

**T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL
ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM
DALI**

Tez yöneticisi

Dr. Öğr. Üyesi Elmas BEYAZYÜZ

**TEK ATAĞ VE BİRDEN FAZLA ATAĞ GEÇİRMİŞ
REMİSYONDAKİ DEPRESYON HASTALARININ ZİHİN
KURAMI BECERİLERİNİN İNCELENMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Burçak BAYKUT

TEKİRDAĞ-2023



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez dönemim boyunca desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, sabrı ve çalışkanlığı ile örnek aldığım sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Elmas BEYAZYÜZ'e, bilgi ve tecrübelerini aktaran, hayatın her alanında yardımcı olan, ömür boyu desteğini hissettiğim değerli hocam Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Yakup ALBAYRAK'a, engin bilgi ve tecrübesini uzmanlık eğitimim boyunca aktarmaya çalışan, öğrencisi olmaktan dolayı çok şanslı hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Murat BEYAZYÜZ'e, birlikte çalıştığımız asistan ve hemşire arkadaşlarıma teşekkür ederim. Beni yetiştiren ve bugünlere getiren, her koşulda yanımda olan anneme ve babama, kardeşim Mert'e, her zaman yanımda olan, desteğini daima hissettiğim, hayatımı güzelleştiren canım eşim Osman Alp'e ve canım oğlum Pars'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGE VE KISALTMALAR.....	iv
TABLO DİZİNİ.....	v
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER	3
ZİHİN KURAMI.....	3
MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK.....	10
GEREÇ VE YÖNTEM	22
ÖRNEKLEM.....	22
VERİ TOPLAMA GEREÇLERİ.....	23
BULGULAR	27
TARTIŞMA.....	36
SONUÇLAR.....	44
ÖZET	46
SUMMARY	47
KAYNAKÇA.....	48
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

MDB: Majör Depresif Bozukluk

ZK: Zihin Kuramı

GZOT: Gözlerden Zihin Okuma Testi

İAT: İmayı Anlama Testi

HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği

MoCA: Montreal Cognitive Assessment

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

HG: Hasta Grubu

KG: Kontrol Grubu

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Üç grup arasında demografik özelliklerin karşılaştırılması.....	25
Tablo 2. Çoklu atak remisyonadaki depresyon vakalarının atak sayıları.....	26
Tablo 3. Tek ve çoklu atak depresyon vakalarında klinik özelliklerin karşılaştırılması.....	26
Tablo 4. Üç grup arasında GZOT ve İAT skor ortalamalarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 5. Üç grup arasında MoCA ve HDÖ skor ortalamalarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 6. Üç grup arasında ikili grup karşılaştırmaları	28
Tablo 7. Tüm vakalarda atak sayısı ile GZOT, İAT, MoCA ve HDÖ arasındaki ilişki.....	29
Tablo 8. Vakaların yaş, eğitim süresi, GZOT, İAT, MoCA ve HDÖ arasındaki ilişki.....	29
Tablo 9. Depresyon tanılı vakalarda çoklu atak geçirme riskini artıran faktörlerin etkileri....	32
Tablo 10. Depresyon tanı riskini artırmakla ilişkili Multinomial Lojistik Regresyon Analizi sonucu.....	32

GİRİŞ VE AMAÇ

Zihin kuramı; kişinin kendisinin ve diğerlerinin ayrı zihinlere sahip olduğunu anlayabilme, kendisinin veya başkalarının duygu, düşünce, maksat, istek ve inançlarını algılayabilme ya da çıkarımda bulunabilme kapasitesidir (1). Bu beceri, insanlar arasındaki ilişkilerin sürdürülmesinde önemli bir rol oynar (2). Zihin kuramının bireyler üzerindeki ilk araştırması 1985 yılında Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından otizmlili çocuklarla birlikte yapılmış ve otizmlili çocuklarda bu yetide zekâ geriliğinden bağımsız bir eksiklik olduğu saptanmıştır (3). Zihin kuramında birçok psikiyatrik (şizofreni, bipolar bozukluk, major depresyon, yeme bozuklukları, bazı kişilik bozuklukları vb.), nörogelişimsel bozukluk (otizm, asperger sendromu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu) ve nörolojik (Alzheimer, Parkinson vb.) bozuklukta bozulmaların olduğu araştırmalarda gösterilmiştir (4). Tager-Flusberg ve Sullivan (2000) (5) zihin kuramının iki farklı alt tipini tanımlamıştır. Bunlar sosyal bilişsel ve sosyal algısal alt tiplerdir. Sosyal-bilişsel zihin kuramı; diğer kişilerin davranışlarını gözleyerek altta yatan zihinsel durumunu çıkarsamak, sosyal-algısal zihin kuramı ise; kişinin yüz ve bedensel ifadeleri, ses tonu gibi gözlemlenebilir ipuçlarından insanların zihinsel durumları hakkında karar verme yetisi olarak tanımlanmıştır.

Major depresif bozukluk en sık görülen ruhsal bozukluklardandır(6). Major depresif bozukluk geçiren hastaların yarısından fazlası bir kez daha atak geçirir. Geçmişte iki kez depresif atak geçiren hastaların ise %80'inde yeni bir atak gelişecektir (7). Bu nedenle, depresif bozuklukların neden oluştuğunu ve tekrarlama ihtimalini hangi faktörlerin arttırdığını aydınlatmak oldukça önemlidir. Majör depresif bozuklukta sosyal işlevlerde ve diğer kişilerle olan ilişkilerde bozulma olması önde gelen kinik özelliklerdendir (2). Majör

depresif bozukluğu olan bireylerde rastlanan sosyal işlevlerde ve diğer kişilerle olan ilişkilerdeki zorluklar, emosyonel uyaranları ve diğer kişilerin bilişsel durumlarını yorumlama becerisindeki bozulmalara, yani zihin kuramı becerisindeki azalmaya bağlı olabilir (8). Sosyal-bilişsel ve sosyal algısal işlevlerdeki bu bozulmalar depresyon gelişimine yatkınlık sağlarken hastalığın tekrarlama ihtimalinin de artmasına neden olabilir (9). Bu nedenlere dayanarak majör depresif bozukluğun ele alınmasında zihin kuramı becerilerinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesinin önemli olabileceği düşünölmektedir.

Depresif bozukluğu olan hastalarda zihin kuramı becerileri biręok ęalıřmada incelenmiştir. ęalıřmaların ęoęu o sırada hastalığı geçiren gruplarda yapılmış olup zihin kuramı becerileri sadece sosyal bilişsel ya da sosyal algısal yönden değerlendirilmiştir. Remisyonadaki depresyon hastalarının zihin kuramı becerilerinin hem sosyal bilişsel hem sosyal algısal yönden incelendiği ęalıřma sayısı oldukęa sınırlıdır. Bu ęalıřmada remisyonadaki depresyon hastalarının zihin kuramı becerilerinde tek atak geçirmiş ve birden fazla atak geçirmiş hasta gruplarının sağlıklı kontrol grubuna göre farklılığı olup olmadığı ve olası farklılıkların hastalığın süregenleşmesindeki olası etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

ZİHİN KURAMI

Zihin Kuramının Tanımı ve Bileşenleri

Zihin kuramı bir kişinin kendi düşünceleri, inançları ve niyetleri ile başka insanların düşünceleri, inançları ve niyetleri arasındaki farkı anlama, onları öngörme ve kendi zihninden ayırıştırabilme kabiliyetidir (10). Bu beceri, insanlar arasındaki sosyal etkileşimlerde önemli bir rol oynar ve insanların diğerlerinin duygularını anlaması, empati kurması ve sosyal davranışlarını yönetmesine yardımcı olur. Zihin kuramının sosyal-bilişsel ve sosyal-algısal olmak üzere iki bileşeni mevcuttur (10).

Zihin kuramının sosyal-bilişsel bileşeni

Zihin kuramı, özellikle çocukluk döneminde gelişir ve bu süreçte çocuklar, diğer insanların zihin durumlarını anlamada ve yorumlamada farklı seviyelerde başarı gösterirler (11). Sosyal-bilişsel teoriye göre, bu farklılıklar, çocukların çevresel faktörlerden ve kişisel faktörlerden etkilenmeleriyle açıklanmaktadır (11).

Özellikle, sosyal-bilişsel teori, zihin kuramının gelişiminde modelleme kavramının önemini vurgular (12). Çocuklar, diğer insanların davranışlarını gözlemleyerek ve taklit ederek kuram yeteneklerini geliştirebilmektedir (13). Bu süreçte, çocukların kendi düşünceleri, deneyimleri ve inançları da zihin kuramı gelişimini etkileyebilmektedir (14).

Sosyal-bilişsel bileşen ile ilgili çalışmalar, çocukların zihin kuramı gelişimindeki farklılıkları açıklama konusunda önemli bir rol oynamıştır (15). Yapılan bir çalışmada, çocukların zihin kuramı yetilerinin gelişiminde anne-baba tutumlarının ve ebeveyn-çocuk etkileşimlerinin etkililiği ifade edilmiştir (16). Benzer şekilde başka bir araştırmada, dil

becerileri, zekâ ve diğer bireysel faktörlerin de kuram gelişimindeki etkisi saptanmıştır (17).

Zihin kuramının sosyal-algısal bileşeni

Sosyal-algısal teori, insanların diğer insanların davranışlarını anlamalarında, algısal ve sosyal faktörlerin bir arada etkili olduğunu öne sürer (18). Zihin kuramının gelişiminde sosyal-algısal teorinin vurguladığı faktörler, diğer insanların yüz ifadeleri, beden dili, ses tonu ve konuşma tarzı gibi sosyal işaretlerin yanı sıra, çevresel faktörlerin (örneğin aile, arkadaşlar, kültür) ve kişisel faktörlerin (örneğin bireysel deneyimler, zekâ, dil becerileri) birleşimidir (14).

Sosyal-algısal teori, zekâ kuramının gelişiminde doğrudan gözlemlemenin önemini vurgular (19). Özellikle, çocuklar, diğer insanların yüz ifadelerini, beden dilini ve konuşma tarzını gözlemleyerek kuram yeteneklerini geliştirebilmektedir (13). Bu süreçte, çocukların kendi düşünceleri, deneyimleri ve inançları da kuram gelişimini etkilemektedir (13).

Sosyal-algısal zihin kuramı ile ilgili çalışmalar, çocukların sosyal-bilişsel bileşende olduğu gibi zihin kuramı gelişimindeki farklılıkları açıklamada etkili olmuştur (20). Örneğin, çocukların yüz ifadelerini anlama ve yorumlama becerilerinin zihin kuramı gelişimiyle paralellik gösterdiği bulunmuştur (21). Benzer şekilde, çocukların beden dili ve ses tonu gibi sosyal işaretleri anlama becerilerinin de zihin kuramı gelişiminde önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir (22).

Zihin Kuramının Tarihçesi

Kuram, 1970li yıllarda David Premack ve Guy Woodruff tarafından (23) bir deneyde şempanzelerin başkalarının düşüncelerini anlayabildiğinin gözlenmesi üzerine ortaya atılmıştır. Bu deneyde, bir şempanze gözlemci olarak görev yapan bir başka şempanzenin nereye bakacağını tahmin etme görevini başarıyla yerine getirmiştir. Bu gözlem, şempanzelerin basit bir düzeyde bile olsa, diğerlerinin zihinsel durumlarını anlayabileceğini göstermiştir. Özellikle, 1990'lardan itibaren zihin kuramı gelişimi üzerine yapılan araştırmalar, çocuklarda zihin kuramının gelişim sürecini ve bu sürecin nasıl ilerlediğini açıklamaya odaklanmıştır (24).

Bu dönemde, Simon Baron-Cohen, Uta Frith ve diğer araştırmacılar (25), zihin kuramının kazanımının yetersiz olduğunu ifade ettikleri ve “Zihin Körlüğü” adını verdikleri bir durumu tanımlamışlardır. Zihin körlüğü, bireylerin diğer insanların zihinsel durumlarını anlama ve tahmin etme kabiliyetlerindeki bir eksikliği ifade eder. Baron-Cohen ve Frith (26), Zihin körlüğünün otizm gibi bazı nörogelişimsel bozukluklarla ilişkili olduğunu da belirtmişlerdir. Ayrıca, araştırmacılar kuramın gelişiminde dilin rolünü de araştırmışlardır. Örneğin, Alan M. Leslie (27), çocukların kuram becerilerinin gelişiminde, ailelerinin kullandığı dilin karmaşıklığı ve zenginliğinin önemli bir rol oynadığını ifade etmiştir. Ayrıca, dilin kullanımıyla ilgili diğer faktörler, örneğin sosyal etkileşimler ve hikayelerin anlatımının da yine kuram becerilerinin gelişimini etkileyebileceğini öne sürmüştür (27). Youmans ve meslektaşları ise çocukların zihin kuramı becerilerinin gelişiminde, dilin yanı sıra, özellikle sosyal etkileşimlerin ve deneyimlerin de önemli olduğunu belirtmiş olmakla birlikte çocukların diğer insanların inançlarını nasıl tahmin ettiklerini ve nasıl yargıladıklarını incelemişlerdir (28,29).

Zihin Kuramının Becerileri ve Gelişimsel Aşamaları

ZK içinde birden fazla beceriyi barındıran yetiler kümesidir. Sırasıyla birinci derece yanlış inanç, ikinci derece yanlış inanç, metafor ve ironiyi anlama ve gaf (Fr: faux pas) olmak üzere beceriler bireylerin gelişimsel sürecinde aşırı katı olmamakla birlikte belirli periyotlar aralığında kazanılır (30). Bu süreç, genellikle 0-1 yaş civarında başlar, 4 yaş civarında ivme kazanır ve 9-11 yaşlarına kadar devam eder. Bu süreçte çocuklar, zihin kuramı becerilerini aşağıdaki aşamalarda geliştirirler:

Hazırlık Periyodu

- ✓ **İkili farkındalık:** 0-1 yaş arası bebekler, başkalarının bakış açılarını, hareketlerini ve jestlerini takip ederek onların niyetlerini anlamaya çalışırlar (31).
- ✓ **İş birliği yapma:** Çocuklar, 2-3 yaşlarından itibaren iş birliği yapabilme becerilerini geliştirirler. Bu aşamada, çocuklar başkalarının ne istediğini anlamaya başlarlar ve onların isteklerini yerine getirerek iş birliği yaparlar (32).
- ✓ **Duygu tanıma:** 3-4 yaşları arasında, çocuklar duyguları tanımaya başlarlar. Başkalarının ne zaman mutlu veya üzgün olduğunu fark edebilir ve başkalarının üzgün görüldüğü zamanlarda bir şeylerin yolunda gitmediği çıkarımını yapabilirler (32).

Birinci Derece Yanlış İnanç Görevleri Kazanımı

- ✓ **İnançlar:** Birinci derece yanlış inanç görevleri kazanımı 4-5 yaşları arasında, çocukların başkalarının inançlarını anlamaya başlarlar ve kendi inançlarından farklı bir inanca, farklı bir düşünceye sahip olabileceklerini kavramalarıyla değerlendirilir (33).
- ✓ **Yanıtma:** 5-6 yaşları arasında, çocuklar başkalarının yanıltıcı davranışlarını anlamaya başlarlar. Bu aşamada, çocuklar başkalarının niyetlerini anlayabilmek için yanıltıcı davranışlarını fark ederler ve bu durum birinci derece yanlış inanç kavramının olgunlaşmasının işareti ve ikinci derece yanlış inanç kavramının sinyali olarak ele alınır (33).

İkinci Derece Yanlış İnanç Görevleri Kazanımı

- ✓ Bir kişinin bir olay/durum ile ilgili düşünce ve inançlarını diğer bir kişinin nasıl çıkarımlayacağını ifade etme yetisi olarak tanımlanır (30,34).
- ✓ **İkili temsiller:** 6-7 yaşları arasında, çocuklar ikili temsilleri anlamaya başlarlar. Bu aşamada, çocuklar bir nesnenin birden fazla amaca hizmet edebileceğini anlayabilirler. Bu beceri hem ikinci derece yanlış inanç kazanımının pekişmesini sağlarken, metafor ve ironiyi anlama kazanımına zemin hazırlamaktadır (34).

Metafor ve İroniyi Anlama

- ✓ Bu beceri ifade edilenin birinci anlamın ötesinde yan/mecaz anlamları da kapsayacak şekilde dil ve düşünce becerisinin gelişimini gerektirir ve ikili temsillerle birlikte 6 yaş sonrasında gelişmeye başlamaktadır (35).

Gaf (Faux Pas)

- ✓ Metafor ve ironinin yanı sıra beyaz yalanı idrak etme, imayı anlama, ikna edebilme ve gafları kavrama gibi eylemleri içeren bu süreç zihin kuramının en karmaşık aşaması olduğundan 9-11 yaşa kadar sürmesi norm değeri aralığında görülür (34,35).

Bu süreç, bireylerin hayatının büyük çoğunluğunda sosyal işlevselliğini, sosyal etkileşimlerini ve başkalarının zihinsel durumlarına dair anlayışlarını geliştirmelerinde anahtar rolündedir (30).

Zihin Kuramı Teorileri

Modüler teori

Modüler teori, insan zihinlerinin başka bir kişinin zihinsel durumlarını (düşünceler, duygular, inançlar, niyetler) anlamak için özel bir zihin modülü-bilişsel mekanizma ve bu

modüle ait ayrı nöral bir yapı kullanarak işlediğini savunan bir teoridir (36). Bu modül, insanların diğer insanların düşüncelerini, niyetlerini ve inançlarını anlamalarına yardımcı olur (36). Teoriye göre, zihin modülü doğuştan var olan bir mekanizmadır ve insanların sosyal etkileşimlerinde hayati bir rol oynar (29). Bu modül, diğer insanların davranışlarını ve jestlerini takip etmek, niyetlerini ve inançlarını tahmin etmek ve iletişim kurmak gibi birçok önemli işlevi yerine getirir (37). Bu teori, zihin kuramının gelişiminde doğuştan gelen faktörlerin önemini vurgulamanın yanında zihin modülü ile diğer bilişsel süreçler arasındaki etkileşimleri de dikkate almaktadır (37).

Simülasyon teorisi

Simülasyon teorisi, insanların diğer insanların zihinsel durumlarını anlamak için, diğer insanların davranışlarını takip edip kendi zihinsel süreçlerini kullanarak başka bir kişinin perspektifinden düşünmeye çalıştığını yani simülasyon yaptığını öne süren bir teoridir. Simülasyon teorisi, aynı zamanda, insanların empati kurma yeteneği ile de ilgilidir (38). Empati, başka bir kişinin duygularını anlama ve onlarla bağ kurma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (38). Bu teoride modüler teoride olduğu gibi ayrı bir bilişsel mekanizma ve buna bağlı bir nöral yapıdansa ayna nöronlarının dahil olduğu bir yapı üzerinde durulmaktadır (37).

Teori-teori

Teori-teorisi, insanların diğer insanların zihinsel durumlarını anlama konusunda örtük bir teoriye dayalı bilgi topladıklarını öne sürmektedir (39). Bu teoriye göre, çocuklar önce diğer insanların zihinsel durumlarını anlama konusunda bir dizi varsayım yaparlar ve bu varsayımları test etmek için gözlemler yaparlar (39). Bu gözlemlerle birlikte süreç içinde deneyim elde ederek zihin kuramını geliştirir ve diğer insanların zihinsel durumlarının, davranışlarının altında yatan nedenleri daha doğru bir şekilde anlamaya başlarlar (40). Modüler teoriye benzer olarak doğuştan gelen faktörlerin etkililiğini savunurken, ayrı bir nöral yapının varlığının olmadığını öne sürerek bu teoriden ayrılmakta ve simülasyon teorisinde olduğu gibi genelleşmiş çıkarımları sağlayan nöral bir yapının varlığına vurgu yapmaktadır (36,39).

Zihin Kuramı ve Psikopatoloji

Bireylerin zihin kuramında yeti kaybı, kendine ve diğer insanlara zihinsel durumlar (örneğin, inançlar, niyetler, istekler) atfetme yeteneği ve diğerlerinin kendi inançları veya

istekleriyle farklılıklar gösterebileceğini anlama yeteneğindeki bozulmalara dayanarak sosyal işlevsellikte azalmaya neden olduğu söylenmektedir (41). Bu işlevsellik kaybına istinaden birçok psikopatolojik durum ve zihin kuramı yetisi arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır (41).

