterilmiştir. Yine de çalışmada kadın ve erkekler için en yaygın görülen şema gruplarının benzer olduğu gösterilmiştir (123). Adolesanlarla yapılan bir çalışmada ise kızların erkeklerden daha yüksek puan aldıkları şemaların depresif belirtilerle daha yüksek korelasyon gösterdiği ifade edilmiştir. Ayrıca, kızlarda, bilişsel şemalar ile yaşam stresi ve depresif belirtiler arasında ilişki olduğu gösterilmiş ancak erkeklerde böyle bir ilişkiden bahsedilmemiştir (124). Bu durum kadın ve erkeğin toplumsal rollerinin, biyolojik yapılarının farklılıklarından kaynaklanabilir. Bunun yanında çalışmada, eğitim durumu, meslek, medeni durum ve çocuk sayısı açısından anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir. Meslekler açısından bakıldığında, yaşlı grup daha çok emekli ve ev hanımı iken genç grup gelir karşılığı çalışıyordu. Eğitim durumları açısından bakıldığında ise genç popülasyon daha çok lise ve üniversite mezunu iken yaşlı popülasyon ilkokul mezunu ya da sadece okuryazardı. Gençlerde bekar ve evlilerin sayısı fazlayken, yaşlılarda dul ve evlilerin sayısı fazlaydı ve bekar hasta hiç yoktu. Yaşlılarda çocuk sayısı gençlere göre daha fazlaydı. Bu duruma toplumsal açıdan bakıldığında beklenen bir durum olup toplumun sosyal yapısı ile ilişkili olduğu yorumu yapılabilir.

Gruplar özgeçmişleri açısından değerlendirildiğinde ise, komorbid fiziksel hastalık, hipertansiyon, kalp hastalığı, sigara ve alkol kullanımı değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Diabetes mellitus ve diğer fiziksel hastalık değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Alkol kötüye kullanımı olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Komorbid fiziksel

PDF Eraser Free

hastaların yaşlılıkla beraber arttığı bilinen bir gerçektir. Ancak bilişsel şemalar yönünden bakıldığında erken dönem bilişsel şemalar daha çok tıbbi nedeni olmayan depresyonla ilişkilendirilmiştir. Çalışmada sekonder depresyon olabileceği düşünülen hastaların çalışmaya dahil edilmemesi de bu durumun karıştırıcı olmasına engel olmuştur.

İki grup arasında MADRS puanları açısından istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki yaş grubu arasında MADRS puanları arasında anlamlı fark bulunamaması depresyon şiddeti açısından her iki grubunda homojen olduğunu göstermekte ve şiddettin karıştırıcı faktör olmasını engellemektedir.

İki grup arasında YŞÖ karşılaştırmasına bakıldığında duygusal yoksunluk, onay arayıcılık, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, cezalandırılma, tehditler karışışında dayanıksızlık alt skorlarında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Ancak Başarısızlık, Karamsarlık, Sosyal İzolasyon/güvensizlik, Duygusal Bastırma, İç içe geçme/bağımlılık, Kendi Feda, Terk Edilme, Kusurluluk ve Yüksek Standartlar alt ölçek skorları arasında istatistik olarak fark saptanmamıştır. Yaşlanma sürecinde yer alan evreler her ne kadar evrensel olsa da evrelerin çözümlenmesinde kültürel farklılıklar da mevcuttur (125). Yaşlı ve gençler arasındaki şema farklılıkları incelenirken kültürel farklılıkların da göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Duygusal yoksunluk şema alt boyutu çalışmada, yaşlı ve genç hastalar arasında istatiksel olarak anlamlı şekilde yaşlı hastalarda yüksekti. Duygusal yoksunluk, bireyin sahip olduğu duygusal bağ kurma isteğinin tatmin edilemeyeceği düşüncesinde olması, ilgi, empati ve korunma yoksunluğu olarak ifade edilir. Kişi burada izole olma hissi yaşayabilir, çevresi tarafından reddedilmiş hissedebilir, duygusal bağ kuramayacağını, tek başına kalacağını düşünebilir. Biyopsikososyal açıdan bakıldığında yaşlılık dönemi bir gerileme dönemi olarak görülmektedir. Özellikle fizyolojik anlamda bir yaşlanma söz konusudur ve fizyolojik gerileme meydana gelmektedir. Toplumsal rolleri değişen, eskisi kadar üretken olamayan bireyin sosyal çevresi de azalmaktadır. Bu sebeplerden kendisini sosyalleşme anlamında yetersiz hissedebilir, duygusal bağ kurma gereksinimini karşılayamayabilir. Genellikle akrabalarına yakın oturmayı tercih edebilirler. Bu da duygusal tatminlerini sağlamaları açısından bir savunma olduğu şeklinde yorumlanabilir. Depresif kadınlar ve kontrol

PDF Eraser Free

grubuyla yapılan bir çalışmada depresyon ile en güçlü ilişkinin duygusal yoksunluk şeması ile olduğu gösterilmiştir (126). Duygusal yoksunluk şemasının depresif semptomlardaki artışla doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiş ve duygusal yoksunluğun depresyon için risk faktörü olduğu ifade edilmiştir (105, 127, 128, 129). 67 yaşlı hastayla yapılan çalışmada hastaların kendilerini dikkate alınmamış hissettiklerini, dışlanmışlık yaşadıklarını, kimsenin onu sevmediği ve sevilmeye layık olmadığı şeklinde yorumlanmıştır (113).

Onay arayıcılık şema boyutu yaşlılarda gençlere göre istatiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır. Bu şema boyutunda birey diğer bireylerden onay almayı kendilik duygularını oluşturmaktan daha değerli görür. Bu nedenle öz saygısını başkasının kendisine tepkilerine göre değerlendirir. Onaylanma gereği hisseder. Toplumsal değişim teorisine göre yaşlıların "yapabildikleri" ile toplumsal değişim hızı ve topluma ayak uydurma hızı birbirine denk olmamaktadır. Yaşlı birey kendini bu topluma ait hissetmekte zorlanmakta, bu durum da güvenlik, sevgi, saygı ve ait olma gibi temel gereksinimlerini karşılamasını zorlaştırmaktadır (130,131). Cumming ve Henry tarafından geliştirilen Geri Çekilme Kuramında (Disangagement Theory) yaşlanan kişilerin toplumdaki diğer kişiler tarafından reddedildiği savunulmaktadır (132). Yaşlı bireylerde bireysellik kaybının olduğu belirtilmiştir (133). Bir klinikte yatarak tedavi görmekte ola yaşlı depresyon ve anksiyete hastalarının uyumsuz şemalarının araştırıldığı bir çalışmada önceki çalışmaya paralel olarak bireysellik kaybının yaşlı depresyon hastalarında referans popülasyona göre daha fazla bulunduğu gösterilmiştir (112). Tüm bu bilgiler göz önüne alındığında, toplum tarafından dışlanan kendisini topluma ait hissetmeyen yaşlı bireyler eylemlerinin, düşüncelerinin toplumsal dışlanmasını arttıracağı düşüncesiyle toplum tarafından kabul gören diğer bireylere kendilerini onaylatma gereği duyabilirler. Bu durumda bireysellik kaybına neden olabilir. Bu bilgiler bu çalışmadaki onay arayıcılık şema boyutundaki anlamlı yüksekliği açıklar görünmektedir.

Türkiye'de depresif hastalarda yapılan bir çalışmada cezalandırılma şema alt boyutunun sağlıklı kontrollere kıyasla istatiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur (126). Bu çalışmada cezalandırılma şema alt boyutu istatiksel olarak anlamlı şekilde yaşlılarda daha yüksekti. Bu şema alt boyutunda bireyler hata

PDF Eraser Free

yapmaları durumunda en ağır ceza ile cezalandırılmaları gerektiğini düşünürler. Erikson yaşlı bireylerde umudun yitirilmesi ve ölüm korkusunun oluştuğundan bahseder. Ölüm korkusu ile beraber ölümün belirsizliği, ölümden sonraki yaşama inanma, bu döneme kadar benlik iç bütünlüğü oluşmaması nedeniyle cezalandırılacağını düşünüyor olabileceği yorumu yapılabilir. Aynı zamanda, yaşlı kişiler artık yaptıklarını telafi edecek kadar zamanları kalmadığına inanmaktadırlar (125). Ölümden sonraki yaşama inanan bireylerin çoğunlukta olduğu ve cezalandırılmanın varlığında inanan bir toplumda ölüme yaklaştığını hisseden bireylerin bu alt şemanın daha aktive olması anlaşılabilir.

Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şema alt boyutu çalışmada gençlerde istatiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur. Bu şema alt boyutunda, kişiler hedeflerine ulaşmak için yeterli özdenetime sahip değildir. Engellenmeye karşı toleransları düşüktür. Duygularını ifade etmekte ve dürtülerini kontrol etmekte zorluk yaşarlar. Literatüre bakıldığında, bilişsel şemaların psikopatoloji ile ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada terk edilme ve yetersiz özdenetim şemasının depresyonla en sıkı ilişki içerisinde olan şema alt boyutu olduğu gösterilmiştir. Yetersiz öz denetim şemasındaki ögelerin depresyondaki enerji eksikliği ve motivasyon azalması gibi semptomlarla da benzerlik göstermekte olduğu yorumu yapılmıştır (109). Depresif belirtiler ve erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkinin üniversite öğrencileri arasında incelendiği bir çalışmada, kusurluluk/utanç, yetersiz özdenetim ve yetersizlik şemalarının depresyona yatkınlık oluşturabileceği gösterilmiştir. Bu üçlünün Beck'in bilişsel üçlüsü ile tutarlı olabileceği yorumunda bulunulmuştur (134). Depresyona yatkınlığın araştırıldığı bir çalışmada ayaktan takip edilen 60 depresif hasta değerlendirilmiş, depresif grupta kusurluluk/utanç, kendini feda, yetersiz özdenetim şemaları istatiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Bu istatistiğin zayıf ebeveyn tutumu-depresyon ilişkisinde rol oynadığı düşünülmüştür (110). Aynı zamanda Young ve ark. teorisinde yetersiz özdenetim çatışma ve sorumluluktan kaçınmayı da yansıtmaktadır. Bu durumun, yetersiz özdenetim şema alt boyutunun depresyon için güvenlik açığının bir parçası olabileceği yorumu yapılmıştır (135). Yaşlı depresyon hastalarında güvenlik açığının referans popülasyona göre daha yüksek olduğu da bu durumu kanıtlar şekilde gösterilmiştir (112). Ortalama yaşları 65 olan poststroke depresyon hastaları ile yapılan bir çalışmada da zarar görme, başarısızlık

PDF Eraser Free

ve güvenlik açığı diagramının regresyon modelinde anlamlı olduğu bulunmuştur (136). Madde kullanım bozukluğu örnekleminde yaşlı orta-yaşlı ve genç popülasyonun karşılaştırıldığı bir çalışmada yetersiz özdenetim şema alt boyutu genç erişkinlerde yaşlı ve orta yaşlı erişkinlerden daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu maddenin daha çok dürtüsellik ile benzerlik gösterdiği, yaşa bağlı dürtüsellik ve özdenetimin arttığı yorumu yapılarak açıklanmıştır (137). Aynı zamanda kusurluluk, yetersiz özdenetim, başarısızlık ve sosyal izolasyon şema alt gruplarının depresyon için öngördürücü olduğu başka çalışmalarda da gösterilmiştir (138,139). Tüm bunlarla birlikte yetersiz özdenetim şema alt boyutu yaşlılarda var olan şema alt grubu içerisinde tanımlanmıştır (113). Yetersiz özdenetim şemasının genç hastalarla yapılan çalışmalarda depresyonla ilişkisinin olduğu bellidir. Young ve arkadaşlarının teorisinde yer alan güvenlik açığı diagramının yetersiz öz denetimle ilgili olduğu görüşünden yola çıkarak yaşlı popülasyonda yapılan literatürde güvenlik açığının bulunması çalışmanın bulgularına dolaylı olarak ters düşmektedir. Yaşlanma süreci bir olgunlaşma süreci olarak düşünülebilir. Birey birtakım evreleri sağlıklı bir şekilde geçirmiş ise özdenetimini sağlamayı öğrenmiştir. Dürtüsel davranışları daha azdır. Bireysellik kaybı da oluşan bu kişiler ayrıcalıklılık değil toplumda kabul görmek isterler.

Tehditler karşısında dayanıksızlık şema alt boyutu çalışmada gençlerde istatiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur. Bu şema boyutuna sahip bireyler kendilerinin engellemeye gücünün yetmeyeceği, ani patlak verecek ve baş edemeyecekleri bir felaketin ortaya çıkabilme ihtimaline karşı aşırı korku duyarlar. Erken dönem uyumsuz şemalar, algılanan ebeveynlik ve depresif semptomatolojinin ilişkili olduğu savunulan üniveriste öğrencilerinin dahil edildiği bir çalışmada tehditler karşısında dayanıksızlık şema alt boyutunun depresyon düzeylerinin yordayıcısı olduğu gösterilmiştir (134). Psikososyal gelişim kuramına bakıldığında her bir evre kendinden önceki evrelerden etkilenir ve kendinden sonraki evrelere zemin hazırlar. Her evrenin kendisine özgü gereksinimleri mevcuttur, her evrede tamamlanması gereken görevler vardır. Bu nedenle her evrenin kendine özel krizleri ve çözümleri vardır. Bu krizlerin atlatılması ve çözümlenmesi yapıcı nitelik taşımakta ve bireyin olgunlaşmasını sağlamaktadır. Benlik bütünlüğüne ulaşmış birey gelecek konusunda endişe duymaz, yaşamı olduğu gibi kabullenir (125). Bu bilgiden yola çıkılacak olursa yaşlı bireyler hayatları boyunca pek çok krize maruz kaldıkları, bu krizleri çözerek

PDF Eraser Free

devam ettikleri yorumu yapılabilir. Bu durum yaşlı bireylerin tehditler karşısında daha dayanıklı hale gelmesinin sebebi olarak görülebilmektedir.

Çalışma 65 yaş ve üzeri katılımcıların YŞÖ skorlarının cinsiyetlere göre karşılaştırılmasına bakıldığında şema alt grupları arasında sadece duygusal yoksunluk şema alt grubunun kadınlarda istatiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Depresif kadınların erken dönem uyumsuz şemalarının incelendiği bir çalışmada depresif kadınlardaki en önemli şema boyutunun "duygusal yoksunluk" şeması olduğu ancak bu şema boyutunun depresyon şiddetiyle ilişkili olmadığı belirtilmiştir (126). Welburn ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da ise çalışmadaki bulguların aksine, kadınlar başarısızlık ve terk edilme şema alt boyutundan daha yüksek puan alırken, erkekler duygusal yoksunluk şema alt boyutundan daha yüksek puan almıştır (109). Üniversite öğrencilerinde stresli yaşam olaylarının anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisi ve erken dönem uyumsuz şemaların araştırıldığı bir çalışmada duygusal yoksunluk şema alt boyutu cinsiyet farklılıkları açısından incelenmiştir. Buna göre, erkeklerde stresörler ve depresif belirtiler arasındaki ilişki sadece duygusal yoksunluk şema alt boyutu yüksek olan bireyler için anlamlı olarak saptanmıştır. Oysa duygusal yoksunluk şema alt boyutundan yüksek puan alan kadınların stresli yaşam olayı bulunup bulunmadığına bakılmaksızın depresif belirtileri göstermeleri olasıdır. Yani kadınların stresli yaşam olaylarından etkilenip etkilenmediğine bakılmaksızın şema alt grup puanlarının yüksekliği depresif durumunu öngördürebildiği sonucuna ulaşmışladır (127). Bu bulgular daha önce yapılmış olan bir çalışma ile de tutarlıdır (140). Beck'in bilişsel kuramında otonomi ve sosyotropi adında iki adet kişilik boyutu mevcuttur. Bu kuramda kadınlar daha sosyotrop ve erkekler daha otonomiktir (10, 141). Sosyotropik kişiler insanlarla ilişkiye önem veren, başkalarını memnun etme kaygısı yaşayan, yakınları tarafından sevilme ve onaylanma gereksinimi hisseden kişilerdir ve sosyal güvence ihtiyaçları vardır (142, 143). Otonomik kişiler ise çevreyi kontrol eden, bağımsız olmaya eğilimli kişilerdir (144). Duygusal yoksunluk şemasının kadınlarda yüksek olması da kadınların daha sosyotrop olduğu konusunu desteklemektedir.

Çalışmada 65 yaş ve üzeri katılımcıların MADRS ve YŞÖ skorlarının medeni durumlara göre karşılaştırılmasına bakıldığında, YŞÖ'de duygusal yoksunluk,

PDF Eraser Free

karamsarlık, kendini feda ve terk edilme şema boyutları boşanmış/dul katılımcılarda istatiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olarak bulunmuştur. MADRS ve diğer şema boyutları arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yaşlılarda depresyona yatkınlık yaratan nedenlere bakıldığında dul olmak ya da eş kaybı bu nedenler arasında gösterilmektedir (145, 146). Burada dul olmanın tek başına depresyona yatkınlık oluşturan sebepler arasında olduğu da göz ardı edilmemelidir.

