



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**UNİPOLAR VE BİPOLAR DEPRESYON TANILI
HASTALARIN ÜSTBİLİŞSEL SÜREÇLER VE BAŞA ÇIKMA
BİÇİMLERİ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Cana CANBAY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2018



**T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ**

**UNİPOLAR VE BİPOLAR DEPRESYON TANILI
HASTALARIN STBİLİşSEL SÜREÇLER VE BAşA ÇIKMA
BİÇİMLERİ İLİşKİSİNİN ARAşTIRILMASI**

Dr. Cana CANBAY

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Özge şAHMELİKOğLU ONUR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2018

I. TEŞEKKÜR

Sağladığı çalışma ortamı nedeniyle hastanemiz başhekimliğine,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, ilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, asistanı olarak bitirmekten onur duyduğum değerli klinik şefim Prof. Dr. Nazan AYDIN' a,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım eğitim sorumlularım Prof. Dr. Ayşe Fulya MANER, Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Ekrem Cüneyt EVREN, Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Gül KARAÇETİN, Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ' a,

Tezimin her aşamasında bana yol gösteren ve sınırsız destek veren Uz. Dr. Özge ŞAHMELİKOĞLU ONUR' a,

15. Psikiyatri kliniğinde birlikte çalışma şansı bulduğum servis uzmanlarım Doç. Dr. Pınar ÇETİNAY AYDIN, Uz. Dr. Gökşen YÜKSEL YALÇIN, Uz. Dr. Nalan ÖZTÜRK, Uz. Dr. Buket GÜNGÖR, Uz. Dr. Ayça ÖNGEL ATAR' a, birlikte keyifle çalıştığım tüm asistan doktor arkadaşlarıma, tüm servis hemşireleri, sekreter ve sağlık memurlarına, 4. Psikiyatri kliniğinde çalışan servis hemşireleri ve sağlık memurlarına, psikiyatri acil servis hemşirelerine, hastanemiz güvenlik memurlarına ve çalışma hayatım boyunca bana çok şey katan hastalarım,

Beni özveriyle yetiştiren ve her daim yanımda olan, başarımın asıl mimarları değerli annem Semra CANBAY ve değerli babam Güray CANBAY'a, hayatımda doldurulamaz, eşsiz yerleri olan biricik ablam Esra CANBAY ve biricik kardeşim Gürcan CANBAY'a,

Sevgi ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim, önümüzdeki aylar içinde hayat yolunda beraber yürümeye hazırlandığım sevgili eşim Orçun ESKİYÖRÜK'e,

Çok teşekkür ederim...

Dr. Cana CANBAY

İstanbul, 2018

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. TEŞEKKÜR	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. ÖZET	iv
IV. ABSTRACT	v
V. KISALTMALAR	vi
VI. TABLO LİSTESİ.....	vii
VII. ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Epidemiyoloji	3
2.1.3. Etyoloji	3
2.1.4. Tedavi	5
2.2. BİPOLAR BOZUKLUK.....	6
2.2.1. Tanım	6
2.2.2. Epidemiyoloji	7
2.2.3. Tedavi	8
2.3. MDB VE BDB ARASINDAKİ FARKLILIKLAR.....	10
2.4. ÜSTBİLİŞSEL KURAM	12
2.5. RUMİNASYON	13
2.6. ÜSTBİLİŞLER VE MDB-BB	15
2.7. DUYGUSAL ŞEMA	15
2.8. DUYGUSAL ŞEMALAR VE MDB-BB	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. ÇALIŞMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM	17
3.2. ARAŞTIRMAYA ALINMA KRİTERLERİ	17
3.3. VERİ TOPLAMA VE DEĞERLENDİRME GEREÇLERİ.....	18
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu:.....	18
3.3.2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ):	18

3.3.3.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):	19
3.3.4.Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ):	19
3.3.5.Üstbiliş-30 Ölçeği (ÜBÖ-30):.....	19
3.3.6.Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ):.....	20
3.3.7.Young-Rygh Kaçınma Ölçeği (YRKÖ):	20
3.3.8.Leahy Duygusal Şema Ölçeği (LDŞÖ):	20
3.4. İŞLEM.....	21
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	22
4. BULGULAR	23
4.1. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLERLE İLİŞKİLİ BULGULAR	23
4.2. KLİNİK SEYİR BİLGİLERİYLE İLİŞKİLİ BULGULAR	25
4.3. DEPRESYON VE ANKSİYETE ŞİDDETİYLE İLİŞKİLİ BULGULAR.....	28
4.4. RUMİNASYON VE KAÇINMA TUTUMLARIYLA İLİŞKİLİ BULGULAR.....	31
4.5. DUYGUSAL ŞEMALARLA İLİŞKİLİ BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	35
5.1. Sosyodemografik Bulgular Üzerine Değerlendirmeler	35
5.2. Üstbilişsel Tutumlar ile İlgili Değerlendirmeler	37
5.3. Ruminatif Yanıt Biçimine Dair Değerlendirmeler	38
5.4. Kaçınma Tutumlarına Dair Değerlendirmeler	39
5.5. Duygusal Şemalar ile İlgili Değerlendirmeler.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
7. KAYNAKLAR.....	45
8. ÖZGEÇMİŞ	55
9. EKLER.....	57
EK 1 - TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU ONAYI	57
EK 2 - BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	58
EK 3 - KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	59
EK 4 - SOSYODEMOGRAFİK VERİLER.....	60
EK 5 - YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ.....	62
EK 6 - HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ:	65
EK 7 - HAMİLTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ.....	70
EK 8 - ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ.....	72
EK 9 - RUMİNATİF DÜŞÜNME BİÇİMİ ÖLÇEĞİ.....	75
EK 10 - YOUNG RYGH KAÇINMA ÖLÇEĞİ	77
EK 11 - LEAHY DUYGUSAL ŞEMA ÖLÇEĞİ.....	80

III. ÖZET

UNİPOLAR VE BİPOLAR DEPRESYON TANILI HASTALARIN ÜSTBİLİŞSEL SÜREÇLER VE BAŞA ÇIKMA BİÇİMLERİ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Cana CANBAY

Amaç: Araştırmamızın amacı bilişsel ve duygusal baş etme biçimleri, ruminasyon ve duygusal şemalar gibi üstbilişsel süreçlerin Major depresif bozukluk (MDB) ve bipolar bozukluk tip-I (BB tip-I) hastaları arasındaki ilişkisini ortaya koymak ve sonuçların her bir hastalık için etkili olabilecek psikoterapötik hedeflerin belirlenmesi konusunda literatüre katkı sunabilmektir.

Yöntem: Araştırmamıza dahil edilme ve dışlanma ölçütlerine uyan DSM 5 ölçütlerine göre tanı alan 70 MDB, 66 BB tip-I tanılı hastalar ve 70 kontrol grubu alınmıştır. Her üç gruptaki katılımcıların yaş ve cinsiyet dağılımı benzerdi. Çalışmanın gereksinimleri hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmak konusunda gönüllü olan katılımcılara SCID-I, sosyodemografik veri formu, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, Üstbiliş-30 Ölçeği, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği, Young-Rygh Kaçınma Ölçeği ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği doldurulmuştur.

Bulgular: MDB ve bipolar depresif bozukluk (BDB) grubunda Üstbiliş-30 Ölçeği'nin olumlu inançlar dışındaki diğer alt ölçek skorları ve Üstbiliş-30 Ölçeği toplam skoru istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekle beraber kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur. MDB ve BDB grubunda Ruminatif Düşünce Biçimi skoru istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiş olup kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur. MDB ve BDB grubunda Young-Rygh Kaçınma Ölçeği toplam skoru, bilişsel/duygusal kaçınma ve davranışsal/somatik kaçınma skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekle beraber kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur. MDB ve BDB grubunda Leahy Duygusal Şema Ölçeği'ndeki alt ölçek skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Her iki grupta kontrol edilemezlik, zayıflık, anlaşılabilirlik, rasyonellik, ruminasyon, farklılık, duyguları inkar, onaylanma, duyguları zararlı görme ve suçluluk skorları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek saptanmıştır.

Sonuç: Bulgularımız depresyonun duygusal şema teorisi ile uyumlu olmasıyla beraber özellikle metakognitif terapi yaklaşımının MDB dışında BDB için de klinikte kullanılabilir olduğuna işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Major Depresif Bozukluk, Bipolar Depresif Bozukluk, Üstbilişler, Duygusal Şemalar

İletişim Adresi: mdrcana@hotmail.com

IV. ABSTRACT

INVESTIGATION OF EMOTIONAL SCHEMAS, METACOGNITIVE PROCESSES AND COPING STRATEGIES RELATIONSHIPS BETWEEN UNIPOLAR AND BIPOLAR DEPRESSION

Dr. Cana CANBAY

Objective: The goal of our research is to establish the relationship between major depressive disorder (MDD) and bipolar disorder type-I (BD type-I) patients with metacognitive processes such as cognitive and emotional coping styles, rumination and emotional schemas and contribute to the literature on the determination of the psychotherapeutic goals that may be effective for each disease.

Method: 70 MDD, 66 BD type-I patients diagnosed according to DSM 5 criteria and 70 control group were included in the study. The age and gender distribution of participants in all three groups were similar. After being informed about the needs of the study, the participants who volunteered to participate in the study filled SCID-I, sociodemographic data form, Young Mania Rating Scale, Hamilton Depression Scale, Hamilton Anxiety Scale, Metacognitive-30 Scale, Ruminative Thinking Style Scale, Young-Rygh Avoidance Scale and Leahy Emotional Schema Scale.

Results: In the MDD and bipolar depressive disorder (BDD) groups, other subscale scores except the positive beliefs of Metacognitive-30 Scale and Metacognitive Scale total scores didn't show statistically significant difference but were found higher than the control group. The Ruminative Thinking Style Scale score didn't show any statistically significant difference in the MDD and BDD groups and was higher than the control group. Young-Rygh Avoidance Scale total score, cognitive / emotional avoidance and behavioral / somatic avoidance scores in the MDD and BDD groups weren't statistically different but higher than the control group. There were no statistically significant differences in the subscale scores of the Leahy Emotional Schema Scale in the MDD and BDD groups. In both groups, uncontrollability, weakness, comprehensibility, rationality, rumination, difference, denial of emotions, validation, feelings of guilt and criminality scores were statistically significant and higher than the control group.

Conclusion: Our findings indicate that depression is compatible with the emotional schema theory, and that the metacognitive therapy approach can be used clinically for BDD except the MDD.

Key Words: Major Depressive Disorder, Bipolar Depressive Disorder, Metacognitions, Emotional Schemas

Contact Address: mdrcana@hotmail.com

V. KISALTMALAR

MDB	: Major Depresif Bozukluk
BB	: Bipolar Bozukluk
BDB	: Bipolar Depresif Bozukluk
HDDÖ	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HADÖ	: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Skoru
YMDÖ	: Young Mani Derecelendirme Ölçeği
ÜBO-30	: Üstbiliş-30 Ölçeği
RDBÖ	: Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği
LDŞÖ	: Leahy Duygusal Şema Ölçeği
YRKÖ	: Young-Rygh Kaçınma Ölçeği
SCID-1	: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
DSM 5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı
BDS	: Bilişsel Dikkat Sendromu
n	: Denek sayısı
p	: Anlamlılık
r	: Bağlantı katsayısı
ss	: Standart sapma
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
KİSRT	: Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Ritim Terapisi
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi
SSGİ	: Seçici serotonin geri alım inhibitörleri
TMS	: Transkraniyal Manyetik Uyarım
OFK	: Olanzapin-Fluoksetin kombinasyonu
FDA	: Food and Drug Administration
DLPFK	: Dorsolateral prefrontal korteks
VPFK	: Ventral prefrontal korteks

VI. TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: Olgu ve kontrol grubun sosyodemografik verilerinin dağılımı	24
Tablo 2: Olgu grubunun klinik seyir verilerinin karşılaştırılması-1	25
Tablo 3: Olgu ve kontrol grubun soygeçmiş özelliklerinin karşılaştırılması	25
Tablo 4: Olgu ve kontrol grubunun geçmiş diğer psikiyatrik hastalık oranlarının karşılaştırılması	26
Tablo 5: Olgu grubunun ilk epizod özelliklerinin karşılaştırılması-1	26
Tablo 6: Olgu grubunun ilk epizod özelliklerinin karşılaştırılması-2	27
Tablo 7: Olgu grubunun ilk epizod düzelme oranlarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 8: Olgu grubunun klinik seyir verilerinin karşılaştırılması-2	28
Tablo 9: Olgu ve kontrol grubun Young Mani, Hamilton Depresyon ve Hamilton Anksiyete Ölçek skorlarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 10: Olgu ve kontrol grubun Üstbiliş-30 Ölçek sonuçlarının karşılaştırılması.....	30
Tablo 11: Olgu ve kontrol grubun Ruminatif Düşünce Biçimi ve Young-Rygh Kaçınma Ölçek sonuçlarının karşılaştırılması	31
Tablo 12: Olgu ve kontrol grubun Leahy Duygusal Şema Ölçek sonuçlarının karşılaştırılması	33

VII. ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Olgu ve kontrol grubun Hamilton Depresyon ve Hamilton Anksiyete Ölçek skorlarının karşılaştırılması	29
Şekil 2: Olgu ve kontrol grubun Üstbiliş-30 Ölçek sonuçlarının karşılaştırılması	30
Şekil 3: Olgu ve kontrol grubun Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçek sonuçlarının karşılaştırılması	32
Şekil 4: Olgu ve kontrol grubun Young-Rygh Kaçınma Ölçek sonuçlarının karşılaştırılması	32
Şekil 5: Olgu ve kontrol grubun Leahy Duygusal Şema Ölçek sonuçlarının karşılaştırılması	34

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar depresif bozukluğun (BDB) başta major depresif bozukluk (MDB) olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklar ile görülen semptomatik çakışmasından ve hastaların bipolar bozukluğu (BB) tanımlayan hipomani ve mani belirtilerini az bildirme, hekimlerin de az sorma eğiliminden dolayı BB'un fark edilmesi güç olabilir. Ghaemi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastaların ilk ruh sağlığı birimine başvuruları ile BB tanısı koyulması arasında geçen süre ortalama 7,5 yıl olarak saptanmıştır (1). Bir diğer çalışmada ise bu sürenin 8-12 yıl olduğu, en sık koyulan yanlış tanının da MDB olduğu saptanmıştır (2).

