

**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**DEPRESİF DUYGUDURUM İLE GİDEN UYUM
BOZUKLUĞUNUN KLİNİK AÇIDAN MAJÖR DEPRESİF
BOZUKLUKLA KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Semiha TUFAN TEMİZ

**Psikiyatri Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Tez DanıŐmanı
Prof.Dr.Cem KAPTANOĞLU**

**ESKİŞEHİR
2008**

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,**

Dr.Semiha Tufan Temiz’e ait “Depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğunun klinik açıdan majör depresif bozuklukla karşılaştırılması” adlı çalışma, jürimiz tarafından Psikiyatri Anabilim Dalı’nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:01.07.2008

Jüri Başkanı Prof.Dr.Cem Kaptanoğlu
Psikiyatri Anabilim Dalı

İmza

Üye Doç.Dr.Atila Erol
Psikiyatri Anabilim Dalı

İmza

Üye Yrd.Doç.Çınar Yenilmez
Psikiyatri Anabilim Dalı

İmza

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu’nun tarih
ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Dekan
Prof.Dr.Zübeyir KILIÇ

TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalında yapmış olduğum uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, huzurlu, keyifli bir çalışma ortamı sağlayan ve tezimin hazırlanmasında bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren değerli hocam Prof.Dr.Cem Kaptanoğlu'na, İyi niyeti, insaniyeti ve sabrıyla hem insan olarak hem bir psikiyatrist olarak her zaman gıpta ile örnek alacağım, desteğini ve özverisini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam Yrd.Doç.Dr.Çınar Yenilmez'e, Uzmanlık eğitimimde ve daha ötesi hayat dersinde çok şey öğrendiğim, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan çok kıymetli hocalarım Prof.Dr.Gülten Seber'e, Prof.Dr.Gökay Aksaray'a, Doç.Dr.Atila Erol'a, Bana her zaman destek olan, hem bir çalışma arkadaşı hem değerli bir hoca olarak çalışma fırsatı yakaladığım ve bunu bir şans olarak addettiğim Yrd.Doç.Dr.Gülcan Güleç'e, Asistanlığım süresince birlikte çalıştığım değerli arkadaşlarım Dr.Gülsev Yavuz, Dr.Şeyda Alkan, Dr.Umut Karasu, Dr.Elif Güneş, Dr.Sabri Herdem, Dr.Yasemin Kılıç, Dr.Serkan Bilgiç, Dr.Ayşe Özkırış, Dr.Kenan Kocatürk, Dr.Yasemin Uludağ, Dr.Soner Özdemir'e... Özveriyle ve ekip ruhuyla çalışan psikiyatri hemşireleri/sağlık memurları ve personeline, Tezimin istatistik analizleri sırasında da yardımlarını ve sabrını esirgemeyen Araştırma Görevlisi Ahmet Musmul'a ve aileme teşekkür eder, saygı ve şükranlarımı sunarım.

ÖZET

Tufan Temiz, S. Depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğunun klinik açıdan majör depresif bozuklukla karşılaştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2007. Uyum bozukluğunun tanımı çok net değildir. Uyum bozukluğunun çeşitli stres olaylarına yanıt olarak geliştiği düşünülür, belirtiler stres etkenleri ve onların devam eden etkilerine uyum çabasıdır. Strese geçici maladaptif yanıtın oluşturduğu eşik altı bir durum olduğu yaygın bir klinik fikirdir. Uyum bozukluğu tanısında stres anahtar bir faktör olarak sayılmaktadır. Ancak, bu konudaki sistematik araştırmalar yetersizdir. Uyum bozuklukları göreceli olarak yaygındır. Birinci basamakta yapılan bir çalışmada tüm eksen 1 tanılarının %17.9'u uyum bozukluğu olarak bulunmuştur. Uyum Bozukluğu tanısı konulan bireylere uygulanacak en uygun tedavi yöntemlerinin ne olduğuna dair çok az sistematik araştırma vardır. Bu çalışmaya, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğine başvuran ve şikayetleri bir yaşam olayını takiben gelişen depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu olan 32 kişi, ilk atak majör depresyon tanısı konulan 22 kişi ve genel popülasyondan herhangi bir ruhsal ya da fiziksel hastalığı bulunmayan 30 kişilik kontrol grubu alınmıştır. Hastalar 6 ay süreyle takip edilmiştir. Hastalara SCID I uygulanarak yarı yapılandırılmış görüşmelerle tanı konulmuştur. Çalışmamızın sonucunda, DDUB hastalarının semptom profilinin majör depresyon hastalarının semptom profiline benzediğini, ancak DDUB hastalarında psikopatolojinin derecesinin ve işlevselliğin bozulmasının MD hastalarına göre daha az olduğunu, fakat normal kontrollere göre anlamlı şekilde daha fazla olduğunu saptadık. Ayrıca, stres etkeninin şiddeti, DDUB grubunda sonlanımı ve psikopatolojinin derecesini etkilerken, MD grubunda aynı durumun söz konusu olmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Uyum bozukluğu, Majör Depresyon, stres etkeni, İşlevsellik,

ABSTRACT

Tufan Temiz, S. Clinical comparison of adjustment disorder with depressive mood with major depressive disorder. Eskisehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Medical Speciality Thesis in Department of Psychiatry, Eskişehir, 2008. Definition of adjustment disorder is not clear. It has been thought that adjustment disorder is a response to different kinds of stress factors and symptoms are adaptation efforts to stress factors and their following effects. It is a very extensive idea that adjustment disorder is a subsyndromal state which is made by a transient maladaptive response to stress. Stress has been thought as a key factor in the diagnosis of adjustment disorder but systematic investigations about that are inadequate. Adjustment disorders are relatively extensive. In a study which done in the primary care, 17.9 % of all of the axis 1 diagnosis found as adjustment disorder. There have been very few study about the best treatment choice for the patients with a diagnosis of adjustment disorder. In this study included, 32 adjustment disorder patient with depressive mood who are diagnosed after a life event, 22 major depressive patient who first attack and a control group which include healthy people from general population. Patients was followed up for 6 months. Patients are diagnosed with semi-structured interviews with SCID I. At the end of this study, we found that the symptom profile of the patients with adjustment disorder with depressive mood was similar to the symptom profile of the patients with major depression but the degree of psychopathology and impairment in the functioning in the patients with adjustment disorder with depressive mood was much lower than patients with major depression but higher than normal controls. In addition that, the severity of the stressors affected the outcome and the degree of psychopathology in the patients with adjustment disorder with depressive mood but not in major depression group.

Key Words: Adjustment disorder, major depression, stressor, functioning

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Uyum ve Stres.....	3
2.2. Uyum Bozukluğu.....	4
2.2.1 Adolesan ve Çocuklarda Uyum Bozukluğu.....	9
2.2.2. Alt Tipleri.....	9
2.2.3. Sıklık ve Yaygınlık.....	10
2.2.4. Sosyodemoğrafik Veriler.....	12
2.2.5. Ek Tanı.....	12
2.2.6. İntihar Davranışı/Girişimi.....	13
2.2.7. Seyir.....	14
2.2.8. Tedavi-Yönetim.....	16
2.3. Majör Depresyon.....	17
2.3.1. Stres ve Depresyon.....	19
2.3.2. Risk Etkenleri.....	21
2.3.3. Sıklık ve yaygınlık.....	23
2.3.4. Ek Tanı.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Örneklem.....	25
3.2. Araştırmanın Aşamaları.....	26
3.3. Veri Toplama Araçları.....	26
4. BULGULAR.....	29

4.1. Sosyodemografik Veriler.....	29
4.2. En Sık Saptanan Yaşam Olayları ve Semptomlar.....	31
4.3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği-Hasta Formu (SİÖ-HF).....	33
4.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ).....	35
4.5. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ).....	36
4.6. İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği (İGD).....	37
4.7. Stres Etkeninin Süresine ve İlaç Kullanımına Göre Değerlendirme.....	39
4.8. Grupların Stres Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	41
4.9. Depresif Duygu Durum ile Giden Uyum Bozukluğu Grubunda Uygulanan Ölçeklerin İlişki Analizi.....	42
4.10. Majör Depresyon Grubunda Uygulana Ölçeklerin İlişki Analizi.....	43
5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇLAR.....	56
KAYNAKLAR.....	57
EKLER	
EK 1:Sosyodemografik Veri Toplama Formu	
EK 2:Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	
EK 3:Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği	
EK 4:İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği	
EK 5:Sosyal İşlevsellik Ölçeği-Hasta Formu	
EK 6:Rahe-Holmes Strese Yeniden Uyum Ölçeği	
EK 7:Sarason'un Yaşam Değişimleri Anketi	

KISALTMALAR DİZİNİ

- DSM:** Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve İstatistik El Kitabı
DDUB: Depresif Duygu Durum ile Giden Uyum Bozukluğu
HAÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
HDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
ICD: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması Resmi Kodlaması
İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği
MD: Majör Depresyon
PTSB: Post Travmatik Stres Bozukluğu
RHÖ: Rahe-Holmes Strese Yeniden Uyum Ölçeği
SCID I: DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi
SIÖ-HF: Sosyal İşlevsellik Ölçeği-Hasta Formu
SYDA: Sarason'un Yaşam Değişimleri Anketi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil.1. DDUB grubu ile MD grubunun HDÖ puanları.....	35
Şekil.2. DDUB grubu ve MD grubunun HAÖ puanları.....	36
Şekil.3. DDUB grubu ile MD grubunun İGD puanları.....	37

TABLO DİZİNİ

Tablo.1. Çalışmaya katılan grupların sosyodemografik özellikleri.....	30
Tablo.2. En sık görülen semptomların şiddet ve sıklığının gruplar arasında karşılaştırılması.....	32
Tablo.3. Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	34
Tablo.4. DDUB grubu ve MD grubunun ilk görüşme ve izlem dönemindeki HDÖ, HAÖ ve İGD ölçek puanları ve karşılaştırılması.....	38
Tablo.5. Stres etkeni süregelen olan hastalarla, stres etkeni sonlanmış olan hastaların HDÖ, HAÖ ve İGD puanlarının kıyaslanması.....	40
Tablo.6. Grupların stres düzeylerinin karşılaştırılması.....	42
Tablo.7. DDUB grubunda ölçeklerin ilişki analizleri.....	44
Tablo.8. MD grubunda yapılan ölçeklerin ilişki analizleri.....	45

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Uyum bozukluğu özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve genel tıbbi alanda çok yaygın kullanılan bir tanıdır. Bununla birlikte bu bozukluk hakkında çok az araştırma vardır (1). Stresli yaşam olaylarından sonra gelişebilecek birkaç bozukluktan biridir. Yaşam olayları; sıklıkla ekonomik, yasal veya kişiler arasındaki ilişki zorluklarını ya da yeni ortaya çıkan bir sağlık sorununu kapsamaktadır (2).

Uyum bozukluğu, huzursuzluk, sıkıntı, sosyal-çevresel zorlanmalar yaşama ve bazen de davranışsal bozuklukların varlığı gibi, bir psikiyatrik bozukluk olmanın çok genel koşullarını karşılamaktadır. Klinik özellikleri henüz ayrıntılı olarak tanımlanmadığı ve altta yatan etyolojik faktörleri net olmadığı için halen sıra dışı ve geçici bir tanı kategorisi olarak görülmektedir.(3,4).

Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve İstatistik El Kitabı'nın gözden geçirilmiş dördüncü baskısının (DSM-IV-TR) uyum bozukluğu tanısına genel fenomenolojik yaklaşımı gelişigüzedir. Uyum bozukluğu ölçütü, stresli bir olayın belirti kümesine yol açtığı bir sendrom olarak açıklanmaktadır. Ancak stres etkeninin niteliği ile ilgili herhangi bir ölçüt yoktur. Benzer olarak belirti kümesinin özgüllüğü de bulunmamaktadır. Literatürde uyum bozukluğu ile ilgili kontrollü çalışmaların sayısı çok azdır ve yeterli bilimsel desteğinin olmaması nedeniyle sıklıkla eleştirilmektedir (2).

Bu nedenle çalışmamızda, uyum bozukluğunun en sık görülen alt tipi (2) olan depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu (DDUB) tanısı konulan hasta grubu ile majör depresyon (MD) tanısı konulan hasta grubunun belirti profillerini ve maruz kaldıkları stres etkenlerinin şiddetini kontrol grubuyla karşılaştırarak, depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğunun klinik açıdan semptom profilini ortaya koymayı ve stres yaratan etkenin doğasına açıklık getirmeyi planladık. DSM-IV'te bir tanı kategorisi olarak yer alan ancak psikiyatrik bir bozukluk olmanın çok genel kriterlerini karşılayan depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğunun semptom profilinin, DSM-IV kriterlerine göre tanı konulan ilk atak majör depresyonlu hastaların semptom profilinden ne gibi farklılıkları ve benzerlikleri olduğunu, stres etkeninin şiddetinin iki tanı grubu arasında farklı olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Çalışmamızda ayrıca, depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğunun gerçekten ayrı bir tanı kategorisi olup olmadığını, duygu durum bozuklukları grubunda

ele alınıp alınamayacağını ve DSM-III'te bir tanı kategorisi olarak yer alan ancak DSM-IV'te bulunmayan "reaktif depresyon" tanısının yaşam olayından sonra gelişen birkaç tanıdan birisi olan uyum bozukluğunun alt tiplerinden depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğunu tanımlamak için daha uygun bir terim olup olmadığını sorgulamayı hedefledik.

Çalışmanın hipotezleri:

- 1-Depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu tanı grubunda tespit edilen stres etkeninin şiddeti, majör depresyon ve kontrol grubundakine göre daha fazladır.
- 2- Depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu grubunda semptom yoğunluğu ve işlevsellikte bozulma, stres etkeninin şiddeti ile ilişkilidir.
- 3- Depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu tanısı konulan hastaların hastalığın başlangıcında ve izlem döneminde tespit edilen işlevsellik düzeyleri kontrol grubuna göre daha kötü, ancak majör depresyon hastalarına göre daha iyi düzeydedir.
- 4-Depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğunun semptom profili majör depresyon tanısı konulan hastaların semptom profiline oldukça benzerdir, ancak semptomların şiddeti daha hafiftir.
- 5-Depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu tanısı konulan hastalarda intihar düşüncesi/girişimi sıklığı, majör depresyon tanısı konulan hastalardaki intihar düşüncesi/girişimi sıklığından farklı değildir.
- 6- Depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu olan hastalarda; stres yaratan etkenin süregelen olması, çok sayıda stres etkeninin olması, birincil destek gruplarıyla ve yakın aile üyeleriyle ilişkili stres etkenlerinin bulunması; hastaların işlevsellik düzeylerinin daha kötü olması, belirtilerin daha şiddetli olması, daha kötü bir sonlanım ve farmakoterapiye kötü yanıtla ilişkilidir.
- 7-Depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu olan hasta grubunun belirtilerindeki iyileşme majör depresyon hasta grubuna göre daha hızlı ve tamdır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Uyum ve Stres:

Uyum doğumdan ölene dek çeşitli yaşam olaylarıyla karşılaşan ve baş etmeye çalışan her insanın yaşadığı dinamik bir süreç olarak düşünülebilir. Bu süreç insanın içinde bulunduğu ortamda bir talebin doğması ile başlar ve kurulu dengeleri bozar (5). İnsanın kendisinden, başkalarından ve ya çevresinden kaynaklanan talepler karşısında verdiği reaksiyona uyum denmektedir (6). Uyum, stresle başa çıkmak için gösterilen herhangi bir çabadır. Her uyum ister başarılı ister başarısız olsun, çevreden gelen istek ve beklentiler ile kendi isteklerimiz arasında denge kurma, gereksinimlerimizi gerçek koşullara göre ayarlama ve içinde bulunduğumuz durumun sınırları çerçevesinde elimizden geldiğince başa çıkma çabasıdır (7).

Her tür canlının kendi varlığını koruma refleksi ile donandığını düşünecek olursak, değişimlerin canlının ve içinde bulunduğu ortamın varlığını tehdit etmeleri durumunda, canlının kendi potansiyelini kullanarak buna direnç gösterebileceğini söyleyebiliriz (5). Organizmanın kendini belirli sınırlar içinde tutmak yönündeki bu gayretine homeostasis denir (8). İnsan vücudunun en basit ihtiyacı olan homeostatik düzenin devam ettirilmesi gerekir. Biyolojik boyuttaki homeostatik düzene bağlı bu özellik aslında psikolojik ve sosyal boyutta da çok benzer şekillerde ortaya çıkar (5).

Selye (9) herhangi bir talebi veya herhangi bir zamanda strese yol açan etkeni “stresör”, organizma tarafından algılanan stresöre verilen reaksiyonu da “stres” olarak adlandırmaktadır. Başka bir tanıma göre stres; bir gerginlik hali ya da tehdit oluşturan ve değişme ya da uyum gerektiren herhangi bir çevresel istek ya da beklentilerdir (7). Stres yaratan etkenler biyolojik ve psikososyal olarak iki grup altında incelenebilir (10). Psikososyal stres etkenleri, dolaylı bir yolla stres reaksiyonuna neden olurlar, çünkü olayın kendisi değil nasıl algılandığı stres reaksiyonunun asıl sebebidir. Herhangi bir talebin doğru ya da yanlış bir şekilde muhakeme edilmesi sonucunda bir reaksiyon ortaya çıkar. Dolayısıyla reaksiyon gerçekten talebin ne olduğuna karşı değil muhakeme sonucuna karşı verilmektedir (5). Stres her zaman hoş olmayan durumlar ya da olaylarla sınırlı değildir, başımıza gelen iyi şeyler de strese yol açar;

çünkü bu tür olumlu olaylar “bireyin gereksinimlerini karşılayabilmesi için değişmesini ya da uyumunu gerektirmektedir” (7).

Gelişme ve uyum sürecinin önemli unsurları; taleplerin muhakeme edilişi sonucunda ortaya çıkan reaksiyonlar, verilen reaksiyonların davet ettiği diğer reaksiyonlar ve ortaya çıkan yeni durumun muhakemesidir. Bu unsurların niteliği sağlıklı ve sağlıksız uyumu birbirinden ayıran kriterleri de belirleyebilir (5).

2.2.Uyum Bozukluğu:

Diğer psikiyatrik bozukluklardan farklı olarak uyum bozukluğu, akut stres bozukluğu ve post travmatik stres bozukluğu, etyolojilerinde stres yaratan bir yaşam olayının bulunmasını gerektiren psikiyatrik bozukluklardır. Uyum reaksiyonu ilk olarak 1968’de DSM’nin ikinci baskısında psikiyatrik bir tanı olarak ortaya konmuştur (11,12,13) ve ICD’nin (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması Resmi Kodlaması) sekizinci baskısında (ICD 8) tanımlanmıştır. DSM II, uyum bozukluğunu bebeklik, çocukluk çağı, adolesan, yetişkin ve geç yaşam evrelerine göre tanımlanmış “geçici durumsal bir bozukluk” olarak kavramsallaştırmıştır. ICD-8, uyum bozukluğunu, nevrotik, kişilik ve diğer psikotik olmayan mental bozuklukları da içeren “geçici durumsal bir reaksiyon” olarak tanımlamıştır. ICD-9 ve DSM-III’ün her ikisi de, uyum bozukluğu terimini kullanmıştır ve DSM-III; depresif duygu durumun, anksiyöz duygu durumun, karışık duygu durumun bulunması gibi klinik belirtilere göre veya işle/akademik alanla ilgili sorunların, belirtilerin nedeni olmasına göre uyum bozukluklarını alt tiplere ayırırken, ICD-9 uyum bozukluğunu strese akut bir reaksiyon olarak tanımlamıştı. DSM-III-R’de fiziksel şikayetlerle giden uyum bozukluğu alt tipi eklenmişti (14).

DSM-III-R’deki uyum bozukluğu tanısı organizasyonu ve yapısı itibariyle şaşırtıcıdır. Bu tanı, fiziksel durum ve DSM-IV’te V kodları altında sözü edilen ilişki sorunları, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım, okul sorunu, mesleki sorun, bir yaşam evresi sorunu vs. gibi klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar gibi psikolojik faktörlerle birlikte, eksen 1’de semptom listesi olmayan tek mental bozukluktur ve uyum bozukluğunu tanımlayan temel yapılar için (maladaptasyon ve stres faktörleri gibi) davranışsal/işlemsel kriterler yoktur. Bu tanıyı koymak için kullanılan

davranışlar için işlemsel kriterlerin yokluğu nedeniyle de güvenilirlik ve geçerliği düşüktür (15).

DSM-III ve DSM-III-R, uyum bozukluklarını, tanı ölçütleri daha net olarak tanımlanmış temel tanıları karşılamayan eşik altı durumlar için bir çerçeve oluşturmak amacıyla tanımlamıştır (14). Çünkü; DSM-III ve DSM-III-R çalışma grubu, net olarak tanımlanmamış hastaları kapsayabilecek “rezidüel bir kategori”ye ihtiyaç olduğunu düşünüyordu. Uyum bozukluklarının birkaç özelliği, rezidüel bir kategorinin özelliklerini sergilemektedir: tanımlanan stres için spesifik davranışsal kriterlerin yokluğu, sosyal veya mesleki disfonksiyon, normalde beklenenden aşırı olan semptomlar, gidişat süresi (6 aydan az), ve iyi tanımlanmamış ilişkili özellikler (başlangıç yaşı, predispoze faktörler, cinsiyet oranı, ailesel patern vs) (16). Daha öncesinde bu gibi durumlarda “geçici durumsal bozukluk” terimi kullanılıyordu. Uyum bozukluğunun ICD sınıflandırmasına ilavesi eski “reaktif” ve “endojenöz” kavramları tarafından oluşturulan belirsizliğe de bir yanıt oldu (12).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1994’te hazırlanan DSM-IV ve Dünya Sağlık Örgütü’nün 1992’de hazırladığı ICD-10’un her ikisi de klinik bir kavram olarak faydalı olan uyum bozukluğu tanısını bulundurur. Uyum bozukluğunun çeşitli stres olaylarına yanıt olarak geliştiği düşünülür, belirtiler stres etkenleri ve onların devam eden etkilerine uyum çabasıdır (12). ICD-10’a göre; uyum bozukluğu stresli yaşam olayı veya yaşam değişikliğinin meydana gelmesinden sonra 1 ay içerisinde gelişmeli ve semptomların süresi genellikle altı ayı geçmemelidir, diye tanımlanır. ICD-10 bu tanının; semptomların şiddeti ve içeriği, özgeçmiş ve kişilik, stresli olay, durum veya yaşam krizi arasındaki ilişkilerin dikkatli değerlendirilmesine bağlı olduğunu ifade eder. Bu ilişki, tanı konulmadan önce açıkça saptanmış olmalı ve böyle bir değerlendirilme yapılmadan bu tanı konulmamalıdır (11).

DSM-IV’teki tanım da benzerdir. DSM-IV uyum bozukluğunun temel özelliğini, stres yaratan etken veya etkenlere yanıt olarak, klinik olarak anlamlı emosyonel veya davranışsal belirtilerin gelişmesi olarak tanımlar. Semptomlar stres etkeninin başlangıcından sonra 3 ay içinde gelişmelidir (A kriteri). Reaksiyonun klinik olarak önemi; stres etkeninin doğasından beklenenden daha fazla sıkıntı ya da sosyal ve mesleki/akademik fonksiyonlarda anlamlı bozulmaya neden olmasındandır (B kriteri). Bu kategori, herhangi bir diğer spesifik eksen I bozukluğu için kriterleri

karşılıyorsa veya sırf önceki bir eksen I veya eksen II bozukluğunun alevlenmesiye kullanılmamalıdır (C kriteri) ve semptomlar yasa bağlı olmamalıdır (D kriteri) (17).