Nörogelişimsel bozuklukların arasında zihin kuramı ile ilgili en çok araştırma yapılan alanlardan biri olan Otizm spektrum bozukluğundaki (OSB) ve Asperger sendromundaki sosyal etkileşim ve iletişim problemleri, zihinsel durumları yorumlamada güçlük gibi kök semptomlar için zihin kuramı yetilerinin önemli bir bilişsel yapı olduğu kabul edilmektedir (4, 42). Diğer bir nörogelişimsel bozukluk olan Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda yapılan araştırmalarda çocuklarda empati ve duygu tanıma becerilerinde bozulmaların olduğu, yetişkinlerde de sosyal biliş güçlükleri sergilendiği ve yürütücü işlev eksikliklerinin DEHB'deki zayıf zihin kuramı becerilerine sebep olduğuna işaret edilmektedir (43-45). Demans üzerinde yapılan çalışmalarda Frontotemporal demans (FTD) hastalarında zihin kuramı ileri düzeyde bozulmalar gösterirken Alzheimer hastalığı olan bireylerde çoğunlukla kompleks zihin kuramı becerilerinde bozulmaların olduğu ve bu bozulmaların özellikle FTD olmak üzere bireylerin davranışları ve sosyal ilişkilerini önemli ölçüde etkilediği saptanmıştır (46,47).

Kurama dair araştırmalar kişilik bozukları ekseninde; sınırda kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu ve şizoid kişilik bozukluğu üzerine yoğunlaşmıştır (48). Sınırda kişilik bozukluğu olan bireylerin diğer bireylerin özellikle sosyal-algisal alan olmak üzere hem algısal hem de bilişsel zihinsel durumlarına karşı aşırı hassasiyetleri sosyal ilişkilerindekileri bozulmaların kaynağı olabileceği saptanmıştır (49,50). Antisosyal kişilik bozukluğuna sahip bireylerin diğer bireylere karşı soğukkanlı ve amaç odaklı olmaları; diğer bireylerin duygularını, düşünce ve niyetlerini anlamada bir bozulma yaşanmazken, zihinsel durumları içselleştirme ya da zihinsel durumlardan etkilenme hususunda yaşanan bozulma ile ilişkilendirilmiştir (51). Şizotipal kişilik bozukluğunun belirgin özellikleri olan sosyal izolasyon ve iletişim sorunlarının meydana gelmesini araştırmacılar, zihin kuramı yeti kaybına ve bu kaybın genellikle şizofreni spektrum bozukluklarının başlangıcından önce meydana gelmesine, hastaların sosyal alanda haz kaybı yaşayarak geri çekilmesine yorumlamaktadır (52).

Zihin kuramı ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiye dair çalışmaların önemli bir kısmı şizofreni, bipolar duygudurum bozukluğu ve majör depresif bozukluklar üzerine

düzenlenmiştir (53). Şizotipal kişilik bozukluğunda da belirtildiği gibi zihin kuramındaki bozulmaların (sosyal-bilişsel alanda bozulmalar başta olmak üzere) şizofreni spektrum bozukluklarına sahip bireylerde ilk epizot öncesi ortaya çıktığına dair araştırmalar mevcuttur (54,55). Bipolar duygudurum bozukluğu ve zihin kuramı ilişkisi incelendiğinde bipolar bozukluğu olan bireylerin diğer bireylerin zihin durumunu çözmekte zorlandığı; bu bozulmanın depresif ve ötimik döneme kıyasla özellikle psikotik içerikli mani dönemi başta olmak üzere mani epizodlarında daha yoğun olduğu saptanmış olup bulgular fMRI bulgularıyla desteklenmiştir (56)(57). Ayrıca, zihin kuramı performansındaki azalma atakların süresi ve semptomların şiddetiyle ilişkilendirilmektedir (58). Kuramın majör depresif bozuklukla ilişkisini inceleyen çalışmalar çeşitli sonuçları içermektedir. Sosyal işlevsellik ve kişilerarası ilişkilerde bozulmanın MDB'nin önemli belirtilerinden biri olması ve yürütülen bu tez çalışmasının ana konusunu oluşturması üzerine “MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK” başlığının ardından detaylıca incelenecektir.

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK

Tanım ve Tarihçe

Majör depresif bozukluk (MDB) çökkün duygudurum; hayat enerjisi, istek, ilgi ve haz alımında azalmanın yanısıra; bilişsel işlevler, uyku ve iştahta bozulma gibi diğer alanlarda bozulma ile karakterize en az iki hafta süren bir veya daha fazla birbirinden bağımsız depresif dönemle beliren bir hastalıktır (59). Hipokrat'ın milattan önce 5. yüzyılda melankoli olarak adlandırdığı kavram, Latin dilinde alçalan/bastırılan anlamına gelen 'depressus' ve Fransız dilinde çukur kelimesinin karşılığı olan ve ruhsal çökkünlük anlamını da kapsayan 'la dépression/une dépression' sözcüğü Türkçe'ye depresyon olarak geçmiştir. Bu kelime gerek günlük dilde gerekse klinik alanda bireylerin ruhsal durumlarını tanımlamada kullanılır (1,60). Günlük dilde hüznün, ruhsal yorgunluk, keyifsizlik gibi olumsuz duygudurumları ifade etmek için kullanılmakla birlikte akademi ve klinik alanda belirli standardizasyonlar eşliğinde ele alınan bir ruhsal bozukluğu ifade etme amacıyla kullanılmaktadır (60).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) hazırladığı Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısına kadar duygudurum bozuklukları başlığı altında ele alınan MDB 2013 yılında yayınlanan yeni baskıyla (DSM-5) birlikte 'Depresif Bozukluklar' başlığının alt kümesinde değerlendirilmektedir (61,62).

Epidemiyoloji

MDB, her yaşta ortaya çıkabilmesinin yanı sıra 25-44 yaş aralığında daha sık gözlemlenmekte ve ortalama başlangıç yaşı 20'li yaşların ikinci periyodu olarak tespit edilmiştir (6). Bir yıllık prevalansı yaklaşık %6 olarak tespit edilirken yaşam boyu görülme sıklığı dünyada %1,5-19 olarak saptanmıştır; prevalansında kültürel ve ülkeler arası anlamlı bir fark gözlemlenmemektedir (63,64). Cinsiyet dağılımı açısından değerlendirildiğinde MDB kadınlarda erkeklere nazaran 2 kat daha sık rastlanmakta ve bu fark orta yaşların sonuna doğru azalmaktadır (65).

Etiyoloji

MDB'nin patogenezi her ne kadar biyolojik, genetik ve psikososyal olarak kategorilendirilmiş olsa da her bir faktörün diğerleriyle etkileşim halinde olduğu birçok

çalışmada değerlendirilmiş olup majör depresif bozukluğun etiyolojisinin çok faktörlü olduğunu savunan çalışmalar mevcuttur (6,60).

Biyolojik Faktörler

Biyokimyasal etmenler

Serotonerjik, noradrenerjik ve dopaminerjik sistem nörotransmitterlerindeki bozukluklar medikal tedavi sürecinde de hedef alınan temel unsurlardandır (60).

MDB’de en çok üzerinde çalışılan ve yoğun olarak 5-HT1A, 5-HT2, 5-HT4, 5-HT6 ve 5-HT7 reseptörleri üzerinde durulan serotonin nörotransmitterinin işlev yetersizliğine bağlı olarak serotonin hipofonksiyonuna yol açtığı ve limbik sistemi oluşturan temporal loblar, hipokampus ve amigdala ile talamusu innerve edemediği gözlenmektedir (6). Bazı çalışmalarda ise majör depresif bozukluğun serotonin hipofonksiyonunun aksine serotonin hiperfonksiyonunda serotonin bağlama kapasitesindeki azalmadan kaynaklı da meydana gelebileceği savunulmaktadır (66).

Ayrıca, yürütücü işlevlerin temelini oluşturan dikkat, öğrenme ve bellek gibi fonksiyonlar ile duygudurum regülasyonunda etkin rol oynayan noradrenerjik sistemdeki $\alpha 2$ reseptörünün yoğunluk ve afinitesinin artmasının majör depresif bozuklukta görülen bilişsel bozulmalara yol açtığı öne sürülmektedir (67). Bunların yanı sıra dopaminerjik sistemdeki aktivasyonun hem mezolimbik yolağın hem de tip 1 reseptörünün etkisi üzerine azalmasıyla MDB’nin meydana geldiği hipotezini savunan çalışmalar da mevcuttur (68).

Nöroendokrin etmenler

MDB ve nörotrofik faktörler arasındaki ilişkiyi sorgulayan çalışmalarda, nörotrofik faktörlerin, özellikle BDNF’in, beyin plastisitesini sağlamada dolayısıyla da depresyonu önlemede etkisi saptanmıştır. Bu etki gerek MDB’si olan hastaların hipokampus ve ilgili alanlarında BDNF düzeylerinin düşük bulunması gerekse antidepresan tedavi ve elektrokonvülf terapi ile down regüle olan BDNF seviyesinde anlamlı artış tespit edilmesiyle ortaya çıkarılmıştır (69-71).

MDB’nin etiyolojisine dair yapılan diğer araştırmalarda hipotalamopituitar-adrenal (HPA) eksen üzerinde önemli vurgular mevcuttur (72). Akut strese yanıt olarak HPA ekseninin aktivasyonu CRH salınımının yoğunlaşmasına ve bu durumun ise ACTH ve β -endorfin yanıtında azalmaya yol açarak kortizol seviyesinin baskılanamamasına sebep

olmaktadır (73). Yapılan alışmalar ile, sağlıklı kontrol gruplarına göre depresyondaki bireylerin kortizol seviyelerinde anlamlı artışın tespit edilmesi HPA eksen-MDB ilişkisine bir kanıt oluşturmuştur (74).

Genetik faktörler

Majör depresif bozukluğun genetik etiyolojisi ile ilgili araştırmaların önemli bir kısmını oluşturan erken dönem ikiz ve aile çalışmaları genetik faktörlerin depresyon riskine katkısına dair güçlü kanıtlar sağlamıştır (75). Örneğin, ikiz araştırma verilerinin bir meta-analizi, depresyon için kalıtım oranının %37 olduğunu ve aile çalışmalarından elde edilen veriler, depresyonu olan hastaların birinci derece çocuklarında depresyon riskinde iki ila üç kat artış olduğunu göstermektedir (76). Bunun yanı sıra konkordans oranı dizigotik ikizlerdense monozigotik ikizlerde anlamlı düzeyde daha yüksektir. Genotip analizlerinden elde edilen sonuçlara göre depresyon riskini önemli ölçüde artıran tek bir genetik varyantansa birden fazla gen yani polijenik yapı önemli rol oynamaktadır (77).

Kalıtımın ayrıca şiddetli depresyon biçimlerinde özellikle etkili olduğu gösterilmiştir (78). Hastalığın şiddetinin, majör depresyonun anneden mi yoksa babadan mı geçtiğine bağlı olarak değiştiğine dair çalışmalar da mevcuttur (79).

Psikososyal ve evresel Faktörler

MDB'nin gelişiminde ve seyrinde psikososyal ve çevresel faktörler önemli rol oynamaktadır. Bunlardan bazıları aşağıda sıralanmıştır:

1. Erken Yaşam Stresi: İstismar, ihmal veya şiddete maruz kalma gibi olumsuz çocukluk deneyimleri, yaşamın ilerleyen dönemlerinde MDB gelişme riskini artırabilir (80).
2. Sosyal Destek: Sosyal desteğin olmaması veya sosyal izolasyon, MDB'nin gelişmesine ve kalıcılığına katkıda bulunabilmektedir. Destekleyici ilişkilere ve sosyal ağlara sahip olmak, depresyona karşı koruyucu faktörler sağlayabilir (81).
3. Stresli Yaşam Olayları: Sevilen birinin ölümü, mali zorluklar veya işle ilgili stres gibi stresli yaşam olaylarına maruz kalmak MDB gelişme riskini artırabilir (82).
4. Kişilik rnts: Yüksek düzeyde nevroitiklik, düşük benlik saygısı ve olumsuz düşünme kalıpları gibi bazı kişilik özellikleri, artan MDB gelişme riski ile ilişkilendirilmiştir (83).

5. Kronik Hastalık: Kanser, kalp hastalığı ve diyabet gibi kronik hastalıklar MDB gelişme riskini artırabilir. Tersine, depresyon da kronik hastalıkların seyrini kötüleştirebilir (84).
6. Madde Kullanımı: Madde kullanımı, özellikle alkol ve uyuşturucu, MDB'nin gelişmesine ve kötüleşmesine katkıda bulunabilir (85).
7. Sosyoekonomik Durum: Yoksulluk ve işsizlik dahil olmak üzere daha düşük sosyoekonomik durum, artan MDB gelişme riski ile ilişkilendirilmiştir (86).

Bu faktörlerin mutlaka MDB'ye neden olmadığını, bunun yerine bozukluğu geliştirme riskini artırdığını not etmek önemlidir (87). Bu psikososyal ve çevresel faktörlerin belirlenmesi ve ele alınması, MDB tedavisinin ve yönetiminin önemli bir parçası olabilir (87). Psikoterapi, destek grupları ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişiklikleri bu faktörlerin ele alınmasında yardımcı olabilir (87).

Kuramsal Görüşler

Dinamik kuram

Psikodinamik yaklaşımın kökleri, psikanaliz teorisini 19. yüzyılın sonlarında ve 20. yüzyılın başlarında geliştiren Viyanalı bir doktor olan Sigmund Freud'un çalışmalarına dayanmaktadır (88). Freud, akıl hastalığının çocukluk döneminde gelişen bilinçdışı çatışmalardan kaynaklandığına inanmaktaydı (88).

Freud, teorisinde erken çocukluk deneyimlerinin önemini ve bilinçdışının davranış ve duyguları şekillendirmedeki rolünü vurgularken, üç bölümden oluşan bir model geliştirmiştir: id (ilkel ve içgüdüsel kısım), ego (akılcı ve bilinçli kısım) ve süperego (ahlaki ve etik kısım) (89). Zamanla, diğer psikologlar ve psikanalistler bilinçdışı zihni keşfetmek için kendi teorilerini ve tekniklerini geliştirerek Freud'un çalışmasını temel almışlardır (89). Bunlar arasında kendi analitik psikoloji teorisini geliştiren Carl Jung ve kişiliğin şekillenmesinde sosyal ve kültürel faktörlerin rolünü vurgulayan Alfred Adler vardı (90).

Psikodinamik yaklaşım, MDB'nin gelişimi ve sürdürülmesinde bilinçdışı çatışmaların ve çözülmemiş duygusal deneyimlerin rolünü vurgulamaktadır (91). Bu yaklaşıma göre, MDB genellikle bilinç düzeyindeki düşünce, duygu ve davranışları etkileyen bastırılmış bilinçdışı çatışmaların bir tezahürü olarak görülmektedir (92). Psikodinamik teorisyenler, depresyonun erken dönemde gerçekleşen kayıp, reddedilme veya terk edilme deneyimlerini yeniden harekete geçiren önemli bir kayıp, hayal kırıklığı

veya reddedilme ile tetiklenebileceğine inanmaktadırlar (93). Bu görüşe göre depresyon, bu tür deneyimlere verilen doğal bir tepki olarak görülür ve bunlarla baş etmeye yönelik bir bilinçdışı girişimi yansıtır (93). Psikodinamik yaklaşım, depresyona sebep olduğu düşünülen bilinçdışı çatışmaları ortaya çıkarmak için çocukluk deneyimleri, ilişkileri ve duyguları dahil olmak üzere hastanın iç dünyasını keşfetmenin önemini vurgular (94).

Terapi tipik olarak, genellikle serbest çağrışım, rüya analizi ve aktarım gibi teknikleri kullanarak MDB'ye yol açan bu çatışmaları tanımlamaya ve çatışmalar hakkında içgörü kazandırmaya odaklanmaktadır (95). Bu süreçle birlikte hastalar, depresyonlarının altında yatan bilinçdışı çatışmalar hakkında fikir edinebilir, yeni baş etme stratejileri geliştirebilir ve sonunda semptomlarından kurtulabilmektedir (95). Psikodinamik yaklaşım, hastanın iç dünyasını keşfetmesini ve bilinçdışı çatışmalarını çözmesini kolaylaştırmada anahtar bir faktör olarak görülen terapötik ilişkinin önemine, terapist danışan arasındaki aktarım ve karşı aktarım kavramlarına da vurgu yapmaktadır (96).

Kişilerarası ilişkiler terapisi

Kişilerarası ilişkiler teorisi, 20. yüzyılın ortalarında, geleneksel psikanalitik yaklaşımların sınırlamalarına bir yanıt olarak ve insan davranışının kişilerarası dinamiklerine daha fazla odaklanma amacıyla ortaya çıkmıştır (97). Yaklaşım, aralarında Harry Stack Sullivan, John Bowlby ve George Kelly'nin de bulunduğu birkaç teorisyenin çalışmalarından yararlanmaktadır (98).

Bir psikiyatrist ve psikanalist olan Harry Stack Sullivan, kişilerarası ilişkiler teorisini ilk geliştirenlerden biridir (99). Kişilik gelişiminin sosyal ilişkilerle yakından bağlantılı olduğunu ve bireylerin yaşamları boyunca başkalarıyla olan etkileşimleriyle şekillendiğini öne sürmekteydi (99). İngiliz psikolog John Bowlby (100), bebekler ve bakım verenler arasında gelişen bağlanma tarzına odaklanarak Sullivan'ın çalışmasını temel almıştır. Bu erken ilişkilerin daha sonraki duygusal gelişim ve kişilerarası ilişkiler üzerinde önemli bir etkisi olduğuna inanmaktaydı (100). Amerikalı psikolog George Kelly (101), kişiler arası ilişkiler teorisine yapılandırmacı bir yaklaşım geliştirmiş, kişisel kurguların başkaları ve çevremizdeki dünyayla ilgili deneyimlerimizi şekillendirmedeki rolünü vurgulamıştır.

Majör Depresif Bozukluğun (MDB) kişilerarası ilişkiler teorisi, kişilerarası ilişkilerdeki zorlantıların depresyonun gelişmesine ve sürdürülmesine neden olabileceğini öne sürmektedir (101). Bu teoriye göre, olumsuz kişilerarası deneyimler, olumsuz

duygulara ve kayıp hissine yol açması depresif belirtileri tetikleyebilmektedir (102). Bu görüşe göre, kişilerarası çatışmalar veya destekleyici ilişkilerin yokluğu, üzüntü, umutsuzluk ve değersizlik duygularına katkıda bulunabilecek bir sosyal izolasyon, yalnızlık ve reddedilme duygusuna yol açar (102). Örneğin, yakın bir ilişkide önemli bir kayıp veya reddedilme yaşayan bir kişi, depresyon gelişimine katkıda bulunan olumsuz bir benlik imajı ve umutsuzluk duyguları geliştirebilir (103). Kişilerarası ilişkiler teorisi, kişilik faktörlerinin depresyon gelişimindeki rolünü de vurgulamaktadır (104). Aşırı özeleştiri, yakın ilişkiler kurmakta zorluk veya reddedilmeye karşı duyarlılık gibi kişilik özelliklerine sahip kişiler, olumsuz kişilerarası deneyimlere karşı daha savunmasız olabilmekte ve bu durum da depresyon geliştirme olasılığını da artırmaktadır (105).

Kişilerarası ilişkiler teorisine dayalı MDB tedavisi genellikle kişilerarası çatışmaları ele almayı ve sosyal desteği geliştirmeyi içermektedir (106). Bu, çiftler veya aile terapisinin yanı sıra iletişim ve problem çözme becerilerini geliştirmeyi amaçlayan müdahaleleri içerebilir (106). Tedavinin amacı, bireyin daha olumlu ve destekleyici ilişkiler geliştirmesine ve dolayısıyla depresyon semptomlarını hafifletmeye yardımcı olduğu öne sürülmektedir (107). Ek olarak, psikoterapi benlik saygısını geliştirmeye ve olumsuz kişilerarası deneyimlerin bir sonucu olarak gelişmiş olabilecek olumsuz benlik imajını ele almaya odaklanır (108).