BB'un seyrinde hastaların yaşamları süresince içine girdikleri tüm hastalık dönemlerinin önemli bir oranını depresif dönemler oluşturmaktadır (3-6). Psikiyatri kliniğine sevk edilerek BB tanısı konulmuş 48 ardışık hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların % 40'ının daha önce tanı konulmamış BB olduğu ve hepsinin daha önce MDB tanısı aldığı belirlenmiştir (1). Benzer olarak kapsamlı psikiyatrik değerlendirme ile başlangıçta MDB tanısı alan 559 hasta ile yapılan 11 yıllık prospektif bir çalışmada, hastaların % 12.5'i izleme sırasında BB tanısı almıştır (7).

BB'un depresif epizodunun MDB'tan farklı özelliklerinin gösterilebilmesi; ilk epizodu depresyon olan ve kuşkulu hipomani veya mani öyküsü olan hastalar için önemli klinik yararlar sağlayacaktır (8). BDB'un tanınması, MDB'tan ayırt edilmesi, uygun tedavinin yapılmasını sağlayacak, hastalığa bağlı yeti yitimini, tedaviye direnci ve intihar girişimlerini önemli ölçüde azaltacaktır (7).

Üstbiliş sistemi, insanın bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında büyük rol oynar. Geleneksel bilişsel kuram ve terapi, psikolojik rahatsızlıklara olayların kendisinin değil, yorumlanma biçimlerinin neden olduğunu ileri sürerken; üstbilişsel yaklaşım insanların düşünme biçimleriyle ilgilenir ve sorunu olumsuz düşünce, duygu ve inançlarına verdikleri tepkilere, düşünme süreçlerinin esnek olmayışı ve tekrarlayıcı nitelikte olmasına bağlar. Bu sistemde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde önemli bir faktör olacağı düşünülmektedir (9).

Leahy tarafından Wells ve arkadaşlarının üstbilişsel işleme modelinin üzerine geliştirilmiş ve bir duyguya yanıt olarak kullanılan planlar, yaklaşımlar ve stratejiler “duygusal şema” terimiyle tanımlanmıştır (10). Leahy’nin duygusal şema modelinde, hoşnutsuzluk verici bir duygu yaşandığında, ortaya çıkan bir dizi yorumlama süreci ve stratejisi tanımlanır. Modele göre; bir duygu belirttiğinde ilk basamak, duyguya yönelik dikkatin ortaya çıkmasından oluşurken, ikinci basamak ise duyguyla ilişkili duygusal ve bilişsel kaçınmayı/kabulü içermektedir (11,12). Bilişsel modele bağlı bazı araştırmalar bireylerin yaşıntıladıkları duygularla ilgili algılama, anlamlandırma ve yorumlama tarzlarının psikopatolojinin ortaya çıkmasında bilişler kadar etkili olduğunu öne sürmektedir (13).

BDB ve MDB tedavisinde ortak kullanılan ajanlar olduğu gibi tedavinin farklılaştığı durumlar da söz konusudur. Depresif hastalarda farklı psikoterapi tekniklerini (bilişsel davranışçı terapiler, kişilerarası psikoterapi ve kısa psikodinamik psikoterapiler) kullanan çalışmalar, sağaltılan hastalarda prefrontal korteks, singulat korteksin değişik bölümleri ve hipokampusta işlev değişikliği bildirmektedir. Randomize kontrollü çalışmalar BB tedavisinde farmakoterapinin etkinliğinin bilişsel davranışçı terapiler, kişilerarası ilişkiler ve sosyal ritim terapisi (KİSRT), grup ve aile psikoeğitimi ile arttırılabileceğini göstermiştir (14). KİSRT de BB’ta nüks oranlarını azalttığı bildirilen psikoterapi tekniklerinden birisidir (15).

Literatür incelendiğinde MDB ve BB ile ayrı ayrı üstbilişsel süreçler ve başa çıkma biçimleri ilişkisi üzerine yapılmış çalışmalar bulunsa da her iki bozukluğun üstbilişsel süreçler ve başa çıkma biçimleri ilişkisini birlikte araştıran kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. MDB ve BDB’un üstbilişsel süreçler ve başa çıkma biçimleri ile olan ilişkisinin bütüncül ele alınması, bu bozuklukların ayırıcı tanı ve tedavileri açısından önemli olabilir. Araştırmamızın amacı psikopatolojiyi öngördüğü gösterilmiş olan; endişe, bilişsel ve duygusal baş etme biçimleri, ruminasyon, üstbilişsel inançlar ve duygusal şemalar gibi üstbilişsel süreçlerin MDB ve BB-Tip I tanımlı hastalar arasındaki ilişkisini ortaya koymak ve sonuçların her bir hastalık için etkili olabilecek psikoterapötik hedeflerin belirlenmesi konusunda literatüre katkı sunabilmektir. Bu araştırmadaki hipotezimiz MDB ve BDB’un sağlıklı kontrollere göre üstbiliş puanlarının daha yüksek olabileceği, MDB ve BDB’un üstbilişsel süreçleri, duygusal şema alt boyutları ve başa çıkma şekilleri açısından farklılıkların olacağıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK

2.1.1. Tanım

Olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan eskisi gibi zevk alamama ve bunlara karşı ilginin kaybolması, yoğun mutsuzluk, karamsarlık, suçluluk duyguları ile görülen; düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, konsantrasyon bozukluğu, enerji azlığı, uyku sorunları ve olası intihar düşünceleri ile karakterize bir sendromdur (16-19).

2.1.2. Epidemiyoloji

Türkiye ruh sağlığı profili çalışmasında 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda % 5.4, erkeklerde % 2.3, tüm nüfusta % 4 olarak bulunmuştur (20). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan geniş çaplı bir ulusal çalışmada MDB'ta 12 aylık yaygınlık % 6.6, yaşam boyu yaygınlık %16.2 olarak bildirilmiştir. Yaşam boyu hastalanma riski erkekler için % 8-12, kadınlar için % 20-26 olarak bulunmuştur (21). MDB her yaşta görülebilmesinin yanısıra özellikle orta yaşlar olan 25-44 yaşları arasında daha sık izlenen bir rahatsızlıktır (22). Kadınlarda depresif dönemlerin süresi daha uzundur (23). Yineleme riskinin yüksek olduğu ve en fazla yineleme riskinin depresif dönemden sonraki ilk yılda olduğu bilinmektedir (24).

2.1.3. Etyoloji

Depresyon bozukluklarının oluşunda rol oynayan etkenler genetik, biyolojik ve psikososyal etkenler olarak gruplandırılabilir.

MDB tanılı hastaların birinci derece akrabalarında hastalanma riski genel nüfusa göre 2-3 kat yüksek bulunmuştur (25). Evlat edinme, ikiz ve aile çalışmalarında depresyonun ailesel geçiş gösterdiği belirlenmiştir (19). Depresyonda kalıtımla geçiş oranının, ikiz çalışmalarına dayanarak %31-42 arasında olduğu,

yineleyici ve erken başlangıçlı depresyonda kalıtımın etkisinin daha fazla olduğu düşünülmektedir (26) Depresyonun patofizyolojisinde rol oynadığı düşünülen aday genlerle ilgili çalışmalar yapılmış, ancak bozukluğa neden olan kesin bir gen bölgesi belirlenememiştir (27). Yapılan çalışmalarda, depresyonun gen çevre etkileşimine dayanan ve çok genli karmaşık bir patofizyolojisinin olduğu, genetik yüklülüğü olan bireylerde belli çevresel risklere maruziyet sonrasında depresyon geçirme olasılıklarının arttığı bulunmuştur (28-30).

Depresyon gelişiminde özellikle serotonerjik, noradrenerjik ve dopaminerjik sistemler başta olmak üzere beyindeki çeşitli nörotransmitterlerle ilgili işlevsel bozuklukların sorumlu olduğu düşünülmektedir (19). Araştırmalar sonucunda geliştirilen monoamin reseptör hipotezine göre, nörotransmitter eksikliği, stres ya da kalıtsal reseptör anormallikleri nedeniyle postsinaptik reseptörlerde up-regülasyon oluşmakta, bu up-regülasyon veya diğer reseptör fonksiyon bozuklukları depresyonun sebebi olarak tanımlanmaktadır. Reseptörlerdeki patoloji, reseptörlerin kendisinden, monoamin nörotransmitter defektinden veya sinyal transdüksiyonu ile ilgili sorunlardan gelişebilmektedir (31).

Depresyonda serotonerjik işlevlerin yetersizliğinden ve özellikle limbik alanda serotonin azalmasından bahsedilmekle beraber reseptör sayısı ve duyarlılığındaki değişikliklerin önemi üzerinde de durulmaktadır (32-34). Depresyon oluşumunda beyinde yetersiz noradrenalin yapımı, sinaptik aralığa noradrenalin salınımının azalması ya da serotonerjik nöronlarda da bulunan presinaptik beta-2 reseptörler aracılığı ile serotonin salınımının dolaylı yoldan etkilenmesi gibi görüşler öne sürülmekle beraber alfa-1 adrenerjik postsinaptik reseptörlerin sayı ve duyarlılığındaki azalma ve inhibitör etkili alfa-2 adrenerjik presinaptik reseptörlerde artış olduğu saptanmıştır. İnhibitör alfa-2 adrenerjik reseptörlerin noradrenalin salınımını azalttığı, serotonerjik nöronlarda da yerleşmiş olması ve serotonin salınımını kontrol ettiklerinden up-regülasyon nedeniyle benzer şekilde serotonerjik sinir uçlarından serotonin salınımını da azalttıkları gözlenmiştir (35). Depresyonda dopamin aktivitesinin azaldığı bildirilmektedir. Depresyonla ilişkili bilişsel, motor ve zevk almayla ilgili bazı bozuklukların mezolimbik ve mezokortikal dopamin yollarındaki işlev bozukluğu sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir (31).

Depresyonda bazı hastalarda hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen aktivitesinde artma belirtilmiştir (36). Bu hastaların çoğunda plazma kortizol konsantrasyonu, metabolitleri ve 24 saatlik idrar serbest kortizol seviyelerinde artma ve kortizol salgılanmasındaki sirkadiyen ritimde bozulma ortaya çıkmıştır. Tedavi sonrası depresyonun düzelmesiyle birlikte plazma kortizol konsantrasyonu normal düzeylere döndüğü gözlemlenmiştir (37). Tiroid bezi hastalıklarında klinik tablo genellikle major depresyona benzer. Hipotalamus-hipofiz-tiroid eksenine ilişkin olarak depresyondaki en önemli bulgu tirotropin salgılatan hormona tiroid stimulan hormon yanıtının azalması ve serum tiroksin (T4) düzeyinin yükselmesidir.

Araştırmalarda depresyon risk etkenleri ailesel genetik özellikler, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, düşük eğitim düzeyi, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi ve yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar olarak bildirilmektedir (38,39). Yapılan çalışmalarda çocukluğun erken dönemlerinde maruz kalınan stresin beyin biyokimyasını bozduğu, beyin biyolojisinde uzun süreli değişikliklere yol açtığı ve bireyin sonraki yaşamında bir stresör olmasa da depresyon için daha yüksek risk taşıyabildiği düşünülmektedir (32). Yaşam olaylarından özellikle erken yaşta ebeveyn kaybı, daha sonra depresyon gelişmesinin en önemli öngörücüsüdür (40). Yine çalışmalar; nevrozik, histrionik, pasif ve bağımlı, çekingen, obsesif kompulsif, borderline kişilik özelliklerine sahip bireylerde depresyonun daha çok geliştiğini göstermektedir (19,41).

2.1.4. Tedavi

MDB tedavisinde antidepresanlar, psikoterapi, elektrokonvülsif tedavi (EKT) ve diğer somatik tedaviler olmak üzere çeşitli tedavi yaklaşımları etkili bulunmuştur (42).

Hafif şiddetteki depresyonda psikososyal tedavi yöntemleri yeterli olabilir (43). Orta ve ağır düzeydeki depresyonda ise eğer EKT planlanmıyor ise ilk seçenek antidepresan ilaçlardır (25). Trisiklik antidepresanlar ve monoaminoksidaz enzim inhibitörlerinin yerini günümüzde artık seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ örn; sitalopram, essitalopram, fluoksetin, paroksetin, sertralin, fluvoksamin) alarak, depresyon tedavisinde en çok tercih edilen antidepresan grubu olmuşlardır. SSGİ'ni

takiben serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri (örn; venlafaksin, duloksetin, milnasipram), norepinefrin dopamin geri alım inhibitörleri (örn; bupropion), alfa-2 antagonistleri (örn; mirtazapin, mianserin), seçici norepinefrin geri alım inhibitörleri (örn; reboksetin, atomoksetin, desipramin), serotonin antagonist/geri alım inhibitörleri (örn; trazodon), melatonin analogları (agomelatin) gibi antidepresanlar kullanıma girmiştir.