Uyum bozukluğu tanısında iki alanda ihtilaf vardır. Birincisi, normal uyum reaksiyonu ve uyum bozukluğunun çeşitli belirtileri arasında belirsiz bir ayrım olmasıdır. Bu ayrımı yapmak için, ICD-10, “genellikle sosyal işlevsellik ve performansın etkilenmiş olmasını” ve “günlük rutin performansta bazı yetersizliği” vurgular, oysa ki DSM-IV “sosyal ve mesleki/akademik alanlarda anlamlı bozulma veya stres etkeninin doğasından beklenenden daha fazla belirgin sıkıntı olması”na vurgu yapar (12). Bu tanı, bir stres etkenine yanıt olarak 6 aydan daha uzun sürmeyen duygu durumunda veya davranışta maladaptif bir reaksiyonu kapsayan durum belirtir bir tanıdır (18).

Çekişmeli ikinci alan; diğer bozukluklarla üst üste binen problemlerdir. ICD-10 ve DSM-IV’ün her ikisi “şayet kriterler başka bir bozukluğu karşılırsa, o zaman uyum bozukluğu tanısı konulmamalıdır, bu durumda ikincil kademeye geçilir” diyerek bu problemi aşmaya gayret eder. Pratikte, uyum bozukluğu tanısı tanısal kriterlerin mekanistik ve katı uygulamasını zayıflatacaktır (12). Sonuç olarak; uyum bozuklukları, psikososyal bir stresi izleyen maladaptif reaksiyonların oluşturduğu ve daha spesifik bozukluklar için kriterlerin karşılanmadığı tanısal bir kategori olarak genel bir kabul görmüştür. Uyum bozukluklarına “geçici, veya marjinal bir tanı kategorisi” (4) olarak bakılmasına rağmen, ergenler ve yetişkinler arasında yaygın ve ciddi bir durum olarak rapor edilmektedir.

Uyum bozukluğunu açıklamak için 4 ana hipotez öne sürülmüştür.

- 1- Eşik altı bir klinik sendromu temsil edebilir.
- 2- Daha şiddetli bir psikiyatrik bozukluğun prekürsörü olabilir.
- 3- Uyum bozukluğu özellikle genç insanlar için daha az damgalayıcı psikiyatrik bir tanı olabilir.
- 4- Tanımlanabilir bir stres etkeninden sonra bazı bireylerde gelişen spesifik bir bozukluk olabilir (19,20).

Uyum bozukluğu çalışmalarının çoğu bir heterojeniteyi düşündürürcesine bu dört duruma da uyan bireyleri içermektedir (21). Uyum bozukluğunu, erken evrelerinde sık olarak bir bozukluk olarak tanımlamak güçtür ve bu tür durumlarda

uyum bozukluğu uzun dönemde değerlendirme ve tedavilerden sağlanan bilgilerle modifiye edilebilen geçici bir tanı olarak hizmet etmektedir (14).

DSM-I'deki geçici durumsal kişilik bozuklukları ve DSM-II'deki geçici durumsal rahatsızlıklardan, DSM-III ve DSM-III-R'deki uyum bozukluklarına tüm bu tanıları doyurucu teorik sağlamlığın yokluğuna rağmen geçici, ılımlı veya damgalanmamış adlandırmaları isteyen klinisyenler tarafından oldukça fazla kabul görmüştür (22). Bugün hala, uyum bozuklukları rezidüel bir tanı olarak kabul edilmektedir ve diğer majör tanıları rastlandığında bu tanı konulmamaktadır (13).

Aslında tüm bunlara baktığımızda; uyum bozukluğunun tanımı çok net değildir. Strese geçici maladaptif yanıtın oluşturduğu subsendromal bir durum olduğu yaygın bir klinik fikirdir, çünkü uyum bozukluğu katı bir şekilde tanımlanmamıştır ve bu konudaki sistematik araştırmalar yetersizdir (23). Eğer bu tanı kategorisinin daha spesifik kriterleri olursa geçerliği ve güvenilirliği artabilir (14).

Tanımda yer alan maladaptif reaksiyon, psikososyal stres etkeni ve süre öğelerini inceleyecek olursak;

Maladaptif reaksiyon: DSM-III-R'deki uyum bozukluğu B kriteri aşağıdakilerden birinin “reaksiyonun maladaptif doğasını” gösterdiğini ifade eder: “1- Mesleki işlevsellikte (okulu da içeren), sosyal aktivitelerde veya diğerleriyle ilişkilerde bozulma 2- Belirtilerin strese karşı normal ve beklenebilir olan reaksiyonların abartılmış şekli olması”. Pek çok yazar, bir reaksiyonun maladaptif olup olmadığının değer yargıları tarafından tespit edilebileceğine inanır veya adaptasyonun değerlendirilmesinde kültürel bağlamın önemini vurgular (14).

Fabrega ve ark. (4), öngörülebilir belirli belirtilerin veya sosyal işlevsellikteki azalmanın veya her ikisinin bir “maladaptif reaksiyonu” tanımlamaya yardımcı olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Maladaptasyon kavramının işlemsel olarak olabilirliği, DSM-III-R'nin eksen V'i ile bağlantılıdır; işlevselliğin genel değerlendirmesinde düşük skorlar daha fazla maladaptif bir reaksiyonu akla getirmektedir. Ancak, Fabrega ve ark. (4), uyum bozukluğunda gözlemlenen psikopatolojinin düzeyinin eksen V'te bozulmuş işlevsellikle ilişkili olmadığını bulmuşlardır. Yine de, aşağıdakilerden biri ya da diğeri hakkındaki kanıtlar klinik olarak anlamlıdır: “Sosyal veya mesleki/akademik işlevsellikte anlamlı bozulma veya stres etkenine maruziyette beklenenden fazla ve belirgin sıkıntı duyma.” (14).

Psikososyal stres etkenleri: DSM-III-R, uyum bozukluğunda saptanan psikososyal stres etkenlerinin şiddetinin veya kişinin üzerindeki etkilerinin ya da herhangi bir zamanda şahsa göre anlamının belirlenmesi için bir yol göstermemektedir. Literatürde, DSM-IV'e adapte edilebilecek stresin miktarını ölçmek için yapılan birkaç değerlendirme çalışması vurgulanmaktadır. Holmes ve Rahe (24) spesifik stres etkenine dair göreceli bir değerlendirme belirlemeye çalışmışlardır.

Birçok yazar, psikososyal stres etkeninin yapısının işlenmesinin en iyi yolunun bireye göre stres etkeninin anlamının tespit edilmesi olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu süreç, bireyin güçlülüğü ve zedelenebilirliği, elde edilebilecek destek sistemleri, altta yatan kişilik bozukluğunun varlığı, stres etkenine maruz kalınan zaman ve bununla bağlantılı diğer stres etkenleri, stres üzerinde kontrolün derecesi ve olayın çok arzu edilen bir şey olması gibi faktörlerin değerlendirilmesini gerektirir. Nasıl ki, maladaptif reaksiyonun değerlendirilmesinde eksen V kullanılmalıysa, psikosoyal stres etkeninin, psikososyal stres etkeninin şiddetinin oranı da eksen IV'le bağlantılı olmalıdır. Maalesef, eksen IV'ün yararlılığı, düşük güvenirliliği nedeniyle durumu karmaşık bir hale sokmaktadır (25).

Fabrega ve ark. (4) başka bir spesifik tanısı olmayan ve hastalığı bulunmayan uyum bozukluklu bireylerde anlamlı olarak daha fazla stres etkenleri ve "daha yüksek stres yaratan stres etkeni" rapor edildiğini bulmuşlardır. Bununla birlikte, stres kriterlerinin tanımlanmasında daha iyi bir yol önermemişlerdir. Çünkü değişikliği destekleyecek birikmiş veri yoktur (14).

DSM-IV ise; stres etkenini, tek bir olay (romantik bir ilişkinin sonlanması gibi) veya çok sayıda olabilen olaylar (çalışma alanında belirgin güçlükler ve eşle ilgili problemler gibi..) şeklinde tanımlar. Stres etkeninin tekrarlar nitelikte veya devamlı olabileceğini, tek bir kişiyi veya ailenin tamamını ya da daha büyük bir grup veya toplumu etkileyebileceğini ve bazı stres etkenlerinin spesifik gelişimsel olaylara (örn: okula gitme, evden ayrılma, evlenme, ebeveyn olma, mesleki amaçlara ulaşamama, emeklilik) eşlik edebileceğini dile getirir (17). Ancak stres etkeninin şiddeti, doğası, sayısı, çerçevesi hakkında netlik sağlamaz.

Süre: DSM-III-R uyum bozukluğu tanısı için maladaptif reaksiyonun 6 aydan daha uzun sürmemesi gerektiğini belirtmektedir. Klinisyenler, bu durumun süregelen

stres etkenleri için bilgi vermediğini işaret etmekteydiler. Stresli olayların sonuçları ardışık bir stres kaskadına neden olmaktadır veya stresli bir olayın sonucu olarak kişi, uzayan semptomlardan muzdarip olabilir (14). Ardından yayınlanan DSM-IV'teki tanıma göre; uyum bozukluğu, stres etkeninin veya sonuçlarının sonlanmasından sonra 6 ay içinde sonlanmalıdır (E kriteri); ancak, semptomlar kronik bir stres etkenine veya stres etkeninin devam eden sonuçlarına yanıt olarak görülüyorsa, uzamış bir periyot için dirençli olabilirler. Yani, DSM IV'e göre uyum bozukluğunun kronik bir formu 6 ay süresini aşabilir (17). Fakat, tıpkı psikososyal stres etkeninin, maladaptif reaksiyonun tanımında olduğu gibi süre için de, en fazla ne kadar uzayabileceği, tekrarlayan stres etkenlerine yanıt olarak gelişen uyum bozukluklarının arasındaki zaman diliminin ne kadar olması gerektiği vs. gibi hususlarda ve bu konunun çerçevesinde de tam bir netlik yoktur.

2.2.1. Adolesan ve Çocuklarda Uyum Bozukluğu:

Uyum bozukluğu adolesan ve çocuklar arasında çok yaygındır. Olasılıkla, çocuklarda görülen uyum bozukluğunda daha fazla davranışsal bozukluklar görülmektedir ve depresif duygu durum daha az belirgindir. Bu yaş grubunda stres etkenleri genellikle; kız arkadaş-erkek arkadaş problemleri, okul güçlükleri ve aile problemleri gibi gelişimsel temaları yansıtmaktadır. Yine de, yaşla ilişkili bu farklılıklara rağmen, aslında uyum bozukluğunun çatisal yapısı ve semptomatik görünümü çocuklar ve yetişkinlerde aynıdır. Bu nedenle, çocuklar ve adolesanlar için ayrı bir uyum bozukluğu kategorisi verilmesi düşünülmemektedir (14).

2.2.2. Alt Tipleri:

DSM-IV'e göre (17) uyum bozukluğu, önde gelen belirtileri en iyi tanımlayan alt tipe göre kodlanır.

Depresif duygu durum ile giden: Depresif duygu durum, ağlamaklılık, umutsuzluk hissi gibi belirtiler, baskın klinik belirtiler olduğunda bu alt tip kullanılmalıdır.

Anksiyete ile giden: Tedirginlik, üzüntü veya sinirlilik ya da çocuklarda asıl bağlandığı kişilerden ayrılma korkusu gibi belirtiler baskın klinik özellikler olduğu zaman bu alt tip kullanılmalıdır.

Karışık anksiyete ve depresif duygu durum ile giden: Belirgin klinik özellikler depresyon ve anksiyetenin birlikteliği olduğu zaman bu alt tip kullanılmalıdır.

Davranım bozukluğu ile giden: Önde gelen klinik görünümü, başkalarının haklarına saldırı ya da yaşına uygun önemli toplumsal değerler ve kuralları bozma (okuldan kaçma, yıkıp dökme, dikkatsiz araba kullanma, kavga-dövüş, yasal sorumluluklarını yerine getirmeme) gibi davranış bozuklukları baskın klinik belirti olduğu zaman bu alt tip kullanılmalıdır.

Karışık duygu ve davranım bozukluğu ile giden: Önde gelen belirtiler hem emosyonel semptomlar (anksiyete, depresyon gibi) hem de davranım bozukluğu olduğunda kullanılır.

Belirlenmemiş: Uyum bozukluğunun spesifik alt tiplerinden biri olarak sınıflanmamış psikososyal stres etkenine gösterilen maladaptif tepkiler (fiziksel şikayetler, sosyal geri çekilme, iş veya akademik ketlenme gibi) için bu alt tip kullanılmalıdır.

2.2.3. Sıklık ve Yaygınlık:

Uyum bozuklukları görece olarak yaygındır. Uyum bozukluğu yaygınlık çalışmalarının çoğu psikiyatri kliniklerine ayaktan başvuran hasta grubunda veya hastanelerin liyezon psikiyatrisi servislerinde yapılmış çalışmalardır. Genel popülasyondaki yaygınlığına dair bilgiler yetersizdir (21). Tıbbi nedenle yatan hastalar arasında uyum bozukluklarının oranı %13.7 olarak tahmin edilmektedir (26). Uyum bozuklukları psikiyatrik konsültasyon için gönderilen yatan hastalarda yaygındır (15). ABD’de yapılan bir çalışmada hastane koşullarında psikiyatristler tarafından görülen 944 vakanın 130’una (%14) uyum bozukluğu tanısı konulurken, 59’una (%6) majör depresyon tanısı konulmuştur (23).

Konsültasyon-Liyezon psikiyatrisi sevkleri çerçevesinde yapılan bir çalışmada iki ayrı hastanede bu oranlar %21 ve %11 olarak bulunmuştur (23,27). 1000’in üzerindeki konsültasyon hastasında yapılan bir çalışma bu tanının hastaların

%12'sinde olduğunu, hastaların %7.8'inde tek tanı, %4.2'sinde organik mental bozukluklar ve kişilik bozuklukları ile birlikteliği olduğu bulunmuştur (15,23).

Birinci basamakta yapılan bir çalışmada tüm eksen 1 tanılarının %17.9'u uyum bozukluğu olarak bulunmuştur (28). Psikiyatri acil servislerinde yapılan başka bir çalışmada, yetişkinlerin %7.1'i ve adolesanların %34.4'ü uyum bozukluğu tanısı almıştır (22) ABD, Kanada ve Avusturalya'daki liyezon psikiyatrisi servislerinde yapılan çok merkezli bir çalışmada sevk edilen 1039 kişinin 125'i (%12) uyum bozukluğu tanısını almıştır (15).

Uyum bozukluğunun alt tiplerinin dağılımıyla ilgili olarak yapılan bir çalışmaya göre, depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu en yaygın görülen alt tiptir (%11.6), bunu anksiyete ile giden uyum bozukluğu alt tipi ve karışık duygu ve davranım bozukluğu ile giden alt tipi (%11.2) izler, diğer alt tipler nadir olarak saptanmıştır. Bu çalışmada hastaların %2.5'inde anksiyete ile giden uyum bozukluğu, %5.9'unda karışık anksiyete ve depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu, %2.8'inde karışık duygu ve davranım bozukluğu ile giden uyum bozukluğu alt tipi bulunmuştur (15).

Greenberg ve ark.'nın (22) yaptığı bir çalışmada, kabul anındaki depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu, adolesanlarda %50 ve erişkinlerde %64, karışık duygu ve davranım bozukluğu ile giden uyum bozukluğu alt tipi adolesanlarda %41 ve erişkinlerde %25 olarak bulunmuştur. Adolesanlarda uyum bozukluğu alt tiplerine bakıldığında: kızların %64'ünde depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu ve erkeklerin %67'sinde karışık duygu ve davranım bozukluğu ile giden uyum bozukluğu olarak saptanmıştır. Alt tiplerle tekrar hastaneye yatış veya kalış süreleri arasında ilişki bulunamamıştır.

İsviçre'deki ayaktan başvuran hastaların takibinin yapıldığı bir psikiyatri kliniğinde yapılan çalışmada 1308 hastanın 296'sında (%23), depresif duygu durum ile giden ve karışık anksiyete ve depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu tanısı konulmuştur (20).

Uyum bozukluğunun, psikiyatri konsültasyon servislerinde yetişkinlerde %5-21 aralığında sıklığı olmasına (4,20,29), psikiyatri hastanelerine başvuranlarda %7.1 sıklığında olduğu tahmin edilmesine rağmen çok az araştırılan bir tanı kategorisi olmaya devam etmektedir (22).

2.2.4.Sosyodemografik Veriler:

Strain ve ark. (15) tarafından konsültasyon-liyezon alanında yapılan bir çalışmada; hastaların %52'sinin kadın, %30'unun evli, %32'sinin yalnız yaşayan, %29'unun geçimini kendisi sağlayan, %47'sinin işsiz/sakat kişiler oldukları bulunmuştur.

Bir diğer çalışmada, uyum bozukluğu tanısı ile yatan hastalar, psikiyatrik nedenlerle acil servise başvuran ancak uyum bozukluğu tanısı almayan benzer yaş ve cinsiyetteki kişilerden oluşturulan karşılaştırma grubundan medeni hal, etnik köken, din ve mizaç özellikleri açısından farklılık göstermemiştir. Uyum bozukluğu tanısı ile yatan erkek hastaların yaşı (Ortalama 28.5), uyum bozukluğu tanısı ile yatan kadın hastaların yaşından (ortalama 24) çok az daha büyük olarak saptanmıştır (22).

2.2.5. Ek Tanı:

Uyum bozukluğuyla birlikte ek bir tanı bulunabilir. En sık rastlanan ek tanıları; kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır. Hastane şartlarında, uyum bozukluğu tanısı alan hastalarda organik mental bozukluk ek tanısı sık olarak bulunmuştur (21). Bir çalışmada, uyum bozukluğu tanısı alan kişilerin %15'inde kişilik bozuklukları, %7'sinde organik mental bozukluk ve % 7'sinde psikoaktif madde kötüye kullanımı, %4.8'inde anksiyete bozukluğu ek tanıları konmuştur (15).

Strain ve ark.'nın (22) çalışmasında; uyum bozukluğu tanısı ile yatan adolesan ve yetişkin hastaların uyum bozukluğu olmayan diğer eksen I ve II tanısı olan kişilerden oluşan karşılaştırma grubuna göre anlamlı derecede daha fazlasının kabul sırasında madde kullanım bozukluğu ek tanısına sahip olduğu görülmüştür.

Synder ve ark. (23) yaptıkları bir çalışmada; depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu tanısı olan hastaların %23.1'inde diğer eksen I tanılarının da bulunduğunu ve %17.7'sinde eksen II'de yer alan bir ek tanı bulunduğunu, en yaygın ek tanıların organik mental bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları olduğunu saptamışlardır.

2.2.6. İntihar Davranışı/Girişimi:

Uyum bozukluğu; pek çok çalışmada intihar davranışı ile ilişkilendirilmiştir ve kasıtlı kendine zarar verme epizodunu takiben değerlendirilen bireylerde en sık konulan tanılardan biridir (21). Uyum bozukluğunda tanısal kriterler için spesifik semptom profilinin yokluğuna rağmen, intihar davranışı tüm yaş gruplarındaki uyum bozukluğu hastalarında dikkati çeker şekilde görülmektedir (22,30). Psikolojik otopsi çalışmaları intihar davranışı görülen adolesanların beşte birinde uyum bozukluğu tanısı bulmuştur (31-33). DSM-IV'e dahil edilmesi için, bir intihar davranışlı uyum bozukluğu alt tipi önerilmesine rağmen, DSM-IV çalışma grubu bunun, intihar davranışı gösteren hastada semptomların daha sistematik değerlendirilmesi cesaretini kırabileceği şeklinde karar almıştır (34) ve şu anda DSM-IV'te bu duruma, ilişkili özellikler ve bozukluklar başlığı altında "uyum bozukluğu artmış intihar ve intihar girişimi ile ilişkilidir" (17) şeklinde çok kısaca değinilir.

Uyum bozukluğu klinik uygulamada görece olarak yaygın bir psikiyatrik bozukluk olarak bulunmasına ve bu tanı konulan adolesanlarda intihar davranışı yaygın olmasına rağmen, araştırmalar özellikle ayaktan hastalarda intihar davranışının nadir olduğunu bildirmektedir (35).

Pelkonen ve ark.'nın (35) yaptığı bir çalışmada ayaktan değerlendirilen adolesan hastalarda uyum bozukluğu en yaygın ikinci tanı olarak bulunmuş ve bu kişilerin 1/4'ünde intihar davranışı saptanmıştır. Adolesanlar arasında yapılan bu çalışmada intihar davranışı olan ve olmayan uyum bozukluğu hastalarının yaşları, cinsiyet oranları ve konulan ek tanıları arasında farklılık bulunmamıştır. Her ne kadar, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, intihar davranışı olan uyum bozukluğu hastalarında madde kötüye kullanımı, saldırgan davranışlar ve anksiyete semptomları daha fazla saptanmıştır. İntihar girişimi bulunmayan uyum bozukluğu hastaları ile kıyaslandığında intihar girişiminde bulunan uyum bozukluğu hastalarında anlamlı olarak intihar girişimini presipite eden stres etkenlerinin, disforik duygu durumun ve psikomotor huzursuzluğun daha sık olduğu bulunmuştur. Bu hasta grubunda çok değişkenli kıyaslama ile intihar eğilimiyle ilişkili bulunan faktörler; önceki bir psikiyatrik tedavi öyküsü, ilk görüşmede tespit edilen sosyal işlevselliğin zayıf olması, disforik duygu durum, psikomotor huzursuzluktur.

Greenberg ve ark.'nın (22) yaptığı retrospektif bir çalışmada, uyum bozukluğu tanısı konulan hastalarda ilk görüşme sırasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla intihar düşüncesinin ve davranışının olduğu bulunmuştur. İlk görüşmede tespit edilen intihar eğiliminin taburculuk için kabul edilebilir bir engel olmadığı kanaatine varmışlardır. İstatistiksel olarak fark anlamlı olmasa da, ilk görüşmede intihar girişimi olduğu tespit edilen uyum bozukluğu tanısı konmuş yatan hastalar, intihar girişimi olmayanlarla kıyaslandığında hastanede yatış sürelerinin daha kısa olduğu bulunmuştur.

Asnis ve ark. (36); uyum bozukluğu tanısı konulan ayaktan psikiyatri hastalarında intihar düşüncesinin majör depresyon tanısı konulan hastalardaki kadar sık olduğunu, fakat dirençli intihar düşüncesinin veya intihar girişiminin majör depresyon tanısı konulan karşılaştırma grubuna göre çok daha az sıklıkta olduğunu rapor etmişlerdir. Uyum bozukluğu olan hasta serisinde yapılan bir diğer çalışmada, hastaların %70'inin kabul anından önce intihar girişimde bulunduğu saptanmasına rağmen, bu hastaların majör depresyon hasta grubuna kıyasla çok daha erken taburcu edildiği bulunmuştur (37).

2.2.7. Seyir:

Klinik örneklem çalışmaları, uyum bozukluğu tanısında prognozun iyi olduğunu desteklemektedir (38). Jones ve ark. (39) yaptıkları bir çalışmada, uyum bozukluğu tanısı konulan hastaların diğer duygu durum bozukluğu tanıları konulan hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde fiziksel ve mental olarak daha iyi olduklarını ve tedaviden daha fazla yarar sağladıklarını rapor etmişlerdir.