Duygusal yoksunluk şema alt boyutu bu açıdan ele alındığında, kişinin daha önce var olan rolünü bıraktığı, rol değişimi yaşadığı görülmektedir. Bunun yanında öncesinde eş olarak duygusal paylaşım yaptığı kişinin kaybı duygusal gereksinimler açısından bir boşluk oluşturabilir, sosyal desteğinin azalmasına neden olabilir. Bu durum duygusal yoksunluk şemasını aktive hale getirebilmektedir. Daha önce Avustralya'da yapılmış bir çalışmada yaşlı hastaların sosyal destekten mahrum bırakılmasının depresif semptom sayısında artışa neden olduğu gösterilmiştir (147). Türkiye'de yapılan bir çalışmada da huzurevinde yaşayan yaşlılardan ziyaret sıklığı düşük olanlarda daha fazla depresif belirti saptandığı bulunmuştur (148). Eş kaybı yaşayan, sosyal desteği azalan kişinin duygusal yoksunluk içerisinde olması bu anlamda anlaşılabilir.

Karamsarlık şema alt boyutunda yaşamın olumsuz yönlerine fazla odaklanma mevcuttur. Olayların olumlu yönlerini önemsemezler. Herhangi bir durum karşısında olumsuzluk yaşayacaklarını düşündüklerinden kaygılı, şikayetçi ve karasız olarak nitelendirilebilirler. Depresif hastalarla yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre de karamsarlık şema alt boyutu depresyonu olan hastalarda daha yüksek bulunmuştur (149, 150). Bu şema alt boyutu depresyon ile yakından ilişkilidir. Psikososyal gelişim evrelerine bakıldığında, Erikson son evre olan benlik iç bütünlüğü evresinde iki tehlikeden bahseder: "umutsuzluk" ve "ölüm korkusu". Birey kendisine en yakın gördüğü eşini kaybettiğinde ölümün kendisine yakın olduğunu, yolun sonuna geldiğini düşünebilir. Umutsuzluğa kapılır. Bu durum bireyde karamsarlık şemasını aktive hale getirip her şeyin kötüye gideceği inancını oluşturabilir. Yine boşanan yaşlı bireyler yanlız kaldıklarını hisseder, fiziksel anlamda gerilemesi olan, eskisi kadar kendi işini kendi göremeyen birey artık bir eş değildir. Toplumsal rolü değişmiştir, sosyal desteği azalmıştır. Bu da bireyin geleceğe bakarken kayıplarını hatırlamasına, umutsuzluğa kapılmasına neden olabilir.

PDF Eraser Free

Kendini feda şema alt boyutunda, bireyler kendi ihtiyaçlarından vazgeçerek başkalarının ihtiyaçlarını karşılamak adına çabalarlar. Bunu öz saygı kazanmak, başkalarıyla ilişkilerini devam ettirmek ya da başkalarının acı çekmesini önlemek amacıyla yapabilirler. Bu şema boyutu genellikle kişinin diğerlerinin problemlerine kısa süreli hassasiyet göstermesinden meydana gelebilir. Daha önce yapılmış olan çalışmalarda da depresif durumla kendini feda şemasının ilişkili olduğu gösterilmiştir (105,106,109). Yaşlanan bireylerin toplumsal, fiziksel ve ruhsal anlamda değişiklikleri olduğundan ve yalnızlaşmaktan korktuklarından, eskisi kadar sosyalleşemediklerinden daha önce söz edilmiştir. Yaşlı bireyler toplumsal kabullerini sağlamak isterler. Psikososyal birtakım stresörlerinde etkisiyle kendini feda şeması bu bireylerde aktive hale gelebilir. Yaşlı bireyler toplumsal kabullerinin gerçekleşmeyeceği korkusuyla kendi fikirlerini açıklamaktan çekinebilirler. Başkalarının fikirlerini zorunlu olarak kabul edebilirler. Dul ve boşanmış bireyler eşlerini kaybetmiş, en önemli sosyal destekleri ellerinden alınmış hissederler. Artık daha yalnız oldukları düşünüldüğünde bu şemanın aktifleşmesi daha olası görünmektedir. Daha önce beraber yaşadığı kişiyi kaybeden ve zaten toplumsal kabul ile ilgili kaygı yaşayan bireyler olarak değerlendirilebilir. Bu şema boyutu daha önce yaşlı bireylerde yapılan bir çalışmada da özveri olarak adlandırılmıştır (113).

Terk edilme şema alt boyutunda, bireyler yakın ilişki içerisinde oldukları kişilerin, kendisini terk edeceklerinden, öleceklerinden ya da herhangi bir şekilde kendilerini bırakacaklarından korkarlar. Bu kişiler ya yakın ilişki kurmaktan kaçınırlar ya da halen sürdürdükleri ilişkileri kaybetmeyle alakalı anksiyete yaşarlar. Yaşlılarla yapılan ve bilişsel şemaların bakıldığı bir çalışmada da yaşlılarda terk edilme ile alakalı şemaların aktive olduğu gösterilmiştir (151). Yaşlanma ile beraber terk edilme şeması aktifleşen kişilerin gerçek bir sevgi nesnesi kaybında (boşanma ya da eşin vefat etmesi) bu şema alt boyutundan daha yüksek puan alması beklenen bir durum olarak yorumlanabilir.

Aslında pek çok çalışma depresyon ile erken dönem uyumsuz şemaların tamamının ilişkili olduğunu, depresyondaki bireylerin tüm şema alanlarından yüksek puan aldığını göstermiştir (108, 110, 124, 126, 150). Ayrıca erken dönem uyumsuz şemaların depresyon için risk faktörü olduğu da düşünülmüştür (96). Ancak çalışmalarda bilişsel değişkenler ile depresyon arasında çift yönlü bir ilişki olabileceği

PDF Eraser Free

yorumu yapılmış, şemaların sadece bir prediktör değil aynı zamanda depresyonun sonucundan kaynaklanabileceği söylenmiştir (152, 153).

65 yaş ve üzeri popülasyonda erken dönem uyumsuz şemalar çok az çalışılmıştır. Çalışmalarda erken dönem uyumsuz şemaların yaşlı bireyler için de anlamlı olduğunu göstermektedir (113). Çalışmada Türkiye'de yaşlı depresyon hastalarında erken dönem uyumsuz şemalar çalışılmış ve bu genç depresyon hastaları ile karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma anlamında önemli bir adım olarak nitelendirilebilir.

Çalışma hipotezleri açısından değerlendirildiğinde;

1. Çalışmanın birinci hipotezi; erken dönem uyumsuz şemalar açısından 65 yaş ve üzeri hasta grubunda genç hasta grubuna göre farklılıklar olacağıdır. Çalışma sonunda yaşlı ve genç major depresyon grupları arasında erken dönem uyumsuz şemaların arasında istatiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur.

2. Çalışmanın ikinci hipotezi; Özellikle yaşlanmayla meydana gelen fiziksel ve sosyal kayıplar, değişen toplumsal kimlik rolleri göz önüne alındığında duygusal yoksunluk, cezalandırılma, terk edilme şema alt gruplarında daha yüksek puan elde edileceği şeklindeydi. Bu hipotez yaşlılarda duygusal yoksunluk, cezalandırılma şema alt boyutunun istatiksel olarak anlamlı yüksek çıkması ile doğrulanmıştır. Ancak terk edilme şemasının yüksek olmaması ve onay arayıcılık şemasının yüksek olması ile doğrulanamamıştır.

PDF Eraser Free

KISITLIKLAR

Kısıtlılık olarak belirtilebilecek ilk şey örneklem boyutunun küçük olmasıdır. Ancak yaşlı popülasyonda depresyon pek çok sebeple oluşabilmektedir. Burada 65 yaş ve üzeri dönemde depresyonu olan ve daha önce depresif atak geçirmeyen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Bunun yanında sekonder depresyon olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca karıştırıcı olmaması açısından 50-64 yaş aralığı genç popülasyona dahil edilmemiştir. Ancak halen yaşlı depresyon az araştırılmış bir alan olup daha çok ve büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

İkinci olarak Young ve ark. erken dönem uyumsuz şemaları özellikle kronik koşullarda vurgulamıştır. Depresyonun kronikliği ile alakalı herhangi bir karşılaştırma yapılmamış olması bu durumun kısıtlılık yaratmasına neden olabilir.

Üçüncü olarak ise her ne kadar Young Şema Ölçeği yaşlı hastalar için kullanılabilir görünse de yaşlı hastalardan daha doğru sonuçlar elde etmek adına değişiklikler yapılması gerektiği bazı yayınlarda vurgulanmıştır (111,113,133,151).