Psikanalitik yönelimli psikoterapi, kişilerarası ilişkiler psikoterapisi ve bilişsel davranışçı terapi depresyonda etkili tedavi yöntemleridir. Depresyon sağaltımında özgül olarak etkinliği gösterilmiş olan psikoterapiler, hafif ve orta şiddetli depresyonda tek başına veya ilaç sağaltımıyla birlikte önerilmektedir (44).

EKT; monoaminerjik yolları aktive eden ve reseptör duyarlılığını arttıran, biyolojik ritmi düzenleyen, sağ ve sol beyin arasında senkronizasyon sağlayan, ikinci haberci dizgelerini ve gen yazılımı düzeneklerini etkileyen bir diğer sağaltım yöntemidir (45).

Depresyon hastalarında elektrik akımı sonucu oluşan manyetik alan ile korteksi uyarma işlemi olan Transkraniyal Manyetik Uyarım (TMS)'ın tekrarlayıcı (repetitive) uygulamaları (rTMS) duygudurum düzenlemesinde rol oynayan prefrontal korteks, ön singulat, talamus ile preinsular korteks gibi bölgelerde görülen metabolizma ve kan anormalliklerinde düzelme sağladığı bildirilmiştir (46). Duygudurum üzerine olumlu etkileri olduğu bilinen diğer sağaltım yöntemleri; Vagal Sinir Uyarımı (47), Derin Beyin Uyarımı (48,49) ve parlak gün ışığı tedavileridir (50).

2.2. BİPOLAR BOZUKLUK

2.2.1. Tanım

BB; belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de içeren karma (mikst) görünümlü ataklarla giden, ataklar sırasında ciddi sosyal ve mesleki işlevsellik kaybına yol açan ataklar arasında ise kişinin bazen eşik altı belirtiler sergilediği bazen de hiçbir belirtinin bulunmadığı sağlıklı duygudurumu

haline (ötimi) dönebildiği, yaşam boyu sürebilen kronik seyirli bir beyin hastalığıdır (51,52).

2013'te yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM 5) kriterlerine göre BB-Tip I tanısı için bir mani dönemi geçirilmesi gerekmektedir. Mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani veya depresyon dönemi bulunabilir. BB-Tip II tanısı için ise o sırada veya geçmişte ortaya çıkmış olan hipomani dönemi ve o sırada veya geçmişte ortaya çıkmış olan depresyon dönemi geçirmiş olmak gereklidir (51).

2.2.2. Epidemiyoloji

BB' un yaşam boyu yaygınlığı % 0.7-1.6 (ortalama %1.2) arasındadır. Bu oran BB-Tip I için %0-2.4 iken; BB-Tip II için %0.3- 4.8 civarındadır. Spektrum olarak ele alındığında ise bu oran %5' i geçmektedir (53-55). Dünya Sağlık Örgütü'nden (DSÖ) alınan verilere göre BB yeti yitimi yapan tüm tıbbi hastalıklar arasında 6. sırada yer almaktadır (56). BB, genç nüfustaki sakatlığın, bilişsel bozulmanın, işlevsellikteki bozulmanın ve özellikle intihar ederek gerçekleşen ölümün başlıca sebeplerindendir (57).

Kültürel ve etnik gruplar ile cinsiyet açısından fark olmamakla birlikte BB-Tip II kadınlarda daha sık görülmektedir (53). Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda sık görülmekle birlikte; ilk atak erkeklerde sıklıkla mani iken kadınlarda depresyondur. Alkol ve madde kullanım bozukluğu erkeklerde daha sık görülmekte iken BB-Tip II, hızlı döngü ve karma ataklara kadınlarda daha sık rastlanmaktadır (55). BB genellikle 20'li yaşlarda başlar. BB-Tip I ve BB-Tip II'nin başlangıç yaşları birbirine yakın olmakla birlikte BB-Tip II'nin biraz daha geç yaşlarda başladığı bildirilmektedir. Hastaların %20-30'unda ilk belirtiler 18 yaşından önce, %10'unda ise 50 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır. Olguların yaklaşık üçte birinde erken başlangıç görülmekte ve bu erken başlangıç kötü prognoz ile ilişkilendirilmektedir. Araştırmalar BB'un klasik Mendel genetik yasalarıyla kalıtsal geçiş göstermediğini, polimorfik ve multifaktöriyel bir kalıtım ile genetik geçiş gösterdiğini ortaya koymuştur (58).

2.2.3. Etyoloji

a) Genetik Temeller:

Genetik çalışmalar, tek yumurta ikiz konkordans yüzdelерinin % 85'e kadar yükseldiğini ve iki uçlu bozukluğun önemli ölçüde kalıtsal olduğunu göstermektedir (59). Aile çalışmaları BB tanılı hastaların birinci derece akrabalarının kontrol deneklerinin birinci derece akrabalarına göre 8-18 kat daha fazla BB-tip 1 ve 2-10 kat daha fazla MDB'a sahip olduklarını bulmuşlardır. MDB hastalarının birinci derece akrabalarının kontrol deneklerinin birinci derece akrabalarına göre 1,5-2,5 kat daha fazla BB-tip 1 ve 2-3 kat daha fazla MDB'a sahip oldukları gösterilmiştir. Akrabalık derecesi uzaklaştıkça bir duygudurum bozukluğuna sahip olma olasılığı düşmektedir. BB-tip 1 tanılı hastaların yaklaşık % 50'sinin en az bir ebeveyni bir duygudurum bozukluğuna, en sık olarak MDB tanısına sahiptir (60).

b) Biyokimyasal nedenler:

Serotonin aktivitesinde azalma hem MDB hem BB'ta, noradrenalin aktivitesinde azalma BB depresif epizodunda genellikle saptanmış olan bulgulardandır. Sirkadiyen ritmi düzenleyen sistemde genetik bir defektin BB etyolojisinde rolü olduğu ileri sürülmüştür (60).

c) Psikososyal Etkenler:

Duygudurum bozuklukları için önerilen duyarlılaşma modeli ("kindling") ilk epizodların genellikle bir çevresel stres sonrası ortaya çıkması ancak daha sonraki epizodlarda stresör olmaksızın epizod ortaya çıkabileceği gözlemine dayanır. Bu kuramda, stresin beyinde çeşitli nörokimyasal sistemlerde uzun süreli bozulmalar ya da olası nöronal kayıp yaratarak, psikososyal stresörlere duyarlılık yarattığı düşünülmektedir (60).

2.2.3. Tedavi

Tedavi kılavuzları; bipolar depresyonun tedavisinde duygudurum dengeleyicilerinin önemini vurgulamaktadır (61,62). Bunun nedeni, duygudurum dengeleyicilerinin antidepresan etkiye sahip olduğuna inanılması ve bu ilaçların döngü hızlanmasına ve manik kaymaya sebep olmamasıdır (63). Güncel kılavuzlar akut bipolar depresyon tedavisinde lityumu ilk sıra ajan olarak önermektedir (64,65).

Lityumun BB tanılı hastalarda görülen yüksek kendine zarar verme ve intihar oranlarını azalttığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (66). Bipolar depresyon akut tedavisi yanı sıra lityum uzun dönem kullanıldığında depresyonu önlemede de plasebodan üstün bulunmuştur (67,68). Bipolar depresyon tedavisinde lityumun etkinliğini güçlendirmek için lamotrijin, valproat ve antidepresanlarla birlikte kullanımı klinik olarak makul görünmektedir (69,70). Lamotrijinin özellikle sürdürüm tedavisinde depresyonun risklerini önlemekte kanıtlanmış etkinliği onu hem BB-tip 1 hem de BB-tip 2 depresyonda önemli bir seçenek kılmaktadır (71). Lamotrijin, lityuma benzer şekilde glutamat salınımını inhibe etmektedir ama duygudurum dengeleyici ve olası antidepresan etkisi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (72). Ayrıca lamotrijinin bazolateral amigdala Gamma-aminobütirik asit (GABA)-A reseptörlerinin aracılık ettiği sinaptik iletiyi presinaptik kalsiyum girişi üzerinde direkt ya da indirekt bir etki yaparak baskıladığı da belirtilmiştir (73). Antipsikotik ajanlar da bipolar depresyon tedavisinde önemli yer tutmaktadır. Son zamanlardaki randomize çift kör, plasebo kontrollü çalışmalar klopazin, olanzapin, ketiapin ve risperidonun hem monoterapi hem sürdürüm tedavisinde lityum ya da valproata ek olarak antidepresan ve antimanik etkinlik gösterdiğini bildirmiştir (74). Olanzapin-Fluoksetin kombinasyonu (OFK) kontrollü klinik bir çalışmada plaseboya üstün bulunmuştur ve bipolar depresyon tedavisindeki etkinliği FDA (Food and Drug Administration) tarafından onaylanmıştır (75). Hatta OFK, olanzapin monoterapisine göre de üstündür (76). OFK, FDA'nın bipolar depresyon tedavisi için onayladığı ilk ajandır ve randomize kontrollü bir çalışmada lamotrijine üstünlüğü gösterilmiştir. Ketiapin ise günümüzde bipolar depresyon tedavisinde monoterapi olarak onaylanmış tek ilaçtır. Bipolar depresyonun sürdürüm tedavisinde EKT'nin etkinliğine ilişkin çift kör kontrollü çalışma olmadığı halde, bipolar depresyon tedavisinde EKT de seçenekler arasında ön sıralarda yer alır (77). Diğer alternatif yöntemler dopamin agonistlerinin (pramipeksol) kullanımı (76), fototerapi ve son zamanlarda omega-3 yağ asitlerinden oluşmaktadır (78). Ancak bunlardan hiçbirisinin akut dönem tedavide kesin etkisi gösterilememiştir. Depresif hastalarda farklı psikoterapi tekniklerini (bilişsel davranışçı terapiler, kişilerarası psikoterapi ve kısa psikodinamik psikoterapiler) kullanan çalışmalar, sağaltılan hastalarda prefrontal korteks, singulat korteksin değişik bölümleri ve hipokampusta

işlev değişikliği bildirmektedir. Randomize kontrollü çalışmalar BB tedavisinde farmakoterapinin etkinliğinin bilişsel davranışçı terapiler, KİSRT, grup ve aile psikoeğitimleri ile arttırılabileceğini göstermiştir (14). KİSRT de BB'ta nüks oranlarını azalttığı bildirilen psikoterapi tekniklerinden birisidir (15).

2.3. MDB VE BDB ARASINDAKİ FARKLILIKLAR

Klinik, biyolojik, mizaç ve sosyodemografik özelliklerinin bazıları BDB ve MDB'ü daha erken tanımak ve tedavi edebilmek açısından birer yordayıcı olabilir. DSM-5'te majör depresif dönem tanı ölçütleri açısından MDB ve BDB arasında fark olmaması, kesitsel olarak bu iki ruhsal rahatsızlığın ayrımını güçleştirmektedir. BDB, MDB'tan klinik, epidemiyolojik ve sağaltım yönlerinden bazı farklılıklar gösterse de bu farkların patognomonik nitelik taşımadığı ve BB tanısının ancak uzunlamasına değerlendirmede manik ya da hipomanik dönem varlığı ile konulduğu unutulmamalıdır.

BB her iki cinsiyette eşit dağılım gösterirken, MDB'un kadınlarda erkeklerden iki kat fazla olduğu gösterilmiştir. BB 20'li yaşlarda başlarken MDB 40'lı yaşlarda başlamaktadır (60). BB sıklıkla 26 yaşından önce başlamaktadır. Bu yüzden erken başlangıçlı depresyonlarda BB'a dönüşüm açısından da dikkatli olmak gerekmektedir (79). Goodwin ve Jamison'ın klasikleşmiş kitabında genel olarak çıkarılan sonuçlara bakıldığında; BDB dönemlerinin sonbahar ya da kış mevsimlerinde görülme oranı yüksektir. Anksiyete, aşırı öfke dışavurumları, bedensel yakınmalar, psikomotor ajitasyon ve ağrıya duyarlılık MDB'ta; epizodlar arası belirti değişkenliği, epizod içinde duygudurumda oynaklık ve bölünmüş REM uykusu BDB'ta daha sık görülmektedir (80). Yine yapılan çalışmalarda BDB'ta semptomatik olarak geçirilen zaman ve tedaviye direnç daha fazla, belirtilerde akut başlangıç veya sonlanış, özellikle alkol ve madde kullanım bozukluğu gibi hastalıklarla ek hastalık olarak görüldüğü durumlar, iş hayatında tutarsızlık, kişiler arası ilişkilerde bozulma ve mizaç bozukluklu akraba sayısı daha fazla bulunmuştur (81,82). BDB'ta hipersomni, psikomotor retardasyon, iştah artması MDB'tan daha fazla izlenmektedir (83,84).

Atipik depresif belirtiler BDB'ta MDB'a göre daha sık gözlenmektedir (79,84-86). 83 BDB ve 904 MDB hastasında melankolik özellikler incelenmiş, bipolar grupta (%69) unipolar gruba (%37) göre daha sık melankolik özellikler saptanmıştır. Psikotik özellik BDB'ta MDB'a göre daha sık izlenmektedir (86,87). Anksiyoz ve ajite depresyon da bipolar hastalarda MDB hastalarına göre daha sık görülmektedir (86). Perlis ve arkadaşları, iritabilite ve öfke ataklarının da bipolar hastalarda daha sık olduğunu göstermişlerdir (bipolar hastalarda % 62, MDB tanılı hastalarda % 26) (88).