Bazı çalışmalarda uyum bozukluğu olarak değerlendirilen hastaların diğer duygu durum bozukluğu tanısı ve anksiyete bozukluğu tanısı konulan hasta grubuna göre daha az tedavi gerektirme eğiliminde oldukları, daha yakın bir zamanda işlerine dönebildikleri ve daha az olasılıkla rekürren bir bozukluk ortaya çıkardıkları bulunmuştur (22,40).

Diğer tanısal kategorilerdeki hastalara göre uyum bozukluğu tanısı alan hastalarda taburculuklarından sonraki bir yıl içinde yeniden hastaneye yatışın daha az olması uyum bozukluğu için işlevselliğin iyi bir şekilde sürdüğünü gösterir. Uyum

bozuklukları, majör depresyon veya anksiyete bozukluklarına göre daha düşük relaps riski ile ilişkili gözükmektedir. Çünkü uyum bozukluğu tanısında stres anahtar bir faktör olarak sayılmaktadır, bu kategorideki hastalar anahtar stres etkeninin geçici karakteri ile ilişkili kısa süreli sendromlara sahip olabilir (41).

Greenberg ve ark.'nın (22) yaptığı çalışmada uyum bozukluğu ile yatan hastaların %40'ı bu tanının ölçütlerini karşılamayacak düzeyde iyileşmiş olarak taburcu edilmiş; diğer duygu durum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarından oluşan karşılaştırma grubundan yalnızca % 6'sının tanısı taburculuk sırasında uyum bozukluğuna değişmiştir. Uyum bozukluğu tanısı alan erişkin yatan hastalar, taburculuktan 2 yıl sonra karşılaştırma grubu ile kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark yaratacak sayıda daha az psikiyatrik nedenle yeniden hastaneye yatış ve daha kısa hastanede kalış sürelerinin olduğu bulunmuştur. Hastaneye yeniden yatışların da sadece %18'i uyum bozukluğu olarak değerlendirilmiştir.

Depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu tanısı alan hastaları majör depresyon tanısı alanlara göre daha fazla olasılıkla düzelmiş olarak değerlendiren çalışmalar vardır (%76.4'e karşın % 45.8, $p<0.001$). Nispeten iyi huylu olmasına rağmen, bu tanıyı alanların %8.5'inde psikiyatriye sevk ve vakaların %29.2'sinde yüksek intihar düşüncesi vurgulanmaktadır (23).

Andreasen ve Hoenk'in (42) rapor ettiği yetişkin ayaktan hastalarla ilgili izlem sonuçlarına göre: 5 yıllık izlem dönemi sırasında hastaların %71'inde herhangi bir tanı saptanmamıştır, %13'üne majör depresif bozukluk ve/veya alkolizm tanısı ve %8'ine antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konmuştur. İzlem periyodu sırasında yeniden hastaneye yatırılanlarda temel tanılar, kişilik bozukluğu (%47), nörotik bozukluk (%25) ve uyum reaksiyonu (%21) yanı sıra diğer tanılar (%7) olmuştur (Bu çalışmada tanı koyma ICD-9'a göre yapılmıştır; "neurotic disorder" ve "adjustment reaction").

Uyum bozukluğu tanısı konulan kişilerin çoğunda semptomlar hızla düzelirken (20,23), %17'den azında kronik bir gidişat gelişebilir (22,40). Bazı çalışmalara göre ise, bu vakalarda prognoz görüldüğü kadar iyi değildir, %25 civarında hasta distimi veya majör depresyon gibi depresyonun daha şiddetli formlarını geliştirmektedir (43). Uyum bozukluğu tanısı konulan kişilerde majör depresif bozukluğun gelişiminin aynı derecede yüksek oranlarda olduğu, uyum bozukluğu tanısı alan hastaların %15'inden

fazlasının ilerleyen dönemde majör depresyona dönüştüğünü veya kronik bir gidişatı olduğu ileri sürülmüştür (40,42).

2.2.8. Tedavi- Yönetim:

Uyum Bozukluğu tanısı konulan bireylere uygulanacak en uygun tedavi yöntemlerine dair çok az sistematik araştırma vardır. Çünkü uyum bozukluğunda doğal iyileşme bir ilkedir ve stres veya risk düzeyleri çok yüksek olana kadar müdahaleye gerek olmadığı savunulmaktadır (1). Bu büyük olasılıkla uygun bir tavsiyedir. Özellikle kısa süren bir stres etkeniyle karşılaşmanın ardından doğal iyileşme oranları yüksektir. Bununla birlikte bazı bireyler için tedavi faydalı olabilir.

PTSB (Posttravmatik stres bozukluğu) çalışmalarının bir kaçı travma odaklı psikolojik tedavilere başarılı yanıtları bulunan, olasılıkla doğru tanısı uyum bozukluğu olan subklinik PTSD'li bireyleri içermektedir (44). Depresif ve/veya anksiyete semptomlu uyum bozukluğu olanlar genellikle depresif ve/veya anksiyete bozuklukları için kullanılan tedavilerden faydalanabilirler. Bir çalışma, uyum bozukluğu tanısı konulan kişilere diğer psikiyatrik tanılarla benzer psikolojik tedavi ve ilaç verilmesini de içeren tedaviler uygulandığını (15); başka bir çalışma majör depresyona göre uyum bozukluğunda antidepresanlara yanıtın daha iyi olduğunu bulmuştur (45). Bununla birlikte, bunlar randomize kontrollü çalışmalar değildir ve sonuçlar, antidepresan tedavinin etkinliğine zıt olarak uyum bozukluğunun doğal gidişatını yansıtabilir (21).

Uyum bozukluğu tedavisi ile ilgili kanıta dayalı bilgilerin yokluğu nedeniyle; başlangıçta tedbiri elden bırakmadan beklemek bir seçenek olarak düşünülebilir, fakat belirgin sıkıntıdan dolayı acı çekme varsa veya semptomlar düzelmezse, tedavi doğrudan hakim olan semptomlara yönelik olmalıdır. Bu durum genellikle depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve PTSD için çeşitli kognitif ve davranışsal teknikler ve bazı bireyler için de ilaç tedavisini öneren kanıta dayalı tedavi kılavuzlarının izlenmesini gerektirir (21).

Birçok birey hastaneye yatışa ihtiyaç duymadan önemli stres etkenlerine maruz kalmaktadır, fakat intihar düşüncesi veya davranışı gibi, duygusal yanıt aşırı yıpratıcı olduğu zaman, hastaneye yatış tedavinin önemli bir kısmını oluşturur (41).

Sonuç olarak, en uygun tedavi şeklinin ne olduğu hakkında kanıta dayalı kılavuz sağlanması şu an için olası değildir. Bu nedenle tedavi, benzer semptomları olan diğer durumlar için oluşturulan kanıta dayalı tedavi yöntemleriyle yapılmalıdır (21).

2.3. Majör Depresyon:

Günümüzde depresyon teriminin üzüntüden uyum bozukluklarına, klinik depresyondan iki uçlu bozukluklara kadar çok geniş bir yelpazede yer alan rahatsızlıklar için kullanılması Meyer'in terminolojik gözden geçirme ve düzeltmesinin bazı yönlerden kafa karıştırıcı olabilen mirasıdır. Bu yaklaşımın izleri DSM-IV–TR'de majör depresif bozukluk tanısı için gerekli olan ölçüt eşliğinin düşük tutulmasında da görülmektedir, ki bu durum majör depresif bozukluğun yaşam olaylarının neden olduğu depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğundan ayırt edilmesini güçleştirmektedir (46).

Günümüzde kullanılan DSM-IV tanı ölçütlerine göre majör depresyon iki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte depresif duygu durum, ilgi ya da haz almada kayıp; kilo kaybı ya da alımı; uykusuzluk veya aşırı uyku, psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama, yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı, değersizlik ya da uygun olmayan suçluluk duyguları; düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma, kararsızlık; yineleyen ölüm ya da intihar düşüncelerinin en az beşi veya daha fazlasını içeren, depresif duygu durum, ilgi kaybı ya da zevk alamamanın mutlaka olduğu klinik bir tablodur. Ve bu semptomlar, herhangi bir madde veya ilaç kullanımına ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve karma epizod ölçütlerini karşılamaz (17).

Depresyon; derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygu durumla birlikte düşünce, konuşma, psikomotor aktivitede yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, keder ve üzüntü duygusu, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Depresyondaki kişi kendisi, çevresi ve geleceği hakkında olumsuz değerlendirme biçimine sahiptir (47,48).

Depresyonun farklı yönlerini anlamak için çeşitli modeller üretilmiştir:

Freud tarafından ortaya atılan saldırganlığın içe yönelmesi modelinde; deprese duygulanım, ambivalan olarak sevilen içe alınmış bir nesneye yönelen saldırgan itkiler nedeniyle gelişmektedir. Abraham ve Freud'un varsayımına göre içe yönelen öfkenin amacı deprese hastanın bağımlılık ve sevgi ihtiyacını hüsrana uğratan sevgi nesnesini cezalandırmaktır. Nesne, örseleyici bir kaybı önlemek için zaten içe alınmış olduğu için, hasta kendi öldürücü itkilerinin hedefi haline gelmektedir. Sevilen nesneye yönelen saldırganlığa hatırı sayılır bir suçlulukta eşlik etmektedir. Ambivalans, suçluluk ve içe yönelmiş öfke çok aşırı olduğu durumlarda intihar davranışıyla sonuçlanabilmektedir (46,49,50).

Nesne kaybı teorisindeyse, nesne kaybı ifadesiyle anlatılmak istenen bağlanmış önemli nesnelere yaşanan örseleyici ayrılıklardır. Ayrılığın depresyon yaratıcı etkisi, ayrılığın o kişi için sahip olduğu sembolik anlamdadır (46). Yaşamın erken döneminde sevgi bağlarının kopması sonucunda depresyona yatkınlık geliştiği ve erişkinlikte yaşanan kayıpların çocuklukta örseleyici kaybı yeniden canlandırarak depresif dönemleri tetiklediği düşünülmüştür (51).

Kendilik değerinin kaybında, Fenichel, depresyonlu bireyin erken çocukluk döneminde yaşadığı narsistik örselenmeyi devam ettirdiğini, böylece benlik saygısı ile sevgiyi aynı şey olarak değerlendirdiğini ve depresyonun benliği tamir etme çabası olduğunu ileri sürmüştür (51). Egonun temelleri sosyal ve kültürel gerçeklikte olduğu için, kendilik değerindeki kaybın nedeni güç, statü, rol, kimlik, değerler ya da var olmanın amacı gibi konulardaki sembolik kayıplarda olabilir. Kendilik değeri kişinin daimi hale gelmiş özü, nüvesidir ve kişiliğin yapısı için gereklidir. Gerçekten de bir özellik haline gelmiş düşük kendilik değeri depresif kişilik açıklanırken yüklenen temel noktalardan biridir (46,49).

Bilişsel modele göre ise, depresyon bireyin kendisine, geleceğe, yaşantılara olumsuz önyargılarla bakmasıdır. Buna göre birey kendini yetersiz, değersiz, eksik, terk edilmiş olarak görür ve bunu fizik, ruhsal ya da moral eksiklikleriyle ilişkilendirerek kendini değersiz, istenmeyen biri olarak algılar; kendini çaresiz olarak hissetmekte ve çoğu olayı kendine karşı olarak yorumlamakta ve gelecekte umudunu kesmektedir. Beck'in bilişsel kuramı, depresif davranış ve belirtilerin olumsuz düşünce kalıplarına bağlı olduğunu vurgular (46,49-51).

Öğrenilmiş çaresizlik modeli, depresyonun baş edilemeyen geçmiş yaşantılardan öğrenilen bir davranış kalıbı olduğunu ileri sürmektedir. Buna göre depresyon geçmişte yaşanmış kontrol edilemeyen çaresizlik dönemlerinin birikimi sonucu oluşmaktadır (46,49-51).

Biyolojik model, depresyonun olası genetik temellerini işaret eden moleküler bozukluklar üzerinde durmaktadır (49). Günümüzde beyindeki nörotransmitterlerin depresyon etyolojisinde önemli rol oynadığı kabul edilmiştir. Nöradrenalin içeren sinir hücrelerinin depresif duygu durum, uyanıklık, iştah, ödül ve güdülenme gibi birçok işlev ile ilgili olduğu, dopaminin; güdülenme, hoşnutluk, psikomotor aktivitelerin düzenlenmesi ve cinsellikten sorumlu olduğu, serotoninin; duygulanım, saldırganlık, uyku, iştah, ağrı gibi işlevlerin düzenlenmesinde önemli olduğu anlaşılmıştır. Bu çalışmalar ikincil mesajcı sistemleri, G proteinlerinin fosforilasyonu, sinyal transdüksiyonu ve haberci RNA'lar üzerinde durmaktadır (46, 49,51-53).

Strese bağlı olarak nöradrenerjik ve serotonerjik reseptör işlevlerinde bozulmalar olduğunun anlaşılması üzerine, endokrin sistemle duygudurum bozuklukları arasında ilişki olabileceği düşünülmüştür. Depresyonda nörotransmitterlerdeki eksikliğe bağlı olarak hipotalamo-pitüiter-adrenal ekseninde inhibisyon eksikliği olduğu ve sonuçta kortizolün günlük salınım ritminin bozulduğu bildirilmiştir (46,49,51).

2.3.1.Stres ve Depresyon:

Yaşam olaylarının, duyarlı bireylerde nörokimyasal dengesizliği başlatabileceği ya da şiddetlendirebileceği ileri sürülmüştür. Genetik olarak yatkın kişilerde, çevresel stresler, limbik diensefalik nörotransmitter dengesini daha kolay alt üst edebilmektedir. Psikolojik mekanizmalar duyarlı kişilerde, özellikle çocukluğun şekillendirici yıllarında orta beyin kimyasını daha kolay bozabilmektedir. Örseleyici deneyimler bu açıdan özellikle önem taşımaktadır. Son yıllarda, erken dönemde yaşanan travmalarla erişkin dönemde ortaya çıkan depresyon arasındaki bağlantıda hipokampusun önemi tartışılmaktadır (46,49,51,54).

Çevresel olumsuzluklarla karşılaşan pek çok bireyde klinik depresyon gelişmemektedir. Olumsuz yaşam olayları öncelikle duygulanımsal yatkınlığı

olanlarda patogenetik bir rol oynuyor gibi görünmektedir. Erişkin dönemde yaşanan nesne kayıplarının etkisini düzenleyen değişkenler, aynı anda yaşanan diğer yaşam olayları, yaşam biçiminde meydana gelen değişiklikler, sosyal becerilerdeki yetersizlikler ve yaşanan kaybın sembolik anlamıdır (46).

Stresli yaşam olayları ile depresyon ortaya çıkması arasında önemli ilişki olduğunu savunanlar olduğu gibi, bunların ancak depresyonu ortaya çıkarıcı bir etkilerinin olabileceğini öne sürenler de vardır. Stresli yaşam olayları reaktif depresyonda önemli olabilir. Reaktif depresyonun klasik olarak bir yaşam olayından kaynaklandığı tanımlanır. Yaşam olayı sürdüğü sürece depresyonda sürer ve olayın sonlanmasıyla depresif bulgularda sonlanır (47). Birçok psikiyatrist uzun süre “nörotik” depresyonla, “reaktif” depresyonu aynı anlamda kullanmıştır (55). Winocur (56) nörotik reaktif depresyon kriterlerini aşağıdaki biçimde sıralamıştır:

- Birincil unipolar depresyon kriterlerini karşılar.
- Aşağıdakilerden en az ikisi;
 - Boşanma ve/veya en az bir hafta süreli ayrılma
 - Bir veya daha çok işten ayrılma
 - Daha iyisini bulmadan işi terk etme
 - Çalışma arkadaşları, aile, arkadaşları veya kanun adamları ile çok sayıda çatışma,
- Hasta hastalığını bir yaşam olayına bağlar.
- Şunlardan en az üçü olmalı: Uykuya dalma problemi, çeşitli bedensel yakınmalar, talepkar davranış, problemin sebebi olarak başkalarını suçlama, koşullara tepki biçiminde depresyon.
- Kişilik problemleri
- Şunlardan iki veya daha fazlası olmalı: Ailede alkolizm hikayesi, depresyon nedeniyle birden çok hastaneye yatmamış olma, 40 yaşın altında başlama, tedavilere zayıf yanıt, iki veya daha çok, ciddi olmayan intihar girişimi.
- Yoğun (4’ten fazla) endojen özellik (İlgisizlik, yavaşlık, kendini ayıplama, hezeyan, halüsünasyon, konsantrasyon bozukluğu, sabah erken kalkma gibi sirkadiyen ritm değişiklikleri...) yoktur.

Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi reaktif depresyonla DSM-III-R’deki ve DSM-IV’teki depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğunu ayırt etmek oldukça güçtür.

Kuşkusuz yeni bulgular, yaşam stresinin depresyonla, diğer psikiyatrik ve tıbbi hastalıklardan daha fazla ilişkili olduğunu güçlü biçimde desteklemektedir. Yaşam olayları, depresyon yaygınlığında %1-9 arası bir oynamayı izah etmektedir (55,57). Burada önemli olan, stresli yaşam olayının bireyce nasıl algılanıp değerlendirildiği, bu olayla baş etme gücünün ne kadar ve nasıl olduğudur. Meyer depresyonu bozuk yaşam olaylarına bir tepki olarak görür. Burada sosyo-kültürel özellikler, toplumsal değer yargıları da önemli olabilmektedir. Sullivan depresyon gelişmesinde kişiler arası ilişkinin önemini vurgulamaktadır. Kişilik yapısı ile depresyon arasında ilişki kurmaya çalışan araştırmacılar olduğu gibi, böyle olmadığını öne sürenler de vardır. Depresyonun, obsesif kompulsif, bağımlı, histrionik, borderline, narsistik kişilik yapısındaki kişilerde daha sık görüldüğü belirtilmektedir; ancak depresyonun her kişilik yapısında görülebileceğini de belirtmek gerekir (48).

Depresyon, pek çok kültürel ve çevresel etkenlerin etkisiyle, özellikle de olumsuz yaşam olaylarının etkisiyle (vak'aların 2/3'ünde kadarında) tetiklenen, bazen bunlardan birisinin diğerlerinin önüne geçtiği, biyolojik yatkınlığın da önemli rol oynadığı bir hastalıktır (58,59).

2.3.2. Risk Etkenleri:

Hastalığın ortaya çıkmasında tek bir risk etkeni sorumlu tutulmamakta, genetik yapının, çevreyle olumsuz etkileşimi ve bunun zamanlaması önemli bulunmaktadır. Ailesel yüklülük, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar depresyon için temel risk etkenleri gibi görünmektedir (60-62). 18-44 yaşlar arasında olmak, işsiz ve bekar olmak, düşük sosyoekonomik durum da depresyon için diğer risk etkenleridir (80). Kadın olmanın depresyonda temel bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada ortaya çıkmıştır (61,64). Majör depresyon, kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir ve bu fark genç ve orta yaşta daha belirgindir. Ayrıca majör depresyon boşanmış eşler ya da yalnız yaşayan annelerde daha çok saptanırken, yalnız yaşayanlarda diğer kişilerden iki kat daha fazla görülür (65).

Olumsuz yaşam olayları ile depresyon arasında ilişki olduğunu ve depresyonun başlamasından önce yaşam olaylarının sık görüldüğünü bildiren çok sayıda çalışma yapılmıştır (65-67). Psikolojik mekanizmalar duyarlı kişilerde, özellikle de çocukluğun şekillendirici yıllarında orta beyin kimyasını daha kolay bozabilmektedir. Örseleyici deneyimler bu açıdan özellikle önem taşımaktadır. Çevresel olumsuzluklarla karşılaşan pek çok bireyde klinik depresyon gelişmemektedir. Olumsuz yaşam olayları öncelikle duygulanımsal yatkınlığı olanlarda patojenik bir rol oynuyor gibi görünmektedir. Son veriler depresyonun başlamasında sosyal stres etkenlerinin oynadığı rolün hastalığın özellikle ilk birkaç atakta daha önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Sosyal stresin nedeni ne olursa olsun ortak klinik deneyimlere göre, depresyonda kayıplar önemli, hatta merkezi bir temadır. Erişkin dönemde yaşanan nesne kayıplarının etkisini düzenleyen değişkenler; aynı anda yaşanan diğer yaşam olayları, yaşam biçiminde meydana gelen değişiklikler, kişiler arası desteğin olmaması, sosyal becerilerdeki yetersizlikler, yaşanan kaybın sembolik anlamıdır (46). Özetle, kısa sürede üst üste gelen ya da kronik stres etkeni olan yaşam olayları depresyon için bir risk etkeni olup, özellikle ilk ataklarda %70-90 oranında hazırlayıcı rol oynamaktadır (65).

Ailede duygulanım bozukluğu öyküsünün varlığı da önemli bir risk etkeni oluşturmaktadır. Andreasen ve ark. (68) ise aile görüşmelerinden aldıkları veriler doğrultusunda tek uçlu depresyon için birinci dereceden akrabaların hastalanma riskini % 14.3-% 28.4 olarak saptamıştır.

Bireyin yaşamı boyunca stresle başa çıkmasında ve kişilerarası ilişkilerinde güçlük yaratan nevroitik, histrionik, pasif ve bağımlı, obsesif, sınır kişilik özellikleri yapısına sahip kişilerde depresyonun daha çok gelişmekte olduğu bildirilmektedir (48,65).

2.3.3. Sıklık ve Yaygınlık:

Depresif spektrum bozuklukları ve belirtileri oldukça yaygındır. Kabaca toplumda her 10 kişiden birinde izlenmekte olup, her 4 kadından biri ve her 8-10 erkekten biri yaşamları boyunca en az bir kez depresif epizod geçirmektedir (65). Depresif belirtilerin yaşam boyu yaygınlığı %13-20 ve majör depresyonun yaygınlığı %3.1- 6.1 arasında bulunmuştur. Majör depresif bozukluk adolesan ve erişkin kadınlarda, adolesan ve erişkin erkeklere göre iki-üç kat daha fazladır. Puberte öncesi dönemde kızlar ve erkek çocuklarda eşit dağılım gösterir. Kadın ve erkeklerde 25-45 yaşlar arasında en üst düzeye ulaşır (69). Bir yıllık süre içinde toplumun % 10.3'ünde majör depresyon tespit edilmiştir. Yaşam boyu prevalansı %17 olarak bulunmuştur (65).

Bir çalışmada, majör depresif bozukluğun yaşam boyu ve yıllık yaygınlığının sırayla %4.9 ve %2.7 olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada, depresyonun yıllık sıklığı kadınlar için %1.89, erkekler için %1.1 bulunmuştur. Başka bir çalışmada majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığının %16-20 olduğu belirtilmiştir. Macaristan'da DSM-IV kriterlerine göre yapılan bir çalışmada, 60 yaşına kadar ilk dönem depresyonun ortaya çıkma sıklığı kadınlar için % 32, erkekler için % 18 bulunmuştur (46).

2.3.4. Ek Tanı:

Majör depresif bozukluğa çoğunlukla (%79) diğer psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Olguların %57'sinde anksiyete bozuklukları, %25'inde alkol kullanım bozukluğu ve %44'ünde kişilik bozukluklarının görüldüğü çalışmalar vardır (70). Bazı çalışmalarda depresyonu olan hastaların %75'inden fazlasında anksiyete bozukluğu ek tanısı bulunmuştur (71).

Panik bozukluk ile depresyon ek tanısı bazı çalışmalarda %37-54 arasında bildirilmiştir (72). Obsesif kompulsif bozukluk ile çok sık birlikteliği vardır (73). Depresif hastaların %30-70 kadarına kişilik bozuklukları eşlik etmektedir. En sık kaçınan, obsesif kompulsif, sınır ve paranoid kişilik bozukluğu tanılarında depresyon

eşlik etmektedir (74). Bir çalışmada majör depresyonlu hastaların %16.5'inde alkol kullanım bozukluğu ve %18 inde diğer maddelerin kullanımı olduğu saptanmıştır (75).