PDF Eraser Free

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kasım 2019-Mayıs 2020 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran ve DSM-5 kriterlerine göre Major Depresif Bozukluk tanısı konulan 18-49 yaş arası genç popülasyon ve 65 yaş ve üzeri yaşlı popülasyonun dahil edildiği bu çalışmada, Young Şema Ölçeği kullanılarak yaşlı ve genç popülasyondaki erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Çalışma iki grup arasındaki farklılıkların yanı sıra literatürde oldukça sınırlı veri bulunan 65 yaş ve üzeri major depresif bozukluk popülasyonunun erken dönem uyumsuz şemaları açısından da betimleyici bir özellik olarak tartışılabilir.

Bu çalışmada major depresyon tanısı olan yaşlı hastaların erken dönem uyumsuz şemaları genç major depresyon tanısı olan hastalarla karşılaştırılmıştır. 65 yaş ve üzeri yaşlı popülasyonda cezalandırılma, onay arayıcılık, duygusal yoksunluk şema alt puanları yüksek bulunmuştur. Bu açıdan yorumlandığında; hayattan evrelerinin büyük bir kısmını tamamlamış artık benlik iç bütünlüğü evresine gelmiş yaşlı popülasyon bir gerileme dönemine girmekte, yanlızlıktan korkmakta kendisini duygusal olarak yalnız, toplum tarafından kabul edilmez hissetmektedir. Doğal bir yansıma olarak da toplumsal kabul görmek yanlızlığını gidermek adına diğer insanların onayına ihtiyaç duymakta ve bireyselliğini kaybetmektedir. Ölüm korkusu ile karşılaşan kişi artık ölümle burun buruna kalıp cezalandırılacağını düşünmektedir. Halen toplumda yeni kabul görmüş olan genç popülasyon, kendisini tanıma, hayattaki krizleri çözme aşamasındadır. Krizlerle baş etmeye çalışmaktadır. Engellenme eşiği henüz düşüktür. Tehditler karşısında halen olgun tepkiler verilememektedir. Doğal olarak özdenetimlerinin yeterliliği gelişmemiş halen dürtüsel davranışlar sergilemektedirler.

Major depresif bozukluk yaşlı popülasyonda oldukça sık gözlenen ciddi yeti yitimine sebep olabilen ve intiharla sonuçlanabilen bir bozukluktur. Erken dönem uyumsuz şemalar literatürde depresyon açısından fazlaca araştırılmış olmasına karşın yaşlı popülasyonda yeterince araştırılmamıştır. Şemaların araştırılmasının hem oluş nedenlerinin anlaşılması hem de tedavinin gidişatının belirlenmesi açısından önemli olacağı görüşündeyiz. Çalışma verilerine göre yaşlıların erken dönem uyumsuz

PDF Eraser Free

şemalarının belirlenmesi bilişsel ve şema terapi açısından tedaviye katkı sağlayabilir. Bunun yanında yaşlı grupta cinsiyet farklılıkları, kişilerin kayıpları gibi yaşam olayları, yaşadığı yer ve yaşadığı kişilerin yaşlı bireye etkisini araştıran çalışmaların yapılması daha geniş bir pencere sunabileceği görüşündeyiz.

PDF Eraser Free

7. KAYNAKLAR

1. Çelik FH, Hocaoğlu Ç. "Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme". Çağdaş Tıp Dergisi, 2016;6(1):51-66.
2. Angst J. "Epidemiology of Depression". Psychopharmacology, 1992; 106 Suppl: S71-74.
3. RC Kessler, KA McGonagle, S Zhao, CB Nelson, M Hughes, S Eshleman, HU Wittchen, ve K. S. Kendler. "Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey". Archives of General Psychiatry, 1994; 51 (1): 8-19.
4. Beğer T, Yavuzer H. "Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi", Klinik Gelişim, 2012; 25: 1-3.
5. Kartal A, Çınar İÖ. "Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi", TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008; 7(5):399-404.
6. Katona CLE, Freeling D, Hinchliffe K et al. "Recognition and management of depression in corte life in general practice: consensus statement." Primary Caire Psychiatry, 1995; 1:107-113.
7. Eker E., Noyan A., "Yaşlıda Depresyon ve Tedavisi", Klinik Psikiyatri, 2004; 2:75-83.
8. BJ Saddoock, VA Saddock (Ed), Alexopoulos GS. "Mood disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry", Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000; 7. Baskı: 3060– 3067.
9. Dewey, M. E., ve P. Saz. "Dementia, Cognitive Impairment and Mortality in Persons Aged 65 and over Living in the Community: A Systematic Review of the Literature". International Journal of Geriatric Psychiatry, Ağustos 2001; 16, sy 8: 751-61.
10. Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. Treatment of depression: Old controversies and new approaches. Editors: PJ Clayton and JE Barrett." 1983: 265-290.
11. Young, J. E. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (rev. ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press. 1999.
12. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press. 2003.
13. Heilemann MV, Pieters HC, Kehoe P, Yang Q. Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. J Behav Ther Exp Psychiatry,2011; 42: 473-480.
14. Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Frampton CM, Joyce PR. Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. J Affect Disord, 2013; 151:500-505.
15. Depresyon. Türk Dil Kurumu. 2004 [internet]. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=89237.

PDF Eraser Free

16. Edition, Fifth. "Diagnostic and statistical manual of mental disorders." American Psychiatric Association. 2013.
17. Georgotas A., Cancro R., Evolution of the concepts of depression and mania. New York, Elsevier Science Publishing Co., 1988; Inc., s. 3-12.
18. Jackson S.W. A History of Melancholia and Depression. In: Wallace E.R., Gach J. (eds) History of Psychiatry and Medical Psychology. Springer, Boston, MA, 2008; s. 443-460.
19. Jackson, S. W. A history of melancholia and depression.In G. H., Pollock,H. M. Visotsky, (Eds.), Depression and Stress, 1995; 1, 3-42.
20. Murray CJ, Lopez AD. Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study. Science, 1996; 274:740–743
21. Murray CJL, Lopez AD, editors. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
22. Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., ... & Andrade, L. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. Archives of general psychiatry, 2011; 68(1), 90-100.
23. Kessler R. C., Evelyn J. Bromet E. J. The epidemiology of depression across cultures. Annu Rev Public Health, 2013; 34, 119–138.
24. Van de Velde S., Bracke P., Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. Soc. Sci. Med. 2010; 71:305–313.
25. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, Dragomericka E, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. Int. J. Methods Psychiatr. Res. 2003;12:3–21.
26. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA. 1996; 276:293–299.
27. Kessler, R. C., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N., & Shahly, V. Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Psychological medicine, 2010; 40(2), 225-237.
28. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G. Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dilek Matbaası, Sivas. 1995.
29. Erol, N., Kılıç, C., & Ulusoy, M. Türkiye'nin ruh sağlığı profili raporu. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara. 1998
30. Black, D. W., & Andreasen, N. C. Introductory textbook of psychiatry. American Psychiatric Pub. 2014.
31. Maurice-Tison, S., Verdoux, H., Gay, B., Perez, P., Salamon, R., & Bourgeois, M. L. How to improve recognition and diagnosis of depressive syndromes using international diagnostic criteria. Br J Gen Pract, 1998; 48(430), 1245-1246.

PDF Eraser Free

32. Ravnkilde, B., Videbech, P., Clemmensen, K., Egander, A., Rasmussen, N. A., & Rosenberg, R. Cognitive deficits in major depression. Scandinavian journal of psychology, 2002; 43(3), 239-251.
33. Baldwin DS. Depression and sexual function. J Psychopharmacol. 1996; 10 (Suppl. 1): S30–4.
34. Casper RC, Redmond E, Katz MM, Schaffer CB, Davis JM, Koslow SH. Somatic symptoms in primary affective disorders: presence and relationship to the classification of depression. Arch Gen Psychiatry. 1985; 42: 1098–104.
35. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, beşinci (5.) baskı (DSM-5), tanı ölçütleri başvuru elkitabı. Köroğlu E. (Çeviri Editörü) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2013.
36. Işık E, Işık U, Işık Taner Y. Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar. Rotatıp Kitapevi, Ankara 2013.
37. Wurtman RJ. Genes, stress, and depression. Metabolism. 2005; 54(5):16-9.
38. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science. 2003; 301(5631):386-9.
39. Grabe HJ, Lange M, Wolff B, et al. Mental and physical distress is modulated by a polymorphism in the 5-HT transporter gene interacting with social stressors and chronic disease burden. Mol Psychiatry. 2005; 10(2):220.
40. Işık, E. Duygudurum Bozuklukları: Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, İntihar. Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003; 382-96
41. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. The Lancet. 2006; 367(9505):153-67.
42. Yazıcı O, Oral ET, S V. Depresyon Sağaltım Klavuzu. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. Tuna Matbacılık, Ankara 2008.
43. Yuluğ, B., Ozan, E., & Kilic, E. Brain-derived neurotrophic factor polymorphism as a genetic risk for depression A short review of the literature. The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences, 2010; 22(1):123-e5.
44. Taylor, D., & Richardson, P. The psychoanalytic/psychodynamic approach to depressive disorders. Oxford textbook of psychotherapy, 2005; 127-136.
45. Abraham, K. Notes on the psycho-analytical investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. Selected papers on psychoanalysis, 1911; 156.
46. Fenichel, O. The psychoanalytic theory of neurosis. New York: Norton. 1945.
47. Klein, M. Mourning and its relation to manic-depressive states. Love, guilt and reparation and other works 1921-1945 (s. 311-338) içinde. New York: The Free Press, 1975
48. Bleichmar, H. B. Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. The International journal of psycho-analysis, 1996; 77, 935-961
49. Brenner, C. A psychoanalytic perspective on depression. Journal of the American Psychoanalytic Association, 1991; 39(1), 25-43.