BDB'ta epizod sayısı genellikle MDB'tan daha fazladır (81, 89). Hızlı döngü (yılda dört ya da daha fazla epizod) BB'ta daha sık izlenmektedir (90). Postpartum başlayan depresif epizodlar BDB'ta MDB'a göre daha sık izlenmektedir (91). BB'ta tedavi edilmemiş bir depresif epizodun sonlanımı ortalama 3-6 ay, MDB'ta ise 6-12 ay sürmektedir (86). BDB görece akut, MDB sinsi başlar. MDB'ta epizodların daha şiddetli yaşandığı gözlemlenmiştir. Yaşam boyu intihar girişimi BB'ta (%26), MDB'a (%14) göre daha yüksek bulunmuştur. (8). BB'ta mizaç genellikle siklotimik, kişilik dışı dönüktür, MDB'ta ise mizaç distimik, kişilik içi dönüktür (92). Hipertimik kişilik bipolar hastalarda ve BB olanların ailelerinde daha sıklıkla izlenmektedir (93). BB'un aynı aile üyelerinde görülme sıklığı oldukça yüksektir. MDB'ta da genetik geçişe işaret edilmekle beraber BB için bu özellik daha net ve yüksek orandadır (80).

Bipolar hastalarda antidepresan kullanımı ile manik atak gelişimi MDB hastalarına göre oldukça yüksek olup, bipolar hastalarda bu oran % 20-50 iken, MDB'ta %1 den az bulunmuştur (94,95). Son yıllarda yapılan çalışmalar, BB depresif epizodun antidepresan yanıtının MDB hastalarına göre belirgin olarak daha kötü olduğunu desteklemektedir. Tedaviye yanıtsızlık ya da tolerans gelişimi bipolar depresyon hastalarında % 58, MDB hastalarında ise %18 olarak saptanmıştır. Ayrıca antidepresan tedavinin bipolar hastalarda hızlı döngüye neden olduğu ve uzun süreli izlemde duygudurum epizodlarının sayısını arttırdığı, bu etkilerin MDB hastalarında ortaya çıkmadığı gösterilmiştir (94).

Duygusal ve bilişsel zorlanma işlemleri sırasındaki nöral aktivite açısından MDB ve BDB'taki farklılıkları fMRI çalışması ile araştıran Philips ve Vieta 'nın

MDB ve BDB'un aynı hastalık olmadığını vurgulayan çalışma sonuçlarına göre; BDB hastalarında pozitif ve negatif uyarana amigdala ve ventral striatal aktivitesinde, dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK) ve ventral prefrontal korteks (VPFK) aktivitesinde artış saptanmıştır. MDB tanılı hastalarda ise sadece negatif uyarana amigdala aktivitesinde artış olup DLPFK ve VPFK aktivitesinde azalma saptanmıştır (96).

2.4. ÜSTBİLİŞSEL KURAM

Son yıllarda bazı kuramcılar, bilinen bilişsel yaklaşımlardan farklı olarak hatalı bilişlerden ziyade bu bilişlerin kişi tarafından nasıl kontrol edildiği ve değerlendirildiğinin ruhsal bozukluğa neden olabildiğini öne sürmüşlerdir. Bu anlamda geliştirilen kuram metakognitif kuram olarak bilinmektedir. Üstbiliş (metakognisyon), bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçlerdir. Kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistem (97,98) olup kişinin kendi bilişsel süreci hakkındaki bilgisidir. Üstbilişsel yaklaşım, üstbilişlerin kişilerin olumsuz düşüncelerini güçlendiren ve duygularını devam ettiren içsel deneyimlerine özel bir biçimde yanıt vermelerine neden olduklarını ve kişilerin bu nedenle duygusal dalgalanmalar yaşadıklarını söyler. Üstbiliş kuramına göre, ruhsal bozuklukların oluşması ve sürdürülmesinde tanımlanan temel model, Kendini-Düzenleyen Yönetici İşlevler modelidir (99). Bu modele dayanan psikolojik bozuklukların üstbilişsel kuramına (100,101) göre, Bilişsel Dikkat Odaklanması Sendromu (BDS) adı verilen belirli bir bilişsel örüntü, toplumda yaygın olarak gözlenen ve normal kabul edilebilecek olumsuz duygu ve düşüncelerin patolojik hale dönüşmesine yol açar. BDS kişinin düşünme süreci hakkındaki yanlış inançlar (üstbilişsel inançlar) tarafından kontrol edilir. Wells ve Matthews'a göre, ruminasyon ve endişe gibi sürekli yineleyen bir olumsuz düşünme biçimi şeklinde kendisini gösteren BDS, aşırı ve değişime dirençli bir kendine dönük dikkat, bilişsel işlevselliğin azalması, tehdit ipuçlarına yönelik dikkat yanlılığı ve düşünceleri bastırmaya çalışma, kaçınma gibi işlevsel olmayan başa çıkma yaklaşımları ile karakterizedir. Bu sürecin devreye girmesinin altında, olumlu ve

olumsuz üstbilişsel inanışlar yatmaktadır. Olumlu üstbilişsel inanışlar ruminasyon, endişe, dikkat yanlılıkları ve uyum bozucu başa çıkma davranışlarının yararlı olduğuna ilişkin inanışları kapsamaktadır. Olumsuz üstbilişsel inanışlar ise olumlu üstbilişsel inanışları takiben ortaya çıkmaktadır ve olumlu inanışlar nedeniyle devreye giren süreçlerin zarar verici etkileri üzerine odaklanan olumsuz inanışları içermektedir. Üstbilişsel terapi bilişlerin nasıl işlediği, etrafımızdaki dünya ve kendimiz hakkında sahip olduğumuz bilinçli deneyimleri nasıl ürettiğini anlamada üstbilişin merkezi öneme sahip olduğu prensibine dayanır. Aynı zamanda düşüncelerimizi ve duygularımızı düzenlemek için kullandığımız stratejilere odaklanır ve değerlendirmeleri biçimlendirmeyi amaçlar (101).

2.5. RUMINASYON

Ruminasyon rahatsız edici düşünceler ve duygular ile başetme yollarını arayan ve olumsuz duyguların sebeplerini anlamayı amaçlayan, tekrarlayıcı düşüncelerden oluşan istemli başetme stratejileridir. Kişinin dikkatini olumsuz bilgiye odaklayan, zarar verici ve birincil olarak depresyon olmak üzere birçok duygudurum bozukluğu ile ilişkili olan kapsamlı bilişsel süreçlerdir. Depresyonda metakognitif kuram depresif dönemi sürdüren zihinsel süreçleri temel almaktadır. Ruminasyon, depresyon etyolojisinde önemli bir psikolojik faktördür ve çok sayıda araştırmanın odağı olmuştur. Erişkin popülasyonda depresif belirtilerin gelişiminde ruminatif yanıt biçiminin rolüne önemli ölçüde destek vardır (102).

Tüm psikolojik bozukluklara ilişkin bu genel kuramsal temele dayanarak, Papageorgiou ve Wells (103,104) depresyona özgü bir yapısal model oluşturmuştur. Depresif belirtileri başlatan mekanizmalardan çok, sürdüren ve şiddetlendiren mekanizmaları açıklayan bu modele göre kişisel bir tetikleyici uyaran algılandığında (olumsuz bir duygu ya da imaj, kayıp yaşantısı, başarısızlık gibi olumsuz bir anı, depresif bir belirti vb.), bunun anlamı ve nedenleri üzerinde tekrar tekrar düşünmenin yaşanan olumsuzluğu ortadan kaldırmaya yönelik bir başa çıkma stratejisi olacağı ile ilgili olumlu inanışlar harekete geçmektedir (örn., “gelecek hakkında endişelenmek tehlikelerden kaçınmama yardım eder”). Kısaca olumlu üstbilişsel inanışlar, kişinin ruminasyon yapmasını üstbilişsel bir başa çıkma stratejisi olarak kullanmasına yol

açabilmektedir. Ancak doğası gereği ruminatif düşünme biçimi, hedeflenen olumlu etkileri yaratmadığından, ruminasyonlar artarak devam etmektedir. Bu durum kişide hem ruminasyonların zararlı ve kontrol edilemez olduğuna ilişkin olumsuz inanışların (olumsuz inanışlar-1, örn., “endişelenmek aklıma zarar verecek”) hem de yıkıcı kişilerarası ve sosyal sonuçlar doğuracağına ilişkin olumsuz inanışların (olumsuz inanışlar-2; örn., “Eğer tekrarlayıcı biçimde düşünürsem insanlar beni reddeder”) gelişmesine sebep olmaktadır. İşte ruminasyon yapan kişilerde gözlenen depresif belirti şiddetindeki artış, gelişen bu olumsuz üstbilişsel inanışlar aracılığıyla ortaya çıkmaktadır. Son olarak modelde, depresyonun bir “yan ürün” olarak bilişsel faaliyetlere duyulan güvendedeki (üstbilişsel yeterlilik) azalmanın hem ruminasyonun olumsuz sosyal sonuçlarına (olumsuz inanışlar-2) hem de ruminasyon yaparak bu bilişsel sorunun da ortadan kaldırılacağına inanılması nedeniyle, ruminasyona ilişkin olumlu inanışlara katkıda bulunacağı öngörülmektedir. Depresyonda metakognitif kuramdaki zihinsel süreçler, depresif duyguların üstesinden gelmek için ruminasyonların gerekliliği ile ilgili olumlu üstbilişsel inançlar, ruminasyonların kontrol edilemez olduğu, depresif yaşantıların tehlikeli olduğu, kişinin ise psikolojik olarak savunmasız olduğu ile ilgili olumsuz üstbilişsel inançlar, ruminasyonlarla ilgili farkındalığın azalması ve BDS (ruminasyon, tehdit izleme ve işlevsel olmayan baş etme davranışları) şeklinde özetlenebilir.

Papageorgiou ve Wells’in klinik olmayan örneklem grupları üzerinde yürüttükleri çalışmalarında, ruminasyonlar hakkındaki olumlu üstbilişsel inanışların, ruminasyon düzeyi ve depresif belirti şiddeti ile anlamlı ve pozitif ilişkiler gösterdiği bildirilmiştir (103,105). Bu bulgu çeşitli çalışmalarda depresyon vakaları için de tekrarlanmıştır (103,106). Ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların da hem klinik hem de klinik olmayan örneklemelerde ruminasyon düzeyi ve depresif belirti şiddeti ile pozitif bir ilişki içinde olduğu gösterilmiştir (103). Klinik olmayan örneklemelerde yapılan kısıtlı boylamsal çalışmalarla, gerek ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların (107) gerekse ruminatif düşünme biçiminin olumlu inanışların (108) depresif belirtileri yordadığı da belirlenmiştir. Sarısoy ve arkadaşları da MDB, BB ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol gruplarını endişeye ilişkin üstbilişsel inanışlar açısından karşılaştırmışlardır. Elde edilen bulgular, endişeye ilişkin olumsuz üstbilişsel inanışlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı düzeylerinin, unipolar ve bipolar gruplarda

kontrol grubundan; bilişsel güvensizlik düzeyinin ise bipolar grupta kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (109).

2.6. ÜSTBİLİŞLER VE MDB-BB

Batmaz ve arkadaşlarının MDB, BDB hasta grupları ve sağlıklı kontrollerin ruminasyonlar ve ruminasyon ile ilgili üstbilişler açısından karşılaştırılmasıyla ilgili yaptıkları bir çalışmada katılımcılar ruminasyon ve patolojik endişe açısından karşılaştırıldığında; BB tip-1, BB tip-2 ve MDB gruplarında sağlıklı kontrollere göre daha yüksek endişe ve ruminatif yanıt düzeyleri saptanmış. Ruminasyonla ilgili üstbilişsel inançlar değerlendirildiğinde; ruminasyonla ilgili olumlu üstbilişsel inançlar açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamış, ruminasyonla ilgili olumsuz üstbilişsel inançların toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının hasta gruplarında sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek olduğu saptanmış. Üstbilişler değerlendirildiğinde; endişe ile ilgili olumlu üstbilişsel inançlar ve bilişsel farkındalık alt ölçekler açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamış; endişe ile ilgili olumsuz üstbilişsel inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçekleri ve üstbilişlerin toplam puan ortalamalarının hasta gruplarında sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek olduğu görülmüştür (110).

2.7. DUYGUSAL ŞEMA

Leahy tarafından ortaya koyulan duygusal şema modelinde birçok psikolojik rahatsızlığın temelinde kişinin duyguları ile olan ilişkileri yer almaktadır. Leahy; Wells ve arkadaşlarının üstbilişsel işleme modelinin üzerine inşa ettiği bir model geliştirmiş ve bir duyguya yanıt olarak kullanılan planlar, yaklaşımlar ve stratejileri “duygusal şema” terimini kullanarak adlandırmıştır (111) ve duyguların değerlendirmeleri, bedensel belirtileri, motor davranışları (ajitasyon), hisleri, özellikle bir şey üzerine odaklanmayı (örn. yetersizliği üzerine) ve çoğu durumda kişilerarası ilişkileri de içerdiğini belirtmiştir. Duygusal düzenleme bir duygu ile istenilmeyen bir düzeyde karşı karşıya kalındığında kişilerin kullandığı herhangi bir başatma stratejisini (sorunlu veya uyumlu) içerir. Stresli yaşam olaylarıyla sorunlu baş etme biçimleri geçici olarak istenmeyen duyguları azaltır (örn. alkol almak kısa

dönemde anksiyeteyi azaltır) fakat daha sonraki dönemde duygularla baş etme stratejilerinin daha fazla kullanılmasına sebep olur. Bu geçici çözümler (alkol alma, kaçınma, ruminasyon ve madde kullanımı) kısa dönemde işe yarar ancak zamanla çözümler sorun haline gelmeye başlar. Duygusal şema modelinde, kişiler duygusal deneyimlerini yorumlama açısından birbirlerinden farklılık gösterirler ve duygularıyla baş edebilmek için yaşantısal kaçınma (örn. bastırma, kaçma, kaçınma, hissizlik), faydasız “bilişsel stratejiler”(örn. ruminasyon ve endişeye aşırı güven), sosyal destek arama davranışlarını kullanırlar (112).