Depresyon hastalarının %75'inde ölme isteği ve intihar düşüncesi izlenir. Hastaların 1/3'ü intihar girişiminde bulunurken, bunların da %10'u ölümlle sonlanır. Kadınlarda intihar girişimi daha fazla, ölüm oranı daha azken; erkeklerde girişim sayısı daha az, ancak ölüm oranı daha fazladır (65).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Örneklem:

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniğine Mart 2007 ile Kasım 2007 ayları arasında ardı sıra başvuran kişilerden DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I) uygulanarak depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu (DDUB) tanısı alan 32 kişi ve majör depresyon (MD) tanısı alan 22 kişi araştırmaya alınmıştır. Ayrıca iki hastalık grubundaki kişilere benzer yaş ve cinsiyetten daha önce ruhsal bir hastalık öyküsü ve başvurusu bulunmayan 30 kişi sağlıklı kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma 15.03.2007 tarih ve 14 sayılı yazı ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunca onaylanmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- 1- 18-65 yaş arasında olmak,
- 2- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 3- Okur-yazar olmak
- 4- DSM-IV'e göre majör depresyon veya depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamak,
- 5- DDUB ve MD tanısı konulan hastaların geçmişte ruhsal hastalık öyküsünün olmaması.
- 6- MD hastaları için ilk atak olması ve psikotik özellikli depresyon ya da iki uçlu duygu durum bozukluğuna bağlı depresyon atağı ölçütlerine uymaması.

Araştırmaya Alınmama Kriterleri:

- 1- Mental retardasyonu bulunmak,
- 2- Psikiyatrik öyküsünde herhangi bir başka eksen I tanısı olmak,
- 3- Demans dahil herhangi bir merkezi sinir sistemi hastalığı veya kronik organik bir hastalığı bulunmak veya şu anda akut olarak devam eden fiziksel bir hastalığa sahip olmak,
- 4- Kontrol grubu için, daha önce psikiyatrik bir hastalığı bulunmak.

3.2. Araştırmanın Aşamaları:

DDUB ve MD tanıları SCID I klinik görüşme formu uygulanarak değerlendirilmiştir. Her iki hasta grubu ve kontrol grubuna alınan katılımcılara araştırmacının hazırladığı sosyodemoğrafik veri toplama formu ve Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği (HAÖ), Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDÖ), Rahe-Holmes strese yeniden uyum ölçeği (RHÖ), Sarason'un yaşam değişimleri anketi (SYDA), İşlevselliğin genel değerlendirilmesi ölçeği (İGD), Sosyal işlevsellik ölçeği hasta formu (SİÖ-HF) uygulanmıştır. Uygulamaya başlamadan önce, katılımcılara araştırmanın amacı anlatılmış, rızaları alınmış ve ölçekler hakkında bilgi verilmiştir. DDUB ve MD gruplarına, 4, 12, 18 ve 24. haftalarda HAÖ, HDÖ ve İGD formu uygulanarak 6 aylık izlemleri yapılmıştır.

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi, Biyoistatistik Anabilim Dalında, SPSS 13.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiki değerlendirmede verilerin yapısına uygun olarak *kolmogorov simirnov* normalite testi, gruplar arası kıyaslamalar yapılırken uygun verilere ki-kare testi, *Mann-Whitney U* testi, *One Way* varyans analizi, *Kruskal-Wallis One Way* varyans analizleri uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki korelasyon katsayılarını saptamak amacıyla, değişkenlere önce *kolmogorov simirnov* normalite testi uygulanmıştır. Normalite testini geçen değişkenlerde korelasyon katsayılarını saptamak amacıyla *pearson* korelasyon testi, normalite testini geçemeyen değişkenlerde *spearman* korelasyon testi uygulanarak aralarındaki ilişkiye bakılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Toplama Formu: Araştırmacı tarafından, araştırmaya katılanların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişiler, iş durumu, gelir durumu, eşinin işi ve gelirinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID I): SCID I, 1997 yılında DSM-IV'e göre eksen I bozukluklarının değerlendirilmesi ve tanı konulması amacıyla First ve ark. (76) tarafından geliştirilmiş, şu anda ve yaşam boyu birinci

eksen tanısı koymaya yönelik yarı yapılandırılmış görüşme formudur. Özkürkçügil ve ark. (77) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Hamilton Aksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ): Hamilton (78) tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Sağlıklı bireyler ya da psikiyatrik hasta gruplarına uygulanabilir. Beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Yönergesinin anlaşılır olması ve yarı yapılandırılmış sorgulama nedeniyle uygulanması kolaydır. Son 72 saat içindeki anksiyete düzeyini değerlendirmek üzere kullanılır. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve doldururken yarı yapılandırılmış sorgulama ile hastaya en çok uyan madde işaretlenir. Her maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Her maddenin puanı 0-4 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 0-56 arasında değişmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır. Bu nedenle yalnızca karşılaştırmalı çalışmalarda anlam taşır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (79) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ): Ölçek, Hamilton (80) tarafından, depresyon tanısı almış hastalarda depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Klinisyen tarafından 17 depresyon semptomunu, üç ya da beş dereceli bir boyut üzerinde değerlendirmektedir. HDÖ'de 0 ile 4 arasında puanlar alınabilir. En yüksek 53 puan alınır. HDÖ'e göre toplam skor puanlaması: 0-7 depresyon yok, 8-12 hafif düzeyde depresyon, 13-17 orta düzeyde depresyon, 18-29 majör depresyon, 30-52 ağır majör depresyon şeklindedir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği Akdemir ve arkadaşları (81) tarafından yapılmıştır. Yeterli iç tutarlığa, test-tekrar test güvenirliğine, değerlendiriciler arası güvenirliğe, yapı ve ölçüt bağıntılı geçerliğe sahip olduğu gösterilmiştir (82).

Rahe-Holmes Strese Yeniden Uyum Ölçeği (RHÖ): Holmes ve Rahe'nin (24) geliştirdiği bir öz bildirim ölçeğidir son bir yıl içinde eşin ölümü, boşanma, yakın akraba ölümü, iş değişikliği, çevre değişikliği, hastalık öyküsü gibi stres yaratan önemli yaşam olaylarını belirlemek için kullanılır. Toplam 43 madde içerir. Eşin ölümü, boşanma, ayrılık ve aile üyelerinden birinin ölümü gibi kayıplar çok

daha yüksek puanlar almaktadır. Holmes ve Rahe (24), geçen iki ay içerisinde ölçekten 300 ve daha yüksek puan alanların daha düşük puan alanlara göre hastalanma oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Türkiye'de ilk kez Birsöz (83) ve Sorias'ın (84) kullandığı RHÖ'nün ülkemizde kapsamlı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına rastlanmamıştır.

Sarason'un Yaşam Değişimleri Anketi (SYDA): SYDA olayların etkisinin bireye göre değerlendirilmesi amacıyla olumlu ve olumsuz yaşam olaylarını ayrı ayrı değerlendirmek için dizayn edilmiştir. Bir önceki yıl içinde kişinin yaşadığı olayları kendi kendine değerlendirmesine olanak sağlayan bir ölçektir. Yaşam değişimleri anketine cevap verirken, olayların arzu edilirliliği ve etkileri değerlendirilir. Olayların ayrıntılı olarak değerlendirilebilmesi için -3 ten +3'e kadar değişen bir dereceleme ölçeğinden yararlanır. Kişi yaşadığı olayları olumlu veya olumsuz olarak değerlendirdikten sonra "az", "orta" veya "çok" gibi bir derecelendirmeye tabi tutar. Eksi puanların toplanmasıyla "olumsuz değişim puanı", artı değerlerin toplanması ile "olumlu değişim puanı" ve bu iki değerlerin toplanmasıyla da "toplam değişim puanı" elde edilir (85). Türkçeye uyarlanması Aslanoğlu (86) tarafından yapılmıştır ve 65 maddeden oluşur.

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Formu (İGD): DSM-IV'ün V. ekseninde kullanılmakta olan bu ölçek, kişinin fiziksel ya da çevresel faktörlerin neden olduğu bozulma dışındaki psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğini değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Puanlama eğitimli bir uzman tarafından, 0-100 arasında tek bir rakamın seçilmesiyle yapılır. Ölçek on işlevsellik aralığına bölünmüş olmakla birlikte, değerlendirmeyi yapan uzman mümkün olduğunda ara değerler de kullanabilir. Ölçekten alınan yüksek puanlar işlevselliğin yüksek olduğuna işaret eder (17,87).

Sosyal İşlevsellik Ölçeği Hasta Formu: (SİÖ-HF): SİÖ, Birchwood ve ark. (88) tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği Erakay (89) tarafından yapılmıştır. Altı alt ölçekten oluşur: Sosyal uğraşı/sosyal geri çekilme, kişiler arası davranış, öncül sosyal etkinlikler, boş zaman etkinlikleri, bağımsızlık, iş/meslek. Her alt ölçekten alınan toplam puanların yüksek olması işlevsellikte olumluya doğru gidişin olduğunu göstermektedir (88).

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler:

Araştırmaya katılan kontrol grubundaki 30 kişinin 19'u (%63.3) kadın, 11'i (%36.7) erkekti; DDUB grubundaki 32 kişinin 24'ü (%75) kadın, 8'i (%25) erkekti; MD grubundaki 22 kişinin 18'i (%81.8) kadın, 4'ü (%18.2) erkekti. Gruplar arasında cinsiyetlerin dağılımı açısından anlamlı farklılık yoktu ($p=0.311$).

Kontrol grubundaki 30 kişinin yaş ortalaması 36.667 (SD±10.631), DDUB hastalarının yaş ortalaması 36.938 (SD: 11.210), MD grubunun yaş ortalaması 30.864 (SD±10.101) olup, grupların yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.116$).

Kontrol grubundaki 12 kişi (%40) ilköğretim, 6 kişi (%20) lise ve 12 kişi (%40) üniversite mezunuydu. DDUB grubundaki 9 kişi (%28.1) ilk öğretim, 8 kişi lise (%25), 15 kişi (%46.9) üniversite mezunuydu. MD grubundaki 6 kişi (%27.3) ilk öğretim, 5 kişi (%22.7) lise, 11 kişi (%50) üniversite mezunuydu. Grupların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0.803$).

Her üç grupta iş durumlarına baktığımızda; düzenli bir işi olanların sayısı kontrol grubunda 19 (%63.3), DDUB grubunda 12 (%37.5), MD grubunda 7 (%31.8) idi; kontrol grubundaki 3 kişi (%10), DDUB grubundaki 3 kişi (%9.4) ve MD grubundaki 3 kişi (%13.6) işsizdi veya geçici bir işte çalışıyordu; kontrol grubunda emekli olmuş kişi yokken, DDUB grubunda 4 kişi (%12.5), MD grubunda 1 (%4.6) kişi emekliydi. Kontrol grubundaki kişilerin 3'ü (%10), DDUB grubundaki kişilerin 5'i (%15.6), MD grubundaki kişilerin 4'ü (%18.2) öğrenciydi. Kontrol grubundaki ev hanımlarının sayısı 5 (%16.7), DDUB grubunda 8 (%25), MD grubunda 7 (%31.8) idi. Gruplar arasında iş durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0.280$).

Grupların medeni durumlarına baktığımızda; kontrol grubundaki kişilerin 22'si (%73.3) evli, 8'i (%26.7) bekar, kontrol grubunda boşanmış veya dul olan kişi yoktu. DDUB grubundaki 17 kişi (%53.1) evli, 8 kişi (%25) bekar, 7 kişi (%21.9) boşanmış veya duldu. MD grubundakilerin 7'si (%31.8) evli, 10'u (%45.4) bekar, 5'i (%22.8) boşanmış veya duldu. Grupların medeni durumu arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p=0.001$). DDUB grubunda ve MD grubunda boşanmış veya dul olan kişilerin oranı kontrol grubuna göre daha fazla iken, MD grubunda bekar kişilerin oranı kontrol grubu ve DDUB grubuna göre daha fazlaydı.

Her üç gruptaki kişiler arasında çocuk sayıları ($p=0.529$), yaşadıkları yer-çevre ($p=0.072$) ve gelir düzeyleri ($p=0.350$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Grupların sosyodemografik özellikleri tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo.1.Çalışmaya katılan grupların sosyodemografik özellikleri

	DDUB grubu (n=32)		MD grubu (n=22)		Kontrol grubu (n=30)		p
	N	%	N	%	N	%	
Yaş ortalaması ^a	36.938±11.210		30.864±10.101		36.667±10.631		p=0.116
Cinsiyet							
Kadın	24	75.0	18	81.8	19	63.3	p=0.311
Erkek	8	25.0	4	18.2	11	36.7	
Eğitim							
İlköğretim	9	28.1	6	27.3	12	40.0	p=0.853
Lise	8	25.0	5	22.7	6	20.0	
Üniversite	15	46.9	11	50.0	12	40.0	
İş durumu							
Düzenli işi var	12	37.5	7	31.8	19	63.3	p=0.280
İşsiz/geçici işçi	3	9.4	3	13.6	3	10.0	
Emekli	4	12.5	1	4.6	0	0	
Öğrenci	5	15.6	4	18.2	3	10.0	
Ev hanımı	8	25.0	7	31.8	5	16.7	
Medeni durum							
Evli	17	53.1	7	31.8	22	73.3	p*=0.001
Bekar	8	25.0	10	45.4	8	26.7	
Boşanmış/Dul	7	21.9	5	22.8	0	0	
Gelir düzeyi							
Geliri yok	6	18.8	9	40.9	6	20.0	p=0.350
0-800 YTL	14	43.8	7	31.8	16	53.3	
800-1500 YTL	11	34.3	6	27.3	6	20.0	
1500 YTL ve üstü	1	3.1	0	0	2	6.7	
Çocuk sayısı							
Yok	11	34.4	12	54.5	11	36.7	p=0.529
Bir	9	28.1	4	18.2	10	33.3	
İki	9	28.1	4	18.2	4	13.3	
Üç/daha fazla	3	9.4	2	9.1	5	16.7	
Yaşadıkları yer/çevre							
Ailesiyle	25	78.1	13	59.1	26	86.7	p=0.072
Yalnız	3	9.4	2	9.1	1	3.3	
Yurtta	4	12.5	7	31.8	0	0	
Diğer	0	0	0	0	3	10.0	

$p>0.05$: Anlamlı değil, $p*<0.001$: Çok ileri derecede anlamlı fark.

^a= Bu değişkende gruplara One Way varyans analizi uygulanmıştır. Tablodaki diğer değişkenlere ki-kare testi uygulanmıştır.

4.2. En Sık Saptanan Yaşam Olayları ve Semptomlar:

DDUB grubunda en sık saptanan yaşam olayları; aile üyelerinin sağlığında değişiklik (n=13, %40.6), kişisel bir yaralanma veya hastalık (n=8, %25), eşle yapılan tartışmaların sayısında değişiklik (n=8, %25), ekonomik/parasal durumda bozulma (n=8, %25), okula başlamak ya da bitirmek (n=7, %21.9), eşin ailesiyle sorunlar (n=6, %18.8), aileden yakın birinin ölümü (n=4, %12.5) ve boşanmaydı (n=4, %12.5). MD grubunda en sık saptanan yaşam olayları; ekonomik/parasal durumda değişiklik (n=14, %63.6), aile üyelerinden birinin sağlığında değişiklik (n=11, %50), eşle yapılan tartışmaların sayısında değişiklik (n=9, %40.9), eşin ailesiyle sorun (n=7, %31.8), kişisel bir yaralanma veya hastalık (n=6, %27.3), işte ve görevde yeniden düzenlemeler (n=6, %27.3), aileden yakın birinin ölümüydü (n=5, %22.7).

MD tanısı konulan grupta şiddeti değişmekle birlikte en sık saptanan semptomlar; retardasyon (%100), uykularda bölünme (%100), uykuya dalmada güçlük (%95.4), konsantrasyon güçlüğü ve unutkanlık (%100), çalışma ve aktivitelerde yetersizlik (%100), cinsel isteksizlik (%87.3), kardiyovasküler semptomlardı (%95.4). DDUB grubunda ise en sık rastlanan semptomlar konsantrasyon güçlüğü (%90.7), çalışma ve aktivitelerde yetersizlik (%90.6), uykuya dalmada güçlük (%81.2), anksiyeteli mizaç (%81.2), somatik yakınmalar (%81.3), kardiyovasküler semptomlar (%75.0), uykularda bölünme (%68.8) ve retardasyondur (%65.6). Uykuya dalmada güçlük, kardiyovasküler semptomlar, konsantrasyon güçlüğü ve psikik anksiyete dışındaki semptomlar MD grubunda DDUB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha şiddetli ve sık olarak görülmekteydi ($p<0.05$).

MD grubundaki hastaların %18.2'sinde (n=4) ciddi intihar düşüncesi ve %22.7'sinde (n=5) intihar girişimi bulunurken, DDUB grubunun %3.1'inde (n=1) intihar girişimi olduğu saptanmıştır. MD grubunda, DDUB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde, ciddi intihar düşüncesi/girişimi daha fazladır ($p=0.000$). En sık rastlanan belirtiler tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo.2.En sık görülen belirtilerin şiddet ve sıklığının gruplar arasında karşılaştırılması

Semptom Profili	DDUB Grubu (N=32)						MD Grubu (N=22)						p		
	Yok		Var				Yok		Var						
	N	%	N	%	N	%	%	N	%	N	%	%			
Retardasyon	11	34.4	21	65.6	0	0	65.6	0	0	20	90.9	2	9.1	100	.001
Uykularda bölünme	10	31.3	22	68.8	0	0	68.8	0	0	22	0	0	0	100	.003
Uykuya dalmada güçlük	6	18.8	25	78.1	1	3.1	81.2	1	4.5	20	90.9	1	4.5	95.4	.001
Konsantrasyon güçlüğü/ unutkanlık	3	9.4	14	43.8	15	46.9	90.7	0	0	8	36.4	14	63.6	100	.289
Cinsel isteksizlik	15	46.9	16	50.0	1	3.1	53.1	5	22.7	9	40.9	8	36.4	87.3	.001
Çalışma-aktivitelerde yetersizlik	3	9.4	24	75	5	15.6	90.6	0	0	7	31.8	15	68.2	100	.000
Kardiyo-vasküler semptomlar	8	25	20	62.5	4	12.5	75.0	1	4.5	20	90.9	1	4.5	95.4	.065
Anksiyeteli mizaç	6	18.8	20	62.4	6	18.8	81.2	3	13.6	12	54.5	7	31.8	86.3	.530
İntihar düşüncesi/ girişimi	yok		Ölme isteği		Ciddi düşünce/girişim			yok		Ölme isteği		Ciddi düşünce/girişim			.000
	26	81.3	5	15.6	1		3.1	3	13.6	10	45.5	9		40.9	

p>0.05: Anlamli değil, p<0.05: Anlamli fark, p<0.01: ileri derecede anlamli fark, p<0.001: Çok ileri derecede anlamli fark. İki grubun tabloda yer alan verilerini kıyaslamak için ki-kare testi uygulanmıştır.

4.3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği-Hasta Formu (SİÖ-HF):

Kontrol grubundakilerin 26'sı (%86,7) şu anda herhangi bir işte çalışabileceğini/zorlanmayacağını düşünürken; 4'ü (%13,3) zorlanabileceği düşüncesine sahipti. DDUB grubunda ise 15 (%53,6) kişi herhangi bir işte çalışırken zorlanmayacağını, 13 kişi (%46,4) zorlanacağını veya kesinlikle çalışamayacak durumda olduğunu bildirdi. MD grubunda çalışabileceğini düşünenlerin sayısı 3 iken (%14, 3), zorlanacağını veya kesinlikle çalışamayacağını düşünenlerin sayısı 18'di (%85,7). Kontrol grubu ile DDUB grubu ($p=0.006$) ve kontrol grubu ile MD grubu arasında ($p=0.000$) istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık, DDUB grubu ile MD grubu arasında da ($p= 0.005$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptandı.

Sosyal işlevsellik ölçeğinin sosyal uğraşı/sosyal çekilme alt ölçeğinde; her üç grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p<0.05$).

Sosyal işlevsellik ölçeğinin kişiler arası işlevsellik alt ölçeğinde de her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Her iki alt ölçekten de en düşük puanları MD grubu almıştır, DDUB grubunun sosyal uğraşı/sosyal çekilme ve kişiler arası işlevsellik alt ölçeklerinden aldıkları puanlar kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük ancak majör depresyon grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Sosyal işlevsellik ölçeğinin öncül sosyal etkinlikler alt ölçeğinde kontrol grubunun puanları ile hem DDUB grubunun puanları hem de MD grubunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunurken ($p<0.05$), DDUB ve MD grubunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Hem DDUB grubunun hem de MD grubunun puanları kontrol grubuna göre daha düşüktür.

Sosyal işlevsellik ölçeğinin bağımsızlık düzeyi-yetkinlik alt ölçeğinden, MD grubu kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük puanlar almıştır ($p<0.05$). DDUB grubunun bu alt ölçekten aldığı puanlar MD grubuna göre daha yüksek, ancak kontrol grubuna göre daha düşüktür. Fakat DDUB grubu ile ne MD ne de kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bağımsızlık düzeyi-performans alt ölçeğinde kontrol grubu ile DDUB grubunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0.05$), MD grubu ile hem DDUB grubunun hem de kontrol grubunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bağımsızlık düzeyi-performans alt ölçeğinden MD grubunun puanlarının, kontrol grubuna ve DDUB grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Sosyal işlevsellik ölçeğinin boş zamanları değerlendirme alt ölçeğinde kontrol grubu ile DDUB grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken ($p=0.323$), MD grubuyla hem kontrol grubu hem de DDUB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. MD grubunun bu alt ölçekten aldığı puanlar diğer iki gruba göre daha düşüktür ($p<0.001$). Sosyal işlevsellik ölçeğinin alt ölçek puanları tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo.3.Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının karşılaştırılması

SİÖ-HF (Sosyal İşlevsellik Ölçeği) Alt Ölçekleri	DDUB Grubu (n=32)		MD Grubu (n=22)		Kontrol Grubu (n=30)		p
	Ortanca	%25-75	Ortanca	%25-75	Ortanca	%25-75	
*Sosyal uğraşı /Sosyal çekilme	9.00	6.00-11.75	6.00	3.00-8.00	11.50	9.00-13.00	<0.05
*Kişiler Arası İşlevsellik	6.00	5.00-7.00	4.00	3.00-5.00	7.00	7.00-8.00	<0.05
*Öncül Sosyal Etkinlikler	8.00	4.25-17.25	5.50	2.50-8.50	18.50	10.00-31.00	<0.05
*Bağımsızlık düzeyi-yetkinlik	37.00	31.00-39.00	32.00	26.50-32.50	38.00	33.00-39.00	<0.05
*Bağımsızlık düzeyi-performans	31.00	24.25-35.00	23.00	19.50-28.00	32.50	27.00-36.00	<0.05
**Boş Zamanları Değerlendirme	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	<0.01
	15.32	6.88	7.65	4.55	16.97	7.03	

$p<0.05$: Anlamlı fark, $p<0.01$: İleri derecede anlamlı fark.

*= Bu alt ölçekler kolmogorov simirnov normalite testini geçememiştir. Bu alt ölçeklere Kuruskal Wallis One Way varyans analizi uygulanmıştır

**= Bu alt ölçek değerleri kolmogorov simirnov testinde normal dağılım göstermiştir ve One Way varyans analizi uygulanmıştır.