Varoluşçu terapi

Varoluşçu terapi, 20. yüzyılın ortalarında, geleneksel psikanalitik yaklaşımların sınırlamalarına bir yanıt olarak ve bireylerin yaşamın anlamı ve ölüm deneyimi gibi varoluşun temel sorularını ele almasına yardımcı olmanın bir yolu olarak Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre ve Friedrich Nietzsche gibi varoluşçu filozofların çalışmalarından yararlanılmasıyla ortaya çıktı (109). 1950'lerde ve 1960'larda bir dizi terapist varoluşçu fikirleri psikoterapi alanına uygulamaya başladı (110). Rollo May, Viktor Frankl ve Irvin Yalom varoluşçu terapinin öncüleri arasındaydı ve çalışmaları yaklaşımın temellerini oluşturmaya yardımcı oldu (111).

Varoluşçu terapinin bazı temel ilkeleri şunları içerir:

- 1) Kişisel sorumluluk: Bireyler kendi seçimlerinden ve eylemlerinden sorumludur ve kendi yaşamlarının sorumluluğunu almalıdır (111).
- 2) Özgürlük ve seçim: Bireyler hayatta kendi yollarını seçme özgürlüğüne sahiptir ve tatmin/amaç bulmak için anlamlı seçimler yapmak zorundadır (111).

- 3) Anlam arayışı: Anlam ve amaç arayışı temel bir insan ihtiyacıdır ve terapist, kendi inançlarını ve değerlerini keşfetmek için bireyle birlikte çalışır (111).
- 4) Özgünlük: Bireyler kendilerine karşı dürüst olmaya ve kendi inanç ve değerlerine göre yaşamaya çabalamalıdır (111).

Varoluşçu yaklaşım MDB'yi, insanın varoluşun anlamsızlık, izolasyon ve ölümlülük gibi temel sorunlarıyla yüzleşme deneyimine doğal bir tepki olarak görmektedir (112). Bu yaklaşıma göre, kişi bu sorunlarla başa çıkamayacağını hissettiğinde veya yaşamının amaç ve anlamdan yoksun olduğunu hissettiğinde depresyon ortaya çıkabilir (113). Varoluşçu yaklaşım, depresyonu, bireylerin bu temel sorunlarla yüzleşmelerinin yanında kendileri ve dünyadaki yerleri hakkında daha derin bir anlayış kazanmaları için bir katalizör olarak yorumlamaktadır (114). Varoluşçu yaklaşıma dayalı terapi, bireyin değerlerini, inançlarını ve amaç duygusunu keşfetmesine, seçimleri ve bu seçimlerin sonuçları hakkında daha büyük bir farkındalık geliştirmesine yardımcı olmayı içermektedir (115). Varoluşçu yaklaşım, iyileşme sürecinde terapötik ilişkinin önemini de vurgular (116). Terapist, bireyin duygularını, inançlarını ve değerlerini keşfetmesi için güvenli ve yargılayıcı olmayan bir alan sağlayarak, destekleyici ve empatik bir yapıdadır (116).

Genel olarak, varoluşçu terapistlere göre MDB, bireylerin varoluşun temel sorunlarıyla yüzleşmeleri, kendileri ve dünyadaki yerleri hakkında daha derin bir anlayış kazanmaları için bir fırsat olmakla birlikte daha büyük bir amaç ve anlam duygusuna yol açmaktadır (117).

Duygu odaklı terapi

Duygu odaklı terapi (DOT), 1980'lerde Dr. Leslie Greenberg ve Dr. Robert Elliott tarafından geliştirilmiştir (118). DOT'un ilk gelişimi, özellikle duyguların insan deneyiminin önemli bir bileşeni olduğu ve psikolojik iyi oluşta önemli bir rol oynadığı fikrinde, psikoterapiye yönelik hümanist ve deneyimsel yaklaşımlara dayanmaktaydı (119).

Duygu odaklı terapi (DOT), depresyonun gelişimi ve sürdürülmesinde duyguların rolüne odaklanan MDB'yi tedavi etmeye yönelik bir yaklaşımdır (120). Bu yaklaşıma göre depresyon, duygusal farkındalık eksikliğinden veya duyguları etkili bir şekilde düzenleyememekten kaynaklanmaktadır (120). DOT, bireylerin duygularını tanımlamalarına, ifade etmelerine ve onları yönetmek için daha etkili stratejiler geliştirmelerine yardımcı olmayı amaçlarken; ayrıca utanç, suçluluk veya yetersizlik

duyguları gibi depresyona sebebiyet veren ve altta yatan duygusal deneyimleri keşfetmenin önemini vurgulamaktadır (121).

DOT 'a dayalı terapi tipik olarak üç aşamadan oluşur:

- 1) Duygusal farkındalık: Bu, bireyin duygularının daha fazla farkına varmasına ve onları tanımlama ve etiketleme kapasitesini geliştirmesine yardımcı olmayı içerir. Bu, gün boyunca duyguları takip etmek veya bireyin duygularıyla bağlantı kurmasına yardımcı olmak için görselleştirme tekniklerini kullanmak gibi egzersizleri içerebilir (121).
- 2) Duygusal düzenleme: Bu aşama, bireyin duygularını yönetmek için daha etkili stratejiler geliştirmesine yardımcı olmayı içerir. Bu, gevşeme tekniklerini, problem çözme becerilerini veya farkındalık uygulamalarını öğretmeyi içerebilir (121).
- 3) Duygusal dönüşüm: Bu son aşama, bireyin duygusal deneyimlerini daha olumlu bir yöne dönüştürmesine yardımcı olmayı içerir. Bu, çözülmemiş travma, keder veya kişilerarası çatışmalar gibi altta yatan duygusal sorunları keşfetmeyi ve ele almayı içerebilir (121).

Genel olarak DOT, bireylerin daha fazla duygusal farkındalık ve düzenleme becerileri geliştirmelerine ve duygusal deneyimlerini daha olumlu bir yöne dönüştürmelerine yardımcı olmayı amaçlar (122). Bu, depresyon semptomlarını hafifletmeye yardımcı olabilir ve daha fazla refah ve duygusal dayanıklılığı teşvik edebilir (122).

Bilişsel kuram

Bilişsel teori, 1960'larda ve 1970'lerde, ruh sağlığına yönelik geleneksel psikoanalitik yaklaşımların sınırlamalarına bir yanıt olarak başlangıçta depresyon tedavisinde uygulanmak üzere Aaron Beck tarafından geliştirilmiştir (123). Bilişsel teori, düşüncelerimizin, inançlarımızın ve tutumlarımızın hem duygularımızı hem de davranışlarımızı etkileyebileceğini öne sürmektedir (124).

MDB bilişsel modelde; umutsuzluk, çaresizlik ve değersizlik duygularına yol açan bireyin kendisine, deneyimlerine ve geleceğine dair olumsuz ve çarpık düşünce kalıplarının otomatik bir şekilde zihinde canlanmasının sonucu olarak görülmektedir (125). Bu modele göre, MDB'li bireyler deneyimlerini olumsuz şekillerde yorumlama eğilimindedir ve depresyonlarına sebebiyet veren olumsuz öz inançlara sahiptir (125).

MDB için bilişsel terapi, bireylerin olumsuz düşünce ve inançlarını tanımlamalarına, bunlarla mücadele etmelerine ve daha olumlu/gerçekçi düşünme biçimleri geliştirmelerine yardımcı olmayı amaçlar (126). Terapi aşırı genelleme, ‘ya hep ya hiç’ tarzı düşünme ve felaketleştirme gibi belirli bilişsel çarpıtmalara odaklanır ve bireylerin daha dengeli ve uyarlanabilir düşünme biçimleri geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (127).

MDB için bilişsel terapi tipik olarak birkaç aşamadan oluşur:

- 1) Değerlendirme: Terapist, bireyin olumsuz düşünce kalıplarını ve inançlarını belirlemek için bir ön değerlendirme yapar (127).
- 2) Eğitim: Terapist, bireyi depresyonun bilişsel modeli hakkında eğitir ve düşünce ve inançlarının depresyonlarına nasıl katkıda bulunduğunu anlamalarına yardımcı olur (127).
- 3) Olumsuz düşüncelerin tanımlanması: Terapist, bireyin olumsuz düşüncelerini ve inançlarını tanımlamasına ve bunların geçerliliğini sorgulamasına yardımcı olur (127).
- 4) Alternatif düşünceler geliştirme: Terapist, bireyin alternatif, daha olumlu düşünme biçimleri geliştirmesine ve olumsuz düşünceleri olumlu olanlarla değiştirmesine yardımcı olur (127).
- 5) Uygulama: Birey, terapistin desteği ve rehberliği ile günlük durumlarda yeni düşünme biçimlerini kullanarak pratik yapar (127).

Klinik Özellikler

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin (128) 2013 yılında psikiyatrik bozuklukların klinik özelliklerinin belirlenmesi ve tanımlanmasında sistematik ve normatif bir yapı oluşumu için yeniden ele aldığı DSM-V (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) kriterlerine göre MDB klinik tablosu aşağıda belirtildiği gibidir.

Majör Depresif Bozukluk için DSM-V kriterleri

- A. İki haftalık dönem süreçte, aşağıda bahsedilen belirtilerin en az beşi tespit edilmelidir ve geçmiş dönemdeki işlevsellik düzeyine göre değişiklik olmalıdır. Bu belirtilerden minimum biri (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgide kayıp ya da haz almamadır.

Not: Açıkça diğer sağlık durumu ile ilgili belirtileri dahil etmeyin.

1. Çökkün duygudurum çoğu gün mevcuttur ve günün pek çok vaktinde görülür. Bu durum kişinin kendisi fark edebileceği gibi, çevresindekiler tarafından da fark edilebilir. Kişi kendisi üzüntülü, boşluğa düşmüş halde hissedebileceği gibi, çevresindekiler tarafından da ağlamaklı halde görüldüğü saptanabilir. Çocuk ve ergenlerde ise kolay sinirlenme şeklinde kendini gösterebilir.
2. Etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da eskiden haz duyduğu aktivitelerden haz almama durumu bulunur (bu durumu kişi kendisi belirtir ya da diğer kişiler tarafından fark edilir).
3. Kendi iradesi dışında belirgin şekilde kilo miktarında azalma ya da kilo miktarında artma ya da çoğu gün, iştahta azalma ya da artma. Ayrıca çocuklarda hedeflenen persantili yakalayamama durumu değerlendirilmelidir.
4. Çoğu gün, uyku miktarında azalma ya da artma
5. Çoğu gün, psikomotor aktivitede artma ya da azalma. Bu durumun başkalarının fark edilebilir olması gerekir.
6. Çoğu gün, kişinin hissettiği enerjide azalma veya motivasyonda kayıp olması
7. Çoğu gün, kendine değer vermeme düşüncelerinin mevcut olması ya da kişinin kendisini gereğinden fazla ya da gerçekdışı şekilde suçlaması
8. Çoğu gün, kişinin kendisinin fark ettiği ya da çevresi tarafından tespit edilen dikkatini toplayamama ve sürdürememe durumu
9. Tekrarlayan şekilde hayatına son verme düşünceleri
 - B. Bu faktörlerin mevcut olması kişinin yaşamında önemli düşüslere sebep olur.
 - C. Bu dönem, herhangi ilaç, madde ya da hastalık ile ilgili beklenen bir etkiye bağlı değildir.

Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresif bozukluğu meydana getirir.

Not: Kişinin değer verdiği birinin ölümü ya da hayatında herhangi bir kayıp olması durumunda kişinin mevcut durumu A bölümündeki belirtileri kapsayabilir. Bu tür durumda kişide majör depresif bozukluk gelişebileceği bilinmeli ve değerlendirme yapılmalıdır.

D. Major depresyon dönemi diğer psikiyatrik hastalıkların belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

E. Bipolar duygudurum bozukluğu döneminde mevcut olan mani ya da hipomani dönemlerinin geçmişte mevcut olmaması gerekir.

Not: Eğer geçmişte geçirilen hipomani ya da mani dönemi ilaç, madde ya da diğer tıbbi durumların olağan etkileri içinde değerlendirildiyse bu tanı kriteri uygulanmaz (128).

MDB hastalığı geçirenlerde rezidüel belirtiler ve işlevsellikte bozulma genellikle devam etmektedir (129). MDB'nin tekrarlama olasılığını geçirilmiş hastalık şiddetinin fazla olması, tam iyileşmenin olmaması, işlevsellikte bozulmanın devam etmesi, başka bir ruhsal hastalığın bulunması, geçmişte travma öyküsünün bulunması gibi etkenler arttırmaktadır (130). Bir çalışmada MDB'nin yaklaşık 13 ila 30 hafta arasında sürdüğü ve bir yıl sonunda hastaların %70-90'ının iyileştiği gözlenmiştir (131). Poliklinikte tedavi gören hastalarda ise 6 ay takip sonucunda hastaların yaklaşık %50'sinde MDB'nin devam ettiği gözlenmiştir (132).

Majör Depresif Bozukluk-Zihin Kuramı İlişkisi

Majör depresif bozukluk klinik özellikleri arasında bulunan işlevsellikte bozulmanın önemli bir nedeni sosyal ve kişiler arası alanda görülen bozulmalardır (41). MDB tanılı bireylerin çevrelerindeki bireylerle iletişim kurmaktan ve sosyal aktivitelerden eskisi kadar keyif almadıkları, bu tür aktivitelerden kaçındıkları ve bu durumun beraberinde sosyal izolasyonu getirdiği çalışmalarda belirtilmiştir (133). Sosyal izolasyonun bilişsel çarpıtmaları tetiklemesi ile birlikte depresyonun nüks ihtimalinin arttığına dair görüşler mevcuttur (134). Ayrıca dikkat ve rasyonel düşünme gibi bilişsel alanda bozulmaların olmasının da sosyal alandaki işlevsellik kaybının artmasında önemli bir faktör olabileceği düşünülmektedir (135).

Daha önce de bahsedildiği gibi zihin kuramının sosyal işlevselliği aktif kılan, bireyin sosyal etkileşimini diri tutan bir beceri olduğu savunulmaktadır (136). Araştırmalarda MDB'de zihin kuramı becerilerinde bozulmalar olduğu sıklıkla belirtilmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda MDB tanılı bireylerde sağlıklı kontrole göre diğer bireylerin zihin durumunu anlamada, pozitif ve nötr duyguları tanımlamada performans düşüklüğü yaşadığı saptanmıştır (137) (138).

MDB'de zihin kuramı becerilerindeki bozulmaların zihin kuramının sosyal algısal ve sosyal bilişsel alt tiplerinde mevcut olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu bozulmaların depresyon şiddeti ile doğru orantılı olduğu bulunmuştur (139). Bir meta analiz

alışmasında ise hafif düzey depresif semptomlar gösteren bireylerin sosyal ilişkilerini korumak adına aşırı bir duyarlılık gösterdiği, ağır düzey MDB’li bireylerin ise umutsuzluk kaynaklı sosyal ilişkilerden izole olduğu tespit edilmiştir (140). Bunların yanı sıra, MDB’li bireylerin remisyon döneminde saptanan ZK’deki bozulmanın nüks ihtimalini artırdığı ve depresif dönem epizotlarının şiddeti ile paralellik gösterdiği de araştırmaların sonuçları arasında yerini almıştır (139). Yapılan başka bir çalışmada remisyonadaki depresyon hastaları bir yıl süreyle izlenmiş ve zihin kuramı becerisi düşük olanlarda tekrarlama olasılığının daha yüksek olduğu görölmüş. Bu durum nedeniyle MDB geçirmiş hastalarda zihin kuramı becerilerini geliştirmeye ve sosyal uyumun artırılmasına yönelik terapilerin yapılması önerisinde bulunulmuştur (141).



GEREÇ VE YÖNTEM

ÖRNEKLEM

Çalışmamız Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalar arasından seçilmiş majör depresif bozukluk geçirmiş, remisyonda olan ve onamı alınan 18-60 yaş aralığında 100 hasta ile 18-60 yaş aralığında onamı alınan 50 sağlıklı katılımcının dahil edilmesiyle oluşturulan örneklem ile yapılmıştır. Yürütülen çalışmada, polikliniğe başvuran ve hasta grubu olarak ele alınan hastalardan 50 hasta tek atak geçirmiş remisyon dönemindeki majör depresif bozukluk hastaları ve 50 hasta birden fazla atak geçirmiş remisyon dönemindeki majör depresif bozukluk hastaları olmak üzere iki alt grupta incelenmiş olup; sağlıklı kontrol grubuyla birlikte toplamda 3 grup bulunmaktadır.

Bu çalışma için Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27.04.2021 tarih ve 2021.127.04.22 protokol kodu ile etik kurul onayı alınmıştır.

- **Hasta grubu için araştırmaya dahil edilme kriterleri:**

1. 18 – 60 yaş arasında olmak
2. DSM-5 kriterlerine göre majör depresif bozukluk tanısı almış olmak ve halen remisyon döneminde olmak
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
4. Ölçekleri okuyup anlayacak düzeyde eğitim seviyesine sahip olmak

- **Sağlıklı kontrol grubu için araştırmaya dahil edilme kriterleri:**

1. 18-60 yaş arasında olmak
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
3. Ölçekleri okuyup anlayacak düzeyde eğitim seviyesine sahip olmak

- **Hasta ve sağlıklı kontrol grupları için dışlama kriterleri:**

1. 18 yaşından küçük, 60 yaşından büyük olmak
2. Major depresif bozukluk atak döneminde olmak
3. Montreal bilişsel değerlendirme ölçeğinden 21 puandan düşük puan almak
4. Alkol, madde, benzodiazepin kötüye kullanım öyküsü olmak
5. Nörolojik hastalığı olmak
6. Önemli bir fiziksel hastalığı olmak
7. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak
8. Yeterli eğitim seviyesine sahip olmamak

VERİ TOPLAMA GEREÇLERİ

Çalışmada tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT), İmayı Anlama Testi (İAT), Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA) uygulanmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcılara ait demografik bilgileri edinmek amacıyla çalışmanın araştırmacıları tarafından etik kurallar gözetilerek oluşturulan ve öz-bildirim yöntemiyle doldurulan Sosyodemografik Veri Formu 14 sorudan oluşmaktadır. Formda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim süresi, mesleki durum, yaşanılan bölge, birlikte ikamet edilen kişiler, sigara ve alkol/madde kullanımı, geçirilen depresif atak sayısı, kullanılan psikiyatrik ilaçların isim, doz ve kullanım süreleri, yatarak tedavi görme süresi, EKT seans sayısı ve ek tıbbi hastalıklar ile ilgili sorulara yanıt aranmaktadır.

Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

Hamilton tarafından 1960 yılında geliştirilen ve on yedi maddeden oluşan Hamilton Depresyon Ölçeği görüşmeci tarafından derecelendirilerek bireyin depresyon düzeyini ve şiddetini ölçmektedir. Ölçeğin puan aralığı 0 ile 53 arasında değişirken; depresyon şiddetindeki artış, puan artışı ile paralellik göstermektedir. 7 puana kadar “depresyon yok”, 8 puandan 15 puana kadar “hafif derecede depresyon”, 16 puandan 28 puana kadar “orta derecede depresyon”, 29 puandan daha fazlası “ağır derecede depresyon” anlamına gelmektedir (142,143). Türkçe geçerlilik güvenilirliği Akdemir ile arkadaşları tarafından 1996 senesinde yapılmıştır (144).

Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT)

Baron-Cohen ve arkadaşlarının (145) 1997 yılında geliştirmiş olduğu Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT), 2001 yılında revize edilmiş olup; kişilerin gözlerinden hangi duyguda olduğunu tahmin etmeye dayanan otuz iki adet resimden oluşmaktadır. 2011 yılında Yıldırım ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenlik çalışması yapılmıştır. Her maddede bir doğru ve 3 çeldirici olmak üzere 4 seçenek bulunmaktadır (146). Değerlendirme aşamasında yalnızca yapılan doğru sayısı temel alınır. Doğru sayısının fazla olması sosyal biliş ve zihin kuramı becerilerinin daha iyi olduğunu gösterir. GZOT, ZK'nın sosyal-algısal bileşenini ölçmekte en sık kullanılan yöntemdir (146).