İşlev bozucu duygusal stratejiler ve yorumlar; onaylanmama (“diğer insanlar hissettiklerimi anlayamaz”), anlaşılamazlık (“Duygularım bana anlamlı gelmiyor”), suçluluk ve utanç (“Bu duygulara sahip olmamalıyım ya da bu şekilde hissettiğimi kimse bilmemeli”), basit düşünceler (“Karışık duygulara sahip olmamalıyım”), yüksek değerlerin olmaması (“Duygularım benim değerlerimle ilgisizdir”), kontrol (“Duygularım kontrolden çıkmasından korkuyorum”), rasyonellik (“Mantıklı ve rasyonel olmalıyım, duygusal değil), süre (“Duygularım uzun süre geçmeyecek”), ortak özelliklerin bulunmadığına inanma (“Diğer insanlarla aynı duygulara sahip değilim”) kabul etmeme (“Bu duygularımın varlığını kabul edemem), ruminasyon (“Ne kadar kötü hissettiğim hakkında oturup düşünmeliyim”), açığa çıkarmama (“Ağlamamalıyım”), suçlama (“Bu şekilde hissetmeme diğer insanlar neden oluyor”) kavramlarını içermektedir (113).

2.8. DUYGUSAL ŞEMALAR VE MDB-BB

Batmaz ve arkadaşlarının, MDB ve bipolar depresyon vakalarındaki üstbiliş ve duygusal şemaların ayrımını araştırdıkları bir çalışmada MDB ve BDB vakalarının üstbiliş puanları birbirinden farklı olmamakla beraber sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak farklı çıktığı belirlenmiş olup Duygusal Şema Ölçeği’nin alt boyutları olan suçluluk, geçerlilik, suçlama, onaylanma ve hisleri kabullenmede üç grubun birbirinden önemli derecede farklı çıktığı, anlaşılabilirlik, uzlaşma ve dışavurum üzerinde istatistiksel olarak farklı sonuçlar bulunmadığı, duygulara yalın şekilde bakış, duygulara karşı zayıflık, rasyonellik, ruminasyon, yüksek değerler ve kontrol edilemezlik alt boyutlarının duygudurum bozukluğu olan gruplarda sağlıklı kontrollerden anlamlı derecede farklı çıktığı belirlenmiştir (110).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu'ndan 02.05.2017 tarih ve 22 protokol sayılı onay alınmıştır.

3.1. ÇALIŞMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Çalışma evreni; Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri klinik ve polikliniğinde takip edilen unipolar ve BB tip-1 tanılı hastalar ve sağlıklı kontroller olarak belirlenmiştir.

Örneklem ise; çalışma protokolüne uyum sağlayan, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri klinik ve polikliniğinde Mayıs 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında takip edilen hafif ve orta şiddetli depresyonu olan (Hamilton depresyon skoru (HAM-D) ≤ 28) 70 MDB, 66 BB tip-1 tanılı hastalar ve hastalarla yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak eşleştirilmiş 70 sağlıklı kontrolün ardışık olarak alınmasından oluşmuştur.

3.2. ARAŞTIRMAYA ALINMA KRİTERLERİ

Katılımcının okur-yazar olması

Katılımcının zihinsel ve nörolojik bir hastalığının olmaması

Katılımcının beyin hasarı veya travma öyküsünün olmaması

Katılımcının depresif atakta olması (MDB ve BDB grup için)

Katılımcının madde kötüye kullanımının olmaması

Katılımcıda devam eden bir psikiyatrik hastalık olmaması (Kontrol grubu için)

Katılımcının çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü olur formunu imzalamış olması

3.3. ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ

Katılımcının okur-yazar olmaması

Katılımcının zihinsel ve nörolojik bir hastalığının olması

Katılımcının beyin hasarı veya travma öyküsünün olması

Katılımcıda psikotik depresif atak olması (MDB ve BDB grup için)

Katılımcının madde kötüye kullanımının olması

Katılımcıda devam eden bir psikiyatrik hastalık olması (Kontrol grubu için)

Katılımcıda Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanının > 8 olması

Katılımcının son 6 ay içinde EKT almış olması

Klinik görüşme sırasında gebelik ya da emzirme durumlarının olması

3.3. VERİ TOPLAMA VE DEĞERLENDİRME GEREÇLERİ

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu:

Çalışmanın araştırmacıları tarafından katılımcıların çalışmaya dahil edilme ve dışlanma ölçütlerine uygunluğunu belirlemek, sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla oluşturulmuştur. Formda bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, medeni durumu, mesleği, sosyoekonomik durumu, ilk hastalık yaşı, geçirilen manik atak sayısı, geçirilen depresif atak sayısı, geçirilen karma atak sayısı, geçirilen toplam atak sayısı, hastalık süresi, hastanede yatış sayısı, özkıyım öyküsü, alkol madde kullanım öyküsü, birinci dereceden akrabalarında BB öyküsü ve kullanılan ilaçlar gibi maddelere yer verilmiştir.

3.3.2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ):

Manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak 1978 yılında Young ve arkadaşları tarafından geliştirilen, görüşmeci tarafından uygulanan, her biri 5 şiddet derecesi ölçen ve toplam 11 maddeden oluşan bir ölçektir (114). 11 maddenin yedisi beşli likert tipinde, diğer dördü dokuzlu likert tipinde hesaplanır. Yükselmiş duygudurum, hareket ve enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, irritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, düşünce içeriği, yıkıcı ve

saldırgan davranış, dış görünüm, iç görü gibi manik semptomlar değerlendirilir. Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (115).

3.3.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):

Hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçer. Max Hamilton'un geliştirdiği ölçek 17 maddeden oluşur. 0 ile 4 arasında puanlar almak söz konusudur. En yüksek 51 puan alınır. Araştırmacı tarafından uygulanan yapılandırılmış bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (116).

3.3.4. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ):

Anksiyete belirtilerinin dağılımını ve şiddetini ölçmeye yarayan, toplam 14 sorudan oluşan, beşli likert tipi ölçüm sağlayan ve araştırmacı tarafından uygulanan yapılandırılmış bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (117).

3.3.5. Üstbiliş-30 Ölçeği (ÜBÖ-30):

Cartwright-Hatton ve Wells tarafından geliştirilen Üstbiliş Ölçeği'nin orijinal adı "Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)" şeklindedir. Daha sonra Wells ve Cartwright-Hatton bu ölçeğin 30 maddelik kısa formunu (ÜBÖ-30) oluşturmuşlardır. Ölçek üstbilişsel süreçleri olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar (yapılar) ile üstbilişsel süreçler (seçici dikkat, içsel bilişsel süreçlerin gözlenmesi) şeklinde iki ortak bileşen altında 5 alt boyutta değerlendirmektedir. Bu beş boyut; (1) endişeye dair olumlu inançlar, (2) kontrol edilemezlik ve tehlikeyi içeren endişeye karşı olumsuz inançlar, (3) bilişsel güven, (4) bilişsel farkındalık ve (5) düşünceleri kontrol ihtiyacı olduğuna dair inançlar başlıklarından oluşmaktadır. Katılımcılar her bir maddedeki ifadeleri okuduktan sonra kendilerine ne kadar uyduğunu bir (kesinlikle katılmıyorum) ile dört (kesinlikle katılıyorum) derecelendirme ölçeği üzerinden işaretlerler. Ölçek puanının yükselmesi işlevsel olmayan tarzda üst-bilişsel faaliyetin arttığına işaret eder (9). Ölçeğin Türk örnekleminde uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Tosun ve Irak tarafından gerçekleştirilmiştir (118).

3.3.6. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ):

Jay K. Brinker ve David J.A. Dozois tarafından ruminatif düşünce biçimlerini değerlendirme amaçlı geliştirilen ölçeğin özgün adı “Ruminative Thought Style Questionnaire” şeklindedir (119). 20 maddeden oluşan ölçek 7’li likert tipindedir ve katılımcılar maddelerdeki ifadelerin kendilerine ne kadar uyduğunu 7 (beni çok iyi tarifliyor) ile 1 (beni hiç tariflemiyor) arasındaki bir derece ile puanlamaktadırlar. RDBÖ kendisinden önceki ruminasyon odaklı ölçeklerin aksine kişinin o anki duygudurumundan bağımsız olarak genel bir ruminatif tepki biçimini değerlendirmeye çalışır ve sadece depresyon odaklı değildir. Ölçeğin Türkçe geçerliliği Karatepe ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmıştır (120).

3.3.7. Young-Rygh Kaçınma Ölçeği (YRKÖ):

Orjinal adı ‘Young-Rygh Avoidance Inventory’ olan ve kaçınma davranışlarını ölçebilmek amaçlı geliştirilen ölçek Young ve Rygh tarafından geliştirilmiştir (121). Ölçek 40 maddeden oluşmaktadır. Araştırmamızda YRKÖ’nün Spranger ve ark. tarafından (122) da kullanılan, bilişsel/duygusal ve davranışsal/somatik olmak üzere iki alt boyuta indirgenen değerlendirme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcılar maddeleri 1 (‘benim için tamamıyla yanlış’) ile 6 (‘beni mükemmel bir şekilde tanımlıyor’) arasında değişen likert tipi derecelendirme ile puanlarlar. Ölçekten alınan yüksek puanlar kaçınma davranışlarının artmış olmasına işaret eder. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Soygüt ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (123).

3.3.8. Leahy Duygusal Şema Ölçeği (LDŞÖ):

Robert L. Leahy tarafından geliştirilen ölçeğin içeriğini, kişinin duyguları hakkındaki tutumlarını ve duygularıyla başa çıkma stratejilerini belirlemeye yönelik ifadeler oluşturur. Likert tipi bir ölçektir ve toplam 50 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddedeki ifade okunduktan sonra kişi, bunun kendisine ne kadar uyduğunu 1 (benim için hiç geçerli değil) ile 6 (benim için çok geçerli) arasındaki değerler üzerinden işaretler. Leahy’nin (10) yaptığı psikometrik çalışma sonucunda ölçek; her biri 2 ila 7 maddeden meydana gelen, 14 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; onaylanma, anlaşılabilirlik, suçluluk, duygulara yalın şekilde bakış, yüksek değerler,

kontrol edilemezlik, hissizlik, akılcılık isteği, süreklilik, uzlaş, hisleri kabullenme, ruminasyon, dışavurum, suçlama olarak tanımlanmıştır. Ölçekteki 1, 2, 3, 5, 7, 9, 10, 12, 16, 19, 20, 25, 27, 28, 29, 33, 36, 44, 45, 49 ve 50 numaralı maddeler, işlevsel olan/olmayan tutumlara işaret etmesi nedeniyle ters puanlanmaktadır. Ölçekte, işlevsel olan ve olmayan tutumları ölçen alt boyutların birlikte bulunması nedeniyle, ölçeğin toplam puanı bulunmamakta, alt boyut toplam puanlaması ayrı ayrı dikkate alınmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yavuz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (124).

3.4. İŞLEM

Katılımcılarla yapılan görüşmelerde katılımcılara; kendileri ile ilgili her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, araştırma içerisinde isimlerinin geçmeyeceği anlatılmış, araştırmaya katılmaktan herhangi bir zamanda ayrılacakları ve katılıp katılmamalarının tedavi programını hiçbir şekilde etkilemeyeceği bildirilmiştir. Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden katılımcılar araştırmaya dahil edilmişlerdir.

Araştırmamıza Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi psikiyatri klinik ve polikliniğinde takip edilen, dahil edilme ve dışlanma ölçütlerine uyan, DSM 5 ölçütlerine göre tanı alan ve YMDÖ puanı ≤ 8 olan 70 MDB, 70 BB tip-1 tanıli hastalar ve 70 sağlıklı kontrol grubu alınmıştır. 4 BB tip-1 tanıli erkek hasta verilen ölçekleri eksik doldurduğu için çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmanın gereksinimleri hakkında bilgilendirildikten sonra sadece çalışmaya katılmak konusunda gönüllü olan katılımcılara SCID-I, sosyodemografik veri formu, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, Üstbiliş-30 Ölçeği, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği, Young-Rygh Kaçınma Ölçeği ve Leahy Duygusal Şema Ölçeği doldurulmuştur.

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 for Windows programı kullanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Nicel bağımsız verilerin analizinde Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) ve Anova (Tukey test) kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında dört gözlü düzende ve çok gözlü düzende Ki-kare testi, non-parametrik dağılım gösteren değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0.05$ olarak değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmamıza Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi psikiyatri klinik ve polikliniğinde takip edilen, dahil edilme ve dışlanma ölçütlerine uyan, hafif ve orta şiddetli depresyonu olan ($HAM-D \leq 28$) ve YMDÖ puanı ≤ 8 olan 35 (%50) kadın ve 35 (%50) erkek MDB, 35 (%53) kadın ve 31 (%47) erkek BB tip-1 tanılı hastalar ve 35 (%50) kadın ve 35 (%50) erkek kontrol grubu katılmıştır.