Sosyal uğraşı/sosyal çekilme: kontrol>DDUB>MD

Kişiler arası işlevsellik: kontrol>DDUB>MD

Öncül sosyal etkinlikler: kontrol>DDUB, kontrol>MD

Bağımsızlık düzeyi/yetkinlik: kontrol>MD

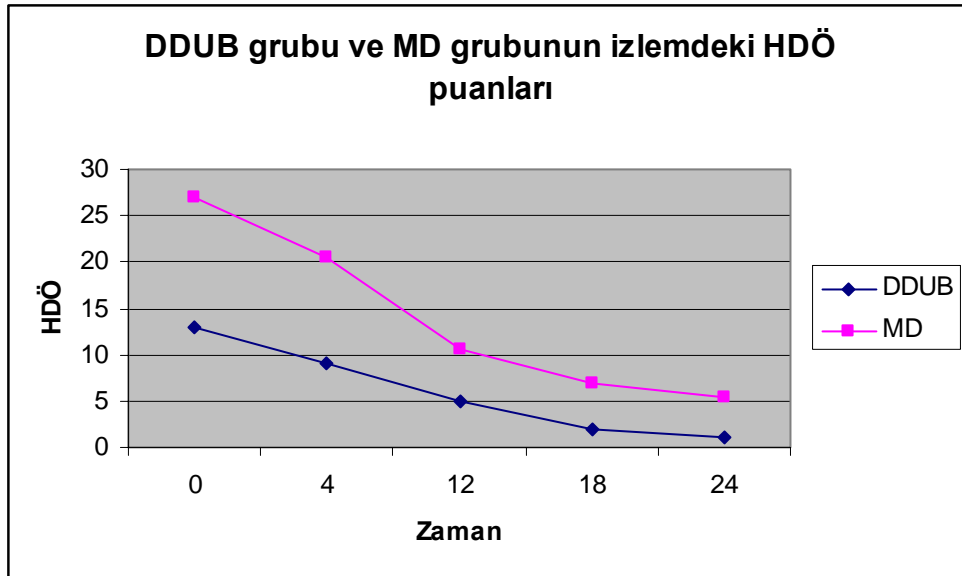
Bağımsızlık düzeyi/performans: kontrol>MD, DDUB>MD

Boş zamanları değerlendirme: kontrol>MD, DDUB>MD

4.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ):

Grupların ilk görüşmede değerlendirilen HDÖ'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. DDUB grubu kontrol grubuna göre; MD grubu hem kontrol grubuna hem de DDUB grubuna göre HDÖ'den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar almıştır ($p < 0.05$).

DDUB grubunun izlem döneminde tespit edilen HDÖ puanları ile MD grubunun izlem döneminde tespit edilen HDÖ puanları kıyaslandığında; 4'üncü ($p=0.000$) 12'inci ($p=0.024$), 18'inci ($p=0.014$) ve 24'üncü ($p=0.006$) haftalarda her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Tüm takiplerde MD grubunun HDÖ'den aldıkları puanlar DDUB grubuna göre daha yüksektir. DDUB grubu ve MD grubunun HDÖ puanlarının karşılaştırılması şekil 1'de gösterilmiştir.

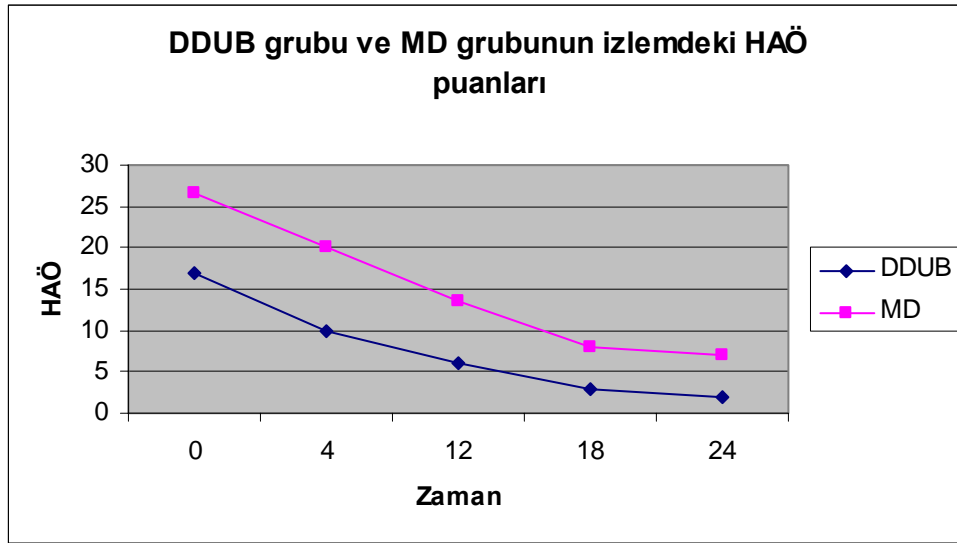


Şekil.1. DDUB grubu ile MD grubunun HDÖ puanları

4.5. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ):

Grupların ilk görüşmede değerlendirilen HAÖ'den aldıkları puanlamalara göre karşılaştırmaları yapıldığında; kontrol grubuna göre DDUB grubu ve MD grubu bu ölçekten istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almışlardır. MD grubunun puanları ile DDUB grubunun puanları karşılaştırıldığında, MD grubu HAÖ'den istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almıştır ($p<0.05$).

DDUB grubunun takiplerde tespit edilen HAÖ puanları ile MD grubunun takiplerdeki değerlendirmelerinde tespit edilen HAÖ puanları kıyaslandığında; 4. haftada ($p= .000$), 18. haftada ($p=0.005$) ve 24. haftada ($p=0.021$) iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde MD grubunda yüksek saptanmıştır. DDUB grubu ve MD grubunun HAÖ puanlarının karşılaştırılması şekil 2'de gösterilmiştir.

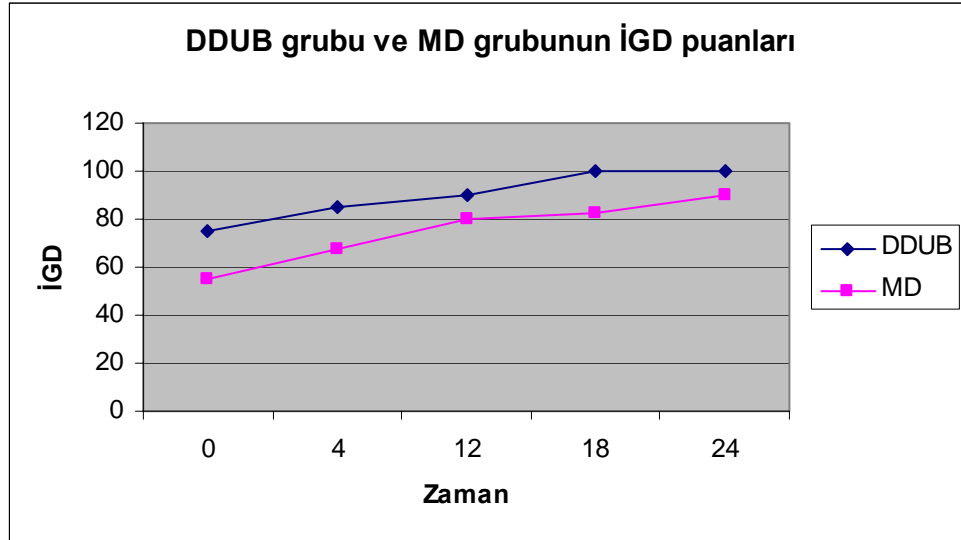


Şekil.2. DDUB grubu ve MD grubunun HAÖ puanları

4.6. İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği (İGD):

Grupların ilk görüşmelerinde İGD ile yapılan değerlendirmelerindeki işlevsellik puanları karşılaştırıldığında her üç grup arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. MD hastalarının İGD puanları kontrol grubuna ve DDUB grubuna göre daha düşüktür. DDUB grubunun puanları MD grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek, ancak kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır ($p<0.05$).

DDUB grubu ile MD grubunun takiplerdeki İGD ile saptanan işlevsellik puanlarını karşılaştırdığımızda, 4'üncü ($p=0.000$), 12'inci ($p=0.000$), 18'inci ($p=0.003$), 24'üncü ($p=0.004$) haftalarda iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır. MD grubundaki kişilerin işlevselliği tüm takiplerde daha düşük saptanmıştır. DDUB grubu ve MD grubunun İGD puanlarının karşılaştırılması şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil.3. DDUB grubu ile MD grubunun İGD ölçek puanları

DDUB ve MD grubunun ilk görüşmede ve izlem döneminde elde edilen HDÖ, HAÖ ve İGD puanları ve karşılaştırmaları tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo.4. DDUB grubu ve MD grubunun ilk görüşme ve izlem dönemindeki HDÖ, HAÖ ve İGD ölçek puanları ve karşılaştırılması

		DDUB Grubu		MD Grubu		p
		Ortanca	%25-75	Ortanca	%25-75	
Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ)	İlk görüşme (n=32)	13.00	9.50-17.00	27.00	22.00-32.00	<0.05
	4. hafta (n=30)	9.00	5.00-14.50	20.50	14.50-27.00	.000
	12. hafta (n=30)	5.00	2.50-8.50	10.50	5.25-18.00	.024
	18. hafta (n=30)	2.00	1.00-7.00	7.00	2.50-15.75	.014
	24. hafta (n=29)	1.00	0.00-3.00	5.50	1.00-14.00	.006
Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ)	İlk görüşme (n=32)	17.00	13.50-22.00	26.50	23.00-29.00	<0.05
	4. hafta (n=30)	10.00	7.00-15.00	20.00	16.50-24.25	.000
	12. hafta (n=30)	6.00	3.50-10.0	13.50	4.25-19.50	A.D.
	18. hafta (n=30)	3.00	2.00-6.00	8.00	3.25-16.75	.005
	24. hafta (n=29)	2.00	0.00-5.00	7.00	1.25-13.25	.021
İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği (İGD)	İlk görüşme (n=32)	75.00	72.50-80.00	55.00	51.25-60.00	.000
	4. hafta (n=30)	85.00	80.00-90.00	67.50	60.00-78.75	.000
	12. hafta (n=30)	90.00	85.00-95.00	80.00	70.00-88.75	.000
	18. hafta (n=30)	100.00	90.00-100.00	82.50	70.00-100.00	.003
	24. hafta (n=29)	100.00	92.50-100.00	90.00	75.00-100.00	.004

A.D.= Anlamli değil veya $p>0.05$, $p<0.05$: Anlamli fark, $p<0.01$: İleri derecede anlamli fark, $p<0.001$: Çok ileri derece anlamli fark. MD>DDUB. Her iki grubun değerlerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

4.7. Stres Etkeninin Süresine ve İlaç Kullanımına Göre Değerlendirme:

İzlem döneminin sonunda her iki gruptaki kişileri stres etkeni süreğen olanlar ve stres etkeni sonlananlar olarak ayırdığımızda DDUB hasta grubundaki 6 kişinin (%20), MD grubundaki 9 kişinin (%45) stres etkeninin süreğen olduğu bulundu. DDUB grubunda stres etkeni süreğen olan hastalarla, stres etkenleri sonlanmış olan hastaları kıyasladığımızda; bu iki grubun arasında HAÖ puanları ilk görüşmede ($p=0.003$) ve 24. haftada ($p=0.011$) stres etkeni süreğen olanlarda anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Yine DDUB grubunda stres etkeni süreğen olan hastalarda, ilk görüşmede ($p=0.019$) ve 24. haftadaki ($p=0.011$) değerlendirmede HDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

DDUB grubunda olup stres etkenleri süreğen olan hastaların İGD puanları ile stres etkeni sonlanmış olan hastaların İGD puanları karşılaştırıldığında; 4'üncü haftada ($p=0.047$), 18'inci haftada ($p=0.002$) ve 24'üncü haftada ($p=0.000$) stres etkeni süreğen olanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır.

MD grubunda stres etkeni süreğen olan hastaların takiplerdeki HDÖ'den, HAÖ'den, İGD'den elde edilen puanlarını stres etkeni sonlanmış olan hastaların puanlarıyla kıyasladığımızda, iki grup arasında 12'inci haftada, 18'inci haftada ve 24'üncü haftada istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Stres etkeni süreğen olan MD'lu hastaların HDÖ (12'inci haftada $p=0.002$; 18'inci haftada $p=0.000$; 24'üncü haftada $p=0.000$) ve HAÖ (12'inci haftada $p=0.001$; 24'üncü haftada $p=0.000$) puanları, stres etkeni sonlanmış olan MD'lu hastalara göre 12'inci haftadan itibaren anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur, İGD'ye göre tespit edilen işlevsellik puanları (12. haftada $p=0.003$; 18'inci haftada $p=0.000$; 24'üncü haftada $p=0.000$) 12'inci haftadan itibaren istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır.

Tablo.5. Stres etkeni süregelen olan hastalarla, stres etkeni sonlanmış olan hastaların HDÖ, HAÖ ve İGD puanlarının kıyaslanması.

		DDUB Grubu (n=30)					MD Grubu (n=20)				
		Stres etkeni süregelen olanlar (n=6, %20) Ortanca %25-75		Stres etkeni sonlananlar (n=24, %80) Ortanca %25-75		p	Stres etkeni süregelen olanlar (n=9, %45) Ortanca %25-75		Stres etkeni sonlananlar (n=11, %55) Ortanca %25-75		p
HDÖ	İlk görüşme	20	14.5-23.25	12	9-15	.003	28	19-30	26	22-34	A.D
	4. hafta	13	7.75-22.5	8	5-12	A.D.	23	15-28	20	10-26	A.D
	12. hafta	12	3-20	5	2-7	A.D.	15	11.5-26	6	2-10	.002
	18. hafta	6.5	1.5-11	2	1-4	A.D.	16	10-18.5	4	1-4	.000
	24. hafta	5	3-6.75	1	0-2	.011	15	7.5-20.5	1	0-3	.000
HAÖ	İlk görüşme	23.5	16.25-27	15	12-20	.019	24	22-28	28	23-30	A.D
	4. hafta	16.5	3.75-24.5	10	8-13	A.D.	20	17.5-22	19	12-26	A.D
	12. hafta	11.5	2.75-18.5	6	4-8	A.D.	18	15.5-25.5	5	2-13	.001
	18. hafta	9	1.75-11	2	2-4	A.D.	17	13.5-20	4	2-6	.000
	24. hafta	8	3.75-11.5	2.0	0-4	.011	14	7-25	2	1-5	.000
İGD	İlk görüşme	72.5	67.5-80	75	75-80	A.D	55	52.5-62.5	60	50-60	A.D
	4. hafta	77.5	70-82.5	85	80-90	.047	60	55-72.5	70	65-80	A.D
	12. hafta	85	78.75-90	90	90-100	A.D.	70	57.5-80	85	80-90	.003
	18. hafta	90	83.75-90	100	100-90	.002	70	65-77.5	100	90-100	.000
	24. hafta	90	88.75-91.25	100	100-100	.000	75	70-87.5	100	90-100	.000

A.D.= Anlamli değil veya $p > 0.05$, $p < 0.05$: Anlamli fark, $p < 0.01$: İleri derecede anlamli fark, $p < 0.001$: Çok ileri derece anlamli fark. Stres etkeni süregelen olanlar > Stres etkeni sonlanmış olanlar. Grupların puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Her iki tanı grubunda da hastalara SSRI grubundan çeşitli ilaçlar başlanmıştır. DDUB grubundaki hastaların 12'si (%40), MD grubundaki hastaların 7'si (%35) ilaçlarını hiç kullanmamış veya 4 haftadan daha kısa süre kullanmıştı, diğer hastaların ilaçlarını düzenli kullandığı saptandı. DDUB grubu ile MD grubu arasında hastaların düzenli ilaç kullanmaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.602$). İlaçlarını düzenli kullandığı saptanan DDUB grubundaki 18 kişi (%60) ve MD grubundaki 13 (%65) kişinin ilaç dozları günlük normal doz aralığındaydı ve iki grup arasında kullandıkları ilaçların günlük doz aralığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.953$). DDUB grubunda ilacını düzenli şekilde kullanan hastalarla ilaca yeterli süre devam etmeyen/ilacını hiç kullanmayan hastaların izlem dönemindeki HDÖ'den, HAÖ'den ve İGD'den elde edilen puanları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Aynı şekilde; MD grubunda da ilaç kullanan ve yeterli süre ilaç kullanmayan/hiç ilaç kullanmayan hastaların izlem dönemindeki HDÖ'den, HAÖ'den ve İGD'den elde edilen puanları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.8. Grupların Stres Düzeylerinin Değerlendirilmesi:

RHÖ'den elde edilen puanlara göre gruplar karşılaştırıldığında; kontrol grubuna göre DDUB grubu ve MD grubu istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almışlardır ($p<0.05$), ancak MD grubunun puanları DDUB grubuna göre daha yüksek olsa da fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

SYDA'dan elde edilen puanlara göre gruplar karşılaştırıldığında; kontrol grubuna göre DDUB grubu ve MD grubu istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük puanlar almışlardır ($p<0.05$), ancak MD grubunun puanları DDUB grubuna göre daha düşük (daha fazla negatif değerler) olsa da fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

SYDA'daki yaşam olaylarını DSM IV'e göre birincil destek gruplarıyla olan olaylar ve sosyal çevre/iş/ekonomik durumla ilgili olaylar diye ayırdığımızda hastaların bu olaylara göre elde ettikleri puanlar da MD ve DDUB grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak hem DDUB

grubunda hem de MD grubunda SYDA’de birincil destek gruplarıyla ilişkili olan olayların puanları, SYDA’den elde edilen sosyal çevre/iş/ekonomik durumla ilişkili olaylardan elde edilen puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla negatif olarak saptanmıştır ($p<0.05$). Stres düzeylerini değerlendirmede kullanılan RHÖ ve SYDA puanları ve gruplar arasındaki karşılaştırması tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo.6. Grupların stres düzeylerinin karşılaştırılması.

	DDUB Grubu		MD Grubu		Kontrol grubu		P
	Ortanca	%25-75	Ortanca	%25-75	Ortanca	%25-75	
Rahe-Holmes strese yeniden uyum ölçeği puanları	215.0	161.5 - 328.5	326.0	178.0-396.0	55.5	0.0-119.0	$p<0.05$
Sarason’un yaşam değişimleri anket toplam puanları	-13.5	-18.0 - -9.5	-21	-28 - -16	0.0	-3.0 - 0.0	$p<0.05$
Sarason’un yaşam değişimleri anketi birincil destek gruplarıyla ilişkili olayların puanları	-8.0	-12.0 - -6.0	-11.5	-14.0 - -7.0	0.0	0.0-0.0	$p<0.05$
Sarason’un yaşam değişimleri anketi iş/sosyal çevre/akademik sorunlarla ilişkili puanlar	-3.0	-6.0 - 0.0	-3.5	-8.0 - 0.0	0.0	-2.0 -0.0	$p<0.05$

p =Kontrol grubu ile MD grubu ve DDUB grubu arasında anlamlı farklılık var. MD grubu ve DDUB arasında istatistiksel anlamlı farklılık yok. Grupların puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

4.9. DDUB Grubunda Uygulanan Ölçeklerin İlişki Analizi:

DDUB grubunda; RHÖ’den elde edilen puanlarla hastaların ilk görüşmede tespit edilen HDÖ puanları ($p=0.002$) ve HAÖ puanları ($p=0.041$) arasında pozitif ilişki bulunmuştur. İlk görüşmede ($p=0.039$) ve 24. haftada ($p= 0.013$) saptanan İGD puanları ile RHÖ puanları arasında negatif ilişki bulunmuştur. Hastaların SYDA’den elde edilen puanları ile ilk görüşmede saptanan HDÖ’den ($p=0.003$) ve HAÖ’den ($p=0.001$) elde edilen puanları arasında negatif ilişki saptanmıştır. SYDA puanları ile 24. haftadaki HDÖ puanları ($p=0.004$) arasında negatif ilişki saptanmıştır. SYDA puanları ile ilk görüşmedeki ($p=0.014$) ve 24. haftadaki ($p=0.001$) İGD puanları arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır.

SYDA’de yer alan yaşam olaylarını DSM-IV’e göre birincil destek gruplarıyla ilişkili olanlar ve iş/ekonomi/sosyal çevre ile ilişkili olanlar şeklinde iki

gruba ayırdığımızda; DDUB grubunda birincil destek gruplarıyla ilişkili olan olayların puanıyla hastaların ilk görüşmede saptanan HDÖ ($p=0.002$) ve HAÖ ($p=0.001$) puanları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı negatif ilişki saptanmıştır. Ancak iş/ekonomi/sosyal çevre ile ilişkili olan olayların puanları ile hastaların ilk görüşmedeki HDÖ ($p=0.247$) ve HAÖ puanları ($p=0.646$) arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. DDUB grubunda SYDA'da birincil destek gruplarıyla ilişkili olan olayların puanları ile 24. haftadaki İGD puanları arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır ($p=0.001$).

DDUB grubunun ilk görüşmedeki HDÖ puanları ve HAÖ puanları ile ilk görüşmede (HDÖ için $p=0.001$, HAÖ için $p=0.001$) ve 24. haftada (HDÖ için $p=0.017$, HAÖ için $p=0.039$) saptanan İGD puanları arasında anlamlı negatif ilişki saptanmıştır. DDUB grubunda yapılan ilişki analizleri tablo 7'de gösterilmiştir.

4.10. MD Grubunda Uygulanan Ölçeklerin İlişki Analizi:

MD grubunda; hastaların RHÖ'den elde edilen puanlar ile sadece ilk görüşmedeki HAÖ puanları arasında negatif ilişki tespit edilmiştir ($p=0.008$). MD tanısı konulan hasta grubunda, RHÖ'den ve SYDA'den elde edilen puanlar ile hastalarla yapılan ilk görüşmede ve 24. haftadaki değerlendirmede elde edilen HDÖ puanları, İGD'den elde edilen puanlar ve izlem döneminin sonundaki HAÖ puanları arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

MD grubundaki hastalarda ilk değerlendirmede elde edilen HDÖ puanları ($p=0.000$) ve HAÖ puanları ($p=0.044$) ile ilk görüşmede saptanan İGD'den elde edilen puanlar arasında negatif ilişki bulunmuştur. İlk görüşmede tespit edilen HAÖ puanları ($p=0.665$) ve HDÖ puanları ($p=0.651$) ile 24. haftadaki İGD puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Ancak, izlem döneminin sonundaki HDÖ puanları ile HAÖ puanları arasında negatif ilişki tespit edilmiştir ($p=0.000$). MD grubunda yapılan ilişki analizleri tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo.7. DDUB grubunda yapılan ölçeklerin ilişki analizleri.