İmayı Anlama Testi (İAT)

Zihin kuramının sosyal bilişsel yönünü ölçen bu test 1995 yılında Corcoran ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Test 10 kısa hikâyeden oluşmaktadır. Bütün hikayelerde iki karakter mevcut olup hikayedeki karakterlerden biri ötekine açık bir imada bulunmaktadır. Testin uygulandığı kişiye, hikayedeki karakterin yaptığı yorumla aslında neyi ifade etmek istediği sorulur. Kişi soruyu doğru yanıtladığı takdirde 2 puan alır. Eğer doğru yanıtlayamazsa imayı belirginleştirmek için ek bilgi verilir. İmayı belirginleştiren bu ek bilgi sonrasında doğru yanıtlaması halinde ise kişiye 1 puan verilir. Yanlış yanıt 0 puan olarak değerlendirilir. Toplam test puanı 0 ile 20 arasında değişmektedir (147). Alınan puanın yüksekliği ZK becerileri ile doğru orantılıdır. İmayı anlama testinin ülkemizde yapılan pek çok çalışmada kullanıldığı görülmektedir.

Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA)

Nasreddine ve arkadaşlarının (2005) hafif düzeyde kognitif bozukluklar için geliştirdikleri, birçok bilişsel işlevi değerlendiren ve hızlı bir tarama testi olan Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği'nde (MoCA); dikkat ve konsantrasyon, yürütücü işlevler, bellek, lisan, görsel-mekansal yapılandırma becerileri, soyut düşünce, hesaplama ve yönelim alt işlevleri ele alınmaktadır. Testin uygulanması yaklaşık 10 dakika sürer. Testin puan aralığı 0 ila 30 puan arasındadır (148). Türkçe uyarlaması Hacettepe Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiş olup hafif düzey bilişsel bozukluk kesme puanı 21 olarak tespit edilmiştir (149).

İstatistik

Araştırmada değerlendirilen vakaların demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelendi. Araştırmada değerlendirilen üç grup arasında cinsiyet, medeni durum, mesleki durum, yaşadığı bölge, sigara, bedensel hastalık oranlarının ve tek ile çoklu atak depresyon vakalarında kullandığı ilaç, hastane yatış sayısı, EKT klinik özelliklerin oranlarının karşılaştırılmasında Ki-Kare Analizi ve Fisher's Exact Testi kullanılmıştır. Ayrıca çoklu atağı olan depresyon vakalarında atak sayısına göre cinsiyet, medeni durum, mesleki durum, yaşadığı bölge, sigara oranlarının karşılaştırılmasında da Ki-Kare Analizi kullanılmıştır. Araştırmada değerlendirilen üç grup arasında yaş, eğitim süresi, GZOT, İAT, MoCA ve HDÖ skor ortalamalarının karşılaştırılması Tek Yönlü ANOVA Analizine göre yapılmıştır. Araştırmada değerlendirilen kontrol grubu, tek ve çoklu atak grupları arasında ikili grup karşılaştırmaları Games-Howel Testi ve Tukey Testine göre yapılmıştır. Çoklu atağı olan depresyon vakalarında atak sayısına göre yaş, eğitim süresi, GZOT, İAT, MoCA ve HDÖ skor ortalamalarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Tüm vakalarda depresif atak sayısı ile GZOT, İAT, MoCA ve HDÖ arasındaki ilişki ve vakaların yaş, eğitim süresi, GZOT, İAT, MoCA ve HDÖ arasındaki skorları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ve Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak incelenmiştir. Depresyon tanılı vakalarda çoklu atak geçirme riskini artıran faktörlerin etkileri Binary Lojistik Regresyon Analizi ve depresyon tanı riskini artırmakla ilişkili olan faktörler incelemek amacıyla Çok Kategorili Multinomial Lojistik Regresyon Analizi kullanıldı. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak belirlendi. Verilerin normal dağılıma

uygunluğu basıklık ve arpıklık değerleriyle ($\pm 1,5$) kontrol edildi. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 22.0 programı kullanıldı.



BULGULAR

Tablo 1 Araştırmada değerlendirilen üç grup arasında demografik özelliklerin karşılaştırılması

		KG		Tek Atak		Çoklu Atak		Analiz	p
		Ort./n	%/SS.	Ort./n	%/SS.	Ort./n	%/SS.		
Yaş		41,72	11,75	40,62	12,62	48,88	10,37	F=7,45	0,001^a
Eğitim süresi		10,64	4,13	10,42	4,30	8,26	3,45	F=5,47	0,005^b
Cinsiyet	Kadın	38	76,0	39	78,0	42	84,0	X2=1,06	0,589
	Erkek	12	24,0	11	22,0	8	16,0		
Medeni durum	Evli	39	78,0	33	66,0	40	80,0	X2=3,03	0,220
	Bekar/ boşan mış	11	22,0	17	34,0	10	20,0		
Mesleki durum	Çalış mıyor	18	36,0	33	66,0	45	90,0	X2=31,77	<0,001
	Çalış yor	32	64,0	17	34,0	5	10,0		
Yaşadığı bölge	İl	22	44,0	32	64,0	21	42,0	X2=5,92	0,052
	İlçe	28	56,0	18	36,0	29	58,0		
Sigara	Var	16	32,0	20	40,0	21	42,0	X2=1,19	0,552
	Yok	34	68,0	30	60,0	29	58,0		
Bedensel hastalık	Var	15	30,0	9	18,0	25	50,0	X2=11,88	0,003
	Yok	35	70,0	41	82,0	25	50,0		

Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi. a=Tukey Testi Sonucu,
a=2>0,1. b=2<0,1 X2=Ki-Kare Analizi

Kontrol grubu, tek atak ve çoklu atak gruplarındaki katılımcılar arasında yapılan Tek Yönlü ANOVA Analizine göre yaş (F=7,45, p=0,001) ve eğitim süresi (F=5,47,

p=0,005) ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği bulundu. Tukey Testi Sonucuna göre çoklu atak tanısı olan vakaların yaş ortalamalarının tek atak ve kontrol grubu vakaların yaş ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha büyük olduğu (p<0,05) bulundu. Tukey Testi Sonucuna göre çoklu atak tanısı olan vakaların eğitim süresi ortalamalarının tek atak ve kontrol grubu vakaların eğitim süresi ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu (p<0,05) bulundu.

Ki-Kare Analizine göre kontrol grubu, tek atak ve çoklu atak gruplar arasında mesleki durum ($X^2=31,77$, $p<0,001$) ve bedensel hastalık ($X^2=11,88$, $p=0,003$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu.

Tablo 2 Araştırmada değerlendirilen çoklu atak remisyonundaki depresyon vakalarının atak sayıları

	Sayı	n	%
Depresif atak sayısı	2	8	16,0
	3	29	58,0
	4	10	20,0
	5	1	2,0
	6	2	4,0

Araştırmada değerlendirilen vakaların 8'inin (%16) 2, 29'unun (%58) 3, 10'unun (%20) 4, 1'inin (%2) 5, 2'sinin (%6) depresif atak geçirdiği bulundu.

Tablo 3 Tek ve çoklu atak depresyon vakalarında klinik özelliklerin karşılaştırılması

		Tek Atak		Çoklu Atak		X2	p
		n	%	N	%		
Kullandığı ilaç	Kullanmıyor	0	0,0	0	0,0	10,19	0,001
	SSRI	46	92,0	33	66,0		
	SNRI	4	8,0	17	34,0		
Hastane yatış sayısı	0	50	100,0	29	58,0	27,18	<0,001*
	1	0	0,0	12	24,0		
	2	0	0,0	2	4,0		
	3	0	0,0	4	8,0		
	4	0	0,0	2	4,0		
	5	0	0,0	1	2,0		
EKT	Evet	0	0,0	9	18,0	9,89	0,002
	Hayır	50	100,0	41	82,0		

X2=Ki-Kare Analizi * =Fisher's Exact Testi

Ki-Kare Analizine göre tek atak ve çoklu atak grupları arasında kullandığı ilaç oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği ($X^2=10,19$, $p=0,001$) bulundu.

Fisher's Exact Testine göre tek atak ve çoklu atak grupları arasında hastane yatış sayısı oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği ($X^2=27,18$, $p<0,001$) bulundu.

Ki-Kare Analizine göre çoklu atak vakalarının EKT tedavisi alma oranlarının, tek atak vakalarının EKT tedavisi alma oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($X^2=9,89$, $p=0,002$) bulundu.

Tablo 4 Araştırmada değerlendirilen üç grup arasında GZOT ve İAT skor ortalamalarının karşılaştırılması

	KG		Tek Atak		Çoklu Atak		F	p
	Ort./n	%/SS.	Ort./n	%/SS.	Ort./n	%/SS.		
GZOT puanı	21,32	4,43	21,64	3,88	18,32	5,52	7,72	0,001
İAT puanı	19,64	,66	19,48	,81	18,80	1,46	9,25	<0,001

Ort.=Ortalama, SS. =Standart Sapma, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi

Üç grup arasında yapılan Tek Yönlü ANOVA Analizine göre GZOT puanı ($F=7,72$, $p=0,001$) ve İAT puanı ($F=9,25$, $p<0,001$) ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği bulundu.

Tablo 5 Araştırmada değerlendirilen üç grup arasında MoCA ve HDÖ skor ortalamalarının karşılaştırılması

	KG		Tek Atak		Çoklu Atak		F	p
	Ort./n	%/SS.	Ort./n	%/SS.	Ort./n	%/SS.		
MoCA puanı	25,94	1,80	26,26	1,75	25,00	1,55	7,39	0,001
HDÖ	2,54	,99	2,90	1,04	3,94	,98	26,29	<0,001

Ort.=Ortalama, SS. =Standart Sapma, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi

Üç grup arasında yapılan Tek Yönlü ANOVA Analizine göre MoCA puanı ($F=7,39$, $p=0,001$) ve HDÖ ($F=26,29$, $p<0,001$) ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği bulundu.

Tablo 6 Araştırmada değerlendirilen üç grup arasında ikili grup karşılaştırmaları

	I-II (p)	I-III (p)	II-III (p)
GZOT puanı ^a	0,922	0,010	0,002
İAT puanı ^a	0,530	0,001	0,014
MoCA puanı ^b	0,616	0,018	0,001
HDÖ ^b	0,175	<0,001	<0,001

I=KG, II=Tek Atak, III=Çoklu Atak, a=Games-Howel Test sonucu (Varyans eşit değil), b=Tukey Testi sonucu (Varyans Eşit)

Games-Howel Test sonucuna göre çoklu atak tanısı olan vakaların GZOT puan, İAT puan ortalamalarının kontrol grubu vakaların GZOT puan ($p=0,010$), İAT puan ($p=0,010$) ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulundu.

Tukey Testi sonucuna göre çoklu atak tanısı olan vakaların MoCA puan ortalamalarının kontrol grubu vakaların MoCA puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu ($p=0,018$) bulundu. Buna ek olarak çoklu atak tanısı olan vakaların HDÖ ortalamalarının kontrol grubu vakaların HDÖ ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,001$) bulundu.

Games-Howel Test sonucuna göre çoklu atak tanısı olan vakaların GZOT puan, İAT puan ortalamalarının tek atak tanısı olan vakaların GZOT puan ($p=0,002$), İAT puan ($p=0,014$) ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulundu.

Tukey Testi sonucuna göre çoklu atak tanısı olan vakaların MoCA puan ortalamalarının tek atak grubu vakaların MoCA puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu ($p=0,001$) bulundu. Buna ek olarak çoklu atak tanısı olan vakaların HDÖ ortalamalarının tek atak grubu vakaların HDÖ ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,001$) bulundu.

Games-Howel Testi ve Tukey Testi sonucuna göre kontrol grubu ve tek atak grupları arasında GZOT puan, İAT puan, MoCA puan ve HDÖ ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Tablo 7 Tüm vakalarda (n=150) atak sayısı ile GZOT, İAT, MoCA ve HDÖ arasındaki ilişki

		Depresif atak sayısı
GZOT puanı	Rho	-0,223
	P	0,006
İAT puanı	Rho	-0,266
	P	0,001
MoCA puanı	Rho	-0,212
	P	0,009
HDÖ	Rho	0,500
	P	<0,001

rho=Spearman Korelasyon Analizi

Spearman Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen vakaların depresif atak sayısı ile GZOT puanı ($r=-0,223$, $p=0,006$), İAT puanı ($r=-0,266$, $p=0,001$) ve MoCA puanı ($r=-0,212$, $p=0,009$) skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu. Bunlara ek olarak katılımcıların depresif atak sayısı ile HDÖ skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu ($r=0,500$, $p<0,001$) bulundu.

Tablo 8 Araştırmada değerlendirilen vakaların yaş, eğitim süresi, GZOT, İAT, MoCA ve HDÖ arasındaki ilişki

KG		Yaş	Eğitim süresi	GZOT puanı	İAT puanı	MoCA puanı
Yaş	R	-				
	P	-				
Eğitim süresi	R	-0,557				
	P	<0,001				
GZOT puanı	R	-0,495	0,526			
	P	<0,001	<0,001			
İAT puanı	R	-0,380	0,510	0,576		
	P	0,006	<0,001	<0,001		
MoCA puanı	R	-0,546	0,510	0,683	0,529	
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
HDÖ	R	0,155	-0,170	-0,170	-0,226	-0,130
	P	0,283	0,237	0,238	0,115	0,369
Tek Atak						
Yaş	R	-				
	P	-				
Eğitim süresi	R	-0,529				
	P	<0,001				
GZOT puanı	R	-0,331	0,547			
	P	0,019	<0,001			
İAT puanı	R	-0,343	0,455	0,604		
	P	0,015	0,001	<0,001		
MoCA puanı	R	-0,452	0,608	0,703	0,671	
	P	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
HDÖ	R	0,011	-0,280	-0,501	-0,378	-0,358
	P	0,939	0,049	<0,001	0,007	0,011
Çoklu Atak						
Yaş	R	-				
	P	-				
Eğitim süresi	R	-0,362				
	P	0,010				

GZOT puanı	R	-0,425	0,672			
	P	0,002	<0,001			
İAT puanı	R	-0,530	0,526	0,726		
	P	<0,001	<0,001	<0,001		
MoCA puanı	R	-0,530	0,431	0,653	0,677	
	P	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	
HDÖ	R	0,257	-0,147	-0,412	-0,367	-0,323
	P	0,072	0,310	0,003	0,009	0,022

r=Pearson Korelasyon Analizi

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen kontrol grubundaki vakaların yaşları ile eğitim süresi ($r=-0,557$, $p<0,001$), GZOT ($r=-0,495$, $p<0,001$), İAT ($r=-0,380$, $p=0,006$) ve MoCA ($r=-0,546$, $p<0,001$) skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen kontrol grubundaki vakaların eğitim süreleri ile GZOT ($r=0,526$, $p<0,001$), İAT ($r=0,510$, $p<0,001$) ve MoCA ($r=0,510$, $p<0,001$) skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen kontrol grubundaki vakaların GZOT puanları ile İAT ($r=0,576$, $p<0,001$) ve MoCA ($r=0,683$, $p<0,001$) skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen kontrol grubundaki vakaların İAT puanları ile MoCA skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu ($r=0,529$, $p<0,001$) bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen tek atak tanısı olan vakaların yaşları ile eğitim süresi ($r=-0,529$, $p<0,001$), GZOT ($r=-0,331$, $p=0,019$), İAT ($r=-0,343$, $p=0,015$) ve MoCA ($r=-0,452$, $p=0,001$) skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen tek atak tanısı olan vakaların eğitim süreleri ile GZOT ($r=0,547$, $p<0,001$), İAT ($r=0,455$, $p=0,001$) ve MoCA ($r=0,608$, $p<0,001$) skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak tek atak tanısı olan vakaların eğitim süreleri ile HDÖ skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,280$, $p=0,049$) bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen tek atak tanısı olan vakaların GZOT puanları ile İAT ($r=0,604$, $p<0,001$) ve MoCA ($r=0,703$, $p<0,001$) skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak tek atak

tanısı olan vakaların İAT puanları ile HDÖ skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,501$, $p<0,001$) bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen tek atak tanısı olan vakaların İAT puanları ile MoCA skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu ($r=0,671$, $p<0,001$) bulundu. Buna ek olarak tek atak tanısı olan vakaların İAT puanları ile HDÖ skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,378$, $p=0,007$) bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen tek atak tanısı olan vakaların MoCA puanları ile HDÖ skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,358$, $p=0,011$) bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen çoklu atak tanısı olan vakaların yaşları ile eğitim süresi ($r=-0,362$, $p=0,010$), GZOT ($r=-0,425$, $p=0,002$), İAT ($r=-0,530$, $p<0,001$) ve MoCA ($r=-0,530$, $p<0,001$) skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen çoklu atak tanısı olan vakaların eğitim süreleri ile GZOT ($r=0,672$, $p<0,001$), İAT ($r=0,526$, $p<0,001$) ve MoCA ($r=0,431$, $p=0,002$) skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen çoklu atak tanısı olan vakaların GZOT puanları ile İAT ($r=0,726$, $p<0,001$) ve MoCA ($r=0,653$, $p<0,001$) skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak çoklu atak tanısı olan vakaların İAT puanları ile HDÖ skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,412$, $p=0,003$) bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen çoklu atak tanısı olan vakaların İAT puanları ile MoCA skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu ($r=0,677$, $p<0,001$) bulundu. Buna ek olarak çoklu atak tanısı olan vakaların İAT puanları ile HDÖ skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,367$, $p=0,009$) bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen çoklu atak tanısı olan vakaların MoCA puanları ile HDÖ skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,323$, $p=0,022$) bulundu.

Tablo 9 Depresyon tanılı vakalarda çoklu atak geçirme riskini artıran faktörlerin etkileri

	B	SH	Wald	Df	p	Odds Ratio	95% GA	
							AL	ÜL
Yaş	,045	,029	2,365	1	,124	1,046	,988	1,108
Cinsiyet (1)	,448	,656	,466	1	,495	1,564	,433	5,654
Medeni durum (1)	,340	,655	,270	1	,603	1,406	,389	5,078
Eğitim süresi	,056	,090	,388	1	,533	1,057	,887	1,261
Mesleki durum (1)	,967	,659	2,151	1	,142	2,631	,722	9,581
Yaşadığı bölge (1)	-,952	,609	2,449	1	,118	,386	,117	1,272
Bedensel hastalık (1)	1,153	,668	2,978	1	,084	3,169	,855	11,744
GZOT puanı	-,009	,089	,011	1	,916	,991	,832	1,180
İAT puanı	,068	,328	,043	1	,835	1,071	,563	2,036
MoCA puanı	,176	,269	,428	1	,513	1,192	,704	2,019
HDÖ	1,060	,310	11,649	1	,001	2,885	1,570	5,302

SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı, Nagelkerke R²=0,44, Overall percentage=0,73, Binary Lojistik Regresyon Analizi.

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre depresyon tanılı vakalarda HDÖ skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede çoklu atak geçirme riskini 2,885 (p=0,001, GA;1,570-5,302) arttırdığı bulundu.