4.1. SOSYODEMOGRAFIK BİLGİLERLE İLİŞKİLİ BULGULAR

MDB, BDB ve kontrol grubunda katılımcıların yaşı, cinsiyet dağılımı ve öğrenim süresi anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Kontrol grubunda çalışan oranı MDB ve BDB grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek, MDB grubunda çalışan hasta oranı BDB grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. MDB, BDB ve kontrol grubunda medeni durum dağılımı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. MDB, BDB ve kontrol grubunda birlikte yaşadığı kişi dağılımı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. MDB, BDB ve kontrol grubunda sosyal destek dağılımı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. MDB, BDB ve kontrol grubunda alkol ve madde kullanım oranları anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. MDB ve BDB grubunda sigara kullanım oranı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. MDB ve BDB grupları arasında sigara kullanım oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. MDB ve BDB grubunda tıbbi hastalık oranı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. MDB ve BDB grupları arasında tıbbi hastalık oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Olgu ve kontrol grubun sosyodemografik verilerinin dağılımı

			MDB		BDB		Kontrol grubu		p
Yaş	Ort. ± s.s		35,9 ± 11,7		37,6 ± 11,0		37,6 ± 5,5		0,204 ^K
	Medyan		34,5		37,0		37,5		
İlk tedavi yaşı	Ort. ± s.s		27,8 ± 9,6		29,4 ± 8,8				0,640 ^m
	Medyan		30,0		33,0				
Cinsiyet	Kadın	n-%	35 50,0%		35 53,0%		35 50,0%		0,921 ^{X²}
	Erkek	n-%	35 50,0%		31 47,0%		35 50,0%		
Öğrenim yılı	Ort. ± s.s		8,9 ± 3,7		8,4 ± 3,9		7,9 ± 2,2		0,429 ^K
	Medyan		8,0		8,0		8,0		
İş durumu	Çalışıyor	n-%	28 40,0%		13 19,7%		59 84,3%		0,000 ^{X²}
	Çalışmıyor	n-%	42 60%*		53 80.3%*?		11 15,7%		
Medeni durum	Bekar	n-%	26 37,1%		21 31,8%		37 52,9%		0,102 ^{X²}
	Evli	n-%	36 51,4%		35 53,0%		30 42,9%		
	Dul	n-%	2 2,9%		4 6,1%		0 0,0%		
	Boşanmış	n-%	6 8,6%		6 9,1%		3 4,3%		
Yaşadığı kişi	Anne-Baba	n-%	23 32,9%		20 30,3%		19 27,1%		0,265 ^{X²}
	Eş	n-%	32 45,7%		32 48,5%		30 42,9%		
	Çocuk	n-%	4 5,7%		3 4,5%		3 4,3%		
	Kardeş	n-%	2 2,9%		4 6,1%		4 5,7%		
	Akraba	n-%	0 0,0%		1 1,5%		1 1,4%		
	Arkadaş	n-%	0 0,0%		1 1,5%		5 7,1%		
	Partner	n-%	1 1,4%		0 0,0%		0 0,0%		
	Yalnız	n-%	8 11,4%		5 7,6%		8 11,4%		
Sosyal destek	Var	n-%	65 92,9%		65 98,5%		68 97,1%		0,204 ^{X²}
	Yok	n-%	0 0,0%		1 1,5%		2 2,9%		
	Yetersiz	n-%	5 7,1%		0 0,0%		0 0,0%		
Sigara kullanımı		n-%	40 57.1%*		37 56.1%*		26 37,1%		0,030 ^{X²}
Alkol kullanımı		n-%	4 5,7%		3 4,5%		2 2,9%		0,708 ^{X²}
Madde kullanımı		n-%	0 0,0%		0 0,0%		0 0,0%		- ^{X²}
Tıbbi hastalık	Yok	n-%	49 70,0%		45 68,2%		68 97,1%		0,000 ^{X²}
	Var	n-%	21 30.0%*		21 31.8%*		2 2,9%		

^K Kruskal-wallis (^mMann-whitney u test) / ^{X²} Ki-kare test

* Kontrol grubu ile fark p < 0.05 / MDB ile fark p < 0.05

MDB grubunda ilk epizod yaşı BDB grubundan anlamlı (p < 0.05) olarak daha yüksek bulunmuştur. BDB grubunda toplam epizod sayısı, hastane yatış sayısı, depresif epizod sayısı, yıllık epizod sıklığı MDB grubundan anlamlı (p < 0.05) olarak daha yüksek bulunmuştur. MDB ve BDB grupları arasında intihar girişim sayısı anlamlı (p > 0.05) farklılık göstermemiştir (Tablo 2).

4.2. KLİNİK SEYİR BİLGİLERİYLE İLİŞKİLİ BULGULAR

Tablo 2: Olgu grubunun klinik seyir verilerinin karşılaştırılması-1

	MDB		BDB		p
	Ort.±s.s.	Medyan	Ort.±s.s.	Medyan	
İlk epizod yaşı	28,7 ± 11,9	25,0	24,6 ± 8,6	22,5	0,041^m
Toplam epizod	7,5 ± 16,0	2,0	20,1 ± 19,8	12,5	0,000^m
Hastane yatış sayısı	1,0 ± 3,3	0,0	2,4 ± 2,9	1,5	0,000^m
Manik epizod sayısı	0,0 ± 0,0	0,0	6,4 ± 6,1	5,0	0,000^m
Hipomanik epizod sayısı	0,0 ± 0,0	0,0	2,5 ± 6,8	0,0	0,000^m
Depresif epizod sayısı	7,5 ± 16,0	2,0	11,7 ± 12,5	6,5	0,000^m
İntihar girişim sayısı	1,1 ± 3,0	0,0	1,2 ± 1,7	0,5	0,188^m
Yıllık epizod sıklığı	0,9 ± 0,7	1,0	1,7 ± 1,4	1,4	0,000^m

^m Mann-whitney u test / İstatistiksel anlamlılık p < 0.05

MDB ve BDB grubunda soygeçmişte psikiyatrik hastalık oranı kontrol grubundan anlamlı (p < 0.05) olarak daha yüksek bulunmuştur. MDB ve BDB grupları arasında soygeçmişte psikiyatrik hastalık oranı anlamlı (p > 0.05) farklılık göstermemiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Olgu ve kontrol grubun soygeçmiş özelliklerinin karşılaştırılması

	MDB		BDB		Kontrol grubu		p
	n	%	n	%	n	%	
<i>Soygeçmiş</i>							
Yok	37	52,9%	29	43,9%	55	78,6%	0,000^{x²}
Var	33	47,1%*	37	56,1%*	15	21,4%	
<i>Bipolar Bozukluk</i>	2	2,9%	15	22,7%	1	1,4%	
<i>Major Depresif Bozukluk</i>	19	27,1%	10	15,2%	3	4,3%	
<i>Şizofreni</i>	1	1,4%	6	9,1%	4	5,7%	
<i>Panik Bozukluk</i>	1	1,4%	1	1,5%	2	2,9%	
<i>Yaygın Anksiyete Bozukluğu</i>	0	0,0%	0	0,0%	2	2,9%	
<i>Obsesif Kompulsif Bozukluk</i>	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	
<i>Alkol</i>	2	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	
<i>Madde</i>	2	2,9%	1	1,5%	0	0,0%	
<i>İntihar</i>	4	5,7%	1	1,5%	1	1,4%	
<i>Diğer</i>	2	2,9%	3	4,5%	1	1,4%	
<i>Akrabalık derecesi</i>							
Birinci derece	27	81,8%*	28	75,7%*	6	35,3%	0,009^{x²}
İkinci derece	6	18,2%	9	24,3%	9	52,9%	

^{x²} Ki-kare test / * Kontrol grubu ile fark p < 0.05

MDB, BDB ve kontrol grubunda geçmiş diğer psikiyatrik hastalık oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 4).

Tablo 4: Olgu ve kontrol grubunun geçmiş diğer psikiyatrik hastalık oranlarının karşılaştırılması

		MDB		BDB		Kontrol grubu		p
		n	%	n	%	n	%	
Psikiyatrik hastalık	Yok	60	86,2%	60	91,5%	68	97,1%	0,079 ^{x²}
	Var	10	13,8%	6	8,5%	2	2,9%	

^{x²} Ki-kare test / İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$

MDB ve BDB grupları arasında ilk epizod hastalıkla ilişkili yaşam olayı oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. MDB ve BDB grupları arasında ilk epizodda hastalık şiddeti dağılımı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. MDB ve BDB grupları arasında postpartum özellik oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 5).

Tablo 5: Olgu grubunun ilk epizod özelliklerinin karşılaştırılması-1

		MDB		BDB		p
		n	%	n	%	
İlk hastalık epizod	Öforik mani	0	0,0%	16	24,2%	0,000 ^{x²}
	Karma epizod	0	0,0%	3	4,5%	
	Depresyon	70	100,0%	47	71,2%	
Yaşam olayı	Yok	13	18,6%	22	33,3%	0,076 ^{x²}
	Var	57	81,4%	44	66,7%	
Hastalık şiddeti	Hafif	13	18,6%	11	16,7%	0,214 ^{x²}
	Orta	30	42,9%	20	30,3%	
	Şiddetli	27	38,6%	35	53,0%	
Postpartum özellik	Hayır	67	95,7%	59	89,4%	0,142 ^{x²}
	Evet	3	4,3%	7	10,6%	

^{x²} Ki-kare test/ İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$

BDB grubunda ilk epizodda psikotik semptom oranı MDB grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. MDB ve BDB grupları arasında ilk epizodda katatonik özellik oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. MDB ve BDB grupları arasında ilk epizodda melankolik özellik oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. MDB ve BDB grupları arasında ilk epizodda atipik depresyon özelliği oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 6).

Tablo 6: Olgu grubunun ilk epizod özelliklerinin karşılaştırılması-2

		MDB		BDB		p
		n	%	n	%	
Psikotik semptom						
Yok		62	88,6%	40	60,6%	0,000^{x²}
Var		8	11,4%	26	39,4%	
DD uyumlu		2	2,9%	4	6,1%	
DD uyumsuz		5	7,1%	19	28,8%	
DD uyumlu+DD uyumsuz		1	1,4%	3	4,5%	
Katatonik özellik	Yok	70	100,0%	66	100,0%	-
	Var	0	0,0%	0	0,0%	
Melankolik özellik	Yok	70	100,0%	65	98,5%	0,496 ^{x²}
	Var	0	0,0%	1	1,5%	
Atipik depresyon	Yok	70	100,0%	66	100,0%	-
	Var	0	0,0%	0	0,0%	

^{x²} Ki-kare test / İstatistiksel anlamlılık p < 0.05

BDB grubunda ilk epizod düzelme oranı MDB grubundan anlamlı (p < 0.05) olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7: Olgu grubunun ilk epizod düzelme oranlarının karşılaştırılması

	MDB		BDB		p
	n	%	n	%	
Düzelme					
Yok	17	24,3%	4	6,1%	0,003 ^{x²}
Var	53	75,7%	62	93,9%	
<i>Kendiliğinden</i>	15	21,4%	15	22,7%	
<i>DD Dengeleyici</i>	0	0,0%	4	6,1%	
<i>Antipsikotik</i>	1	1,4%	2	3,0%	
<i>Antidepresan</i>	27	38,6%	11	16,7%	
<i>Kombinasyon</i>	9	12,9%	29	43,9%	
<i>Diğer</i>	1	1,4%	1	1,5%	

^{x²} Ki-kare test / İstatistiksel anlamlılık p < 0.05

MDB ve BDB grupları arasında hastalığın klinik seyri hakkında bilgili olma oranı anlamlı (p > 0.05) farklılık göstermemiştir. BDB grubunda mevsimsellik oranı MDB grubundan anlamlı (p < 0.05) olarak daha yüksek bulunmuştur. BDB grubunda klinik seyrinde psikotik özellik oranı MDB grubundan anlamlı (p < 0.05) olarak daha

yüksek bulunmuştur. MDB ve BDB grupları arasında klinik seyrinde katatonik özellik oranı, melankolik özellik oranı, atipik depresyon özellik oranı, postpartum özellik oranı, epizodda yaşam olayı oranı ve kronik gidiş oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 8).

Tablo 8: Olgu grubunun klinik seyir verilerinin karşılaştırılması-2

		MDB		BDB		p
		n	%	n	%	
Klinik seyir bilgisi	Yok	2	2,9%	3	4,5%	0,601 ^{x²}
	Var	68	97,1%	63	95,5%	
Mevsimsellik	Yok	60	88,2%	43	68,3%	0,011 ^{x²}
	Var	8	11,8%	20	31,7%	
Psikotik özellik	Yok	61	89,7%	25	39,7%	0,000 ^{x²}
	Var	7	10,3%	38	60,3%	
Katatonik özellik	Yok	68	100,0%	63	100,0%	-
	Var	0	0,0%	0	0,0%	
Melankolik özellik	Yok	68	100,0%	62	98,4%	0,496 ^{x²}
	Var	0	0,0%	1	1,6%	
Atipik depresyon özelliği	Yok	68	100,0%	63	100,0%	-
	Var	0	0,0%	0	0,0%	
Postpartum özellik	Yok	63	92,6%	52	82,5%	0,095 ^{x²}
	Var	5	7,4%	11	17,5%	
Epizodda yaşam olayı	Yok	11	16,2%	11	17,5%	0,932 ^{x²}
	Var	57	83,8%	52	82,5%	
Kronik gidiş	Yok	61	89,7%	60	95,2%	0,337 ^{x²}
	Var	7	10,3%	3	4,8%	
Karma epizod	Yok	68	100,0%	45	71,4%	0,000 ^{x²}
	Var	0	0,0%	18	28,6%	

^{x²} Ki-kare test/ İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$

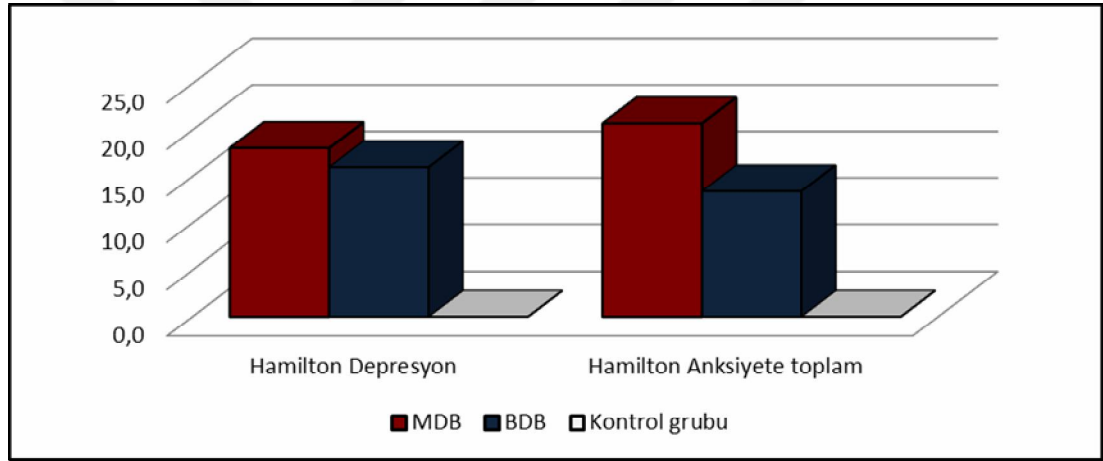
4.3. DEPRESYON VE ANKSİYETE ŞİDDETİYLE İLİŞKİLİ BULGULAR

MDB, BDB ve kontrol grubunda Young Mani Ölçeği toplam skorları ≤ 8 bulunmuştur (Tablo 9). MDB grubunda Hamilton Depresyon Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Ölçeği toplam skoru BDB ve kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9, Şekil 1).