DDUB grubunda		HDÖ ilk görüşme puanları	HAÖ ilk görüşme puanları	İGD ilk görüşme puanları	İGD izlem sonu puanları	HDÖ izlem sonu puanları	HAÖ izlem sonu puanları	RHÖ puanları	SYDA puanları	SYDA birincil destek grup puanları	SYDA iş/ekonomi/soyal çevre puanları
HDÖ İlk görüşme puanları	Korelasyon testi	1	Pearson ,766 ,000*	Pearson -,542 ,001*	Spearman -,439 ,017*	Spearman ,533 ,003*	Spearman ,327 ,083	Pearson ,533 ,002*	Pearson -,501 ,003*	Pearson -,532 ,002*	Pearson -,193 ,291
	Korelasyon katsayısı										
HAÖ İlk görüşme puanları	Korelasyon testi		1	Pearson -,558 ,001*	Spearman -,386 ,039*	Spearman ,433 ,019*	Spearman ,372 ,047*	Pearson ,363 ,041*	Pearson -,539 ,001*	Pearson -,549 ,001*	Pearson -,242 ,174
	Korelasyon katsayısı										
İGD İlk görüşme puanları	Korelasyon testi			1	Spearman ,319 ,019*	Spearman -,323 ,087	Spearman -,373 ,046*	Pearson -,367 ,039*	Pearson ,430 ,014*	Pearson -,285 ,114	Pearson ,332 ,063
	Korelasyon katsayısı										
İGD İzlem sonu puanları	Korelasyon testi				1	Spearman -,759 ,000*	Spearman -,600 ,001*	Spearman -,457 ,013*	Spearman ,565 ,001*	Spearman ,592 ,001*	Spearman ,348 ,064
	Korelasyon katsayısı										
HDÖ İzlem sonu puanları	Korelasyon testi					1	Spearman ,829 ,000*	Spearman ,194 ,314	Spearman -,514 ,004*	Spearman -,472 ,010*	Spearman -,222 ,247
	Korelasyon katsayısı										
HAÖ İzlem sonu puanları	Korelasyon testi						1	Spearman ,166 ,390	Spearman -,258 ,176	Spearman -,275 ,150	Spearman -,089 ,646
	Korelasyon katsayısı										
RHÖ Puanları	Korelasyon testi							1	Pearson -,590 ,000*	Pearson -,469 ,007*	Pearson -,463 ,008*
	Korelasyon katsayısı										
SYDA puanları	Korelasyon testi								1	Pearson ,705 ,000*	Pearson ,749 ,000*
	Korelasyon katsayısı										
SYDA birincil destek grup puanları	Korelasyon testi									1	Pearson ,148 ,419
	Korelasyon katsayısı										
SYDA iş/ekonomi sosyal çevre puanları	Korelasyon testi										1
	Korelasyon katsayısı										

p*≤0.05=İstatistiksel olarak anlamlı ilişki.

Tablo.8. MD grubunda yapılan ölçeklerin ilişki analizleri.

MD grubunda		HDÖ ilk görüşme puanları	HAÖ ilk görüşme puanları	İGD ilk görüşme puanları	İGD izlem sonu puanları	HDÖ izlem sonu puanları	HAÖ izlem sonu puanları	RHÖ puanları	SYDA puanları	SYDA birincil destek grup puanları	SYDA iş/ekonomi/ sosyal çevre puanları
HDÖ İlk görüşme puanları	Korelasyon testi Korelasyon katsayısı p n	Pearson 1 22	Pearson ,413 ,056 22	Pearson -,738 ,000*	Spearman -,108 ,651 20	Spearman ,018 ,940 20	Spearman ,120 ,613 20	Pearson -267 ,229 22	Pearson ,270 ,224 22	Pearson -,016 ,944 22	Spearman ,331 ,133 22
HAÖ İlk görüşme puanları	Korelasyon testi Korelasyon katsayısı p n		1 22	Pearson -,433 ,044*	Spearman ,103 ,665 20	Spearman -,066 ,783 20	Spearman -,156 ,512 20	Pearson -,551 ,008*	Pearson -,072 ,752 22	Pearson -,123 ,586 22	Spearman ,159 ,480 22
İGD İlk görüşme puanları	Korelasyon testi Korelasyon katsayısı p n			1 22	Spearman ,207 ,381 20	Spearman -,100 ,674 20	Spearman -,242 ,305 20	Pearson ,401 ,065 22	Pearson -,178 ,427 22	Pearson -,124 ,581 22	Spearman -,223 ,319 22
İGD İzlem sonu puanları	Korelasyon testi Korelasyon katsayısı p n				1 20	Spearman -,916 ,000*	Spearman -,886 ,000*	Spearman -,282 ,228 20	Spearman ,308 ,186 20	Spearman -,013 ,956 20	Spearman ,421 ,064 20
HDÖ İzlem sonu puanları	Korelasyon testi Korelasyon katsayısı p n					1 20	Spearman ,890 ,000*	Spearman ,356 ,123 20	Spearman -,430 ,058 20	Spearman -,265 ,258 20	Spearman -,353 ,127 20
HAÖ İzlem sonu puanları	Korelasyon testi Korelasyon katsayısı p n						1 20	Spearman ,194 ,413 20	Spearman -,189 ,424 20	Spearman -,058 ,807 20	Spearman -,257 ,273 20
Rahe Holmes SYUÖ puanları	Korelasyon testi Korelasyon katsayısı p n							1 22	Pearson -,457 ,032*	Pearson -,316 ,152 22	Spearman -,439 ,041* 22
SYDA puanları	Korelasyon testi Korelasyon katsayısı p n								1 22	Pearson ,548 ,008*	Spearman ,721 ,000* 22
SYDA birincil destek grup puanları	Korelasyon testi Korelasyon katsayısı p n									1 22	Spearman -,078 ,729 22
SYDA iş/ekonomi sosyal çevre puanları	Korelasyon testi Korelasyon katsayısı p n										Spearman 1 22

p*≤0.05=İstatistiksel olarak anlamlı ilişki.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, DDUB grubunun % 75 inin, MD grubunun %81.8'inin kadın olduğu bulunmuştur. Kadınlarda ruhsal bozuklukların (90-91), özellikle de duygu durum bozukluklarının (93) daha sık olarak görülmesi bir çok çalışmada bildirilmektedir. Bu oranlar, gerek MD ile ilgili yapılan çalışmalardaki (46, 65), gerekse uyum bozuklukları veya depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu veya alt tipleri hakkında yapılan çalışmalardaki oranlarla benzerdir (20,94). Bronish ve ark. (37), DDUB ve MD hastalarını kıyasladıkları bir çalışmada, DDUB grubunun %70 ini, MD grubunun %68'inin kadın olduğunu bildirmişlerdir. Bu oranlar bizim çalışmamızdaki oranlara çok benzerdir. Desplant ve ark.'nın (20) yaptığı bir çalışmada uyum bozukluğunun tüm alt tipleri çalışmaya alındığında kadınların oranı %53 bulunmuş, DDUB grubunda ise kadınların oranı % 64 olarak saptanmıştır. Hem DDUB'nun hem de MD'un kadınlarda yüksek oranda görülmesinin biyolojik, ruhsal, toplumsal ve kültürel birçok nedeni olabilir (65,94). Kadınların depresyona duyarlı oluşlarından bir takım biyolojik etkenler sorumlu tutuluyor olsa bile, psikososyal etkenlerin daha fazla rol oynadığı ileri sürülmektedir (95). Kadınlarda depresif bozuklukların daha fazla görülmesinin, erkek egemen toplumlarda kadının ekonomik, toplumsal, yasal eşitsizlik hissetmesi, bu eşitsizlik karşısında durumunu değiştirme gücünün sınırlı oluşu ve bunun yarattığı çaresizlik duygusu ve benimsenen geleneksel kadınlık rolleri ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (96). Biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, sosyal ve kültürel konumu, sorunlarla baş etme biçimleri kadınları duygu durum bozukluklarına yatkın hale getirmektedir (97,98).

Uyum bozuklukları veya DDUB alt tipi ile yapılmış kısıtlı sayıdaki çalışmalarda, çalışmamızdakine benzer şekilde hastaların yaş ortalaması görece genç olarak bulunmuştur. Çalışmamızda DDUB grubunun yaş ortalaması 36.9 ± 11.2 , MD grubunun yaş ortalaması 30.9 ± 10.1 olarak bulunmuştur. Bu literatürdeki benzer çalışmalarda bildirilen yaş ortalamaları ile uyumludur (20,22,30,37,39,99). Bronish ve ark. (37), yaptıkları bir çalışmada MD grubunun yaş ortalamasını 36.7, DDUB grubunun yaş ortalamasını 36.2 olarak saptamışlardır. Başka bir çalışmada uyum bozukluğu tanısı konulan hastaların yaş ortalaması 33.6 ± 11.5 , MD hastalarının yaş ortalaması 39.9 ± 14.6 olarak saptanmıştır (20).

Çalışmamızda hem DDUB grubundakilerin hem de MD grubundakilerin yaklaşık olarak yarıya yakını üniversite mezunu kişilerdi. Bu bulgumuz, literatürde depresif bozuklukların eğitim düzeyi düşük olanlarda daha fazla görüldüğünü (97) bildiren kaynaklarla çelişmektedir. Bizim çalışmamıza alınan hasta grubunda eğitim düzeylerinin yüksek çıkması, çalışmanın büyük oranda kentsel bir bölgeye hizmet veren hastanede yapılmış olmasından kaynaklanabileceği gibi, her iki tanıda da anahtar rol üstlenen stres faktörüne kentsel bölgede yaşayan kişilerin daha yoğun olarak maruz kalma ihtimalinden de kaynaklanabilir.

DDUB grubundaki ve MD grubundaki kişilerin yaklaşık olarak %22'si boşanmış veya duldu. Bu oranlar literatürde yapılmış çalışmalardaki oranlarla çok benzerdir (19,29,30,37). Kryzhanvskaya ve ark.'nın (30) yaptığı bir çalışmada uyum bozukluğu olan hastalarının %16'sının boşanmış ve %2'sinin dul olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda, MD grubundaki kişilerin kontrol grubuna göre daha fazla oranda bekar oldukları bulunmuştur. Bu oranlar depresif hastalıkların ve MD'un yalnız yaşayan kişilerde, bekarlarda, eş kaybı olanlarda, boşanmış olanlarda daha fazla görüldüğüyle ilgili bilgilerle uyumaktadır. Yalnız yaşayan kişilerde depresyonun yaklaşık iki kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (65,100). Bu durum, çalışmamıza alınan ilk atak MD hastalarının tamamında önceki yıl içerisinde en az bir yaşam olayı tespit edilmiş olmasından; MD hasta grubunda ve stres etkenine bağlı olarak tanı konulan DDUB olan kişilerde, sözü edilen yaşam olayları başlı başına boşanma veya eşin ölümü de olabileceğinden, ayrıca boşanmış veya dul kişilerde sosyal desteğin daha az olmasının her iki hastalığı da tetikleyebilmesinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda, MD tanısı konulan grupta retardasyon, uykularda bozulma, konsantrasyon güçlüğü ve unutkanlık, çalışma ve aktivitelerde yetersizlik, cinsel isteksizlik, kardiyovasküler semptomlar en sık görülen semptomlardı. Çalışmamızda tespit edilen semptom profili başka çalışmalarda bulunan semptom profiline çok benzerdir (4,29,37). Andreasen ve Wasek (29) uyum bozukluğu tanısı konulan hastalarda yaptıkları bir çalışmada, hastalarda psikomotor ajitasyon ve retardasyon, uyku bozukluğu, konsantrasyonda azalma, enerji kaybı ve yorgunluk, ölüm veya intihar düşünceleri veya intihar girişimi öyküsü bulunduğunu saptamışlardır. Çalışmamızda DDUB tanısı konulan grubun semptom profili MD grubundaki

hastalarinkine çok benzer bulunmakla birlikte bir çok semptomun sıklığı ve şiddeti daha hafif olarak saptanmıştır. Synder ve ark. (23) yaptıkları bir çalışmada MD grubuna göre DDUB hastalarında psikiyatrik bozulmanın şiddetinin daha az olduğunu bildirmişlerdir.

Uyum bozukluklarında intihar oranlarını araştıran bazı çalışmalarda ilk görüşmede saptanan intihar davranışı/intihar girişimi psikiyatrik tanısı olmayan kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (22,29,30). Bizim çalışmamızda da DDUB hastalarının ilk görüşmede saptanan intihar düşüncesi/girişimi veya ölme isteği kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ancak MD hastalarındaki intihar düşüncesi/girişimi veya ölme isteği oranlarına göre daha düşük olarak saptanmıştır. Literatürde DDUB tanısı konulan hastalardaki intihar düşüncesi ya da girişiminin oranları bizim bulduğumuz oranlardan daha yüksek veya MD hastalarında saptanan oranlar ile benzer olduğu bildirilmiş (22,29,30,36) olmakla beraber, çalışmamızda anlamlı fark olmasına rağmen bahsedildiği kadar yüksek oranlar bulunmamıştır ve intihar düşüncesi/ girişimi majör depresyon hastalarından anlamlı şekilde daha düşüktür. Söz konusu çalışmalarla bizim çalışmamız arasındaki bu farklılık, çalışmamıza fiziksel hastalığı olan bireylerin alınmamış olmasından, yoğun bakım ünitelerinde intihar girişimi nedeniyle yatan hastaların çalışmaya alınmamış olmasından ve yalnızca ayaktan başvuran hastaların çalışmaya dahil edilmiş olmasından kaynaklanabilir. Asnis ve ark. da (36), benzer şekilde dirençli intihar düşüncesi ve intihar giriminin ayaktan başvuran psikiyatri hastalarında daha az olduğunu rapor etmişlerdir. Bu durum bize DDUB'nun bir kriz durumu da olabileceğini düşündürülebilir. Ayrıca intihar üzerine yapılan bazı çalışmalarda, stresli yaşam olaylarının etyolojide rol oynayabileceği, intihar davranışı gösteren kişilerde olumsuz yaşam olaylarının 4 kat daha fazla görüldüğü ileri sürülmüştür(101).

Uyum bozukluklarıyla ilişkili kısıtlı sayıdaki çalışmalarda hastaların sosyal fonksiyonları ve genel işlevsellik düzeyleri değişik ölçeklerle değerlendirilmiştir. Ancak literatürde sosyal fonksiyonları değerlendiren çalışmalar ortak kanı olarak uyum bozukluğu veya depresif duygu durum ile giden uyum bozukluğu hastalarının sosyal fonksiyonlarının, işlevselliklerinin psikiyatrik bir hastalığı olmayan kontrol grubuna göre daha kötü, ancak eksen 1 de başka bir spesifik tanısı olanlara göre veya

majör depresyon hastalarına göre (hem tek atak, hem rekürren atak) daha yüksek olduğudur (4,23,39). Bu bulgulara benzer şekilde çalışmamızda ilk görüşmede çalışırken zorlanacağını veya kesinlikle çalışamayacağını bildirenler en sık MD grubunda bulunmuştur. DDUB grubunda çalışamayacağını veya çalışırken zorlanacağını bildirenlerin sayısı daha az olsa da kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksektir. Benzer şekilde, sosyal işlevsellik ölçeğinin sosyal alanda yeti yitimini ve performans eksikliğini değerlendiren “sosyal uğraşı/sosyal çekilme” alt ölçeğinde, arkadaşlarının sayısı ve iletişiminin niteliği gibi alanları değerlendiren “kişiler arası işlevsellik” alt ölçeğinde ve bağımsız yaşayabilme için gerekli yetileri yerine getirebilme düzeyini değerlendiren “bağımsızlık düzeyi yetkinlik” alt ölçeğinde en düşük puanları MD grubu almıştır. DDUB grubunun puanları MD grubuna göre yüksek ancak kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu ölçeğin bağımsız yaşayabilme yetilerini değerlendiren “bağımsızlık düzeyi-performans” alt ölçeğinde ve “boş zamanları değerlendirme” alt ölçeğinde DDUB grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmazken, MD grubu diğer iki gruba göre anlamlı şekilde daha düşük puanlar almıştır. Kişinin yaygın sosyal aktivitelerle uğraşı düzeyini tespit eden “öncül sosyal etkinlikler” alt ölçeğinde ise DDUB grubunun ve MD grubunun puanları kontrollere göre daha düşüktür. DDUB hastalarının çeşitli alanlardaki fonksiyonlarının ve işlevsellik düzeylerinin MD hastalarından daha iyi düzeyde olduğunu gösteren bu bulgular, bu konudaki literatür verileriyle benzedir (4,37). Bir ara formu ya da eşik altı bir klinik durumu düşündürüncesine DDUB grubunun işlevsellik düzeyi ve sosyal fonksiyonları MD grubuna göre daha iyi, ancak kontrol grubuna göre daha kötü düzeydedir. Benzer sonuçlar hem ilk görüşmelerde hem de altı aylık izlem döneminin sonunda İGD ile de elde edilmiştir. Sosyal yaşamlarında ve işlevselliklerinde en çok bozulma yaşayanlar MD grubudur. DDUB grubunda ise MD grubundaki kadar olmasa da fonksiyonlarında bozulma vardır. Çalışmamızda elde edilen bu bulgular, DDUB olan olguların MD olgularına göre psikopatolojik olarak daha az bozulmuş olduklarını ve diğer spesifik eksen I tanısı olanlara göre daha adaptif fonksiyonlara sahip olduklarını (4,102) destekler niteliktedir. Jones ve ark. (39) da yaptıkları bir çalışma sonucunda DDUB hastalarının sosyal fonksiyonlarını kontrol grubuna göre daha

kötü, ancak ilk atakla değerlendirilen majör depresyon grubuna göre daha iyi düzeyde bulunmuşlardır.

Çalışmamızda, DDUB hastalarının ilk görüşmede ve sonraki tüm takiplerde HDÖ puanları MD hastalarının HDÖ puanlarına göre anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Fakat semptomları daha şiddetli başlasa da ve 6 ayın sonundaki değerlendirmede MD hastalarının daha fazla semptomu olsa da, iki grubun semptomlarının gidişatı çok büyük benzerlik göstermektedir (Bkz. Şekil 1). Aynı şekilde çalışmamıza alınan DDUB hastalarının HAÖ puanlarına göre MD hastalarının HAÖ puanları, hem ilk görüşmede hem takiplerde anlamlı olarak daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Fakat MD hastalarının puanları daha yüksek olsa da semptomların gidişatı şekil 2’de gösterildiği gibi her iki grupta birbirine oldukça benzerdir. Bu sonuçlar MD hastalarının semptomlarının daha sık ve şiddetli olduğunu ancak DDUB hastalarının semptom profillerinin de MD hastalarında görülen paterne çok benzediğini ortaya koymaktadır. Grupların HAÖ ve HDÖ’den elde edilen puanlarıyla oldukça paralel şekilde İGD ile ilk görüşmede ve 6 aylık sürede yapılan değerlendirmelerde de DDUB hastalarının işlevsellik düzeyleri MD grubuna göre daha iyi düzeyde bulunmuştur. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuçlar literatürde yapılan benzer çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (4,23,37,39,102). Fabrega ve ark. (4) yaptıkları bir çalışma sonucunda uyum bozukluğu olanların eksen 1 de majör depresyon gibi standart bir tanısı olanlara göre daha adaptif fonksiyonlara sahip olduğu, daha az psikopatoloji gösterme eğiliminde olduğu, ancak herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan bireylere göre fonksiyon düzeylerinin daha düşük olduğu yorumunu yapmışlardır. Bronish ve ark. (37,40) ise nörotik depresyonlu hastalarla kıyaslanınca uyum bozukluğu olan bireylerin daha iyi bir gidişata sahip olduklarını ancak normal bireylerden de ayırt edilemez olmadıkları yorumunu yapmışlardır. Casey ve ark. (94) yakınlarda yaptıkları bir çalışmalarında Beck depresyon envanterini kullanmışlar ve semptomların şiddeti ve dağılımı açısından uyum bozukluğu olan grupla orta şiddette depresyonu bulunan grup arasında farklılık bulamamışlardır. Tüm bu veriler DDUB tanısının majör depresyonun subklinik hali olabileceğini düşündürebileceği gibi, bizim çalışmamızda DDUB grubunun psikopatolojisi bir yaşam olayına bağlı olarak değerlendirildiği için, ilk atak MD grubundaki hastaların tamamında öncesinde yaşam olayı saptandığından ve her iki

grupta da semptomların hızla iyileştiği gözleendiğinden, “her iki tanıda strese bağı akut reaksiyonlar olabilir mi?” sorusu da akla gelmektedir. DSM-IV’te MD tanısı etyolojik nedenden çok klinik görünümüne göre, DDUB tanısı ise daha çok stres etkeni göz önüne alınarak, bu etyolojik nedene göre ayrı hastalıklar olarak sınıflandırılmışlardır. Ancak çalışmamızda bu iki tanının semptom profilleri ve gidişatları çok benzer bulunmuştur. Bu durum da, bu iki klinik görünüm stres yaratan yaşam olaylarına bağı gelişen aynı klinik görünümün farklı paternleri de olabilir. Özellikle depresyonun ilk atağında %70-90 oranında stres yaratan yaşam olayları hazırlayıcı rol oynadığına göre (65), her iki durumda çeşitli psikolojik, biyolojik ve sosyal süreçler sonunda geline ortak fenomenler mi dir?

Literatürdeki birçok çalışmada uyum bozukluklarında stresin anahtar rol oynadığı görüşüne yer verilmektedir (25, 18, 14) ve DSM-IV tanısı da temelde buna dayanmaktadır. MD hastalarında da stresin önemli olduğuyula ilgili, özellikle uzun süren yaşam olaylarının majör depresyonda önemli bir risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (65,103). Çalışmamızda stresin her iki grup üzerindeki etkisini değerlendirmek için stres etkeni süregelen olan ve stres etkeni sonlanan hastaları karşılaştırdığımızda; hem DDUB grubunda hem de MD grubunda semptomların sürmesinde ve hastalıkların daha kötü sonlanmasında stres etkeninin sürmesinin önemli bir faktör olduğu sonucuna vardık. Çünkü her iki grupta da stres etkeni devam eden hastalarda izlem döneminin çeşitli haftalarında ve takiplerin sonunda HDÖ ve HAÖ puanları stres etkeni sonlanmış olan gruba göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı şekilde yüksek, işlevselliğın genel değerlendirmesi ölçek puanları da ileri derecede anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Bu durum her iki grupta da stresin anahtar rol oynadığını gösterir. Kronik stres her iki hastalığında gidişatının ve sonlanımının daha kötü olmasına sebep olmaktadır.

Çalışma grubuna alınan DDUB hastalarından ilacını düzenli kullananlarla ilacını kullanmayanlar/düzensiz kullananları kıyasladığımızda hem MD grubunda hem de DDUB grubunda ilacını düzenli kullanan gruplar ile düzenli kullanmayanlar/hiç ilaç kullanmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Sonuç olarak, düzenli ilaç kullanımının olması, stres etkeninin sonlanmasından farklı olarak semptomların iyileşmesinde bir rol oynamıyor gibi görünüyordu. Bu durum literatürde uyum bozukluğu hastalarında ilaç kullanımının sonuçlarını bildiren az

sayıdaki çalışma ile çelişmektedir (45,104). Diego de Leo ve ark.'nın (99) uyum bozukluğu tanısı alan bir grup hastada yaptıkları bir çalışmada en iyi sonuçlar psikoterapi alan grupta olmuştur. Çalışmamızın sonuçlarına göre, stres etkeninin anahtar rol oynadığı bu tür psikiyatrik tanılarda farmakoterapiden çok, psikoterapilerin kullanılması gerektiği, stres faktörleri sonlanana kadar hastaya psikoterapötik destek verilmesi veya başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi ya da stres yaratan faktörün anlamı, hasta için ne ifade ettiği üzerinde çalışılması gerektiği söylenebilir. Stres faktörü sonlandığında büyük olasılıkla semptomlar çözüleceğinden bu hastalarda ilaca bağlı gibi görülen iyilik hali stres yaratan etkenin sönümlenmesinden veya sonlanmasından da kaynaklanmış olabilir. İlaç araştırmaları hakkında yakın zamanda yapılan birkaç derlemede ilaçların etki büyüklüğünün belirtildiği kadar büyük olmadığı (105) veya yeni nesil antidepressanların plaseboyla kıyaslanınca ılımlı ve şiddetli depresyonda anlamlı düzelme sağlamadığını ileri süren yayınlara rastlanmaktadır (106). Çalışmamızın sonuçlarından yola çıkarak, antidepressanların etkinliğiyle ilgili bu sonuçlar, DSM-IV tanı kriterlerine göre MD olarak değerlendirilen ancak önceki bir yıl içinde etkilendiği bir yaşam olayı olan hastalar ve hatta DDUB'yi de içeren daha geniş bir hasta grubunun sözü edilen çalışmalara alınmış olmasından kaynaklanmış olabilir. Oysa ki; bu çalışmada varılan sonuçlardan da anlaşılacağı üzere, ister MD kriterlerine uysun isterse DDUB tanı grubu olsun, şikayetleri yaşam olayına bağlı gelişen gruplarda, iyilik haline ulaşılmasında antidepressanların kullanılmasından çok stres yönetimi ve stres yaratan etkenin sonlanması anahtar rol oynamaktadır. Yani, bahsi geçen hasta gruplarında stresin niteliği ve süresi semptomları etkilediğinden, bu tanıları da içeren geniş bir hasta grubunda antidepressanların kullanılması (43) etkinlikle ilgili sonuçları çarpıtabilir.