Tablo 10 Depresyon tanı riskini artırmakla ilişkili Multinomial Lojistik Regresyon Analizi sonucu

Grup		B	SH	Wald	df	p	Odds Ratio	95% GA	
								AL	ÜL
Tek Atak	Intercept	3,016	8,274	,133	1	,715			
	Yaş	-,021	,027	,584	1	,445	,979	,929	1,033
	Eğitim süresi	-,080	,078	1,040	1	,308	,923	,792	1,076
	GZOT puanı	,067	,086	,610	1	,435	1,069	,904	1,264
	İAT puanı	-,375	,404	,863	1	,353	,687	,312	1,516
	MoCA puanı	,090	,208	,186	1	,667	1,094	,728	1,644
	HDÖ	,516	,265	3,790	1	,052	1,676	,997	2,817
	[Cinsiyet=1]	-,178	,553	,104	1	,747	,837	,283	2,476
	[Medeni durum=1]	-,397	,613	,418	1	,518	,673	,202	2,238
	[Mesleki durum=1]	1,671	,512	10,654	1	,001	5,315	1,949	14,493
	[Yaşadığı bölge=1]	1,120	,521	4,624	1	,032	3,066	1,104	8,515
	[Bedensel hastalık=1]	-,818	,642	1,623	1	,203	,441	,125	1,553
Çoklu Atak	Intercept	-4,498	8,518	,279	1	,597			
	Yaş	,014	,031	,207	1	,649	1,014	,954	1,078
	Eğitim süresi	-,067	,091	,552	1	,458	,935	,783	1,116
	GZOT puanı	,096	,095	1,014	1	,314	1,100	,913	1,326
	İAT puanı	-,322	,403	,638	1	,424	,725	,329	1,596
	MoCA puanı	,098	,237	,171	1	,679	1,103	,693	1,756
	HDÖ	1,425	,319	19,909	1	,000	4,158	2,223	7,776
	[Cinsiyet=1]	,016	,680	,001	1	,981	1,016	,268	3,855
	[Medeni durum=1]	-,212	,733	,084	1	,772	,809	,192	3,404
	[Mesleki durum=1]	2,581	,667	14,987	1	,000	13,204	3,575	48,765
	[Yaşadığı bölge=1]	,400	,590	,460	1	,497	1,493	,469	4,746
	[Bedensel hastalık=1]	-,017	,685	,001	1	,980	,983	,257	3,760

Referans Kategorisi=Kontrol Grubu, Multinomial Lojistik Regresyon Analizi, SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı.

Multinomial Lojistik Regresyon Analizine göre tek atak tanılı vakalarda mesleki durumun depresyon tanı riskini istatistiksel açıdan anlamlı seviyede 5,315 kat ($p=0,001$, GA;1,949-14,493) arttırdığı bulundu. Ayrıca yaşadığı bölgenin depresyon tanı riskini istatistiksel açıdan anlamlı seviyede 3,066 kat ($p=0,032$, GA;1,104-8,515) arttırdığı bulundu.

Multinomial Lojistik Regresyon Analizine göre çoklu atak tanılı vakalarda mesleki durumun depresyon tanı riskini istatistiksel açıdan anlamlı seviyede 13,204 kat ($p=0,000$, GA;3,575-48,765) arttırdığı bulundu. Ayrıca çoklu atak tanılı vakalarda depresyon tanı riskini arttırmada HDÖ skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu ($OR=4,158$, $p=0,000$, GA:2,223-7,776) bulundu.

TARTIşMA

Zihin kuramı bireylerin kendilerinin ve sosyal kaynaklarının sözel ve sözsüz iletilerini, düşünce ve niyetlerini fark etme, anlama ve yorumlama becerilerinin bütünü ifade eden bir kavramdır (1). ZK'nın sosyal-algısal ve sosyal-bilişsel olmak üzere iki alt tipe sahip olduğu öne sürölür ve çalışmamızda olduğu gibi literatürde de sırasıyla GZOT ve İAT bu alt tipleri ölçmek için en sık kullanılan testler arasındadır (5,145-147). Alt becerilerin kazanım zamanları bireylerarası kısmi farklılık göstermektedir. Bu becerilerin kazanımlarındaki zorlantılar/aksaklıkların, sosyal işlevsellik ve etkileşimde bozulmalara yol açıp MDB başta olmak üzere birçok psikopatolojiyle korelasyonel bir ilişki halinde olduğu ifade edilmektedir (4). Bu duruma bilişsel bozulmaların eşlik etmesiyle psikopatolojinin seyrinin ağırlaşmasına, relaps riskini etkilediğine ve depresif atak sonrası rezidüel semptomların varlığına dair veriler literatürde mevcuttur (130,129).

Çalışmamızda remisyondaki majör depresif bozukluk tanılı bireylerin zihin kuramı becerileri açısından tek atak geçirmiş remiyon hastaları ve birden fazla atak geçirmiş remiyon dönemindeki depresyon hastalarının kontrol grubuna göre farklılık gösterip göstermedikleri ve olası farklılıkların hastalığın süregelenleşmesi üzerinde etkili olup olmadıkları araştırılmıştır. Üç grup açısında bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerle birlikte, zihin kuramı becerileri ve kognitif bozulmalar açısından belirgin farklılıklar saptanmıştır. Bu bulguların önemli bir kısmı literatürle uyum göstermektedir.

Sosyodemografik veriler

Demografik değerlendirme için çalışmanın araştırmacıları tarafından oluşturulan veri formunun analizi sonucunda üç grup arasında medeni durum, yaşadığı bölge ve sigara kullanımı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bizim bulgularımızın aksine literatürdeki epidemiyolojik çalışmalarda evli bireylerde MDB riskinin daha fazla olduğu ve sigara kullanımının yüksek olup bireylerin sigarayı self-medikasyon olarak tercih edebileceklerine dair makaleler mevcuttur (65,150).

Grupların ortalama yaşları kontrol grubunda 41,72, tek atak tanısı olan vakalarda 40,62 ve çoklu atak tanısı olan vakalarda 48,88 olarak bulunmuş olup (Tablo 1); üç grubun yaş ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklı olduğu saptanmıştır fakat; bu farklılığın tek ve çok ataklı HG’lerde yeni bir epizot için anlamlı bir risk faktörü oluşturmadığı tespit edilmiştir. (Tablo 9). Çalışmamızda her üç grupta yaş ve eğitim seviyesi arasındaki ilişki ayrı ayrı incelendiğinde grupların hepsinde anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu, diğer bir deyişle bireylerin yaşı arttıkça eğitim seviyesinin azaldığı saptanmıştır (Tablo 8). Literatürde gelişmekte olan ülkelerde eğitim seviyesinin yıllara dayalı artış gösterdiğine ve Türkiye’nin de gelişmekte olan ülkeler kategorisinde olduğu bilinmektedir (151). Çalışmamızdaki örneklem grubuna istinaden yaş ve eğitim süresi arasındaki negatif ilişki literatürce desteklenmektedir. Ayrıca değerlendirilen KG ve çok ataklı HG vakalarının yaşları ile GZOT, İAT ve MoCA skorları arasında ve tek atak tanısı olan vakaların yaşları ile MoCA skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu saptanmıştır. Fiske ve arkadaşlarının (152) yapmış olduğu çalışma (2009) ve Gadalla’nın (153) (2010) yapmış olduğu çalışmalar yaş ile sosyal etkileşim ve işlevsellik ve bilişsel beceriler arasında negatif bir ilişki olduğunu desteklemektedir.

Eğitim süresi açısından gruplar karşılaştırıldığında kontrol grubunun eğitim süresinin 10,64, tek atak tanılı hastaların 10,42 ve çok atak tanısı olan hastaların 8,26 yıl olduğu ve üç grubun eğitim sürelerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklı olduğu bulunurken (Tablo 1); tek ataklı HG de anlamlı düzeyde olmakla birlikte her grupta eğitim seviyesi ve depresif belirtiler arasındaki negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, Gavin ve arkadaşları tarafından (154) 2010 yılında yürütülen çok kültürlü bir örnekleme sahip epidemiyolojik bir çalışmada eğitim düzeyi ile MDB arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak yaşam tarzı ve MDB arasındaki ilişkinin ekolojik statü açısından incelendiği bir çalışmada hem kadınlar

hem de erkeklerde eğitim seviyesi ile MDB prevalansı arasında negatif korelasyonel ilişki saptanmıştır (155). Çalışmamızdaki eğitim düzeyi ve depresif belirtiler arasında saptanan ilişki literatürle uyumludur.

Ayrıca kontrol grubu, tek ataklı HG ve çok ataklı HG gruplarının eğitim süreleri ile GZOT, İAT ve MoCA skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu saptanmış ve bu durum literatür çalışmalarına paralel olarak, eğitim seviyesinin hem sağlıklı hem de MDB'li bireylerde sosyal-bilişsel ZK, sosyal-algısal ZK ve bilişsel beceri konusunda yordayıcı bir faktör olduğunu düşündürmektedir (156,157).

Birçok çalışmada işsizlik ekonomik statünün düşmesi, haz alıcı aktivitelere ve sosyal çevreye erişimde zorlantılar gibi çeşitli sebeplere dayanarak ilk atak MDB ve nüks riski açısından önemli bir yordayıcı olarak ele alınmaktadır (158,159). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak, gruplar mesleki durum açısından ele alındığında, kontrol grubunun tek ve çok ataklı gruba göre ve tek atak tanısı olan grubun da çok atak tanısı olanlara göre anlamlı seviyede daha fazla çalışan bireye sahip olduğu saptanmıştır. Her iki HG'de çalışan birey sayısının da KG'ye göre anlamlı seviyede daha az olduğu (Tablo 1) ve bu durumun hem tek atak hem de çok ataklı MDB'de düşük sosyo-ekonomik düzeyin etkililiği ile yeni bir depresif epizot geçirme ihtimalini artıran risk faktörleri arasında olduğu analiz edilmiştir (Tablo 10) (160). Yaşam alanının depresyon riski açısından anlamlı bir korelasyon gösterdiğine dair çalışmalar tartışmalıdır. Şehir yaşamının sağlık, eğitim ve meslek sahibi olma alanındaki avantajlarının depresif epizot riskini azalttığını savunanların yanı sıra; karmaşık şehir hayatı, insan doğasının temellerini oluşturan doğal yaşamdan uzak olma, ekonomik parametrelerin değişkenliğinin küçük yerleşkelere nazaran dalgalı olmasının geçim sıkıntısı yaratması vb. faktörlere dayanarak depresif epizot riskinin arttığını iddia eden araştırmalar mevcuttur (161-163). Bizim çalışmamızda ise çoklu atak riski tek ataklı HG ve çok ataklı HG olarak ayrı ayrı incelendiğinde; tek ataklı HG'de şehir yaşamının ikinci bir epizot için risk faktörü oluşturduğu, çok ataklı HG'de ise herhangi bir işte çalışmama ve HDÖ skorlarındaki artışın yeni bir epizot için risk faktörü oluşturduğu tespit edilmiştir (Tablo 10).

Bedensel hastalıklar bireylerde görülen hareket kısıtlılığı, haz alınan sosyal aktiviteleri ve fiziksel faaliyetleri yerine getirmede kısıtlılık, bireyin hastalıktan duyduğu olumsuz duygulardan dolayı sosyal etkileşimini kısıtlaması vb. sebeplerle birlikte bireylerde depresif duygudurumunu ve sürecin ilerlemesiyle birlikte depresyonu tetiklemektedir

(164,165). Ancak literatürde yapılan araştırmalara karşın çalışmamızda bu üç gurubun bedensel hastalıklarının anlamlı düzeyde farklılık göstermesine rağmen (Tablo 1), bu farklılığın tek ve çok ataklı HG’lerde anlamlı bir risk faktörü oluşturmadığı tespit edilmiştir. (Tablo 9).

Klinik veriler

Tek ve çok atak tanıılı gruplar arası klinik bilgileri değerlendirmek için çalışmanın araştırmacıları tarafından geliştirilen sosyodemografik veri formunda bulunan verilerin analizi ele alındığında; çoklu atak geçirenlerin atak sayılarının değişkenlik göstererek; 8’inin 2, 29’unun 3, 10’unun 4, 1’inin 5 ve 2’sinin 8 depresif atak geçirdiği bulundu (Tablo 2).

Ayrıca, tek ataklı bireylerde hastane yatışı saptanmazken, çok ataklı bireylerle karşılaştırıldığında bulgular istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir. Bu durum literatürle uyumlu olup, birçok araştırma çok ataklı bireylerin ataklarının daha şiddetli geçtiği, bilişsel bozulmaların daha yoğun olduğu ve intihar planı/girişimi ihtimalinin artmasıyla kötü prognoz göstererek hastane yatışlarının fazla olabileceği saptamıştır (166). Literatürde medikal tedaviye direnç gösteren MDB’li bireylerin EKT alımı ile ilgili yapılan bir araştırmada MDB epizotları şiddetli geçen ve nüks oranı yüksek olan grupta uygulanan EKT’nin medikal tedaviye oranla daha başarılı olduğu ifade edilmektedir (167). Başka bir araştırmada ise EKT’nin birden fazla atak geçiren MDB’li bireylerde suisid planlaması/girişimi başta olmak üzere ağır seyreden semptomların medikal tedavi grubuna göre anlamlı bir şekilde azaldığı ifade edilmiştir (168). Bu makaleler incelendiğinde bizim çalışmamızda ise tek atak tanıılı bireyler arasında EKT alan vaka bulunmazken, çok ataklı 9 (%18) vakanın EKT aldığı ve iki grup arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı seviyede fark saptanması literatürle uyumlu olarak çok ataklı bireylerde MDB şiddetinin yoğun ve bu bireylerin ilaç tedavisine dirençli olabileceği düşüncesini desteklemektedir.

Psikometrik veriler

Çalışmamızda sırasıyla sosyal-algisal ve sosyal-bilişsel ZK becerilerini ölçmek için kullanılan GZOT ve İAT skor ortalamaları, kognitif defisiti ölçmek için kullanılan MoCA testi ve depresyon seviyesini ölçmek için kullanılan HDÖ üç grup arasında anlamlı farklılık göstermiştir (Tablo 4).

Poletti ve arkadaşlarının (169) depresif semptomların şiddeti ve ZK arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yaptığı araştırmada (2014) MDB tanısı alan ve semptom seyri

hafif ilerleyen tek ataklı bireylerde sosyal destek ve sosyal kontrol ihtiyacının fazla olduğu, bu ihtiyaca nazaran vakaların bireylerarası etkileşimde hassasiyet gösterdiği ve bu durumun ZK becerilerinin korunmasına sebep olabileceği öne sürülmüştür. Çalışmamızdaki tek ataklı HG'lerin sosyal-algısal (GZOT) ve sosyal-bilişsel (İAT) ZK becerileri ve HDÖ skorları açısından KG ile karşılaştırılmasında anlamlı farklılık saptanmaması bu iddiayı destekler niteliktedir (Tablo 6).

Ayrıca çok ataklı HG, GZOT, İAT ve MoCA skor ortalamaları açısından KG ve tek ataklı HG'ye göre istatistiksel olarak anlamlı bir düşüklük göstermektedir (Tablo 5 & Tablo 6). Bu durum literatürdeki yineleyen depresif epizot geçiren bireylerde ZK ve bilişsel defisit seviyesinin, sosyal ve kognitif işlevselliği azaltıp ve sosyal izolasyonu tetikleyerek MDB'nin nüks ihtimalini yükselttiğine dair iddialarına yeni bir kanıt oluşturmaktadır (170,171).

Tüm gruplar psikometrik veriler açısından kendi içlerinde değerlendirildiğinde aşağıdaki bulgular saptanmıştır:

- ✓ *Kontrol grubundaki vakaların* GZOT puanları ile İAT ve MoCA skorları arasında pozitif yönde ilişki saptanırken, İAT ve MoCA skorları anlamlı seviyede paralellik göstermiştir.
- ✓ *Tek atak tanısı olan vakaların* GZOT puanları ile İAT ve MoCA skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak vakaların GZOT puanları ile HDÖ skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu grubun İAT puanları ile MoCA skorlarının anlamlı seviyede paralellik gösterdiği saptanmış ve vakaların İAT puanları ve MoCA skorları ile HDÖ skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulunmuştur (Tablo 8).
- ✓ *Çoklu atak tanısı olan vakaların;* GZOT puanları ile İAT ve MoCA skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu saptanırken, İAT puanları ile HDÖ skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon bulundu. Çoklu atak tanısı olan vakaların, İAT puanları ile MoCA skorları arasında anlamlı bir paralellik göstermesinin yanında İAT puanları ve MoCA puanları ile HDÖ skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu (Tablo 8).

Çalışmamızdaki Tablo 6 ve Tablo 8 verileri birlikte değerlendirildiğinde; her üç grupta ZK alt tipleri olan sosyal-algısal ve sosyal-bilişsel beceriler, genel kognitif yetiler ile paralellik göstermektedir. Bu durumu; Wade ve ark. (172) tarafından 2018 yılında

yayınlanan ZK ve bilişsel yetilerin sağlıklı kontrollerle yapılan beyin görüntülemesinde saptanan nöral örtüşme desteklemektedir. Bunun yanı sıra tek ve çoklu atak remisyonunda depresif dönem tanısı olan hastalarda sosyal-bilişsel ve sosyal-algısal ZK düzeyi, sosyal-bilişsel ve kognitif beceri düzeyi, sosyal-algısal ve kognitif beceri düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı, depresif belirtiler ile ise negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bu, Wade ve ark.larının yaptığı çalışmanın psikopatoloji saptanan bireylerde de sosyal etkileşimde bozulmalar ve işlevsellik kaybının bozulan bilişsel faaliyetlerle iki yönlü bir etkileşim halinde olabileceğine dair bir ışık yaktaktadır ve literatürdeki verilerle desteklenmektedir (172).

Tablo 5’te ifade edilen tek ve çok ataklı HG’nin MoCA ve HDÖ skorları açısından karşılaştırılmasında anlamlı düzeyde fark bulunmuş olup, bu fark tek ataklı HG lehinedir. Diğer bir deyişle çok ataklı HG’nin remisyon dönemi bilişsel bozulmaları ve depresif belirtilerin şiddeti tek ataklı HG’ye göre anlamlı düzeyde fazladır. Tek ve çok ataklı HG’nin HDÖ skor ortalamalarının KG’den ve anlamlı seviyede yüksek olması, MDB’de depresif belirtilerin remisyon döneminde de gözlemlenebildiğini göstermektedir. Birden fazla atak geçiren MDB hastalarının remisyon döneminde depresif semptomların genel şiddeti ve kognitif bozulmalara dair kalıntı semptomlarının tek atak geçiren hastaların remisyon dönemine nazaran daha yoğun olduğu ve dolayısıyla yeni bir atak geçirmeye daha yatkın oldukları şeklinde yorumlanmıştır. Psikometrik özellikler ile çalışmanın tüm vakalarının depresif atak sayısı analiz edildiğinde atak sayısı ile GZOT, İAT ve MoCA skorları arasında anlamlı düzeyde negatif korelasyon ve atak sayısı ile HDÖ skoru arasında anlamlı derecede pozitif ilişki bulunmuştur (Tablo 7). Kennedy ve Foy tarafından (173) 2005 yılında düzenlenen bir çalışmada tekrarlayan depresyon epizotlarında rezidüel semptomların tek ataklı MDB’li bireylere göre daha yoğun olduğu ve bu durumun yalnızca relaps riskine değil aynı zamanda tekrarlayan depresyonu olan bireylerde artan intihar riskine, kısa sürede relapsa, sosyal işlevsellikte ve bilişsel becerilerde uzun süreli zayıflamaya ve komorbid medikal hastalıkların artışına zemin hazırlayabileceği savunulmuştur. Bir başka çalışmada, remisyonunda olarak sınıflandırılan hastalarda depresyonun rezidüel semptomları yaygın olduğu ve rezidüel semptomları olan hastalar, fonksiyonelliklerinin ve kişilerarası ilişkilerinin bozulma riski altında olduğu ve bu bozulmaların da depresyonun tekrarlaması açısından risk altında olmasının yanı sıra tam iyileşme ihtimalini de azalttığı ifade edilmiştir (174). Çalışmamızda, yukarıda değerlendirilen ZK alt tipleri, bilişsel beceriler ve depresif semptomların düzeyi ile atak

sayısı arasındaki ilişki birlikte ele alındığında MDB’de atak sayısının artmasıyla remisyon dönemindeki bireylerde, ZK işlevselliğinde kaybın ve kognitif bozulmaların ciddi oranda artması ve depresif belirtilerin şiddetinin de önemli düzeyde yoğunlaşması literatürdeki çalışmalarla örtüşmektedir (175). Bir prospektif çalışmada, remisyon dönemi yoğun rezidüel semptomları olan bireylerin yeni bir MDB atağı yaşama ihtimalinin tam iyileşme gösteren/minimal semptomları olan bireylere nazaran yaklaşık 3 kat daha fazla olduğu ve atak sayısı arttıkça bu oranda yükselmenin meydana geldiği tespit edilmiştir (176,177).