Tablo 9: Olgu ve kontrol grubun Young Mani, Hamilton Depresyon ve Hamilton Anksiyete Ölçek skorlarının karşılaştırılması

		MDB	BDB	Kontrol grubu	p
Young Mani	Ort.±s.s.	2,0 ± 1,6	1,5 ± 1,6	0,0 ± 0,0	0,000 ^K
	Medyan	2,0	1,5	0,0	
Hamilton					
Depresyon	Ort.±s.s.	18,0 ± 4,6	16,0 ± 4,3	0,0 ± 0,0	0,000 ^K
	Medyan	18,0	16,0	0,0	
Anksiyete Toplam	Ort.±s.s.	20,7 ± 11,3	13,4 ± 8,8	0,0 ± 0,0	0,000 ^K
	Medyan	19,5	11,0	0,0	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test)
İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$



Şekil 1: Olgu ve kontrol grubun Hamilton Depresyon ve Hamilton Anksiyete Ölçek skorlarının karşılaştırılması

4.4. ÜSTBİLİŞLERLE İLİŞKİLİ BULGULAR

MDB ve BDB grubunda Üstbilis ölçeği toplam skoru, kontrol edilemezlik ve tehlike skoru, bilişsel güven skoru, düşünce kontrol ihtiyacı skoru ve bilişsel farkındalık skoru kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. MDB ve BDB grupları arasında Üstbilis ölçeği toplam skoru, kontrol edilemezlik ve tehlike skoru, bilişsel güven skoru, düşünce kontrol ihtiyacı skoru ve bilişsel farkındalık skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. MDB, BDB ve

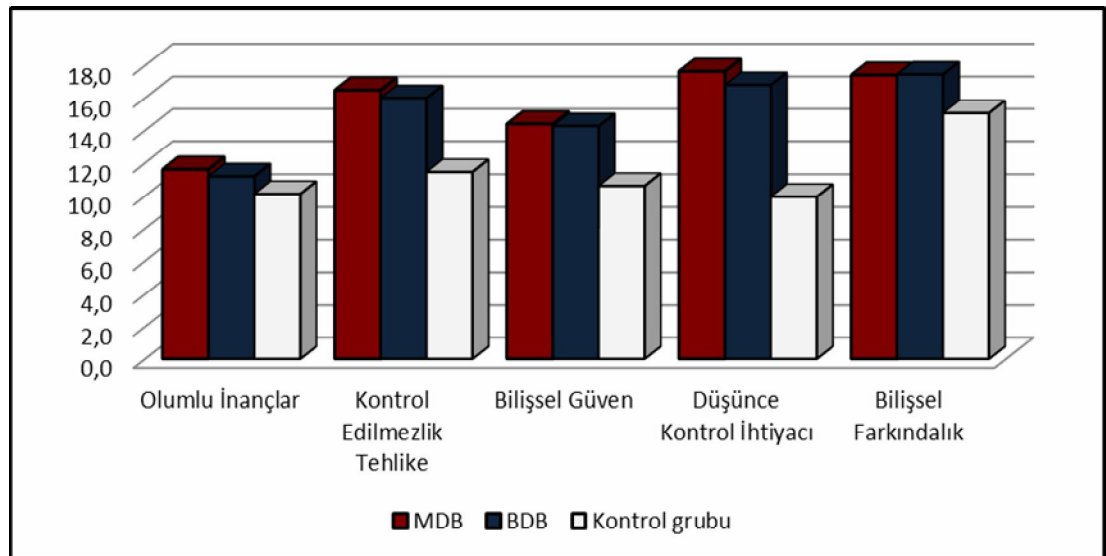
kontrol grubunda Üstbiliş ölçeği olumlu inançlar skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 10, Şekil 2).

Tablo 10: Olgu ve kontrol grubun Üstbiliş-30 Ölçek sonuçlarının karşılaştırılması

		MDB	BDB	Kontrol grubu	p
Üstbiliş					
Üstbiliş toplam	Ort. $\pm$ s.s.	77,2 $\pm$ 15.5*	75,7 $\pm$ 14.5*	56,8 $\pm$ 11,9	0,000 ^K
	Medyan	79,0	78,0	56,0	
Olumlu İnançlar	Ort. $\pm$ s.s.	11,6 $\pm$ 4.8*	11,2 $\pm$ 4.1*	10,1 $\pm$ 3,3	0,214 ^K
	Medyan	11,0	10,0	10,0	
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Ort. $\pm$ s.s.	16,5 $\pm$ 4.2*	16,0 $\pm$ 3.8*	11,4 $\pm$ 3,7	0,000 ^K
	Medyan	17,0	16,0	11,0	
Bilişsel Güven	Ort. $\pm$ s.s.	14,4 $\pm$ 5.6*	14,3 $\pm$ 5.4*	10,6 $\pm$ 3,9	0,000 ^K
	Medyan	14,5	13,0	10,0	
Düşünce Kontrol İhtiyacı	Ort. $\pm$ s.s.	17,6 $\pm$ 4.8*	16,8 $\pm$ 4.8*	9,9 $\pm$ 3,6	0,000 ^K
	Medyan	18,0	17,0	9,0	
Bilişsel Farkındalık	Ort. $\pm$ s.s.	17,4 $\pm$ 3.8*	17,4 $\pm$ 3.8*	15,1 $\pm$ 4,4	0,000 ^K
	Medyan	17,0	18,0	14,0	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test)

* Kontrol grubu ile fark $p < 0.05$



Şekil 2: Olgu ve kontrol grubun Üstbiliş-30 Ölçek sonuçlarının karşılaştırılması

4.4. RUMİNASYON VE KAÇINMA TUTUMLARIYLA İLİŞKİLİ BULGULAR

MDB ve BDB grubunda Ruminatif Düşünce Biçimi skoru kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. MDB ve BDB grupları arasında Ruminatif Düşünce Biçimi skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 11, Şekil 3).

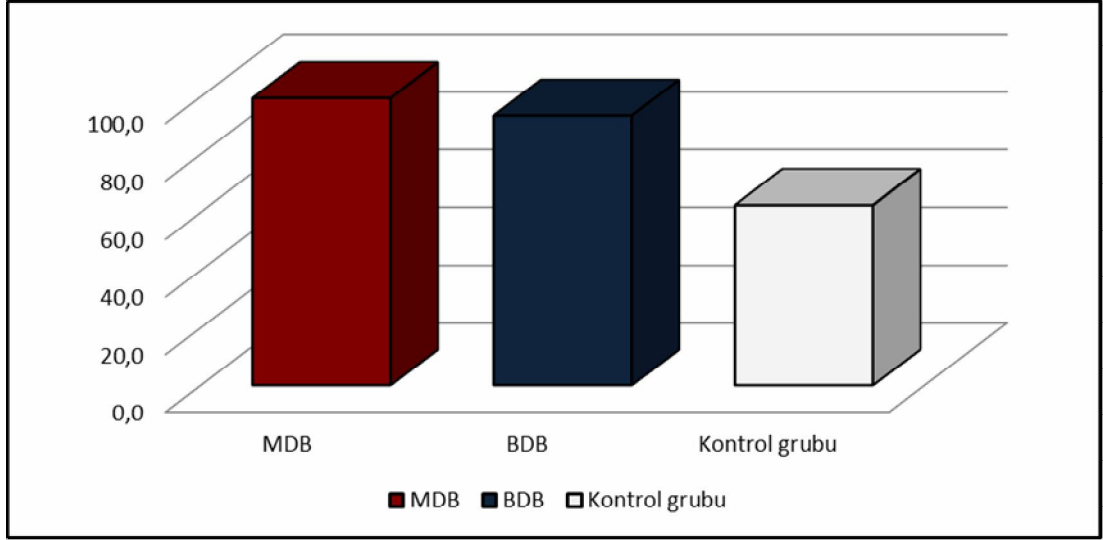
MDB ve BDB grubunda Young-Rygh Kaçınma toplam skoru, bilişsel/duygusal kaçınma skoru ve davranışsal/somatik kaçınma skoru kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. MDB ve BDB grupları arasında Young-Rygh Kaçınma toplam skoru, bilişsel/duygusal ve davranışsal/somatik kaçınma skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 11, Şekil 4).

Tablo 11: Olgu ve kontrol grubun Ruminatif Düşünce Biçimi ve Young-Rygh Kaçınma Ölçek sonuçlarının karşılaştırılması

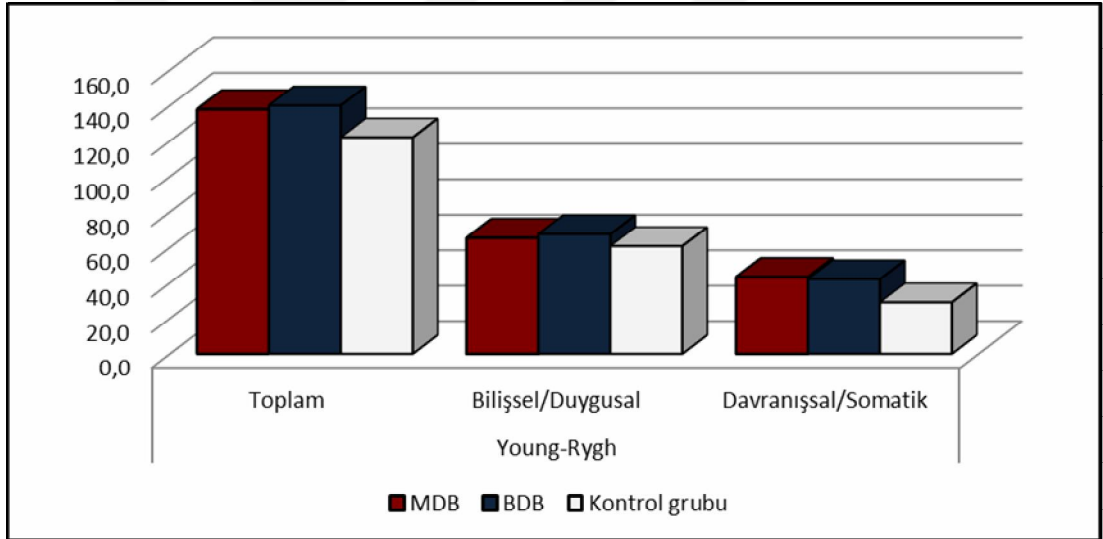
		MDB	BDB	Kontrol grubu	p
Ruminatif Düşünce Biçimi	Ort. ±s.s	99,5 ± 26.3*	93,4 ± 26.5*	62,4 ± 24,0	0,000 ^K
	Medyan	105,0	95,5	58,5	
	Young-Rygh Kaçınma				
Toplam	Ort. ±s.s	137,9 ± 20.7*	140,0 ± 19.5*	122,0 ± 17,2	0,000 ^K
	Medyan	137,0	140,0	121,0	
	Bilişsel/Duygusal	Ort. ±s.s	65,3 ± 13.6*	67,4 ± 12.9*	
Medyan		64,5	66,0	61,5	
Davranışsal/Somatik		Ort. ±s.s	43,2 ± 8.9*	42,0 ± 8.9*	29,0 ± 8,0
	Medyan	42,5	43,0	28,0	

^K Kruskal-wallis (Mann -whitney u test)

* Kontrol grubu ile fark $p < 0.05$



Şekil 3: Olgu ve kontrol grubun Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçek sonuçlarının karşılaştırılması



Şekil 4: Olgu ve kontrol grubun Young-Rygh Kaçınma Ölçek sonuçlarının karşılaştırılması

4.5. DUYGUSAL ŞEMALARLA İLİŞKİLİ BULGULAR

MDB ve BDB grubunda Leahy Duygusal Şema kontrol edilemezlik skoru, zayıflık skoru, anlaşılabilirlik skoru, rasyonellik skoru, ruminasyon skoru, farklılık skoru, duyguları inkar skoru, onaylanma skoru, duyguları zararlı görme skoru ve suçluluk skoru kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. MDB ve BDB grupları arasında Leahy Duygusal Şema kontrol edilemezlik skoru, zayıflık skoru, anlaşılabilirlik skoru, duygulardan kaçınma skoru,