Gruplardaki stres yaratan etkenlerin şiddeti iki ayrı anket ile değerlendirildiğinde; her iki grupta da stres yaratan olayların şiddeti kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. MD grubunda stres yaratan etkenin şiddeti daha yüksek olarak ölçülse de; MD grubu ile DDUB grubu arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Fakat hem DDUB grubundaki hastalarda hem de MD grubundaki hastalarda birincil destek gruplarıyla ilişkili olaylara bağlı stres etkenlerinin şiddeti istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Bu bulgular stres etkeninin

niteliğini ve şiddetini araştıran kısıtlı sayıdaki çalışmaların sonuçlarıyla benzerdir (4,23). Ancak Fabrega ve ark.'nın (4) yaptığı çalışmada içinde majör depresyonun da bulunduğu spesifik tanı grubu ile uyum bozuklukları hastalarının stres yaratan etkenlerinin şiddeti kıyaslandığında, stres yaratan etkenler uyum bozukluğu grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda farklı olarak, iki grup arasında stres etkeninin şiddetinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı saptanmamasının nedeni majör depresyon tanısı konulan hastaların tümünün hastalık öncesinde stres yaratan bir yaşam olayıyla karşılaştıklarını belirtmelerinden ve bu olayları bilişsel olarak daha şiddetli veya olumsuz olarak yorumlamalarından (63) kaynaklanabilir. Synder ve ark. (23) da DDUB hastaları ile MD grubu hastalarını kıyasladıkları bir çalışmalarında, DDUB grubunda stres yaratan etkenlerin sayısını daha yüksek bulmuşlardır. Bu çalışmalarda stres yaratan etkenin şiddeti sayı olarak değerlendirilmiştir, ancak literatürde çalışmamızda olduğu gibi stres etkeninin şiddetini bir ölçekle değerlendiren benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Stres etkeninin niteliğini inceleyen iki çalışmada en yaygın stres yaratan etkenler evlilikle ilgili problemler, ayrılık veya boşanma, ekonomik problemler, okul problemleri, işle ilgili problemler, kişinin hastalığı, sevilen birinin hastalığı veya sakatlığıdır (29,99). Çalışmamızda her iki tanı grubunda da en sık rastlanan yaşam olaylarının aileden birinin hastalığı, kişisel bir yaralanma veya hastalık, eşle veya eşin ailesiyle sorunlar, ekonomik durumda bozulmalar, aileden yakın birinin ölümü gibi yukarıda bahsedilen çalışmalarda görülen stres etkenleriyle çok benzer etkenler olduğu bulunmuştur. Ancak kişinin yaşadığı stres etkeniyle bağlantılı olarak birbirini tetikleyen olaylar zinciri şeklinde asıl stres faktörünün ardından hastaların uyku alışkanlıklarında, yeme alışkanlıklarında, sosyal çevrelerinde ve alışkanlıklarında, yaşadıkları yerde ve yaşam koşullarında değişikliklerinde olduğu akılda tutulmalıdır. Örneğin; boşanan bir kişinin yaşadığı evin ve sosyal çevrenin değişmesi gibi...

Çalışmamızın sonuçlarında DDUB hastalarında stres etkenlerinin şiddetinin arttıkça depresif duygu durumlarının ve anksiyete bulgularının arttığı, psikopatolojilerinin derecesiyle uyumlu olarak da işlevselliklerinin bozulduğu sonucuna ulaştık. Stres etkeninin şiddeti yükseldikçe hastaların izlem döneminin sonundaki işlevsellikleri ve depresif duygulanımları da o derece kötü olarak

değerlendirildi. Ayrıca DDUB grubunda, hastaların stres faktörleri ne derece birincil destek gruplarıyla ilişkiliyse, ilk görüşmedeki psikopatolojileri o kadar şiddetli ve takiplerin sonundaki işlevsellik düzeyleri de o derece kötüydü. Aile ve yakın çevre ile ilişkili yaşam olaylarının düzeyi hastaların psikopatolojilerinin düzeyiyle ilişkiliyken aynı ilişki iş/ekonomik durum/sosyal çevre ile ilişkili olaylarda söz konusu değildi. Literatürde uyum bozukluklarında stres faktörünün düzeyini ve niteliğini değerlendirip, bunun psikopatolojinin derecesiyle ve hastalığın gidişatıyla ilişkisine bakan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamıza alınan MD grubunda ise stres yaratan etkenlerin şiddetinin artmasıyla depresif duygulanımın artması veya işlevselliğin bozulması arasında bir ilişki saptanmamıştır. Fakat stres faktörünün düzeyi daha düşük olan hastaların ilk görüşmede daha fazla anksiyeteli duygulanıma sahip oldukları saptandı. Bu sonuçlardan yola çıkarak DDUB hastalarından farklı olarak MD hastalarının biyolojik nedenler, sosyal bazı faktörler, kişilik özellikleri gibi daha başka faktörler nedeniyle de zedelenebilirliklerinin daha fazla olduğu iddia edilebilir. Bu sonuç, Kendler ve ark.'nın (103) monozigot ve dizogot ikizlerde yaptıkları; stresli yaşam olayları ile majör depresyon epizodunun başlaması arasında önemli nedensel ilişki olduğunu, ancak monozigot ikiz eşlerinde depresyonun daha fazla görülmesinden yola çıkarak genetik faktörlerin de etkili olduğu sonucuna vardıkları çalışmayla uyuşmaktadır. Bizim çalışmamıza aldığımız MD hastalarında da stres dışında faktörlerin etkili olduğu görülmektedir. Ancak araştırmamızın kısıtlılıklarından biri sosyal destek, kişilik özellikleri, savunma mekanizmaları, biyolojik faktörler gibi faktörlerin araştırılmamış olmasıdır. Ayrıca ilk atak MD tanısı konulan hasta grubunda herhangi bir yaşam olayı bildirmeyen hiçbir hastanın olmamasının DDUB grubuyla benzerliklerin artmasına neden olma ihtimali de çalışmamızın bir diğer kısıtlılığıdır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre stres yaratan etkenler en fazla aileyle ilişkili sorunlar, kişinin bir hastalığı veya yaralanması, eşle ilgili sorunlar, ekonomik durumla ilgili problemler, aile üyelerinden birinin hastalığı, boşanma, yakın birinin ölümü gibi olaylardır. Uyum bozukluklarıyla ilgili yapılan bazı çalışmalarda en yaygın stres etkenlerinin evlilikle ilgili problemler, ayrılık/boşanma, finansal problemler, okul problemleri, sevilen birinin hastalığı veya ölümü olduğu

bulunmuştur (29,99). Bu stres faktörleri bizim çalışmamızda saptadığımız stres yaratan faktörlerle benzerdir.

Sonuçta, çalışmamızda, DDUB hastalarının psikopatoloji düzeyleri ve işlevsellikleri MD grubuna göre daha iyi olsa da normal popülasyona göre daha kötüydü. Her iki tanı grubunda da stres etkeni olayı tetikleyen anahtar faktör gibi görünse de DDUB grubunda psikopatolojinin düzeyi ve bununla orantılı olarak da işlevsellikte bozulma stres etkeninin şiddetiyle ilişkiyken MD grubunda stres etkeninin şiddetiyle ilişkisi saptanmadı. Yani MD grubunda endojen başka faktörler etkili gibi görünmekteydi. Ancak her iki grupta da stres etkeninin kronik olması daha kötü bir gidişat ve daha kötü sonlanımla ilişkiydi. Ve tedavide SSRI grubu bir ilaç kullanımından çok stresle başa çıkmak için psikoterapi yöntemleri ilk seçenek gibi gözükmekteydi. Tüm bu sonuçlar, başka çalışmalarda uyum bozukluklarının “eşikaltı bir durum” (19,20) olduğu görüşünü desteklese de, majör psikiyatrik tanılarının prekürsörü olduğunu (19) da gösterebilir veya başlı başına strese bağlı geçici durumsal bir bozukluk olmadığını göstermez.

6. SONUÇLAR

- 1) DDUB'nin ve MD'nin semptom profilinin, klinik görünümünün benzer olduğu bulunmuştur.
- 2) DDUB hastalarının psikopatoloji şiddeti MD hastalarına göre daha hafif ancak normal popülasyona göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır.
- 3) DDUB hastalarının sosyal fonksiyonları ve işlevsellik düzeyleri normal popülasyona göre daha kötü ancak MD hastalarına göre daha iyidir.
- 4) DDUB hastalarında işlevsellikte bozulma ve belirti yoğunluğu maruz kalınan stres etkeninin şiddeti ile ilişkilidir, fakat aynı durum MD hastaları için geçerli değildir.
- 5) İki grubun maruz kaldıkları stres faktörlerinin niteliği ve şiddeti benzer olsa da DDUB hastalarında stres etkeninin şiddeti ve niteliği daha fazla rol oynamaktadır.
- 6) Yaşam olaylarının süreğen olması, hem DDUB grubunda hem de MD grubunda hastalığın şiddetini, gidişatını ve sonlanımını olumsuz yönde etkilemektedir.
- 7) Hem MD tanısı konulan grupta hem de DDUB tanısı konulan grupta stres yaratan etkenler daha çok birincil destek grupları, yakın çevre veya sağlıkla ilgili konulardır. Birincil destek gruplarıyla ilişkili stres faktörleri DDUB hastalarının işlevselliklerini ve psikopatolojilerinin düzeyini daha fazla etkilemektedir.
- 8) DDUB tanısı alan ayaktan takip edilen hastalarda, intihar düşüncesi/girişimi majör depresyon hastalarına göre daha düşük oranlardadır ancak normal popülasyona göre daha yüksektir.
- 9) DDUB tanısı konulan grupta 6. ayın sonunda iyilik düzeyi MD hastalarına göre daha fazladır. Ancak belirtilerin iyileşme süreci her iki grupta birbirine çok benzerdir.

7. KAYNAKLAR

- 1) Casey P. Adult adjustment disorder: A review of its current diagnostic status. *Journal of Psychiatric Practice*.2001:32-40.
- 2) Katzman JW, Tomori O. Uyum bozuklukları. İç: Sadock BJ, Sadock VA, editör. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8. baskı. Ankara-İstanbul: Güneş Kitabevi; 2007.s.2055-62.
- 3) Özgüven HD, Tuncer ET. Uyum bozukluğu. *Kriz Dergisi*.1997;5(2):87-94.
- 4) Fabrega H, Mezzich JE, Mezzich AC. Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III. *Arch Gen Psychiatry*.1987;44:567-72.
- 5) Gençöz F. Uyum psikolojisi. *Kriz Dergisi*.1998;6(2):1-7.
- 6) Napoli V, Kilbride JM, Tebs DE. Adjustment and growth in a changing world. New York West:4.1996.
- 7) Morris CG. Psikolojiyi Anlamak. Bölüm 11: Stres ve sağlık psikolojisi. İç: Ayvaşık HB, Sayıl M, editör. 1. Basım, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:23; 2002.s.491-524.
- 8) Hole JW. *Human anatomy and psychology*.5. basım, Dubuque, WCB. 1990.s.11-12.
- 9) Selye H. *Stres without distress*, Philadelphia: Lippincott.1974.
- 10) Everly GS. *A Clinical guide to the treatment of human stress response*. New York: Plenum; 1989. s.23-24.
- 11) World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World health Organization, 1992.
- 12) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.2nd edn. Washington, DC:APA,1968.
- 13) Casey P, Dowrick C, Wilkison G. Adjustment disorders. *British Journal of Psychiatry*.2001:479-481.

- 14) Strain JJ, Newcorn J, Wolf D, Fulop G, Davis W. Considering changes in adjustment disorder. *Hospital and Community Psychiatry*. 1993;44(1):13-15.
- 15) Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, McKenzie DP, Blumenfield M, Muskin P, Newstadt G, Wallack J, Wilner A, Schleifer SS. Adjustment disorder: A multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998;20(3):139-149.
- 16) Strain JJ, Stoudemire GA, Hales RE, Wolf D. Critical issues in the review of diagnostic criteria for "adjustment disorders" and "psychological factors affecting physical condition". *Gen Hosp Psychiatry*. 1989:153-55
- 17) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4rd edition-revised (DSM IV). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.
- 18) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM III-R). Washington, DC: Am Psychiatric Association. 1987.
- 19) Andreasen NC, Hoenk Pr. The predictive value of adjustment disorders: A follow-up study. *Am J Psychiatry*. 1982;139(5):584-90.
- 20) Desplant J, Monod L, Ferrero F. Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Compr Psychiatry*. 1995;36:454-460.
- 21) Bisson JI, Sakhuja D. Adjustment disorders. *Non-PTSD Post-Traumatic Disorders*. 2006:240-243.
- 22) Greenberg WM, Rosenfeld DN, Ortega EA. Adjustment disorder as an admission diagnosis. *Am J Psychiatry*. 1995;152(3):459-461.
- 23) Synder S, Strain JJ, Wolf D. Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 1990;12:159-165.
- 24) Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967;11:213-218.

- 25) Rey JM, Stewart GW, Palpp JM, et al: DSM-III axis IV revisited. *Am J Psychiatry*.1988;11:213-218.
- 26) Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis*.1996;184:43-51.
- 27) Popkin MK, Callies AL, Colon EA, Stiebel V. Adjustment disorders in medically ill inpatients referred for consultation in a university hospital. *Psychosomatics*.1990;31:410-414.
- 28) Blacker C, Clare A. The prevalence and treatment of depression in general practice. *Psychopharmacology*.1988;95:14-17.
- 29) Andreasen NC, Wasek P. Adjustment disorders in adolescents and adults. *Arch Gen Psychiatry*.1980;37:1166-70.
- 30) Kryzhanovskaya L, Canterbury R. Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. *Crisis*.2001;22(3):125-131.
- 31) Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J. Adolescence and suicide: A review of psychological autopsy studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.1993;2:10-18.
- 32) Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Adolescent suicides with adjustment disorders or no psychiatric diagnosis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.1994;3:101-110.
- 33) Runeson B. Mental disorder in youth suicide: DSM-III-R Axes I and II. *Acta Psychiatr Scand*.1989;79:490-497.
- 34) Newcorn JH, Strain J. Adjustment disorders. In: Kaplan HI, Sadock B, editör *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol2:6. basım, Williams and Wilkins, Baltimore, USA, 1995: s.1418-1424.
- 35) Pelkonen M. and et al. Suicidality in adjustment disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.2005;14:174-180.
- 36) Asnis GM, Friedman TA, Sanderson WC, Kaplan ML, Van Praag HM, Harkavy-Friedman JM. Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients, I: description and prevalence. *Am J Psychiatry*.1993;150(1):108-112.

- 37) Bronish T, Hecht H. Validity of adjustment disorder, comparison with major depression. *Journal of Affective Disorders*.1989;17:229-236.
- 38) Kovacs M, Gatsonis C, Pollock M, Parrone PL. A controlled prospective study of DSM-III adjustment disorder in childhood. Short-term prognosis and long-term predictive validity. *Arch Gen Psychiatry*.1994.51:535-541.
- 39) Jones R, Yates WR, Zhou M. Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders.*Journal of Affective Disorders*.1999;55:55-61.
- 40) Bronish T. Adjustment reactions: a long-term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward. *Acta Psychiatr Scand*.1991;84:86-93.
- 41) Jones R, Yates WR, Zhou MH. Readmission rates for adjustment disorders: comparison with other mood disorders. *Journal of Affective Disorders*.2002;71:199-203.
- 42) Andreasen NC, Hoek Pr. The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study. *Am J Psychiatry*.1982;139:584-590.
- 43) Vázquez MJ, Aguirre I, Salvá J, Molina R, Toro MG. Use of antidepressants in patients diagnosed with major depressive disorder and adjustment disorder. *European Neuropsychopharmacology; The Journal of The European College of Neuropsychopharmacology*. Volume:15 (2005), Supplement 3, page S429-S430.
- 44) National Collaborating Centre for Mental Health. Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London and Leicester: Gaskell and BPS, 2005.
- 45) Hameed U, Schwartz T, Malhotra K. Antidepressant treatment in the primary care Office: outcomes for adjustment disorder versus major depression. *Ann Clin Psychiatry*.2005;17:77-81.
- 46) Akiskal HS. Duygudurum bozuklukları: Tarihsel gelişim ve kavramın tanımı. İç: Saddock BJ, Saddock VA, editör. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8. baskı. Ankara-İstanbul: Güneş Kitabevi; 2007.s.1559-1575.

- 47) Akiskal HS. Duygu durum bozuklukları: Klinik özellikler. İç: Saddock BJ, Saddock VA, editör. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. baskı. Ankara-İstanbul: Güneş Kitabevi; 2007.s.1611-1652.
- 48) Öztürk O.Ruh Sağlığı ve bozuklukları.10. basım.Ankara:Nobel Tıp Kitapevleri; 2004.
- 49) Akiskal HS. Mood disorders: Introduction and overview. Comprehensive Textbook of Psychiatry,7.baskı. In: Kaplan HI, Sadock BJ,editör. Baltimore: Williams&Wilkins; 2000.s.1284-98.
- 50) Özmen M. Depresyonda dinamik nedenler. Duygudurum Dizisi.2001;6:283-287.
- 51) Aşkın R.Depresyon El Kitabı. Konya:1999.
- 52) Kırılı S.Depresyonun biyolojik oluşumu ve farmakolojik tedavisi. İstanbul: Özsan Matbaacılık; 2000.
- 53) Ceylan E, Abay E. Nörotransmitterler ve depresyon. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 1988.
- 54) Kendler KS, Kessler RC, Walters EE, MacLean C, Neale MC, Heath AC, Eaves LJ. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. Am J Psychiatry.1995;152(6):833-845.
- 55) Aşkın R. Depresyonun klinik alttipleri. Duygudurum Dizisi.2000;2:53-63.
- 56) Winocur G. The validity of neurotic-reactive depression. Arch Gen Psychiatry. 1985;42:1116-1122.
- 57) Hirschfeld RMA,Cross CK. Epidemiology of affective disorders: Psychosocial risk factors. Arch Gen Psychiatry.1982;39:35-46.
- 58) Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of depression. Am J Psychiatry.1999;156:837-841.
- 59) Jacson SW.Melancholia and depression: from hippocratic times to modern times. New Haven, Conn; Yale University Pres, 1986.

- 60) Akiskal HS: Duygudurum bozukluklarının doğasına ve çeşitliliğine yeni bir bakış. Türk Psikiyatri Dergisi.1992;3(3):163-169.
- 61) Bruce ML, Hoff RA. Social and health risk factors for first-onset major depressive disorder in a community sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1994;29:165-71.
- 62) Swindle RW Jr, Cronkite RC, Moos RH. Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up. J Nerv Ment Dis. 1998;186(8):462-9.
- 63) Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status. Arch Gen Psychiatry. 1991;48(5):470-4.
- 64) Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. Arch Gen Psychiatry. 1977;34(1):98-111.
- 65) Işık E. Depresyon ve bipolar bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003.
- 66) Paykel ES. Contribution of life events to causation of psychiatric illness. Psychol Med. 1978;8:245-53.
- 67) Lloyd C. Life events and depressive disorder reviewed. I. Events as predisposing factors. Arch Gen Psychiatry. 1980;37:529-35.
- 68) Andreasen NC, Rice J, Endicott J, Coryell W, Grove WM, Reich T. Familial rates of affective disorder. A report from the National Institute of Mental Health Collaborative Study. Arch Gen Psychiatry. 1987;44:461-9.
- 69) Loosen PT, Beyer JL, Sells SR, Gwirtsman HE, Shelton RC, Baird RP, Nash JL. Duygudurum Bozuklukları. İç: Birsöz S, Karaman T, editör. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Ankara: Güneş Kitabevi; 2003. s.290-327.
- 70) Melartin TK, Rytsala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsa ET. Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. J Clin Psychiatry. 2002;63:126-34.

- 71) Olfson M, Fireman B, Weissman MM, Leon AC, Sheehan DV, Kathol RG, Hoven C, Farber L. Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *Am J Psychiatry*. 1997;154:1734-40.
- 72) Andrade L, Eaton WW, Chilcoat H. Lifetime comorbidity of panic attacks and major depression in a population-based study. Symptom profiles. *Br J Psychiatry*. 1994;165(3):363-9.
- 73) Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1992;53 Suppl:4-10.
- 74) Shea MT, Widiger TA, Klein MH. Comorbidity of personality disorders and depression: implications for treatment. *J Consult Clin Psychol*. 1992 Dec;60(6):857-68.
- 75) Nunes EV, Rounsaville BJ. Comorbidity of substance use with depression and other mental disorders: from diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV) to DSM-V. *Addiction* 2006;101 (Suppl) 1:89-96.
- 76) First MB, Spitzer RL, Gibbon M. Structred clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/ CV). Washington DC: American Psychiatric Pres;1997.
- 77) Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*,1999;12: 233-236.
- 78) Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*.1959; 32:50-55
- 79) Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;9: 114-117.
- 80) Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.1960;23:56-62.

- 81) Akdemir A, Örsel S, Dağ İ. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4:251- 259.
- 82) Williams BW. A structure interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatr* 1978;45:742-747.
- 83) Birsöz S. Hastalık öncesi yaşam değişimleri ve ruhsal sonuçları üzerine bir inceleme. *Psikiyatri Anabilim Dalı Doçentlik Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 1980.*
- 84) Sorias S. Hasta ve normalde yaşam olaylarının stres verici etkilerinin araştırılması. *Psikiyatri Anabilim Dalı Doçentlik Tezi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, 1982.*
- 85) Sarason IG, Johnson JH, Siegel JM. Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1978;46(5);932-946.
- 86) Aslanoğlu S. Habis Tümörlerin Oluşumunda Stresin Rolü. *Psikoloji Bilim Dalı Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Ankara, 1978.*
- 87) Güleç C, Köroğlu E: *Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt 1, Ankara 1997; 265-353.*
- 88) Birchwood M, Smith J, Cochrane R, et al. The social functionin scale. The development and validaion of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry.* 1990; 157:853-9.
- 89) Erakay SY. Şizofreni tanılı hastalarda sosyal işlevsellik ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması. *Uzmanlık Tezi. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İzmir, 2001.*
- 90) Toft T, Fink P, Ornbol E, Christen KAS, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders: Result from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol Med.* 2005; 8:1175-84.