Çalışmamızın hedefleri değerlendirildiğinde; bulgularımız remisyonadaki majör depresif bozukluk tanılı bireylerin zihin kuramı becerileri açısından tek atak geçirmiş remisyon hastaları ve birden fazla atak geçirmiş remisyon dönemindeki depresyon hastalarının kontrol grubuna göre farklılık gösterdikleri ve çok ataklı MDB’li bireylerde olası farklılıkların hastalığın süregelenleşmesi üzerinde etkili olduğu varsayımlarını desteklemektedir. Diğer bir deyişle çalışmamız literatürle uyumlu olarak, çok ataklı MDB’nin rezidüel semptomları artırdığı ve rezidüel semptomların artmasıyla yeni bir atak geçirme ihtimalinin artması ve atak seyirlerinin kötüleşmesine dair döngüsel bir mekanizma olduğuna güçlü bir kanıt niteliğindedir.

Yapılan çoğu çalışmada aktif depresyonu olan hastalarda zihin kuramının sadece sosyal algısal alt tipi değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmamızda ise remisyonadaki depresyon hastaları ele alınarak zihin kuramı becerilerinin hastalığın süregelenleşmesine olan etkisinin incelenmesi planlanmıştır. Ayrıca çalışmamızda zihin kuramının hem sosyal algısal hem de sosyal bilişsel alt tipleri değerlendirilmiştir. Çalışmamız bu yönüyle ön plana çıkmaktadır. Çalışmamızda zihin kuramı becerilerini değerlendirmek için kullandığımız GZOT ve İAT testlerinin araştırmacı tarafından uygulanması, hastanın kendisinin doldurmaması çalışmamızın güçlü yönlerindendir. MDB’de bilişsel işlevlerde bozukluğun olması zihin kuramı becerilerini olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Çalışmamızda hafif düzeyde bilişsel bozukluğu dışlamak amacıyla Montreal bilişsel değerlendirme ölçeği kullanılarak bilişsel işlev düzeyi ele alınmıştır (148). Bununla birlikte bilişsel işlevler daha ayrıntılı testlerle değerlendirilebilir.

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar da bulunmaktadır. Araştırmada geçirilmiş depresyonun şiddeti belirlenmemiştir. Ayrıca çalışmamızda anksiyeteli, psikotik, atipik özellikler gösteren gibi depresyon alt tipleri ayrımı yapılmamıştır. Geçirilmiş depresyon şiddetinin ve alt tiplerinin ZK becerileri açısından değerlendirilmesi literatüre katkı sağlayabilir.

Literatürde çocukluk çağı travmaları, kişilik örüntüleri, bağlanma stilleri ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunması faktörlerinin; hem sosyal-algısal hem de sosyal-bilişsel alanda bozulmalara dayalı olarak sosyal işlevsellik kaybı, kognitif işlevsellikte bozulma, depresif atak geçirme, nüks, depresif epizot şiddeti ve rezidüel semptomlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkililiği olduğuna dair veriler yoğundur (178, 48,179). Buna karşın çalışmamızda bu faktörlere ve bunların ZK ve bilişsel işlevsellik üzerindeki etkisine dair herhangi bir analiz yapılmaması araştırmamızda bir kısıtlılık oluşturmuştur.

MDB kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Bizim çalışmamızdaki gruplarda da MDB sıklığı ile orantılı olarak kadın sayısı erkek sayısına göre daha fazladır. Bununla birlikte literatürdeki çalışmalara göre kadınlar ZK becerileri açısından erkeklere göre daha başarılıdır (180). ZK becerileri açısından grupların cinsiyetlere göre değerlendirilmemesi çalışmamızın diğer kısıtlılığıdır.

Literatürde diyabet, kanser ve romatoid artirit gibi bedensel hastalıkların MDB'yi tetikleyebileceğine dair çalışmalar mevcuttur (181,182). Bizim çalışmamızda ise bedensel hastalıkların kategorize edilmeyip yalnızca mevcudiyetinin sorgulanması hastalığın çeşidi ve diğer değişkenler arasında ilişkinin analizini engelleyerek yeni bir sınırlılık yaratmıştır.

Çalışmamızdaki örneklem grubu diğer çalışmalara göre yeterli gözükmemektedir. Ancak çalışmamız tek merkezli olarak yapılmıştır. Sonuçların genellenebilmesi açısından çok merkezli çalışmalar yapılabilir.

SONUÇLAR

Çalışmaya katılan sağlıklı kontroller, tek ataklı MDB tanılı bireyler ve çok ataklı MDB tanılı bireyler arasında:

1. Çok ataklı bireylerin diğer gruplara nazaran yaş ortalamalarının daha büyük ve eğitim süresinin daha kısa olduğu,
2. Aktif bir işte çalışmıyor olmanın depresyon tanı riskini tek ataklı MDB’de 5,315 kat, çok ataklı MDB’de ise 13, 204 kat artırdığı,
3. Bedensel hastalıklarda çok ataklı bireylerde diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu,
4. Tek ataklı bireylerde hastane yatışı saptanmazken çok ataklı bireylerin %42’sinde yatış olmasının iki grup arasında anlamlı bir fark oluşturduğu,
5. Çok ataklı bireylerde (%18) EKT uygulamasının tek ataklı bireylere (%0) göre anlamlı bir fark oluşturduğu,
6. Çoklu atak geçirme riskinin depresyon tanılı tüm remisyon vakalarında depresyon skorundaki artış ile anlamlı seviyede pozitif bir ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir.
7. Çalışmamızda sosyal-algisal ve sosyal-bilişsel zihin kuramı becerisinde ve bilişsel işlevsellikte çok ataklı grupta remisyon döneminde tek ataklı grup ve kontrol grubuna göre anlamlı bir düşüş saptanması;
 - Çok ataklı MDB’li bireylerin depresif epizotlarının remisyon döneminde de bireylerarası sosyal etkileşimlerini sınırlandırdığı ve sosyal izolasyona yol açtığı hipotezimizi doğrular niteliktedir.

8. Tek ataklı grup ve kontrol grubu arasında her iki ZK becerisi ve bilişsel işlevsellik açısından anlamlı farklılık saptanmaması ve bu duruma ek olarak depresyon skorlarındaki farklılığın anlamlı düzeyde olmayışı;
- Çalışmanın hipotezinin aksine tek ataklı bireylerin atak dönemindeki sosyal ve bilişsel işlev kaybının remisyon döneminde kronisite kazanmadığını,
 - Literatürde ‘bireylerin sosyal destek ve sosyal kontrol ihtiyacına istinaden ZK becerilerinde hassasiyet gösterdiğine’ dair yapılan araştırmalara kanıt niteliğinde olduğu düşünülmektedir. Bu durum, birlikte tek ataklı remisyondaki bireylerin tam iyileşme adına çok ataklı bireylere nazaran farkındalık, özyeterlilik ve motivasyonlarının daha yüksek olabileceği düşüncesine yeşil ışık yakmaktadır. Bu düşüncenin ilerleyen zamanlarda yapılacak çalışmalarda farklı ölçek ve açılardan detaylandırılıp aydınlatılması önerilmektedir.
9. Her iki hasta grubunda kontrol grubuna göre ZK alt becerilerinde ve bilişsel işlevsellikte bozulmaların depresif dönem sayısı ile anlamlı derecede paralellik göstermesinin;
- relaps ihtimalini artırdığı,
 - öngörülen relapsın şiddetini yordamada anlamlı bir faktör olacağı literatürle desteklenmiştir.

ÖZET

Major depresif bozukluk en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Major depresif bozukluk geçiren hastaların yarısından fazlası bir kez daha atak geçirir. Tekrarlama ihtimali atak sayısı ile birlikte artar. Majör depresif bozuklukta sosyal işlevlerde ve diğer kişilerle olan ilişkilerde bozulma olması önde gelen kinik özelliklerdendir. Zihin kuramı; kişinin kendisinin ve diğerlerinin ayrı zihinlere sahip olduğunu anlayabilme, kendisinin veya başkalarının duygu, düşünce, maksat, istek ve inançlarını algılayabilme ya da çıkarımda bulunabilme kapasitesidir. Zihin kuramı, sosyal işlevselliğin ve kişilerarası ilişkilerin sürdürülmesinin ayrılmaz bir parçası olarak düşünülmektedir. Remisyonadaki depresyon hastalarının zihin kuramı becerilerinin hem sosyal bilişsel hem sosyal algısal yönden incelendiği çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada remisyonadaki depresyon hastalarının zihin kuramı becerilerinde tek atak geçirmiş ve birden fazla atak geçirmiş hasta gruplarının sağlıklı kontrol grubuna göre farklılığı olup olmadığı ve olası farklılıkların hastalığın süregenleşmesindeki olası etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamız Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalar arasından seçilmiş, 18-60 yaş aralığında, majör depresif bozukluk geçirmiş, remisyonunda olan, tek atak geçirmiş 50 hasta, birden fazla atak geçirmiş 50 hasta ve 50 sağlıklı katılımcının onamı alınarak dahil edilmesiyle oluşturulan örneklem ile yapılmıştır. Çalışmada tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Hamilton Depresyon Ölçeği, Gözlerden Zihin Okuma Testi, İmayı Anlama Testi, Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmamızda sosyal-algısal ve sosyal-bilişsel zihin kuramı becerisinde ve bilişsel işlevsellikte çok atak geçirmiş remisyon dönemindeki grupta tek atak geçirmiş grup ve kontrol grubuna göre anlamlı bir düşüş saptanmıştır. Bu durum yineleyen şekilde geçirilmiş depresyonun remisyon döneminde bireylerarası sosyal etkileşimlerini sınırlandırdığı ve sosyal izolasyona yol açtığı, relaps ihtimalini arttırabileceği hipotezimizi doğrular niteliktedir. Tek atak geçirmiş grup ve kontrol grubu arasında her iki zihin kuramı becerisi ve bilişsel işlevsellik açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu durum, tek atak geçirmiş remisyonadaki bireylerin tam iyileşme adına çok ataklı bireylere nazaran farkındalık, özyeterlilik ve motivasyonlarının daha yüksek olabileceği düşüncesine yeşil ışık yakmaktadır. Bu düşüncenin ilerleyen zamanlarda yapılacak çalışmalarda farklı ölçek ve açılardan detaylandırılıp aydınlatılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Majör Depresif Bozukluk, Zihin Kuramı, Nüks, Rezidüel Semptom

EXAMINATION OF THE THEORY OF MIND SKILLS OF DEPRESSION PATIENTS IN REMIT WITH SINGLE ATTACK AND MULTIPLE ATTACKS

SUMMARY

Major depressive disorder, one of the most common mental disorders, has a course. One of the important clinical features of major depressive disorder is impairment in social and interpersonal functions. Theory of mind is the capacity to understand that one's own and others have separate minds, to perceive or infer the feelings, thoughts, intentions, wishes and beliefs of one's own or others. Theory of mind is considered an integral part of social functioning and the maintenance of interpersonal relationships. The number of studies examining the theory of mind skills of patients with depression in remission from both social cognitive and social perceptual aspects is quite limited. This study aimed to investigate whether single-episode remission patients and depressive patients in remission having more than one episode differed from the control group in terms of theory of mind skills of depressive patients in remission and whether possible differences were effective on the chronicity of the disease. Our study was conducted with the consent of 50 patients aged between 18-60 years, having major depressive disorder, being in remission having a single episode, 50 patients; with people having multiple episodes, and 50 healthy participants, who were selected from among the patients applying to the Tekirdağ Namık Kemal University Faculty of Medicine Psychiatry Outpatient Clinic. In the study, sociodemographic data form, Hamilton Depression Scale, Mind Reading from Eyes Test, Comprehension Test, and Montreal Cognitive Assessment Scale were performed to all participants.

In our study, a significant decrease was found in the social-perceptual and social-cognitive theory of mind skills and cognitive functionality in the group in remission with multiple attacks compared to the group that had a single attack and the control group. This confirms our hypothesis that recurrent depression limits interpersonal social interactions during remission, leads to social isolation, and may increase the likelihood of relapse. No significant difference was found between the group that had a single attack and the control group in terms of both theory of mind skills and cognitive functionality. This gives the green light to the idea that individuals in remission with a single attack may have higher awareness, self-efficacy and motivation for full recovery compared to individuals with multiple attacks. It is recommended that this idea should be elaborated and illuminated from different scales and perspectives in future studies.

Key words: Major Depressive Disorder, Theory Of Mind, Relapse, Residual Symptoms

KAYNAKÇA

- 1) KÜÇÜK Z. ZİHİN KURAMI VE GELİŞİM SÜREÇLERİ. Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2018;19(34):475-503.
- 2) Şencan B. Majör Depresif Bozuklukta Zihin Kuramı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2019;11(1):42-54.
- 3) Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a “theory of mind”? Cognition. 1985;21(1):37-46.
- 4) Şahin B, Bozkurt A, Usta MB, AYDIN M, Çobanoğlu C, Karabekiroğlu K. Zihin Kuramı: Gelişim, Nörobiyoloji, İlişkili Alanlar ve Nörogelişimsel Bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2019;11(1):24-41.
- 5) Tager-Flusberg H, Sullivan K. A componential view of theory of mind: Evidence from Williams syndrome. Cognition. 2000;76(1):59-90.
- 6) Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk’tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi. 2016;6(1):51-66.
- 7) Özsoy F, KULOĞLU MM. Major depresif bozukluk ve Panik bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi. Çağdaş Tıp Dergisi. 2017;7(1):42-9.
- 8) Barrett MS, Barber JP. Interpersonal profiles in major depressive disorder. Journal of clinical psychology. 2007;63(3):247-66.
- 9) Mattern M, Walter H, Hentze C, Schramm E, Drost S, Schoepf D, et al. Behavioral evidence for an impairment of affective theory of mind capabilities in chronic depression. Psychopathology. 2015;48(4):240-50.
- 10) Frith C, Frith U. Theory of mind. Current biology. 2005;15(17):R644-R5.
- 11) Wellman HM, Liu D. Scaling of theory-of-mind tasks. Child development. 2004;75(2):523-41.
- 12) Hiatt LM, Trafton JG, editors. A cognitive model of theory of mind. Proceedings of the 10th international conference on cognitive modeling; 2010: Citeseer.
- 13) Bandura A, Walters RH. Social learning theory: Englewood cliffs Prentice Hall; 1977.
- 14) Tager-Flusberg H, Sullivan K. A componential view of theory of mind: Evidence from Williams syndrome. Cognition. 2000;76(1):59-90.

- 15) Meinhardt-Injac B, Daum MM, Meinhardt G. Theory of mind development from adolescence to adulthood: Testing the two-component model. *British Journal of Developmental Psychology*. 2020;38(2):289-303.
- 16) Wellman HM, Liu D. Scaling of theory-of-mind tasks. *Child development*. 2004;75(2):523-41.
- 17) Joseph RM, Tager-Flusberg H. The relationship of theory of mind and executive functions to symptom type and severity in children with autism. *Development and psychopathology*. 2004;16(1):137-55.
- 18) Niedenthal PM, Barsalou LW, Winkielman P, Krauth-Gruber S, Ric F. Embodiment in attitudes, social perception, and emotion. *Personality and social psychology review*. 2005;9(3):184-211.
- 19) Wiltshire TJ, Lobato EJ, McConnell DS, Fiore SM. Prospects for direct social perception: a multi-theoretical integration to further the science of social cognition. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2015;8:1007.
- 20) Nettle D, Liddle B. Agreeableness is related to social-cognitive, but not social-perceptual, theory of mind. *European Journal of Personality: Published for the European Association of Personality Psychology*. 2008;22(4):323-35.
- 21) Widen SC, Russell JA. Children acquire emotion categories gradually. *Cognitive development*. 2008;23(2):291-312.
- 22) Liu D, Gelman SA, Wellman HM. Components of young children's trait understanding: Behavior-to-trait inferences and trait-to-behavior predictions. *Child development*. 2007;78(5):1543-58.
- 23) Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and brain sciences*. 1978;1(4):515-26.
- 24) Carruthers P, Smith PK. *Theories of theories of mind*: Cambridge university press; 1996.
- 25) Baron-Cohen S. *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*: MIT press; 1997.
- 26) Frith, U. (2001). Mind blindness and the brain in autism. *Neuron*, 32(6), 969-979.
- 27) Leslie AM, Friedman O, German TP. Core mechanisms in 'theory of mind'. *Trends in cognitive sciences*. 2004;8(12):528-33.
- 28) Youmans G, Bourgeois M. Theory of mind in individuals with Alzheimer-type dementia. *Aphasiology*. 2010;24(4):515-34.

- 29) Hughes C, Leekam S. What are the links between theory of mind and social relations? Review, reflections and new directions for studies of typical and atypical development. *Social development*. 2004;13(4):590-619.
- 30) Nelson K. *Young minds in social worlds: Experience, meaning, and memory*: Harvard University Press; 2007.
- 31) Girgin İ. Erken Çocuklukta Dil Gelişimi ile İlgili Yazılmış Makalelerin İncelenmesi. *Journal of Individual Differences in Education*. 2020;2(1):52-63.
- 32) Aslan E. Drama temelli sosyal beceri eğitiminin 6 yaş çocuklarının sosyal ilişkiler ve işbirliği davranışlarına etkisi: Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2008.
- 33) Şahin B, Bozkurt A, Usta MB, AYDIN M, Çobanoğlu C, Karabekiroğlu K. Zihin Kuramı: Gelişim, Nörobiyoloji, İlişkili Alanlar ve Nörogelişimsel Bozukluklar. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*. 2019;11(1):24-41.
- 34) Aydın A. Sembolik oyun testi'nin Türkçe'ye uyarlanması ve okul öncesi dönemdeki normal, otistik ve zihin engelli çocukların sembolik oyun davranışlarının karşılaştırılması: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2008.
- 35) Egan K. *The educated mind: How cognitive tools shape our understanding*: University of Chicago Press; 1997.
- 36) Scholl BJ, Leslie AM. Modularity, development and 'theory of mind'. *Mind & language*. 1999;14(1):131-53.
- 37) Korkmaz A. Sürdürülebilirlik için drama eğitim programının 48-60 aylık çocukların zihin kuramı ve empatik becerilerine etkisi. 2020.
- 38) Gallese V, Goldman A. Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in cognitive sciences*. 1998;2(12):493-501.
- 39) Harbers M, Van den Bosch K, Meyer J-J. Modeling agents with a theory of mind: Theory-theory versus simulation theory. *Web Intelligence and Agent Systems: An International Journal*. 2012;10(3):331-43.
- 40) Gopnik A. How we know our minds: The illusion of first-person knowledge of intentionality. *Behavioral and Brain sciences*. 1993;16(1):1-14.
- 41) Frith U, Happé F. Theory of mind and self-consciousness: What is it like to be autistic? *Mind & language*. 1999;14(1):82-9.
- 42) Kaland N, Møller-Nielsen A, Callesen K, Mortensen EL, Gottlieb D, Smith L. A new advanced test of theory of mind: evidence from children and adolescents with

- Asperger syndrome. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2002;43(4):517-28.
- 43) Maoz H, Gvirtz HZ, Sheffer M, Bloch Y. Theory of mind and empathy in children with ADHD. *Journal of attention disorders*. 2019;23(11):1331-8.
 - 44) Bolat N, Eyüboğlu D, Eyüboğlu M, Sargin E, Eliacik K. Emotion recognition and theory of mind deficits in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2017;18(3):250.
 - 45) Tatar ZB, Cansız A. Executive function deficits contribute to poor theory of mind abilities in adults with ADHD. *Applied Neuropsychology: Adult*. 2022;29(2):244-51.
 - 46) Bora E, Walterfang M, Velakoulis D. Theory of mind in behavioural-variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: a meta-analysis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2015;86(7):714-9.
 - 47) Gregory C, Lough S, Stone V, Erzinclioglu S, Martin L, Baron-Cohen S, et al. Theory of mind in patients with frontal variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: theoretical and practical implications. *Brain*. 2002;125(4):752-64.
 - 48) Paris J. Personality disorders over time: precursors, course and outcome. *Journal of personality disorders*. 2003;17(6):479-88.
 - 49) Fertuck E, Jekal A, Song I, Wyman B, Morris M, Wilson S, et al. Enhanced 'Reading the Mind in the Eyes' in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychological medicine*. 2009;39(12):1979-88.
 - 50) Németh N, Mátrai P, Hegyi P, Czéh B, Czopf L, Hussain A, et al. Theory of mind disturbances in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Psychiatry Research*. 2018;270:143-53.
 - 51) Blair RJR. Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2001;71(6):727-31.
 - 52) Jahshan CS, Sergi MJ. Theory of mind, neurocognition, and functional status in schizotypy. *Schizophrenia research*. 2007;89(1-3):278-86.
 - 53) Seitz KI, Ehler N, Schmitz M, Schmitz SE, Dziobek I, Herpertz SC, et al. Affective and cognitive theory of mind in posttraumatic stress, major depressive, and somatic

- symptom disorders: Association with childhood trauma. *British Journal of Clinical Psychology*. 2022;61(3):680-700.
- 54) Fett A-KJ, Viechtbauer W, Penn DL, van Os J, Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2011;35(3):573-88.
- 55) Bora E, Yucel M, Pantelis C. Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;195(6):475-82.
- 56) Hawken ER, Harkness KL, Lazowski LK, Summers D, Khoja N, Gregory JG, et al. The manic phase of Bipolar disorder significantly impairs theory of mind decoding. *Psychiatry Research*. 2016;239:275-80.
- 57) Malhi GS, Lagopoulos J, Das P, Moss K, Berk M, Coulston CM. A functional MRI study of Theory of Mind in euthymic bipolar disorder patients. *Bipolar disorders*. 2008;10(8):943-56.
- 58) McKinnon MC, Cusi AM, MacQueen GM. Impaired theory of mind performance in patients with recurrent bipolar disorder: Moderating effect of cognitive load. *Psychiatry research*. 2010;177(1-2):261-2.
- 59) Yang X, Wang K, Liu Q, Zhang X. Discovery of monoamine oxidase A inhibitory peptides from hairtail (*Trichiurus japonicus*) using in vitro simulated gastrointestinal digestion and in silico studies. *Bioorganic Chemistry*. 2020;101:104032.
- 60) Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nature reviews Disease primers*. 2016;2(1):1-20.
- 61) DİKİCİ DS, AŞÇIBAŞI K. DSM-5 depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2017;18:51-7.
- 62) Kaya, M. C. (2019). Bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk tanılı hastaların remisyon dönemlerinde bağlanma ve zihin kuramı özelliklerinin araştırılması.
- 63) Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, De Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*. 2011;9(1):1-16.