PDF Eraser Free

50. McWilliams, N. Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process. Guilford Press. 1994.
51. Askın, R. Depresyon El Kitabı 2. baskı. Konya: Atlas Kitabevi. 1999.
52. Özmen, M. Depresyonda Dinamik Nedenler. Duygudurum Dizisi, 2001; 6: 283- 287.
53. Akiskal, H. S. Mood Disorders: Introduction and Overview. In Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams&Wilkins. 2000.
54. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. Rethinking rumination. Perspectives on psychological science, 2008; 3(5): 400-424.
55. McEvoy, P. M., Mahoney, A. E., & Moulds, M. L. Are worry, rumination, and post-event processing one and the same?: Development of the repetitive thinking questionnaire. Journal of anxiety disorders, 2010; 24(5): 509-519.
56. Saldanha, D., Kumar, N., Ryali, V. S. S. R., Srivastava, K., & Pawar, A. A. Serum serotonin abnormality in depression. Medical Journal Armed Forces India, 2009; 65(2): 108-112.
57. Cowen, P. J. Serotonin and depression: pathophysiological mechanism or marketing myth?. Trends in Pharmacological Sciences, 2008; 29(9):433-436.
58. Drevets, W. C., Thase, M. E., Moses-Kolko, E. L., Price, J., Frank, E., Kupfer, D. J., & Mathis, C. Serotonin-1A receptor imaging in recurrent depression: replication and literature review. Nuclear medicine and biology, 2007; 34(7): 865-877.
59. Jans, L. A. W., Riedel, W. J., Markus, C. R., & Blokland, A. Serotonergic vulnerability and depression: assumptions, experimental evidence and implications. Molecular psychiatry, 2007; 12(6), 522.
60. Nutt, D. J. The role of dopamine and norepinephrine in depression and antidepressant treatment. The Journal of clinical psychiatry, 2006; 67: 3-8..
61. Ressler, K. J., & Nemeroff, C. B. Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of mood disorders. Biological psychiatry, 1999; 46(9): 1219-1233.
62. Öztürk MO, NA. U. Ruh sağlığı ve bozuklukları (13. Baskı). Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara 2015.
63. Seo, J. S., Park, J. Y., Choi, J., Kim, T. K., Shin, J. H., Lee, J. K., & Han, P. L. NADPH oxidase mediates depressive behavior induced by chronic stress in mice. Journal of Neuroscience, 2002; 32(28): 9690-9699.
64. Joffe, R. T., & Marriott, M. Thyroid hormone levels and recurrence of major depression. American Journal of Psychiatry, 2000; 157(10): 1689-1691.
65. aan het Rot, M., Mathew, S. J., & Charney, D. S. Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. Canadian Medical Association Journal, 2009; 180(3): 305-313.
66. Vogelzangs, N., Duivis, H. E., Beekman, A. T., Kluft, C., Neuteboom, J., Hoogendijk, W., ... & Penninx, B. W. Association of depressive disorders, depression characteristics and antidepressant medication with inflammation. Translational psychiatry, 2012; 2(2): e79.

PDF Eraser Free

67. Dolati, K., Rakhshandeh, H., & Shafei, M. N. Evaluation of antidepressant effect of ethanolic extract of Rosa damascena using forced swimming test. Avicenna Journal of Phytomedicine, 2011; 2(1): 46-51.
68. Maes, M., Fišar, Z., Medina, M., Scapagnini, G., Nowak, G., & Berk, M. New drug targets in depression: inflammatory, cell-mediated immune, oxidative and nitrosative stress, mitochondrial, antioxidant, and neuroprogressive pathways. And new drug candidates—Nr f2 activators and GSK-3 inhibitors. Inflammopharmacology, 2012; 20(3): 127-150.
69. Audet, M. C., & Anisman, H. Interplay between pro-inflammatory cytokines and growth factors in depressive illnesses. Frontiers in cellular neuroscience, 2013; 7, 68.
70. Kutsal Y.G. Turkish journal of geriatrics, 2019; 22,3.
71. Unützer J. Late-Life Depression. N Engl J Med. 2007; 357:2269–76.
72. Sırey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., & Friedman , S. J. Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence: On Stigma as a Barrier to Recovery. Psychiatric serv. (Washington, DC), 2001; 52(12): 1615-1620.
73. Sarkisian, C. A., Lee-Henderson, M. H., & Mangione, C. M. Do depressed older adults who attribute depression to "old age" believe it is important to seek care?. Journal of General Internal Medicine, 2003; 18(12): 1001-1005.
74. Sözeri-Varma G. Depression in the elderly: clinical features and risk factors. Aging and Disease, 2012; 3:465-471.
75. Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life: A diagnostic and therapeutic challenge. Am Fam Physician 2004; 69:2375-2382.
76. Sable JA, Dunn BL, Zisook S. Late-life depression: How to identify its symptoms and provide effective treatment. Geriatrics. 2002; 57(2):18-35.
77. Schoevers RA, Geerlings MI, Beekman ATF, Penninx BWJH, Deeg DJH, Jonker C, vd. Association of depression and gender with mortality in old age: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). Br J Psychiatry. 2000; 177.4: 336-342.
78. Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. Am Fam Physician. 2004; 69:2375-82.
79. Baldwin R. Mood disorders: depressive disorders. Içinde: Dening T, Thomas A, editörler. Oxford Textbook of Old Age Psychiatry. 2. baskı New York: Oxford University Press; 2008; s. 530–56.
80. Meeks TW, Vahia I V, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste D V. A tune in " a minor " can " b major " : A review of epidemiology , illness course , and public health implications of subthreshold depression in older adults. J Affect Disord. 2011; 129(1–3):126–42.
81. Blazer DG. Depression in late life: Review and commentary. J Gerontol [Internet]. 2003; 58(3):249–65.
Available at: http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/58/3/M249.abstract

PDF Eraser Free

82. Hegeman JM, Kok RM, Van Der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2012; 200(4): 275-81.
83. Yüksel N. Yaşlılık çağı depresyonları. Turkısh Journal of Geriatrics, Geriatri. 1998; 1(1):19–23.
84. Kaya B. Yaşlılık ve depresyon tanı ve değerlendirme. Turkısh Journal of Geriatrics, Geriatri. 1999; 2(2): 76–82.
85. Rapp MA, Dahlman K, Sano M, Grossman HT, Haroutunian V, Gorman JM. Neuropsychological differences between late-onset and recurrent geriatric major depression. Am J Psychiatry. Nisan 2005; 162(4):691–8.
86. Thomas AJ, Gallagher P, Robinson LJ, Porter RJ, Young AH, Ferrier IN, et.al. A comparison of neurocognitive impairment in younger and older adults with major depression. Psychol Med. 2009; 39(05):725.
87. Lockwood KA, Alexopoulos GS, van Gorp WG. Executive Dysfunction in Geriatric Depression. Am J Psychiatry. Temmuz 2002; 159(7):1119–26.
88. Pisljar M, Repovs G, Pirtosek Z. Cognition in late onset depression. Psychiatry Res. 2013; 210(1): 89-94.
89. Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, Devanand DP, Mulsant BH, Olin JT, et al. Assessment of late life depression. Biological Psychiatry. 2002; 52:164–174.
90. Ersoy F, Boratav C, Edirne T. Yaşlılarda görülen depresif bozukluklar. Türk Tabipler Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2001; 10(5):180-181.
91. Kockler M, Heun R. Gender differences of deprssive symptoms in depressed and nondepressed elderly persons. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2002; 17(1):65-72.
92. Nusbaum MC.. The therapy of desire: Theory and practice in hellenistic ethics. (Vol. 98). Princeton, NJ: princeton University Press, 1994.
93. Beck, A. T. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. University of Pennsylvania Press. 1967.
94. Beck, A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press. 1976
95. Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (Eds.). Risk factors in depression. Academic Press. 2011.
96. Young JE, Weinberger AD, Beck AT. Cognitive therapy for depression. İn D. Barlow (Ed), Clinical handbook of psychological disorders, 3rd ed.,. New York: Guilford Press, 2001: 264-308.
97. Young JE, Klosko JS, Weishhar ME. Şema Terapi: Kavramsal Model. Özakkaş T (ed.) Soylu TV (çev. ed.) Şema Terapi: Terapistin Rehberi (2. Baskı) İstanbul: Litera Yayıncılık; 2009; 17-100.
98. Goldacre, M., Seagroatt, V., & Hawton, K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. The Lancet, 1993; 342(8866): 283-286.