- 91) Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D, de Gruy F. Gender, quality of life, and mental disorder in primary care: result from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med.*1996;100(5):526-33.
- 92) Anseau M and et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord.*2004;78(1):49-55.
- 93) Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi.*2000;11:198-203.
- 94) Öner FR, Kaptanoğlu C, Seber G. Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörleriyle ilişkisi. *Kriz Dergisi.*1995;3(1-2):88-103.
- 95) Body JH, Weissmann MM. Epidemiology of affective disoredre: a reexamination and future directions. *Arc Gen Psychiatry.*1981;38:1039-1046.
- 96) Küey L. Depresyon ve kadın. *Sendrom.*1990;(2):49-51.
- 97) Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.*200;1(1):41-47.
- 98) Adrew B, Hawton K, Fagg J, Westbrook D. Do psychosocial factors influence outcome in severly depressed female psychiatric inpatients? *Br J Psychiatry.*1993;163:147-54.
- 99) De Leo D. Treatment of adjustment disorders: A comparative evaluation. *Psychological Reports.*1989;64:51-54.
- 100) Antony JC, Petronis KR. Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old. *Epidemiology.*1991;2:123-132.
- 101) Dixon AW, Heppner PP, Anderson WP: Problem-solving apprasial, stres, hopelessness, and suicide ideation in college population. *Journal of Counseling Psychology.*1991;38:51-56.
- 102) Fabrega H, Mezzich J. Religion and secularization in psychiatric practice: Tree examples. *Psychiatry.*1987;50:31-49.

- 103) Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and onset of major depression. *Am J Psychiatry*.1999;156(6):837-41.
- 104) Hardoy M.C, Carta MG, Hardoy M.J. Neurocognitive changes in adjustment disorder with depressed mood: Use of paroxetine. Congress of the Association of European Psychiatrists, Volume 15, Supplement 2, October 2000, Page s324.
- 105) Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *The New England Journal of Medicine*.2008;252-260.
- 106) Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Mediana TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. *PLOS Med*.2008;5(2):260-268.

8. EKLER

EK.1.Sosyodemoğrafik Veri Toplama Formu:

Adı-Soyadı: _____ Yaşı: _____ Cinsiyet: _____

Mesleği: _____ Eğitim durumu: ilk orta lise Y.Okul Üniv

Tel. No: _____ Yakınının tel no: _____

Medeni durumu: Evli Bekar Boşanmış Dul

Çocuk Sayısı: _____ Yaşadığı kişiler: _____

Kaldığı yer: Ailesiyle Yalnız Ev arkadaşıyla Devlet yurdunda

Özel yurttta Yakınlarının yanında Diğer

Aylık geliri: 0-400 YTL 400-800 YTL 800-1200 YTL

1200-1500 YTL 1500-2000 2000 ve üstü

Eşinin 0-400 YTL 400-800 YTL 800-1200 YTL

Aylık geliri 1200-1500 YTL 1500-2000 2000 ve üstü

Eşinin işi: _____

SCID 1 tanısı: _____

HDÖ İlk geldiğinde..... 4.hafta.... 12. hafta.... 18. hafta 24.hafta

HÖA İlk geldiğinde..... 4.hafta.... 12. hafta.... 18. hafta 24.hafta

İGD İlk geldiğinde..... 4.hafta.... 12. hafta.... 18. hafta 24.hafta

EK.2.

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

Hastanın adı - soyadı : _____

Test tarihi (gün-ay-yıl) : _____

Testi uygulayan hekim : _____

1. DEPRESİF DUYGUDURUM (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

- 0= Yok.
 1= Sadece soruları yanıtlarken anlaşıyor.
 2= Hasta bu durumları daha açık şekilde söylüyor.
 3= Depresyonun sözel olmayan belirtilerini açıkça gösteriyor (postür, yüz ifadesi, ses, ağlama).
 4= Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, sözel ve sözel olmayan yolla açıkça belirtiyor.

2. SUÇLULUK DUYGUSU

- 0= Yok.
 1= Kendini suçlu bularak, insanları üzdüğünü hissediyor.
 2= Geçmişteki hatalar veya günahlara ilişkin suçluluk düşünceleri var.
 3= O anki hastalığını bir ceza olarak kabul ediyor, suçluluk sanrıları var.
 4= Suçlayıcı veya itham edici sesler duyuyor ve/veya tehdit edici görsel varsanlar görüyor.

3. İNTİHAR

- 0= Yok.
 1= Hayatın yaşamaya değmeyeceğini hissediyor.
 2= Olmuş olmayı arzuluyor veya kendisi için olası her türlü ölümlü düşünüyor.
 3= İntihar düşünceleri veya davranışı var.
 4= İntihar girişimi (herhangi bir ciddi girişim 4 puan olarak değerlendirilir).

4. UYKUYA DALMA GÜÇLÜĞÜ ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK

- 0= Uykuya dalmada herhangi bir güçlük çekmiyor.
 1= Son üç gecedен en az birinde uykuya dalmadan önce, yarım saatten daha uzun süreyi yataкта geçiriyor.
 2= Son üç gecedен üçünde de uykuya dalmadan önce, yarım saatten daha uzun süreyi yataкта geçiriyor.

5. GECE YARISI UYANMA ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK

- 0= Yok.
 1= Son üç gecedен en az birinde, gece boyunca huzursuz ve rahatsız olmaktan yakınıyor.
 2= Her gece uyanıyor (tuvalet gereksinimi dışında her yataktan kalkış 2 puan olarak değerlendirilir).

6. SABAH ERKEN UYANMA ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK

- 0= Yok.
 1= Sabahın erken saatlerinde uyanıyor, fakat tekrar uyuyor.
 2= Yataktan kalktıktan sonra tekrar uyuyamıyor.

7. İŞ VE AKTİVİTELER

- 0= Sorun yok.
 1= Aktiviteleriyle, işiyle ya da hobileriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
 2= Aktivite, hobiler veya işe duyulan ilginin kaybolması - hasta bunu doğrudan kendi söyler veya dolaylı olarak kayıtsızlık ve kararsızlık ile gösterir.
 3= Aktivitelere ayrılan zamanda veya üretkenlikte azalma. Hastane değerlendirmesinde, eğer hasta en az üç saatini aktivitelere (hastane işi veya hobileri) ayırmıyorsa 3 puan verir.
 4= O anki hastalığı nedeniyle çalışmayı bırakmış. Hastanede, hasta servis işleri dışında hiçbir aktiviteye katılmıyorsa veya yardım almadan servis işlerini yapamıyorsa, 4 puan ile değerlendirilir.

8. RETARDASYON

(Düşünme ve konuşmada yavaşlama; konsantrasyonun bozulması; motor aktivitenin azalması).

- 0= Normal konuşma ve düşünme.
 1= Görüşme sırasında hafif retardasyon gözleniyor.
 2= Görüşme sırasında açıkça retardasyon gözleniyor.
 3= Görüşme yapmakta güçlük çekiyor.
 4= Tam stupor.

9. AJİTASYON

- 0= Yok.
 1= Şüpheli veya hafif ajitasyon.
 2= Eller, saçlar vb. ile oynama.
 3= Ayakta dolaşma, sakin oturmama.
 4= Ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak yeme.

10. PSİŞİK ANKSİYETE

- 0= Yok.
 1= Subjektif gerilim ve iritabilite.
 2= Küçük şeylerden kaygı duyma.
 3= Yüzde veya konuşmada belirgin endişe ifadesi.
 4= Yaşamını belirgin olarak etkileyen sıkıntı ve korkularını anlatıyor.

11. SOMATİK ANKSİYETE

- (Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik belirtiler:
 • Gastrointestinal - ağız kuruluğu, gaz çıkarma, hazımsızlık, diyare, kramplar, geğirme
 • Kardiyovasküler - palpasyonlar, baş ağrıları
 • Solunumla ilgili - hiperventilasyon, iç çekme
 • Sık idrara çıkma
 • Terleme.)

- 0= Yok. 1= Hafif. 2= Orta. 3= Şiddetli. 4= Çok şiddetli.

12. SOMATİK SEMPTOMLAR - GASTROİNTESTİNAL

- 0= Yok.
 1= İştahsız, ancak hastane personelinin teşvikiyle yiyor. Karında şişkinlik.
 2= Hastane personeli zorlamadan yemekte güçlük çekiyor. Gıda alımı azalmıştır. Kabızlıktan yakınıyor.

13. SOMATİK SEMPTOMLAR - GENEL

- 0= Yok.
 1= Ekstremitelerde, sırtta veya başta ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrıları ve kas ağrıları. Enerji kaybı ve yorgunluk hissi.
 2= Açıkça ve sürekli yorgun ve tükenmiştir veya belirgin bir yakanması vardır.

14. GENİTAL SEMPTOMLAR

(Libido kaybı, menstrüel bozukluklar gibi semptomlar).

- 0= Yok. (Cinsel ilgi ve aktivite her zamanki gibidir)
 1= Hafif. (Cinsel istek ve zevk orta derecede azalmıştır)
 2= Şiddetli. (Cinsel istek ve zevk açıkça yoktur)

15. HİPOKONDRIASİS

- 0= Yok.
 1= Vücut semptom ve işlevleriyle her zamankinden biraz daha fazla meşguldür.
 2= Fiziksel sağlığından belirgin olarak kaygılanmaktadır.
 3= Bütün semptomlarını açıklayabilecek bir fiziksel hastalığı olduğundan emindir (örneğin beyin tümörü, kanser vb). Ancak sanırsal düzeyde değildir, ikna edilebilir.
 4= Hipokondriak düşünceler sanırsal düzeydedir.

16. KİLO KAYBI

(A veya B değerlendirmesi yapın).

A. Anamneze göre değerlendirirken:

- 0= Kilo kaybı yok.
 1= Mevcut hastalığa bağlı olası kilo kaybı.
 2= Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B. Haftalık ölçümlerde (doktor veya sağlık personeline yapılan).
 Gerçek vücut ağırlığı değişiklikleri ölçülürken.

- 0= Haftada 0.5 kg'dan daha az kilo kaybı.
 1= Haftada 0.5 kg'dan fazla kilo kaybı.
 2= Haftada 1 kg'dan fazla kilo kaybı.

17. İÇGÖRÜ

- 0= Depresif ve hasta olduğunun farkında.
 1= Hastalığın farkında, fakat bunu kötü gıdalar, iklim, aşırı çalışma, virüs, dinlenme ihtiyacı gibi nedenlere bağlıyor.
 2= Hasta olduğunu tümüyle reddediyor.

TOPLAM PUAN

0-7= Depresyon yok 8-15= Hafif depresyon 16 ve üstü= Majör depresyon

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok

1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

BİRİNİ İŞARETLEYİN

1. ANKSİYETELİ MIZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.	0	1	2	3	4
2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6. DEPRESİF MIZAÇ: İlgi yitimi, hobilere zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7. SOMATİK (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sızramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu. (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.	0	1	2	3	4
8. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.	0	1	2	3	4

EK.4.

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD) Ölçeği

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği gözönünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

İGD değerlendirme:

Şu anda: --

geçen yıl ---

Kod (Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)

- 100 Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarının aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
- 91
- 90 Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
- 81
- 80 Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikosozyal stres kaynaklarına verilen beklenen tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme), toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma).
- 71
- 70 Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişilerarası ilişkileri vardır.
- 61
- 60 Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik ataklar) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
- 51
- 50 Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törenselle davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
- 41
- 40 Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zamanı manukduş, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karışgelir ve okulda başarısızdır).
- 31
- 30 Davranışları hezeyanlar ve hallüsinasyonlardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen ekkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevsel değildir (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi evi ya da arkadaşları yoktur).
- 21
- 20 Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gerekliliklerini bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizmedir).
- 11
- 10 Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yinelenen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gerekliliklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
- 1
- 0 Bilgi yetersiz.

EK.5.

Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)

SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ*Hasta Formu*

İSİM: _____

Bu ölçek hastalanmanızdan bu yana ne durumda olduğunuzu anlamamıza yardımcı olacaktır.

Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürer. (Doldurmaya başlamadan önce lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.)

1. Nerede yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

2. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

	Ç	KAl	ÖSE	BZD	B-y	B-p	İM
Ham puan							
Dönüştürülmüş puan							

SOSYAL UĞRAŞI/SOSYAL ÇEKİLME

Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

Hafta içi ortalama _____

Hafta sonu ortalama _____
(eğer farklıysa)

Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz?

örn. odada tek başına,
tek başına dolaşarak,
radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek vb.

Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

12 saat başına geçirdiğiniz saatler

- 0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az
- 3-6 Zamanın bir kısmı
- 6-9 Zamanın önemli bir kısmı
- 9-12 Zamanın büyük bir kısmı
- 12 Hemen hemen zamanın hepsi

Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

Hemen hemen hiç/nadiren/bazen/sık sık

Evden ne sıklıkla çıkıyorsunuz? (herhangi bir nedenle)

Hemen hemen hiç/nadiren/bazen/sık sık

Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

- Onlardan kaçınma
- Huzursuz olma
- Onları kabul etme
- Onlardan hoşlanma

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşınız var?
(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu vb.)
2. Karşı cinsten bir arkadaşınız var mı? (eğer evli değilseniz)
Evet/Hayır
3. Anlamlı veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkta başarıyorsunuz?
Lütfen kutuyu işaretleyiniz
Hemen hemen hiç
Nadiren
Bazen
Sık sık
4. Şu sıralar insanlarla konuşmak size ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?
Çok kolay
Oldukça kolay
Orta
Oldukça zor
Çok zor

ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

Son üç ay içinde aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığınızı göstermek üzere uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro/konser				
Kapalı salon sporunu izleme (örneğin masa tenisi)				
Açık alan sporunu izleme(örneğin futbol)				
Sanat galerisi/müze				
Sergi				
İlgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma vb.				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarını ziyaret etme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Arkadaşları tarafından ziyaret edilme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko vb.				
Gece kulübü/sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık alan sporu yapmak				
Kulüp/dernek				
Kahve/cafeler'e gitme				
Dışarıda yemek yemek				
Dini etkinliklere katılmak				

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş-nakiş, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler (maket uçak yapma vb.)				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev vb.)				
Yürüyüş, dolaşma				
Araba kullanma/bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örneğin koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (resim yapma, el sanatları vb.)				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz:

	Yeterli	Yardım gerekir	Yapamaz	Bilinmiyor
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkama, düzenli olma vb.				
Dükkanlardan alışveriş yapma				
Eviden tek başına çıkma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özeni gösterme				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Eazen	Sık sık
Alışveriş yapma (yardım almadan)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme vb.				
Düzenli olarak yıkanma, banyo yapma vb.				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren vb. binme				
Para harcama				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

İŞ/MESLEK

Düzenli bir işiniz var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

Evet/Hayır

(altını çiziniz)

1. EĞER YANITINIZ EVETSE:

Ne tür bir iş? _____

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? _____

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz? _____

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA:

En son ne zaman bir işte çalıştınız? _____

Ne tür bir işti? _____

Haftada kaç saat çalışdınız? _____

Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi?

EVET/HAYIR

(altını çiziniz)

Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz?

EVET/HAYIR

(altını çiziniz)

Herhang. bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

Kesinlikle evet/Zorlanırım/Kesinlikle hayır

Ne sıklıkla yeni iş bulma girişiminde bulunuyorsunuz? (örneğin; İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilanlarına bakma)

Hemen hemen hiç/nediren/bazen/sık sık

EK.6.**Rahe-Holmes Yaşam Olayları Anketi:**

Son 1 yılda aşağıdaki olaylardan yaşamız olduklarımızın numarasını daire içine alınız ve karşısındaki boşluğa yaklaşık kaç ay önce yaşadığınızı yazınız.

1-Eşin ölümü.....	100
2-Boşanma.....	73
3-Evli eşlerin boşanmadan ayrı yaşamları.....	65
4-Gözaltı,tutuklama,hapse girmek.....	63
5-Aileden yakın birinin ölümü.....	63
6-Kişisel yaralanma veya hastalık.....	53
7-Evlenmek.....	50
8-İşinden çıkarılmak.....	47
9-Evlilikte barışmak.....	45
10-Emekliye ayrılmak.....	45
11-Aile üyelerinden birinin sağlığında değişiklik.....	44
12-Hamilelik(erkekse eşin hamileliği).....	40
13-Cinsel güçlükler.....	39
14-Aileye yeni birinin katılması.....	39
15-İşte/görevde yeniden düzenlenme/ İşine yeniden uyum göstermek.....	39
16-Ekonomik/parasal durumda değişiklik.....	38
17-Yakın arkadaş ölümü.....	37
18-Başka bir çalışma alanına geçiş.....	36
19-Eşle yapılan tartışmaların sayısında değişiklik.....	35
20-10 bin dolardan fazla borç almak/ipotek.....	31
21-İpotek edilene el konması/haciz/Borcunu ödemek.....	30
22-İş sorumluluklarında değişiklik.....	29
23-Oğul veya kızın evden ayrılması.....	29
24-Eşinin ailesiyle sorun.....	29
25-Önemli bir kişisel başarı göstermek.....	28
26-Eşin işe başlaması veya bırakması.....	26
27-Okula başlamak veya bitirmek.....	26
28-Yaşam koşullarında değişiklik.....	25
29-Kişisel alışkanlıkları yeniden düzenlemek.....	24
30-İşle/yönetici ile ilgili sorun.....	23
31-İş saatleri veya koşullarında değişiklik.....	20
32-ikamet edilen yerde değişiklik/oturduğu evden taşınma.....	20
33-Okul değiştirmek.....	20
34-Boş zamanlarını değerlendirmede/ İstirahat alışkanlıklarında değişiklik.....	19
35-Dini aktivitelerde değişiklik.....	19
36-Sosyal aktivitelerde/etkinliklerde değişiklik.....	18
37-10 bin dolardan daha az borçlanma/ipotek.....	17
38-Uyku alışkanlıklarında değişiklik.....	16
39-Aile toplantılarının sayısında/bir araya gelme sayısında değişiklik.....	15
40-Yeme alışkanlıklarında değişiklik.....	15
41-Tatile gitmek.....	13
42-Ramazan bayramı/yeni yıl kutlaması.....	12
43-Önemsiz kanunsuzluklar yapmak/ Kanunların küçük ihlali.....	11

Toplam puan:

EK.7. Sarason'un Yasam Degisimleri Anketi

	0-6 Ay	7 ay 1 sene	cok olumsuz	oldukca olumsuz	az olumsuz	etkilsiz	az olumlu	oldukca olumlu	cok olumlu
1-) Evlilik			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
2-) Alleden cok yakin birinin evlenmesi (Bireyin cocuklarından birinin veya anne veya babasının evlenmesi).			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
3-) Hapishanede tutuklu kalma.			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
4-) Yakın bir aile Uyesinin hapishanede tutuklu kalması			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
5-) Zevcin (esin) ölümü			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6-) Uyku alışkanlığında önemli değişmeler. (Daha fazla veya daha az uyuma)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7-) Yakın bir aile Uyesinin ölümü			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
A - Anne			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
B - Baba			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
C - Erkek Kardeş			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
D - Kız kardeş			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
E - Büyük anne			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
F - Büyük baba			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
G - Diğerleri (Belirtin)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
8-) Yemek alışkanlıklarında önemli değişmeler (Daha fazla veya daha az yemek yeme)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

	0-6 ay	7 ay 1 senet	Çok olumsuz	Orduka olumsuz	Az olumsuz	Etkisiz	Az olumlu	Orduka olumlu	Çok olumlu
9-) İpoteklin kaldırılması			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
10-) Yakın bir arkadaşın ölümü			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
11-) Yüksek kişisel başarı			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
12-) Küçük cepta kanun ihlalleri.(Trafik cezaları vb.)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
13-) Erkek için: Karısının hamile kalması			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
14-) Erkek için: Flörtünün ya da nişanlısının hamile kalması			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
15-) Kadın için: Kendisinin hamile kalması			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
16-) Kadın için: Kocasının diğer bir kadını hamile bıraktığını öğrenmesi			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
17-) İş durumunda değişiklik (Farklı iş sorumluluğu iş şartlarında, iş saatlerinde vs.değişiklikler)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
18-) Yeni bir işe girme			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
19-) Yakın aile üyelerinden birinin ciddi bir hastalığa yakalanması, kaza geçirmesi veya sakatlanması.			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
A - Baba			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
B - Anne			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
C - Kız kardeş			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
D - Erkek kardeş			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
E - Büyük anne			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
F - Büyük baba			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
G - Diğerleri (Belirtin).			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
20-) Cinsel sorunlar (Eşi ile anlaşamama)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
21-) Çocuğunun cinsel sorunları			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
22-) İş verenle anlaşmazlık, (işini kaybetme, mülkleri, çalışma koşullarında olanakların kısıtlanması, terfi edememe).			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
23-) Kayınvalide, kayınpeder, kayınbirader veya görülmeye ile anlaşmazlık			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
24-) Maddi olanaklarda önemli değişimler (Daha iyi maddi olanaklara sahip olmak veya maddi durumun bozulması)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

	0-6 ay	7 ay 1 sene	çok olumsuz	oldukça olumsuz	az olumsuz	etkısiz	az olumlu	oldukça olumlu	çok olumlu
36-) 100.000 liradan daha az borç alma veya yatırım yapma. (T.V.Araba almak,öğrenime devam vs. için)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
37-) İsten çıkarılma			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
38-) Kadın için: Çocuk aldırma			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
39-) Erkek için: Karısının çocuk aldırması			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
40-) Erkek için: FİDRTÜ ya da nisanlısının çocuk aldırması			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
41-) Sosyal ve eğlence faaliyetlerinin türünde ve MİKTARINDA önemli değişimler (örneğin: parti,sinema,ziyafetler,kağıt oyunları,ıçki alanları gibi faaliyetlere katılmada azalma veya çoğalma)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
42-) Ailenin yasama şartlarında önemli değişimler (yeni ev yaptırma evin tamir edilmesi ya da yeniden döşenmesi veya sentsin bozulması)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
43-) Bosanma			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
44-) Kişinin geçirdiği önemli bir hastalık yaralanma veya keza			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
45-) Yakın bir arkadaşın ağır bir hastalık geçirmesi yaralanması veya sakatlanması			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
46-) Emekliye ayrılma			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
47-) Kız veya erkek çocuğun,evladın evinden ayrılması (Evlenme veya okula gitme vb)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
48-) Okuldan ayrılmak zorunda kalmak (maddi sorunlara bağlı olarak)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
49-) Normal eğitim bitirmek			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
50-) Gocici bir süre için esten ayrı kalmak (is, seyahat vs. nedeni ile).			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

	0-6 ay	7 ay 1 sene	çok olumsuz	olüğece olumsuz	az olumsuz	etkisiz	az olumlu	olüğece olumlu	çok olumlu
51-) Nisanlenme			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
52-) Nisanlı veya flörtle aresının bozulması			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
53-) Evden ilk defa ayrılma			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
54-) Nisanlısı veya flörtü ile barışma, tekrar bir araya gelme			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
55-) Çalışan kadının çocuğunu bırakabilecek güvenilir, birini ya da bir kres bulamaması			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
56-) Asık olma			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
57-) Beklenmedik bir anda paraya sahip olma (MİPSS, piyango, toto vb.)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
58-) Anarsik olaylara karışma			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
59-) Çocukların okul durumu (arzulanen bir okula gitmesi veya gitmemesi, bütününe kalmaması, sınıfta kalması, iftihara geçmesi vb.)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
60-) Yangın, hırsızlık			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
61-) Askere gitme (Erkeğin kendisinin, oğlunun kocasının, nisanlısının çok iyi bir arkadaşının).			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
62-) Aileden çok yakın birinin akıl hastanesine yatması.			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
63-) Kızının bir erkekle kaçması			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
64-) Yakın akrabalar yada kardeşler arasında miras paylaşmalarından doğan kavgalar, dargınlıklar.			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
65-) Çocuğunun ölümü			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3