- 64) Olchanski N, Myers MM, Halseth M, Cyr PL, Bockstedt L, Goss TF, et al. The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics*. 2013;35(4):512-22.
- 65) Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Wong CY, Chang O, et al. The prevalence of depressive symptoms, anxiety symptoms and sleep disturbance in higher education students during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*. 2021;301:113863.
- 66) Owens MJ, Nemeroff CB. Role of serotonin in the pathophysiology of depression: focus on the serotonin transporter. *Clinical chemistry*. 1994;40(2):288-95.
- 67) Albayrak EÖ, Ceylan ME. Depresyon etiyolojisiinde nörobiyolojik etkenler. *Düşünen Adam*. 2004;17(1):27-33.
- 68) Dunlop BW, Nemeroff CB. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(3):327-37.
- 69) Ertuğrul E. Depresyondaki nöroendokrinolojik bulgular. 2002.
- 70) Wolkowitz OM, Wolf J, Shelly W, Rosser R, Burke HM, Lerner GK, et al. Serum BDNF levels before treatment predict SSRI response in depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2011;35(7):1623-30.
- 71) Gonul AS, Akdeniz F, Taneli F, Donat O, Eker Ç, Vahip S. Effect of treatment on serum brain-derived neurotrophic factor levels in depressed patients. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2005;255:381-6.
- 72) Varghese FP, Brown ES. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in major depressive disorder: a brief primer for primary care physicians. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2001;3(4):151.
- 73) Watson S, Mackin P. HPA axis function in mood disorders. *Psychiatry*. 2009;8(3):97-101.
- 74) Stetler C, Miller GE. Depression and hypothalamic-pituitary-adrenal activation: a quantitative summary of four decades of research. *Psychosomatic medicine*. 2011;73(2):114-26.
- 75) Smoller JW. The genetics of stress-related disorders: PTSD, depression, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2016;41(1):297-319.
- 76) Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American journal of psychiatry*. 2000;157(10):1552-62.

- 77) Lohoff FW. Overview of the genetics of major depressive disorder. *Current psychiatry reports*. 2010;12:539-46.
- 78) Menke A, Klengel T, Binder E. Epigenetics, depression and antidepressant treatment. *Current pharmaceutical design*. 2012;18(36):5879-89.
- 79) Kendler KS, Gardner C, Neale M, Prescott C. Genetic risk factors for major depression in men and women: similar or different heritabilities and same or partly distinct genes? *Psychological medicine*. 2001;31(4):605-16.
- 80) Ridout KK, Khan M, Ridout SJ. Adverse childhood experiences run deep: toxic early life stress, telomeres, and mitochondrial DNA copy number, the biological markers of cumulative stress. *Bioessays*. 2018;40(9):1800077.
- 81) Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry*. 2004;26(4):289-95.
- 82) Salleh MR. Life event, stress and illness. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*. 2008;15(4):9.
- 83) Schmitz N, Kugler J, Rollnik J. On the relation between neuroticism, self-esteem, and depression: results from the National Comorbidity Survey. *Comprehensive psychiatry*. 2003;44(3):169-76.
- 84) Booth FW, Roberts CK, Thyfault JP, Rueggsegger GN, Toedebusch RG. Role of inactivity in chronic diseases: evolutionary insight and pathophysiological mechanisms. *Physiological reviews*. 2017.
- 85) Deykin EY, Levy JC, Wells V. Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *American Journal of Public Health*. 1987;77(2):178-82.
- 86) Silvernale C, Kuo B, Staller K. Lower socioeconomic status is associated with an increased prevalence of comorbid anxiety and depression among patients with irritable bowel syndrome: Results from a multicenter cohort. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2019;54(9):1070-4.
- 87) McAllister-Williams R, Arango C, Blier P, Demyttenaere K, Falkai P, Gorwood P, et al. The identification, assessment and management of difficult-to-treat depression: an international consensus statement. *Journal of Affective Disorders*. 2020;267:264-82.

- 88) Hoffman L. One hundred years after Sigmund Freud's lectures in America: towards an integration of psychoanalytic theories and techniques within psychiatry. *History of Psychiatry*. 2010;21(4):455-70.
- 89) Pérez-Rincón H. Pierre Janet, Sigmund Freud and Charcot's psychological and psychiatric legacy. *Following Charcot: A forgotten history of neurology and psychiatry*. 29: Karger Publishers; 2011. p. 115-24.
- 90) Wolman BB, Adler A, Jung CG. Individual and Analytic Psychologies. *Contemporary Theories and Systems in Psychology*. 1981:283-315.
- 91) Foto Özdemir D. Psychodynamic Aspects and Clinical Approach to The Concepts of Factitious Disorder/Factitious Disorder Imposed on Another: A Review. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2020;23(4).
- 92) Bibring E. Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1954;2(4):745-70.
- 93) Kernberg OF. An integrated theory of depression. *Neuropsychoanalysis*. 2009;11(1):76-80.
- 94) Blatt SJ, Maroudas C. Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of depression. *Psychoanalytic psychology*. 1992;9(2):157.
- 95) Bogart G. The use of meditation in psychotherapy: A review of the literature. *American Journal of Psychotherapy*. 1991;45(3):383-412.
- 96) Sugarman A. Mentalization, insightfulness, and therapeutic action: The importance of mental organization. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2006;87(4):965-87.
- 97) Goren E. America's love affair with technology: The transformation of sexuality and the self over the 20th century. *Psychoanalytic Psychology*. 2003;20(3):487
- 98) Edwards D, Arntz A. Schema therapy in historical perspective. *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*. 2012:1-26.
- 99) Sullivan HS. Psychiatry: Introduction to the study of interpersonal relations. *Psychiatry*. 2000;63(2):113-26.
- 100) Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology*. 1992;28(5):759.
- 101) Kelly GA. A brief introduction to personal construct theory. *Perspectives in personal construct theory*. 1970;1:29.

- 102) Geller J, Cockell SJ, Hewitt PL, Goldner EM, Flett GL. Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2000;28(1):8-19.
- 103) Pyszczynski T, Greenberg J. Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: a self-awareness theory of reactive depression. *Psychological bulletin*. 1987;102(1):122.
- 104) Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1996;65(1):14-23.
- 105) Coyne JC, Whiffen VE. Issues in personality as diathesis for depression: the case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. *Psychological bulletin*. 1995;118(3):358.
- 106) Heaney CA, Israel BA. Social networks and social support. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 2008;4:189-210.
- 107) Fitzpatrick KK, Darcy A, Vierhile M. Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): a randomized controlled trial. *JMIR mental health*. 2017;4(2):e7785.
- 108) Shirk S, Burwell R, Harter S. Strategies to modify low self-esteem in adolescents. *Cognitive therapy with children and adolescents*. 2003;32(2):189-213.
- 109) van Deurzen E, Craig E, Längle A, Schneider KJ, Tantam D, du Plock S. *The Wiley World Handbook of Existential Therapy*. 2019.
- 110) DeCarvalho RJ. A history of the "third force" in psychology. *Journal of Humanistic psychology*. 1990;30(4):22-44.
- 111) Yalom ID. *Existential psychotherapy*: Hachette UK; 2020.
- 112) Jeffries LL. *Adolescence and meaning in life*: University of Houston; 1995.
- 113) Crumbaugh JC, Maholick LT. An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of clinical psychology*. 1964;20(2):200-7.
- 114) Tedeschi RG, Calhoun LG. "Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*. 2004;15(1):1-18.
- 115) Van Deurzen E, Arnold-Baker C. *Existential perspectives on human issues: A handbook for therapeutic practice*: Bloomsbury Publishing; 2017.

- 116) Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. Making sense of loss: A content analysis of end-of-life practitioners' therapeutic approaches. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2008;57(2):121-41.
- 117) May R, Yalom I. Existential psychotherapy. *Current psychotherapies*. 1989;363-402.
- 118) Greenberg LS, Elliott R, Lietaer G. Research on experiential psychotherapies. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 1994;4:509-39.
- 119) Goldman RN. History and overview of emotion-focused therapy. 2019.
- 120) Greenberg LS. Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Focus*. 2010;8(1):32-42.
- 121) Pos AE, Greenberg LS. Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2007;37:25-31.
- 122) Greenberg LS. Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2004;11(1):3-16.
- 123) Knapp P, Beck AT. Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2008;30:s54-s64.
- 124) Teasdale JD. Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behaviour research and therapy*. 1993;31(4):339-54.
- 125) Arkar H. Beck'in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 1992;5(1-3):37-40.
- 126) Fennell MJ. Cognitive therapy in the treatment of low self-esteem. *Advances in Psychiatric Treatment*. 1998;4(5):296-304.
- 127) Leahy RL. *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*: Guilford Publications; 2017.
- 128) American Psychiatric Association D, Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
- 129) Ormel J, Oldehinkel AJ, Nolen WA, Vollebergh W. Psychosocial disability before, during, and after a major depressive episode: a 3-wave population-based study of state, scar, and trait effects. *Archives of general psychiatry*. 2004;61(4):387-92.
- 130) Penninx BW, Nolen WA, Lamers F, Zitman FG, Smit JH, Spinhoven P, et al. Two-year course of depressive and anxiety disorders: results from the

- Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of affective disorders*. 2011;133(1-2):76-85.
- 131) Spijker J, De Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *The British journal of psychiatry*. 2002;181(3):208-13.
 - 132) Boschloo L, Schoevers RA, Beekman AT, Smit JH, Van Hemert AM, Penninx BW. The four-year course of major depressive disorder: the role of staging and risk factor determination. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2014;83(5):279-88.
 - 133) Kupferberg A, Bicks L, Hasler G. Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2016;69:313-32.
 - 134) Fischer-Kern M, Fonagy P, Kapusta ND, Luyten P, Boss S, Naderer A, et al. Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*. 2013;201(3):202-7.
 - 135) Knight MJ, Baune BT. Social cognitive abilities predict psychosocial dysfunction in major depressive disorder. *Depression and anxiety*. 2019;36(1):54-62.
 - 136) Berecz H, Tényi T, Herold R. Theory of mind in depressive disorders: A review of the literature. *Psychopathology*. 2016;49(3):125-34.
 - 137) Lee L, Harkness KL, Sabbagh MA, Jacobson JA. Mental state decoding abilities in clinical depression. *Journal of affective disorders*. 2005;86(2-3):247-58.
 - 138) Şencan B. Theory of Mind in Major Depressive Disorder. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*. 2019;11(1):42-54.
 - 139) Bora E, Berk M. Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2016;191:49-55.
 - 140) Poletti M, Sonnoli A, Bonuccelli U. Mild depressive symptoms are associated with enhanced affective theory of mind in nonclinical adult women. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 2014;26(2):E63-E4.
 - 141) Jakobsen JC, Gluud C, Kongerslev M, Larsen KA, Sørensen P, Winkel P, et al. 'Third wave' cognitive therapy versus mentalization-based therapy for major depressive disorder. A protocol for a randomised clinical trial. *BMC psychiatry*. 2012;12(1):1-9.

- 142) Hamilton M. A rating scale for depression J Neurol Neurosurg Psychiatry 23: 56–62. View Article. 1960.
- 143) Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. Archives of general psychiatry. 1988;45(8):742-7.
- 144) Akdemir A, ÖRSEL DS, DAĞ İ, TÜRKÇAPAR MH, İŞCAN N, ÖZBAY H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1996;4(4):251-9.
- 145) Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2001;42(2):241-51.
- 146) Yıldırım EA, Kaşar M, Güdük M, Ateş E, Küçükparlak İ, Özalmete EO. Gözlerden zihin okuma testi'nin Türkçe güvenirlik çalışması. Turk Psikiyatri Dergisi. 2011;22(3):177-86.
- 147) Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. Schizophrenia research. 1995;17(1):5-13.
- 148) Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. Journal of the American Geriatrics Society. 2005;53(4):695-9.
- 149) SELEKLER K, CANGÖZ B, ULUÇ S. Montreal bilişsel değerlendirme ölçeği (MOBİD)'nin hafif bilişsel bozukluk ve alzheimer hastalarını ayırt edebilme gücünün incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi. 2010;13(3):166-71.
- 150) Stubbs B, Vancampfort D, Firth J, Solmi M, Siddiqi N, Smith L, et al. Association between depression and smoking: a global perspective from 48 low- and middle-income countries. Journal of psychiatric research. 2018;103:142-9.
- 151) ÇALIŞKAN Ş, Karabacak M, Meçik O. Türkiye’de eğitim-ekonomik büyüme ilişkisi: 1923-2011 (Kantitatif bir yaklaşım). Yönetim Bilimleri Dergisi. 2013;11(21):29-48.
- 152) Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. Annual review of clinical psychology. 2009;5:363-89.

- 153) Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*. 2009;5:363-89.
- 154) Gavin AR, Walton E, Chae DH, Alegria M, Jackson JS, Takeuchi D. The associations between socio-economic status and major depressive disorder among Blacks, Latinos, Asians and non-Hispanic Whites: findings from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Studies. *Psychological medicine*. 2010;40(1):51-61.
- 155) Kim Y-J, Lee S-A. The relationship of lifestyle factors with the prevalence of major depressive disorder by ecological factors. *Psychiatry investigation*. 2021;18(4):340.
- 156) Li X, Wang K, Wang F, Tao Q, Xie Y, Cheng Q. Aging of theory of mind: The influence of educational level and cognitive processing. *International Journal of Psychology*. 2013;48(4):715-27.
- 157) Wolkenstein L, Schönenberg M, Schirm E, Hautzinger M. I can see what you feel, but I can't deal with it: Impaired theory of mind in depression. *Journal of affective disorders*. 2011;132(1-2):104-11.
- 158) Amiri S. Unemployment associated with major depression disorder and depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *International journal of occupational safety and ergonomics*. 2022;28(4):2080-92.
- 159) Jefferis BJ, Nazareth I, Marston L, Moreno-Kustner B, Bellón JÁ, Svab I, et al. Associations between unemployment and major depressive disorder: evidence from an international, prospective study (the predict cohort). *Social science & medicine*. 2011;73(11):1627-34.
- 160) Islam MR, Adnan R. Socio-demographic factors and their correlation with the severity of major depressive disorder: a population based study. *World Journal of Neuroscience*. 2017;7(02):193.
- 161) Gruebner O, Rapp MA, Adli M, Kluge U, Galea S, Heinz A. Cities and mental health. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2017;114(8):121.
- 162) Glaeser EL, Gottlieb JD, Ziv O. Unhappy cities. *Journal of labor economics*. 2016;34(S2):S129-S82.
- 163) Panaite V, Rottenberg J, Bylsma LM. Daily affective dynamics predict depression symptom trajectories among adults with major and minor depression. *Affective Science*. 2020;1:186-98.

- 164) Thom R, Silbersweig DA, Boland RJ. Major depressive disorder in medical illness: a review of assessment, prevalence, and treatment options. *Psychosomatic Medicine*. 2019;81(3):246-55.
- 165) Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General hospital psychiatry*. 2007;29(5):409-16.
- 166) Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *Journal of clinical psychiatry*. 1999;60(2):57-62.
- 167) Wahlund B, von Rosen D. ECT of major depressed patients in relation to biological and clinical variables: a brief overview. *Neuropsychopharmacology*. 2003;28(1):S21-S6.
- 168) Rönnqvist I, Nilsson FK, Nordenskjöld A. Electroconvulsive therapy and the risk of suicide in hospitalized patients with major depressive disorder. *JAMA network open*. 2021;4(7):e2116589-e.
- 169) Poletti M, Sonnoli A, Bonuccelli U. Mild depressive symptoms are associated with enhanced affective theory of mind in nonclinical adult women. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 2014;26(2):E63-E4.
- 170) Inoue Y, Yamada K, Kanba S. Deficit in theory of mind is a risk for relapse of major depression. *Journal of affective disorders*. 2006;95(1-3):125-7.
- 171) Semkovska M, Quinlivan L, O'Grady T, Johnson R, Collins A, O'Connor J, et al. Cognitive function following a major depressive episode: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(10):851-61.
- 172) Wade M, Prime H, Jenkins JM, Yeates KO, Williams T, Lee K. On the relation between theory of mind and executive functioning: A developmental cognitive neuroscience perspective. *Psychonomic bulletin & review*. 2018;25:2119-40.
- 173) Kennedy N, Foy K. The impact of residual symptoms on outcome of major depression. *Current psychiatry reports*. 2005;7(6):441-6.
- 174) Israel JA. The impact of residual symptoms in major depression. *Pharmaceuticals*. 2010;3(8):2426-40.

- 175) Möller H-J. Outcomes in major depressive disorder: the evolving concept of remission and its implications for treatment. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2008;9(2):102-14.
- 176) Karabekiroğlu A, Topçuoğlu V, Gönentür AG, Karabekiroğlu K. İlk epizod major depresyon ve yineleyici major depresyon grupları arasında yönetici işlev farklılıkları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010;21(4):280-8.
- 177) Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, et al. Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *Journal of affective disorders*. 1998;50(2-3):97-108.
- 178) Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders*. 2004;82(2):217-25.
- 179) Serretti A, Chiesa A, Calati R, Linotte S, Sentissi O, Papageorgiou K, et al. Influence of family history of major depression, bipolar disorder, and suicide on clinical features in patients with major depression and bipolar disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2013;263:93-103.
- 180) Adenzato M, Brambilla M, Manenti R, De Lucia L, Trojano L, Garofalo S, et al. Gender differences in cognitive Theory of Mind revealed by transcranial direct current stimulation on medial prefrontal cortex. *Scientific reports*. 2017;7(1):41219.
- 181) Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*. 2002;5(1):8-15.
- 182) Sertöz ÖÖ, HE M. Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004;7(Suppl 2):S63-S9.