PDF Eraser Free

99. Wang, C. E., Halvorsen, M., Eisemann, M., & Waterloo, K. Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2010; 41(4): 389-396.
100. Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., ... & Cherry, M. The long-term stability of early maladaptive schemas. Cognitive Therapy and Research, 2006; 30(4): 515-529.
101. Halvorsen, M., Wang, C. E., Richter, J., Myrland, I., Pedersen, S. K., Eisemann, M., & Waterloo, K. Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. Clinical Psychology & Psychotherapy, 2009; 16(5): 394-407.
102. Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. Transactional relationships among cognitive vulnerabilities, stressors, and depressive symptoms in adolescence. Journal of abnormal child psychology, 2013; 41(3): 399-410.
103. Riso LP, du Toit PL, Blandino JA et al. Cognitive aspects of chronic depression. J Abnorm Psychol, 2003; 112:72-80.
104. Lapsekili N and AK M. Early Maladaptive Schemas Related to Unipolar and Bipolar Depression: Similarities and Differences. JCBPR, 2012; 1:145-151.
105. Eberhart, N. K., Auerbach, R. P., Bigda-Peyton, J., & Abela, J. R. Maladaptive schemas and depression: Tests of stress generation and diathesis-stress models. Journal of Social and Clinical Psychology, 2011; 30(1): 75-104.
106. Trincas, R., Ottaviani, C., Couyoumdjian, A., Tenore, K., Spitoni, G., & Mancini, F. Specific dysphoric symptoms are predicted by early maladaptive schemas. The Scientific World Journal, 2014.
107. Hoffart A, Sexton H, Hedley LM, Wang CE, Holthe H, Haugum JA, et al. The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. Cognitive Therapy and Research, 2005; 29:627-44.
108. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, et al. Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. J Affect Disorders, 2012; 136:581-590.
109. Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. The Schema Questionnaire—Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. Cognitive Therapy and Research, 2002; 26(4): 519-530.
110. Shah, R., & Waller, G. Parental style and vulnerability to depression: The role of core beliefs. The Journal of Nervous and Mental Disease, 2000; 188(1): 19-25.
111. Cothias J, Camart N, Martinez S, Deseez C. Schémas précoces d'inadaptation et dépression chez des sujets âgés. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. 2011; 21(4):140-6.
112. Kindynis S., Burlacua S., Louvillea P., Limosina, F. Thérapie des schémas du sujet âgé : impact sur la dépression, l'anxiété et les schémas cognitifs typiques. L'Encéphale, 2013; 39: 393- 400.

PDF Eraser Free

113. Antoıne P., Antoıne C., Poınsot R., Balıeu D. Identıfıcatıon De Schémas De Type Iı Chez Le Sujet Âgé. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. 2007; 17:1, 14-24.
114. First, Michael B. "Structured clinical interview for the DSM (SCID)." The encyclopedia of clinical psychology. 2014: 1-6.
115. Elbir M., Topbaş ÖA., Bayad S., Kocabaş T., Topak OZ., Çetin Ş. Türk Psikiyatri Dergisi 2019; 30(1):51-6.
116. Montgomery SA, Åsberg M, Jörnestedt L, Thorén P, Träskman L, McAuley R, et al. Reliability of the CPRS between the disciplines of psychiatry, general practice, nursing and psychology. Acta Psychiatr Scand. Supp. 1978; 272: 29-32.
117. Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry, 1979; 134: 382-389.
118. Kearns N P, Cruickshank C A, McGuigan K ve ark. A comparison of depression rating scales. Br J Psychiatry, 1982; 141: 45-49.
119. Torun F, Önder E, Torun SD, Tural U, Şişmanlar ŞG. Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. 3P Dergisi. 2002; 10:319-330.
120. Özer, Suzan KARA, et al. "Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması." Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 12.3:185-94.
121. Young JE, Klosko JS. Reinventing your life (Çev. Esra Tuncer, Özlem Mestçioğlu). New York: Plume. 1994
122. Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A., & Çakir, Z. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. Turk Psikiyatri Dergisi, 2009; 20(1).
123. Shorey R.C., Anderson S.E., Stuart G.L. Gender Differences in Early Maladaptive Schemas in a Treatment-Seeking Sample of Alcohol-Dependent Adults. Journal Substance Use & Misuse. 2012; 47: 108-116.
124. Brenning K., Bosmans G., Braet C. Theuwis L. Gender Differences in Cognitive Schema Vulnerability and Depressive Symptoms in Adolescents. Behaviour Change. 2012; 29(3):PP. 164-182.
125. Erikson E. H. Childhood and Society, Norton Company, New York. 1963
126. Konukçu H.B., Akkoyunlu S., Türkçapar M.H. Early Maladaptive Schemas in Depressed Women and Its Relationship with Depression, /Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2. 2013; 98-105.
127. Cámara M., Calvet E. Early Maladaptive Schemas as Moderators of the Impact of Stressful Events on Anxiety and Depression in University Students. J Psychopathol Behav Assess 2012; 34:58–68.

PDF Eraser Free

128. Lumley, M. N., & Harkness, K. L. Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. Cognitive Therapy and Research, 2007; 31: 639–657.
129. Jabłoński M., Chodkiewicz J. Early maladaptive schemas and level of depression in alcohol addicts. Psychologia Kliniczna, 2017; 17(3): 165-171.
130. Ryan JW. Communicating with older adults, Interpersonal Relationships Professional Communication Skills for Nurses, third edition, E. Arnold ve KU.Boggs (Ed), Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1999; 430-444.
131. Feldman SR. Social Psychology: Theories, Research, and Applications. Mc. Graw-Hill Book, Company. 1985.
132. Cummıng, E., Henry, W. E. Growing Old: The Process of Disengagement, Basic Books, New York. 1961.
133. Antoıne P., Antoıne C., Poınsot R., Détresse du sujet âgé : identification des schémas cognitifs, Psychol NeuroPsychiatr Vieil. 2007; 5 (4): 305-14
134. Harris, A. E., & Curtin, L. Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. Cognitive Therapy and Research, 2002; 26: 405-416.
135. Halvorsen M., Wang C.E., Eisemann M., Waterloo K. Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas as Predictors of Depression: A 9-Year Follow-Up Study. Cogn Ther Res. 2010; 34:368–379.
136. Stalias, M., Mitchell, H. and Coulthard, H. Early maladaptive cognitive schema as predictors of acute phase post-stroke depression. Poster presentationat The New York State Psychological Association Annual Convention, New York State, U.S.A. 2nd - 3rd June, 2017.
137. Pauwels E., Claes L., Dierckx E., Inge Debast I., Alphen S.P.J.A., Rossi G., Schotte C., Santens E., Peuskens H. Age neutrality of the Young Schema Questionnaire in patients with a substance use disorder. International Psychogeriatrics. 2014; 26:8, 1317–1326.
138. Oei T.P.S., Baranoff J. Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. Australian Journal of Psychology, September 2007; Vol. 59, No. 2: pp. 78-86.
139. Glaser, B., Campbell, L. F., Calhoun, G. B., Bates, J. M., & Petrocelli, J. V. The Early Maladaptive Schema Questionnaire-Short Form: A construct validity study. Measurement and Evaluation in Counselling and Development, 2002; 35:2-13.
140. Calvete, E., Estévez, A., & Corral, S. Intimate partner violence and depressive symptoms in women: cognitive schemas as moderators and mediators. Behaviour Research and Therapy, 2007; 45: 791–804.
141. Kwon, P.D., Campbell, G. ve Williams, M.G. "Sociotropy and Autonomy: Preliminary Evidence for Construct Validity Using TAT Narratives", Journal Of Personality Assessment, 2001; Vol:77, No:1, 128–138.
142. Michael, B.R., Gilchrist, E.J., Rector, N.A., Dickens, S.E., Joffe, R.T., Levitt, A., Levitan, R.D. ve Kennedy, S.H., "The Stability and Validity of the Sociotropy and Autonomy

PDF Eraser Free

Personality Dimensions as Measured by the Revised Personal Style Inventory", Cognitive Therapy and Research, 2001; Vol.25, No.6: 765–779.