EKLER

EK 1. Etik Kurul Onay Formu



TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU



BASVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Açık Adı	Tek Atak ve Birden Fazla Atak Geçirmiş Remisyondaki Depresyon Hastalarının Zihin Kuramı Becerilerinin İncelenmesi				
	Koordinatör / Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi Elmas Beyazyüz / TNKÜ Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları				
	Etik Kurul Toplantı Tarihi	27.04.2021				
	Araştırma Protokol Numarası	2021.127.04.22				
	Araştırmanın Türü	Prospektif ☒	Retrospektif ☐	Diğer: _____		
	Araştırmanın Destekleyicisi	TÜBİTAK ☐	TNKÜ BAP ☐	Araştırmacı ☒	Diğer: _____	
	Araştırmanın Bütçesi	120 ₺				
	Araştırmanın Merkezi	Tek Merkezli ☒	Çok Merkezli ☐			
KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik bilimsel sakınca bulunmadığına , toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.					

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
-----------------------------------	--

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişkili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Ali Rıza KIZILER	Biyofizik	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Savaş GÜZEL	Tıbbi Biyokimya	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Yakup ALBAYRAK	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E ☒	H ☐	E ☐	H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Aysin NALBANTOĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Aliye ÇELİKKOL	Tıbbi Biyokimya	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL	Tıbbi Mikrobiyoloji	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	Biyoistatistik	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ümit ÇETİN	Ortopedi ve Travmatoloji	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Naile Esra SAKA	Adli Tıp	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pınar KARA	İç Hastalıkları	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	İç Hastalıkları Hemşireliği	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Mahluga JAFAROVA DEMİRKAPU	Tıbbi Farmakoloji	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Ayhan ŞAHİN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*: Toplantıda bulunma.

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ali Rıza KIZILER

İmza:

Ek 2. Sosyodemografik Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFIK BİLGİ FORMU

1. Yaş:.....
2. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
3. Medeni Durum: Evli () Bekar () Boşanmış () Dul ()
4. Eğitim süresi:..... Yıl
5. Meslek Durumu: İşsiz () Ev hanımı () Memur/işçi ()
Ticaret () Emekli () Öğrenci ()
6. Yaşadığınız bölge ? İl () İlçe () Köy ()
7. Kim(ler)le yaşıyorsunuz?
Ebeveynleri ile ()
Eş ve çocukları ile ()
Yalnız ()
Kurum ()
8. Sigara kullanımı: Yok () Var ()
9. Alkol/Madde kullanımı: Yok () Var ()
10. Hayatınız boyunca toplam kaç kez depresif atak geçirdiniz?.....
- 11.Şu an kullandığınız psikiyatrik ilaç/ilaçların isimlerini, doz ve kullanım sürelerini belirtiniz:.....
12. Daha önce yatarak psikiyatrik tedavi gördünüz mü? (yanıtınız evet ise yatış sayınızı belirtiniz) (1) Hayır (2) Evet (.....kez)
13. Daha önce Elektrokonzulziv tedavi (EKT) aldınız mı? (yanıtınız evet ise seans sayısını belirtiniz) (1) Hayır (2) Evet (.....seans)
14. Bilinen ek tıbbi hastalığınız var mı (yanıtınız evet ise hastalık isimlerini ve tedaviyi belirtiniz): (1) Hayır (2) Evet
(belirtiniz.....)

Ek 3. Hamilton Depresyon Ölçeği

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

- 0- Yok
- 1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor.
- 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
- 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.
- 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

- 0- Yok
- 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
- 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
- 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
- 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

- 0- Yok
- 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
- 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
- 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
- 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

- 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
- 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
- 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
- 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

- 0- Herhangi bir sorunu yok.

- 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
- 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
- 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
- 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

- 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
- 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
- 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
- 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
- 4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

- 0- Yok
- 1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
- 2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psikik anksiyete

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
- 2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
- 3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- İlmli
- 3- Şiddetli
- 4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

- 0- Yok
- 1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
- 2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

- 0- Yok
- 1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
- 2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

- 0- Yok
- 1- Kuruntulu.
- 2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
- 3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

- A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
 - 0- Kilo kaybı yok.
 - 1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
 - 2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
- B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
 - 0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
 - 1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

- 0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
- 1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru:

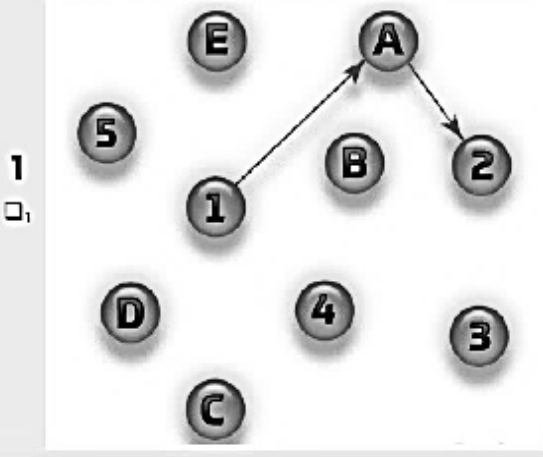
Ek 4. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği

Montreal Bilişsel Değerlendirme Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

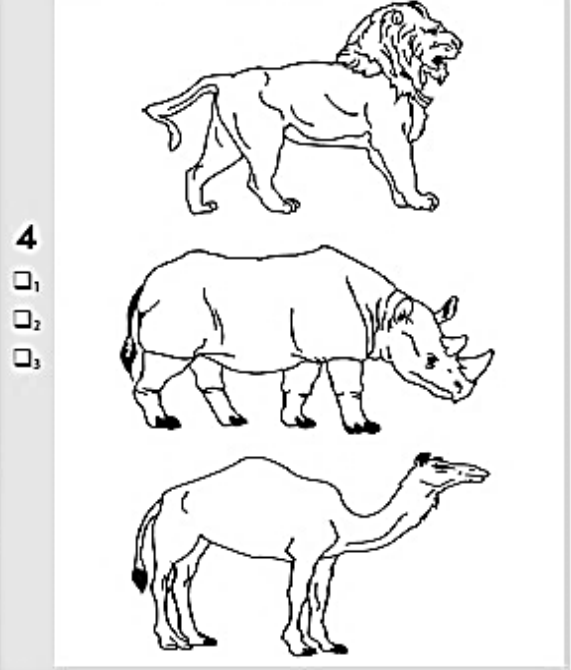
Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Montreal Bilişsel Değerlendirme (MoCA), hafif bilişsel bozukluk için hızlı bir tarama testi olarak geliştirilmiştir. Bu test ile dikkat ve konsantrasyon, yürütücü işlevler, bellek, lisan, görsel yapılandırma becerileri, soyut düşünce, hesaplama ve yönelim olmak üzere 8 farklı bilişsel işlev değerlendirilmektedir. MoCA'nın uygulaması yaklaşık 10 dakika sürer. Testten alınabilecek en yüksek toplam puan 30'dur. Buna göre 21 puan ve üstünde alınan puan normal olarak değerlendirilir.

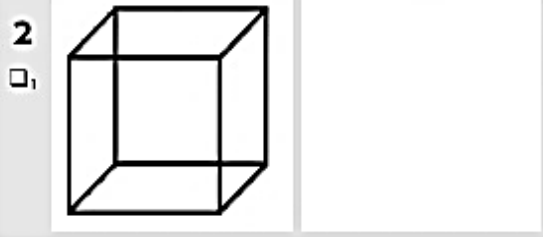
Lütfen '1' den başlayarak bir sayı bir harf sırası ile birbirini izleyen sayı ve harfleri bir çizgi ile birleştirin.



Soldan başlayarak bu hayvanların ismini söyleyin (doğru bilinen her hayvan ismi için 1 puan).



Bu şekli olabildiğince hızlı bir şekilde yandaki boşluğa çizilin (Çizim üç boyutlu olmalı, Tüm çizgiler çizilmiş (tamam) olmalı, fazladan çizgi eklenmemiş olmalı, çizgiler görece paralel ve benzer uzunlukta olmalı; dikdörtgenler prizması kabul edilir.)



Bir saat çizilin. Saatin tüm rakamlarını yazın ve saat 11' i 10 geçeyi göstereyin (çerçeve 1 puan, rakamlar 1 puan, akrep ve yelkovan 1 puan).



Bu bir bellek (hafıza) testidir. Size bir kelime listesi okuyacağım ve bu listedeki kelimeleri şimdi ve daha sonra hatırlamanızı isteyeceğim. Dikkatle dinleyin. Okumayı bitirdiğimde hatırlayabildiğiniz kadar çok kelimeyi bana söyleyin. Kelimeleri hangi sırada söylediğiniz önemli değildir. (Katılımcının söylediği her bir kelime için ilgili kutuya bir işaret (x) koyun.) Size aynı listeyi ikinci kez okuyacağım. Hatırlamaya çalışın ve ilk denemede söylediğiniz kelimeleri de kapsayacak şekilde, bana hatırlayabildiğiniz kadar çok kelime söyleyin. (Katılımcının söylediği her bir kelime için ilgili kutuya ilave bir işaret (x) koyun.)

5

Testin sonunda sizden bu kelimeleri hatırlamanızı isteyeceğim' deyin.

Burun ☐ Kadife ☐ Cami ☐

Papatya ☐ Mor ☐

Montreal Bilişsel Değerlendirme Sayfa-2

6 Size bazı rakamlar söyleyeceğim, ben bitirdikten sonra, söylemiş olduğum rakamları sıra ile tekrar edin

☐ 1 2 1 8 5 4

+

Şimdi başka sayılar söyleyeceğim, ancak bu kez ben bitirdikten sonra sayıları ters sırada tekrar edin

☐ 1 7 4 2

Size bir dizi harf okuyacağım. A harfini her söylediğimde, elinizi masaya vurun. Eğer farklı bir harf söylersem, elinizi masaya vurmayın. (1 hata yapılabilir)

☐ 1 FBACMNAAJKLBFAKDEAAAJAMOF AAB

+

Şimdi sizden ben durun diyene kadar 100'den 7 çıkartarak saymanızı istiyorum. (2-3 doğru yanıt için 2 puan ve 4-5 doğru yanıt için 3 puan; yanlış saydıktan sonra doğru devam etmişse de doğrular toplanır.)

☐ 2 100 93 86 79 72

☐ 3

7 Size bir cümle okuyacağım. Ben cümleyi okuduktan sonra aynen tekrarlayın. Şimdi söyleyin *"Tek bildiğim bugün yardıma ihtiyacı olan kişinin Ahmet olduğudur."* (Yanıtın ardından); Şimdi size bir başka cümle okuyacağım, ben cümleyi okuduktan sonra aynen tekrarlayın.

☐ 1 *"Köpekler odadayken, kedi hep kanepenin altına saklanırdı."*

☐ 2 Tekrar tam ve doğru olmalıdır. İhmal edilerek atlanmış, yerine kullanılmış, eklenmiş kelimelerden kaynaklanan hatalara dikkat edin (Öm., ihmal edilebilecek kelimeler: 'tek', 'hep', yerine geçebilecek kelimeler: 'gizlenirdi', 'gizlenmek' ve eklenen kelimeler: Köpekler odadayken, kedi hep kanepenin altına 'korkuyla' saklanırdı).

8 Sizden bir dakika içinde biraz sonra vereceğim harfle başlayan, olabildiğince çok sayıda kelime söylemenizi istiyorum. Ahmet, İzmir gibi özel isimlerle, rakamlar veya aynı kökten türetilmiş isimler dışında istediğiniz her türlü kelimeyi söyleyebilirsiniz. Bir dakika dolduğunda size dur diyeceğim. Hazır mısınız? Şimdi bana K harfleri ile başlayan olabildiğince çok sayıda kelime söyleyin (60 saniye süre tutulur). Durun'.

☐ 1

60 saniye içinde 11 veya daha fazla sayıda kelime ürettiği ise 1 puan verin. Katılımcının yanıtlarını test formunun altındaki boşluğa kaydedin.

9 Bana portakal ve muz arasındaki benzerliği söyleyin' denir. Eğer katılımcının yanıtı istendiği gibi olmazsa, ek süre vererek, 'Bana bu maddelerin başka bir benzerliğini söyleyin' denir. Eğer katılımcı istenen yanıtı (meyve) vermiyorsa, 'Evet bunların ikisi de meyve' deyin. Daha fazla açıklama yapmayın.

☐ 1 Her madde çiftine verilen doğru yanıt: 1 puan

☐ 2

Tren	Bisiklet	ulaşım aracı, seyahat edilir, her ikisine de binilip gezilir benzeri (tekerlekleri var yanlış)
Saat	Cetvel	ölçü araçları, ölçmek için benzeri (sayılar var yanlış)

10 Gecikmeli hatırlama; Size daha önce bazı kelimeler okumuştum. Sizden o kelimeleri hatırlamanızı ve söylemenizi istiyorum. Hatırlayabildiğiniz kelimeleri söyleyin'. (Hiçbir ipucu olmaksızın spontan olarak doğru hatırlanmış her bir kelime için ilgili bölüme işaret konur.)

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

Burun ☐ 1	Kadife ☐ 1	Cami ☐ 1
Papatya ☐ 1	Mor ☐ 1	

Seçmeli; Size daha önce bazı kelimeler okumuştum. Sizden o kelimeleri hatırlamanızı ve söylemenizi istiyorum. Hatırlayabildiğiniz kelimeleri söyleyin'. (Hiçbir ipucu olmaksızın spontan olarak doğru hatırlanmış her bir kelime için ilgili bölüme işaret konur.)

BURUN ipucu: vücut bölümü	KADIFE ipucu: kumaş türü
CAMI ipucu: bina türü	PAPATYA ipucu: çiçek türü
MOR ipucu: bir renk	

İpuçlarına rağmen hala hatırlamıyorsa, izleyen yönerge verilir. 'Biraz sonra sayacağım kelimelerden hangisi daha önce sunulmuştu hatırlıyor musunuz? burun-yüz-el | ipek-pamuklu-kadife | cami-okul-hastane | gül-papatya-lale | mor-mavi-yeşil

İpucu yardımıyla hatırlanan kelimelere puan verilmez. İpuçları sadece klinik olarak bilgi edinmek ve klinisyene bellek bozukluğunun türü hakkında ek bilgi sağlamak amacıyla kullanılır. Katılımcı ipucuyla hatırlayabiliyorsa, geri getirmeye bağlı, ipucuna rağmen hatırlamıyorsa, kodlamaya bağlı bir bellek bozukluğu düşünülür.

11 Bana bugünün tarihini söyleyin. Eğer katılımcı tam bir yanıt veremezse, ek olarak 'Bana (gün, ay, yıl ve haftanın hangi günü) söyleyin' denir. Ardından, 'Şimdi bana bulunduğumuz yerin ve bulunduğumuz şehrin adını söyleyin'. (Doğru her bir yanıt için 1 puan verin. Katılımcı tarih ve yer net ve açık (hastanenin, kliniğin, ofisin, kurumun adı) olarak söylemelidir. Katılımcı tarihin herhangi bir biriminde hata yaparsa puan vermemiz.)

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

Gün ☐ 1	Ay ☐ 1	Yıl ☐ 1
Günlerden ne ☐ 1	Buranın adı ☐ 1	Şehrin adı ☐ 1

Nasreddine ZS, Phillips NA (2005) J Am Geriatr Soc. 2005 Apr;53(4):695-9

Toplam Puan (0-30): _____ (>21 normal)

EK 5. Gözlerden Zihin Okuma Testi

kıskanç

paniklemiş



kibirli

nefret dolu

EK 6. İmayı Anlama Testi

İMAYI ANLAMA TESTİ

Size içlerinde iki kişinin yer aldığı, toplam on kısa öykü okuyacağım. Her bir öykü, kişilerden birinin diğerine söylediği bir sözle bitiyor. Öyküleri okumayı bitirdiğimde, size öyküdeki karakterin ne söylediğiyle ilgili sorular soracağım.

Birinci Öykü

Cemil Başak'ın ofisine uzun ve sıcak bir araba yolculuğu sonrasında varıyor. Başak hiç vakit kaybetmeden hemen iş hakkında konuşmaya başlıyor. Cemil Başak'ın sözünü yarıda keserek diyor ki:

"Aman diyeyim Başak! Gerçekten çok sıcak ve uzun bir yolculuktu."

1.Cemil bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

.....

- Cemil sözüne şöyle devam ediyor: "Susadım"

2. Cemil Başak'ın ne yapmasını istiyor?

.....

İkinci Öykü

Canan duş almak için banyoya girer. Aylin ise az önce banyo yapmıştır. Canan banyonun kirli olduğunu fark ettiğinde Aylin'e seslenir ve der ki: "Aylin temizlik malzemelerini bulamadın mı?"

1.Canan bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

.....

2. Canan Aylin'in ne yapmasını istiyor?

.....

Üçüncü Öykü

Mert, annesiyle süpermarkete gidiyor. Şekerleme reyonuna geldiklerinde Mert annesine döner ve şunu söyler: "Bak, bu şekerler çok güzel görünüyor."

1.Mert bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

.....

- Mert sözüne devam ediyor: "Anne ben açım."

2.Mert annesinin ne yapmasını istiyor?

.....

Dördüncü Öykü

Onur'un bir iş görüşmesine gitmesi gerek ve geç kalmak üzere. Ayakkabılarını temizlerken, eşi Tuğçe'ye şöyle sesleniyor: "Bu mavi gömleği giymek istiyorum ama bu çok kırışik durumda."

1. Onur bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

.....

- Onur sözüne devam ediyor: "Gömlek, ütülenecek giysilerin sepetinde."

2. Onur Tuğçe'nin ne yapmasını istiyor?

.....

Beşinci Öykü

Nesibe'nin hiç parası yok ama bu gece dışarı çıkmak istiyor. Nesibe Oğuzhan'ın yeni maaş aldığını biliyor ve ona diyor ki: "Hiç param yok. Bugünlerde her şey çok pahalı."

1. Nesibe bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

.....

2. Nesibe Oğuzhan'ın ne yapmasını istiyor?

.....

Altıncı Öykü

Ali bir iş projesini yürütmek istiyor ama patronu Gökhan bu iş projesinin yapılmasını başka birinden istemiş. Ali patronuna diyor ki: "Ne yazık. Bu aralar hiç de meşgul değilim."

1.Ali bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

.....

- Ali sözüne devam ediyor: "Bu proje tam bana göre."

2.Ali Gökhan'ın ne yapmasını istiyor?

.....

Yedinci Öykü

Dilan'nın doğum günü yaklaştı. Dilan babasına dönerek şöyle söyler: "Baba, hayvanları çok seviyorum, özellikle de köpekleri."

1.Dilan bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

.....

- Dilan sözüne devam ediyor: "Doğum günümde Petshoplar (hayvan dükkânı) açık olacak mı baba?"

2.Dilan babasının ne yapmasını istiyor?

.....

Sekizinci Öykü

Çiğdem ve Ozan bir hafta önce yeni evlerine taşındılar. Çiğdem bazı dekoratif süs eşyalarını paketlediği kolilerden çıkartıyordu. Çiğdem Ozan'a dönerek şöyle dedi: "Ozan, birlikte satın aldığımız rafları paketlerinden çıkardın mı?"

1.Çiğdem bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

.....

- Çiğdem sözüne devam ediyor: "Peki. Bir şeyin yapılmış olmasını istiyorsan, demek ki onu kendin yapacaktıydın."

2.Çiğdem Ozan'ın ne yapmasını istiyor?

.....

Dokuzuncu Öykü

Bahar ve Elif bir oyuncak tren setiyle oynuyorlar. Bahar'ın mavi treni, Elif'in kırmızı treni var. Bahar (kendi trenini kastederek) Elif'e diyor ki: "Ben bu treni sevmedim."

1.Bahar bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

.....

Bahar sözüne devam ediyor: "Kırmızı benim favori rengimdir."

2.Bahar Elif'in ne yapmasını istiyor?

.....

Onuncu Öykü

Hazal üç ağır bavulla trenden indi. Yusuf hemen onun arkasında bulunmakta. Hazal Yusuf'a diyor ki: "Of, bu valizler de tam bir baş belası."

1.Hazal bunu söylerken gerçekte ne demek istiyor?

.....

Hazal sözüne devam ediyor: "Bu üç valizle birden baş edebilir miyim bilmiyorum."

2.Hazal Yusuf'un ne yapmasını istiyor?

.....

İMAYI ANLAMA TESTİ PUANLAMASI

	SKOR
1.Hikaye	
2.Hikaye	
3.Hikaye	
4.Hikaye	
5.Hikaye	
6.Hikaye	
7.Hikaye	
8.Hikaye	
9.Hikaye	
10.Hikaye	
	Toplam: /20