143. Hilton, C. ve Esme, M.C., "Examining the Personality Dimensions of Socıotropy and Autonomy in Older People with Dementia: Their Relevance to Person Centred Care", Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 2004; Vol:32, 457–465.
144. Sato, T. ve Gonzales, A.M, "Interpersonal Patterns in Close Relationships: The Role of Sociotropy–Autonomy", British Journal of Psychology, 2009; Vol:100, 327–345.
145. Uçku R, Küey L. Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi-yarı kentsel bir bölgede 65 yaş üstü yaşlılarda kesitsel bir alan çalışması. Nöropsikiyatri arşivi, 1992; 29:15–20.
146. Karalar F, Öztürk İ, Şahin A, Çayköylü A, Kırpınar İ. Erzurum il merkezinde 65 yaş ve üzeri popülasyonda depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler. 5. Ulusal Geropsikiyatri sempozyumu:10–12 Haziran 2004, İstanbul.
147. Henderson AS, Korten AE, Jakomb PA, Mackinnon A J, Jorm A F, Christensen H, et al. The course of depression in the elderly: a longitudinal community based study in Australia. Psychol Med. 1997; 27:119-29.
148. Sütoluk Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M. Adana Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Sıklığı ve Nedenleri. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7:148-151.
149. Ahmadpanaha M., Astinsadafb S., Akhondic A., Haghighia M., Bahmanid D.S., Nazaribadiea M., Jahangarda L., Holsboer-Trachslerd E., Brand S. Early maladaptive schemas of emotional deprivation, social isolation, shame and abandonment are related to a history of suicide attempts among patients with major depressive disorders. Comprehensive Psychiatry. 2017; 77:71-79.
150. Beck JS. Cognitive therapy for challenging problems: What to do when basics don't work.Guilford Press, New York, ABD. 2005; pp. 17-39.
151. Antoine P, Antoine C, Nandrino JL. Development and validation of the Cognitive Inventory of Subjective Distress. J Geriatr Psychiatry 2008; 23:1175-81.
152. Hankin, B. L., Wetter, E. K., Cheely, C., & Oppenheimer, C. Beck's cognitive theory of depression in adolescence: specific prediction of depressive symptoms and transactional influences in a multi-wave prospective study. International Journal of Cognitive Therapy, 2008; 1(4): 313–332.
153. Mezulis, A. H., Funasaki, K. S., Charbonneau, A. M., & Hyde, J. S. Gender differences in the cognitive vulnerability-stress model of depression in the transition to adolescence. Cognitive Therapy and Research, 2010; 34(6): 501–513.

PDF Eraser Free

8. EKLER

EK 1. ÖLÇEKLER

MONTGOMERY VE ÅSBERG DEPRESYON ÖLÇEĞİ (MÅDRS)

Değerlendirme, belirtilere ilişkin daha açık uçlu sorulardan başlayarak, ayrıntılı olanlara doğru ilerleyen şiddetin kesin bir şekilde derecelendirilmesini sağlayan soruların sorulduğu bir klinik görüşmeye dayanmalıdır. Ölçümü yapan, ölçümün tanımlanan ölçek basamaklarında mı (0-2-4-6), yoksa bu basamakların arasında mı (1-3-5) derecelendirileceğine karar vermelidir.

Ölçekteki maddelere göre derecelendirilemeyen bir depresif hastayla karşılaşmanın çok seyrek olabileceğini hatırda tutmak önemlidir. Eğer hastadan kesin yanıtlar alınamıyorsa, değerlendirme alışılagelen klinik uygulamalardaki gibi, tüm ilgili ipuçları ve diğer kaynaklardan edinilen bilgiler temel alınarak yapılmalıdır. Ölçek, ölçümler arasındaki herhangi bir zaman aralığı için kullanılabilir; değerlendirme haftada bir ya da farklı süreler için yapılabilir, ancak bu süre mutlaka kaydedilmelidir.

I. GÖRÜNEN KEDER

Duruş, konuşma ve yüz ifadesine, yeis, hüzün ve ümitsizliğin yansıması (gelip geçici mutsuzluktan fazladır). Derinliğine ve neşelenememe derecesine göre derecelendiriniz.

❑0 Kederli değil

❑1

❑2 Keyifsiz görünür, ancak zorluk çekmeden neşelenebilir.

❑3

❑4 Çoğu zaman kederli ve mutsuz görünür.

❑5

PDF Eraser Free

❑6 Her zaman çok mutsuz görünür. İleri derecede ümitsizdir.

II. İFADE EDİLEN KEDER

Görünüşe yansısın veya yansımasın, ifade edilen çökkün duygu durumunu tanımlar. Bunlara neşesizlik, yeis ya da yardım edilemeyeceği ve umutsuzluk duyguları da dahildir. Yoğunluk, süre ve duygudurumun olaylardan ne ölçüde etkilenmekte olduğuna göre değerlendirin.

❑0 Olaylarla ilgili olarak zaman zaman kederlidir.

❑1

❑2 Kederli ve keyifsizdir, ancak kolayca neşelenebilir.

❑3

❑4 Yaygın keder ve hüzün. Duygu durumu yine de dış koşullardan etkilenebilmektedir.

❑5

❑6 Sürekli ve değişmeyen keder, mutsuzluk ya da ümitsizlik.

III. İÇSEL GERGİNLİK

İyi ifade edilmeyen rahatsızlık, huzursuzluk, telaştan, panik, dehşet ya da ıstırap duygularına kadar varan zihinsel gerginlik. Yoğunluk, sıklık, süre ve yatıştırılma ihtiyacı derecesine göre değerlendirilir.

❑0 Sakindir. Yalnızca gelip geçici bir gerginlik hissi vardır.

❑1

❑2 Zaman zaman huzursuzluk ve iyi ifade edilemeyen rahatsızlık duyguları vardır.

❑3

❑4 Sürekli içsel gerginlik duyguları ya da ara ara gelen hastanın çok zorlanmadan başa çıkabildiği panik halleri mevcuttur.

❑5

❑6 Dinmeyen bir dehşet ya da ıstırap. Başa çıkılamayan bir panik hali.

IV. UYKUDA AZALMA

PDF Eraser Free

Bireyin iyi olduğu zamandaki normal uyku düzenine göre uyku süresinde ya da derinliğindeki azalmadır.

❑0 Her zamanki gibi uyumaktadır.

❑1

❑2 Uykuya dalmakta biraz zorlanma ya da hafifçe azalmış, yüzeysel ya da dinlendirmeyen uyku mevcuttur.

❑3

❑4 Uyku en az iki saat kısalmış ya da toplam olarak en az iki saat süre ile bölünmüştür.

❑5

❑6 İki ya da üç saatten az uyumaktır.

V. İŞTAH AZALMASI

İyi olduğu zamana göre iştah azalması. Yemeğe karşı istek kaybı ya da yemek için kendisini zorlama ihtiyacına göre derecelendirin.

❑0 Normal ya da artmış iştah.

❑1

❑2 İştah biraz azalmıştır.

❑3

❑4 İştah yoktur. Yemekler tatsızdır.

❑5

❑6 Yemek yemesi için zorlanması gerekmektedir.

VI. DİKKATİNİ TOPLAMAKTA GÜÇLÜK

Kişinin düşüncelerini toplamasındaki güçlüklerden, iş güç görebilmesine engel olan tam bir dikkat kaybına kadar değişir. Şiddet, sıklık ve ortaya çıkan yetersizlik derecesine göre değerlendirin.

❑0 Dikkat toplama güçlüğü yoktur.

❑1

❑2 Kişi düşüncelerini toplamakta zaman zaman güçlük çeker.

PDF Eraser Free

❑3

❑4 Okumayı ya da bir konuşmayı sürdürmekte bozulmaya yol açan, dikkatini toplama ve düşüncenin sürdürülmesinde güçlük.

❑5

❑6 Büyük güçlükle okuyabilir ya da konuşmasını sürdürebilir.

VII. BİTKİNLİK/YORGUNLUK

İşlere başlamada ya da sürdürmede görülen güçlük ya da yavaşlık.

❑0 Başlama güçlüğü hemen hemen hiç yoktur. Hareketlerde ağırlık bulunmamaktadır.

❑1

❑2 Faaliyetlere başlamakta güçlük.

❑3

❑4 Basit gündelik işlere zor başlanır ve bu işler gayret sarfederek yürütülür.

❑5

❑6 Tam bir yorgunluk/bitkinlik. Hiçbir şeyi yardımsız yapamaz.

VIII. HİSSEDEMEME

Çevreye karşı veya normalde haz veren şeylere karşı ilginin azalması. Olaylara ya da kişilere yeterli duygusal tepki verme yeteneği azalmıştır.

❑0 Çevreye ve diğer kişilere karşı normal ilgi.

❑1

❑2 Her zamanki ilgilerden hoşlanma yeteneğinde azalma.

❑3

❑4 Çevreye karşı ilgi kaybı. Arkadaşlara ve tanıdıklara karşı duygu kaybı.

❑5

❑6 Duygusal olarak felç olma hissi, öfke, elem ya da haz hissedememe ve yakın akraba ve arkadaşlara karşı tam ve hatta acı veren duygu kaybı.

PDF Eraser Free

IX. KÖTÜMSER DÜŞÜNCELER

Suçluluk, aşağılık duyguları, kendini kınama, günahkarlık, pişmanlık ve yıkılmışlık duyguları

❑0 Kötümser düşünceler yoktur.

❑1

❑2 Başarısızlık, kendini kınama ya da kendini aşağılama ile ilgili gelip giden düşünceler.

❑3

❑4 Devamlı kendini suçlama ya da kesin olarak varolan ancak gerçeğe uygun suçluluk ya da günahkarlık düşünceleri. Gelecek hakkında kötümserliği gittikçe artar.

❑5

❑6 Yıkılmışlık, pişmanlık ya da affedilmez günahkarlık hezeyanları. Sarsılmaz ve anlaşılmaz bir şekilde kendini suçlama.

X. İNTİHAR DÜŞÜNCELERİ

Hayatın yaşanmaya değer olmadığına ilişkin duygular, kendiliğinden ölmeyi arzulamak, intihar düşünceleri ve intihara hazırlanma. İntihar girişimleri tek başına derecelendirmeyi etkilememelidir.

❑0 Yaşamdan zevk alır ve olduğu gibi kabul eder.

❑1

❑2 Yaşamaktan yorulma. Gelip geçici intihar düşünceleri.

❑3

❑4 Ölse daha iyi olacağını düşünme. İntihar düşünceleri sıktır ve intiharın olası bir çözüm olduğunu düşünür, ancak özel bir plan ya da niyeti yoktur.

❑5

❑6 Fırsat bulduğunda intihar için açık planlar. İntihar hazırlığı içindedir.

PDF Eraser Free

YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ (YŞÖ)

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olamadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin duygusal olarak ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:
1- Benim için tamamıyla yanlış
2- Benim için büyük ölçüde yanlış
3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
4- Benim için orta derecede doğru
5- Benim için çoğunlukla doğru
6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. _____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.

2. _____ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.

3. _____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum

4. _____ Uyumsuzum.

PDF Eraser Free

5. _____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.

6. _____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum

7. _____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.

8. _____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.

9. _____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşıtlarım kadar başaramadım.

10. _____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.

11. _____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.

12. _____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemsediğimi göstermek gibi).

13. _____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.

14. _____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana "hayır" denilmesini çok zor kabullenirim.

15. _____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.

16. _____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.

17. _____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.

18. _____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hakkederim.

PDF Eraser Free

19. _____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.

20. _____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.

21. _____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.

22. _____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.

23. _____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.

24. _____ İşleri halletmede son derece yetersizim.

25. _____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.

26. _____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.

27. _____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.

28. _____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.

29. _____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.

30. _____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.

31. _____ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.

PDF Eraser Free

32. _____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.

33. _____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.

34. _____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.

35. _____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.

36. _____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.

37. _____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.

38. _____ Yakınlarımın beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım

39. _____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.

40. _____ Bir yere ait değilim, yalnızım.

41. _____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.

42. _____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.

43. _____ Doğru ile yanlışı birbirinden ayırmakta zorlanırım.

44. _____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.

45. _____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız

46. _____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.

PDF Eraser Free

47. _____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.

48. _____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.

49. _____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.

50. _____ İstediğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.

51. _____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım

52. _____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.

53. _____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.

54. _____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.

55. _____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.

56. _____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.

57. _____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheciyimdir.

58. _____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.

59. _____ Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.

60. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.

PDF Eraser Free

61. _____ Gündelik işler için benim kararlarıma güvenilemez.

62. _____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.

63. _____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum- Benim kendime ait bir hayatım yok.

64. _____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.

65. _____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.

66. _____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.

67. _____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.

68. _____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.

69. _____ Benim yararıma olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.

70. _____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.

71. _____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.

72. _____ Neden yanlış yaptığımın önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.

PDF Eraser Free

73. _____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.

74. _____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.

75. _____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.

76. _____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.

77. _____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.

78. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.

79. _____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.

80. _____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.

81. _____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.

82. _____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.

83. _____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.

84. _____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.

PDF Eraser Free

85. _____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.

86. _____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.

87. _____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.

88. _____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.

89. _____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.

90. _____ Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.

PDF Eraser Free

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Ad-Soyad:

Yaş:

Eğitim Durumu:

1. Okur – yazar
2. İlkokul mezunu (5 sene)
3. Ortaokul mezunu (8 sene)
4. Lise mezunu (12 sene)
5. Yüksekokul / Üniversite mezunu

Meslek:

1. İşsiz
2. Gelir karşılığı çalışıyor (İşçi / Memur)
3. Öğrenci
4. Emekli
5. Ev hanımı
6. Çalışamıyor (malulen emekli)

Medenî Durumu:

1. Bekâr
2. Evli
3. Partneri ile Yaşıyor
4. Boşanmış
5. Eşi vefat etmiş

Çocuk sayısı:

Yaşadığı yer:

1. Köy
2. İlçe
3. İl

Major Depresif Bozukluk (Depresyon):

1. İlk atak tarihi:
2. Kaç kez depresyon atağı geçirildiği:
3. Şu an kullanılan ilaç:

Diğer Veriler:

1. Halen kullanılmakta olan ilaçlar ve dozları:
2. Halen varolan hastalıklar:

PDF Eraser Free

a. Yüksek tansiyon b. Şeker c. Kalp

d. Diğer: (yazınız)…….

3. Aşağıdakilerden kullandıklarınızı işaretleyiniz:

Sigara ( ) Alkol ( ) Madde ( )

PDF Eraser Free

9.ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Elif SUBAŞI TERCAN

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşı

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

Satuk Buğra İlköğretim Okulu (1997-2002)

Nebahat Keskin İlköğretim Okulu (2002-2005)

Ayrancı Anadolu Lisesi (2005-2009)

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (2009-2010)

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (2010-2015)

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru):

Pratisyen hekim (2015-2016)

Asistan hekim (2016-2020)

IV- Mesleki Deneyimi

Kastamonu Araç Toplum Sağlığı Merkezi (2015-2016)

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi (2016-2018)

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2018-2020)

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

PDF Eraser Free

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Posterler;

Bruksizimli Hastalarda Ankisyetnin Değerlendirilmesi (Kasım 2016 / Türk Psikiyatri Derneği 52. Ulusal Psikiyatri Kongresi)

Pharmacological Prophylaxis Of The Postpartum Excerbation in Deppressive and Anxiety Symptoms: A Retrospective Chart Review
(Eylül-2107/ ECNP)

Datura Stramonıum'a Bağlı Deliryum: Vaka Sunumu (Nisan 2018 / 22. Klinik Eğitim Sempozyumu)

The Efficacy Of Ramelteon In The Treatment Of Insomnıa Emergıng Wıth Nıghtmares In A Patient Wıth Post-Traumatıc Stress Dısorder (Ptsd) Dıagnosıs: A Case Report (Nisan 2019/11. Ulusalarası Psikofarmakoloji Kongresi)

Kitap:

Hayat Yolunda Yoldaş Olmak, Nobel Akademik Yayıncılık, 2019.

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Investigation of the Effect of Systemic Antidepressant Administration on the Level of Orexin Peptides Gene Expression in Rat Limbic System in Expremential Chronic Mild Stress Model (Proje tamamlandı, yazım aşamasında)

Sistemik antidepresan uygulanmasının sıçan limbik sistemindeki oreksin peptitleri gen ekspresyon düzeyine etkisinin araştırılması (Türkiye Psikiyatri Derneği Araştırma Projesi Tşevik Ödülü/ Nisan 2018)

VIII- Diğer Bilgiler

Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi (Türkiye Psikiyatri Derneği)
Cinsel Terapi Eğitimi (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği)
Deney Hayvanları Kursu (Ankara Üniveristesi Tıp Fakültesi)

PDF Eraser Free