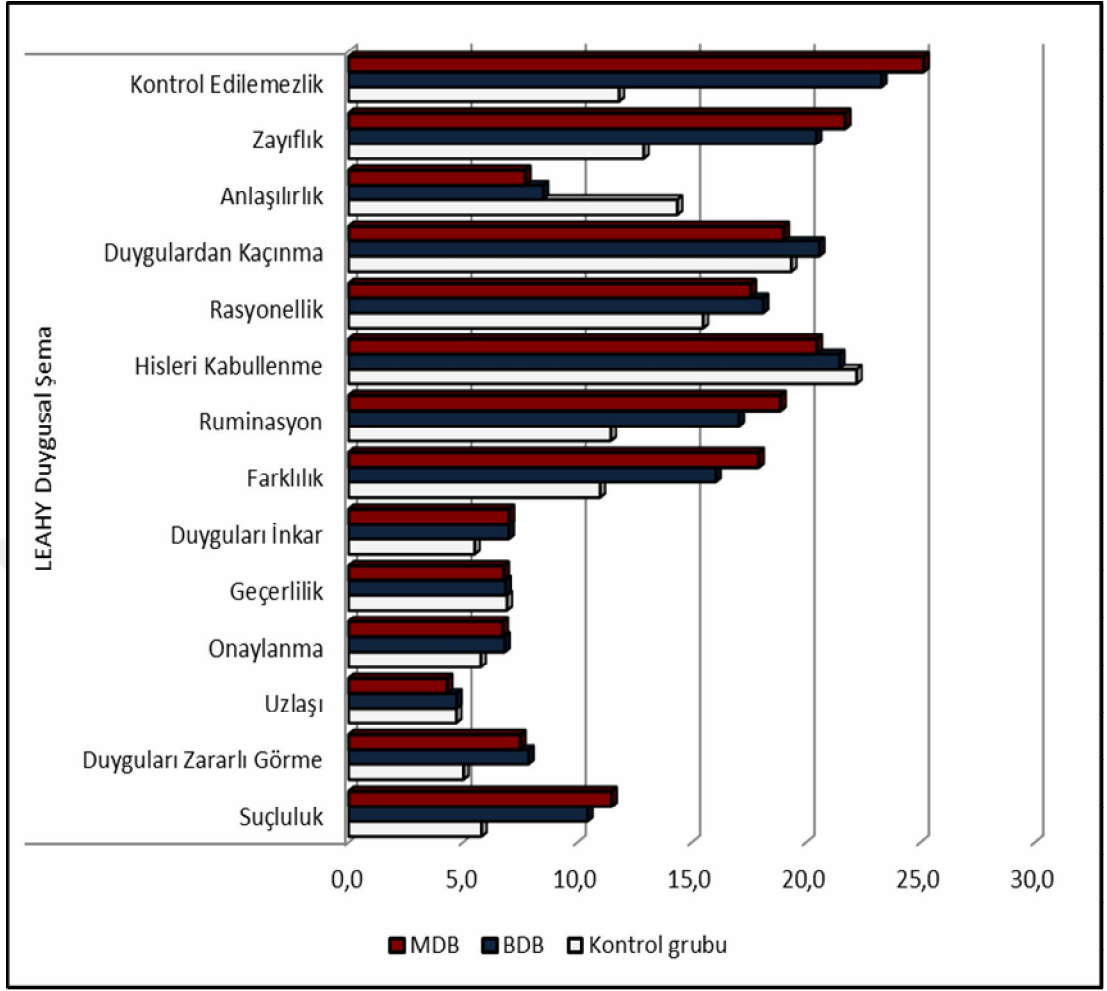
hisleri kabullenme skoru, geçerlilik skoru, uzlaş skoru, rasyonellik skoru, ruminasyon skoru, farklılık skoru, duyguları inkar skoru, onaylanma skoru, duyguları zararlı görme skoru ve suçluluk skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 12, Şekil 5).

Tablo 12: Olgu ve kontrol grubun Leahy Duygusal Şema Ölçek sonuçlarının karşılaştırılması

		MDB	BDB	Kontrol	p
		Ort.±s.s.	Ort.±s.s.	Ort.±s.s.	
LEAHY Duygusal Şema					
Kontrol Edilemezlik	Ort. ±s.s	25,1 ± 7.7*	23,3 ± 7.2*	11,8 ± 5,7	0,000 ^K
	Medyan	26,0	22,5	11,0	
Zayıflık	Ort. ±s.s	21,7 ± 5.9*	20,4 ± 6.4*	12,9 ± 4,7	0,000 ^K
	Medyan	22,0	22,0	12,5	
Anlaşırlık	Ort. ±s.s	7,7 ± 4.5*	8,5 ± 4.6*	14,4 ± 3,8	0,000 ^K
	Medyan	7,0	7,0	16,0	
Duygulardan Kaçınma	Ort. ±s.s	19,0 ± 6,0	20,6 ± 6,4	19,3 ± 4,7	0,195 ^K
	Medyan	20,0	21,5	19,0	
Rasyonellik	Ort. ±s.s	17,6 ± 5.2*	18,1 ± 3.9*	15,5 ± 3,0	0,000 ^K
	Medyan	19,0	18,5	16,0	
Hisleri Kabullenme	Ort. ±s.s	20,5 ± 5,4	21,5 ± 5,4	22,2 ± 3,9	0,152 ^K
	Medyan	20,5	22,0	22,5	
Ruminasyon	Ort. ±s.s	18,9 ± 4.7*	17,1 ± 4.6*	11,5 ± 4,3	0,000 ^K
	Medyan	19,0	18,0	11,5	
Farklılık	Ort. ±s.s	17,9 ± 6.4*	16,0 ± 5.5*	11,0 ± 4,3	0,000 ^K
	Medyan	18,0	16,0	10,0	
Duyguları İnkâr	Ort. ±s.s	7,2 ± 2.1*	7,1 ± 2.0*	6,0 ± 2,0	0,000 ^K
	Medyan	7,0	7,0	5,5	
Geçerlilik	Ort. ±s.s	6,8 ± 2,7	6,9 ± 2,4	6,9 ± 2,1	0,829 ^K
	Medyan	7,0	7,0	7,0	
Onaylanma	Ort. ±s.s	6,7 ± 2.9*	6,8 ± 3.1*	5,8 ± 2,0	0,040 ^K
	Medyan	7,0	7,0	6,0	
Uzlaş	Ort. ±s.s	4,3 ± 2,9	4,7 ± 2,7	4,7 ± 2,2	0,180 ^K
	Medyan	3,0	4,0	4,0	
Duyguları Zararlı Görme	Ort. ±s.s	7,5 ± 3.2*	7,9 ± 3.0*	5,0 ± 2,5	0,000 ^K
	Medyan	7,0	8,0	5,0	
Suçluluk	Ort. ±s.s	11,5 ± 10.1*	10,4 ± 4.0*	5,8 ± 2,2	0,000 ^K
	Medyan	11,0	11,0	6,0	

^KKruskal-wallis (Mann-whitney u test)

- Kontrol grubu ile fark $p < 0.05$



Şekil 5: Olgu ve kontrol grubun Leahy Duygusal Şema Ölçek sonuçlarının karşılaştırılması

5. TARTIŞMA

Klinik, fenomenolojik ve görüntüleme çalışmaları açısından MDB ve BDB arasındaki ayrımla ilgili artan kanıtlar olmasına rağmen (125-128) sadece az sayıdaki araştırma, bu iki bozukluğun bilişsel yapısındaki farklılıklara odaklanmış ve otomatik düşünceler, disfonksiyonel varsayımlar ve şemalarda bu farklılıkları aramak eğiliminde olmuştur (129,130). Üstbiliş veya duygusal şemalar açısından bu iki bozukluk arasındaki ayırım üzerine az sayıda literatür araştırması mevcuttur (109,131). Araştırmamız bu ilgi alanına odaklanan birkaç çalışmadan biri olmuştur. Literatürde MDB ve BDB arasındaki kaçınma tutumlarıyla ilişkili bir araştırma bulunmamakta olup çalışmamız bu konuda yapılan ilk araştırma niteliği taşımaktadır.

5.1. SOSYODEMOGRAFIK BULGULAR ÜZERİNE DEĞERLENDİRMELER

MDB grubunda hastalık başlangıç yaşı BDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamızın bu sonucu birçok çalışma ile uyumludur. Goodwin ve Jamison'un kitabında (80) belirtildiği üzere BDB'un ortalama başlangıç yaşı çok daha küçüktür (yaklaşık yirmili yaşların erken yılları). Yine yürütülen pek çok çalışmada BB grubunda erken başlangıç yaşı saptanmıştır (89,131,132). Bu nedenle, ilk epizod depresyonlarda bu özellik klinik uygulamada değerlendirmeye alınmayı hak etmektedir.

Çalışmamızda BDB grubunda hastane yatış sayısı MDB grubundan istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur. Hastane yatış sayısının BDB grubunda daha çok olması, bu hastaların daha sık epizod geçirmesi ve bu hastalarda daha şiddetli epizodlar bulunması ile ilişkili olabilir (133). Araştırmamızda BDB grubunun depresif epizod sayısı MDB grubundan istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuç literatür ile uyumludur. Yapılan çalışmalarda BB

tanısı olanların MDB hastalarından daha fazla depresif dönemi olduğu öne sürülmüştür (134,135). Çalışmamızda ayrıca toplam epizod sayısı ve yıllık epizod sıklığı BDB grubunda MDB grubundan istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek çıkmıştır. Goodwin ve Jamison'un kitabında (80) belirtildiği üzere BDB hastalarında yinelemeler ve epizod sıklığı MDB tanılı hastalara göre daha yüksek oranda görülmektedir.

Çalışmamızda kontrol grubunda çalışma oranı MDB ve BDB grubundan, MDB grubunda ise BDB grubundan istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç, BDB hastalarının MDB hastalarına göre epizod sıklığının daha fazla olması ve daha şiddetli epizodlarla seyretmesi nedeniyle işlevselliğinin daha çok düşmesi şeklinde açıklanabilir. Yapılan araştırmalar BB'un MDB'a göre daha erken yaşta başladığını, zaman içinde daha fazla sayıda ataklarla seyrettiğini bildirmiştir. Bu da BB tanılı hastaların işlevselliğinin daha çok düşmesi ve tedavi gereksinimi içinde olduklarının bir açıklaması olabilir (133).

Çalışmamızda BDB grubunda mevsimsellik oranı MDB grubundan istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek çıkmıştır. BB için literatür tarafından desteklenen genel, net bir mevsimsel örüntü bulunmadığı Dünya Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan seride bildirilmiştir. Bu nedenle mevsimsellik çalışmadan çalışmaya değişkenlik gösterebilir (136). Mevsimsellik çalışmadan çalışmaya değişkenlik gösterebilse bile, yineleme eğilimini vurgulayan bir özelliktir ve Shin ve arkadaşları (137) tarafından toplum örnekleme üzerinde yürütülen bir çalışmada BB hastaları, MDB ve kontrol grubundan mevsimsel özellik gösterme açısından ayrılmıştır. Bipolar depresyon dönemlerinin sonbahar ya da kış mevsimlerinde görülme oranı yüksektir (138).

Araştırmamızda MDB ve BDB grupları arasında intihar girişim sayısı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Bottlender ve arkadaşları MDB ve BB hastaları arasında, intihar niyeti (intihar düşünceleri her iki grupta da % 40) ve hastanede yatış sırasında tamamlanmış intihar girişimi (her iki grupta da % 0.8) açısından bir fark olmadığını bildirmiştir (139).

Çalışmamızda MDB ve BDB grupları arasında birinci derece akrabada psikiyatrik hastalık oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Araştırmamız bu bulgu açısından çoğu çalışma (89,140) ve Goodwin ve Jamison'un kitabından farklıdır. Goodwin ve Jamison'a göre (80) BB'un aynı aile üyelerinde görülme sıklığı oldukça yüksektir. Her ne kadar MDB'ta da genetik geçişe işaret eder bulgular varsa da, bu BB için çok daha net ve yüksek orandadır. Araştırmamızdaki MDB ve BDB gruplarının birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık oranında anlamlı farklılık olmaması katılımcıların az sayıda olmasıyla ilişkili olabilir.

5.2. ÜSTBİLİŞSEL TUTUMLAR İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELER

Geleneksel bilişsel davranışçı terapi (BDT), psikolojik rahatsızlıklara olayların kendisinin değil, yorumlanma biçimlerinin neden olduğunu söylerken; A. Wells tarafından geliştirilen üstbilişsel model, insanların düşünme biçimlerine odaklanır ve sorunu bireylerin olumsuz düşünce, duygu ve yaşantılarla ilgili düşünme süreçlerinin esnek olmayışı ve tekrarlayıcı nitelikte olmasına bağlar (101). Dolayısıyla üstbilişsel sistemde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın, doğal olarak pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde önemli bir faktör olacağı düşünülmektedir (141).

Araştırmamızda elde edilen sonuçlar göz önüne alındığında MDB ve BDB gruplarında Üstbiliş Ölçeği'nin olumlu inançlar dışındaki diğer alt ölçek puanları ve Üstbiliş Ölçeği toplam puanı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek iken; MDB ve BDB grupları arasında Üstbiliş Ölçeği toplam ve tüm alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Araştırmamız bu sonuçlar açısından Batmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışma (110) ile benzer özellikler taşımaktadır.

Çalışmamızda Üstbiliş Ölçeği'nin bilişsel farkındalık alt boyutu, MDB ve BDB hastalarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek değerlendirilmiştir. Wells'in belirttiği gibi (142), bilişsel farkındalık, yani düşüncenin süreçlerine dikkatin yönlendirilmesi, depresyondaki bireylerde tehdit olarak kendini gösteren içsel zihinsel yaşantıların işlevsel olmayan monitörizasyonu için bir

belirteçtir. Bu nedenle, bu alt ölçekte daha yüksek skorlama metakognitif model ile tutarlı görünmektedir (143,144). Sarısoy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (109), araştırmamızdan farklı olarak Üstbiliş Ölçeği'nin olumlu inançlar dışında, bilişsel farkındalık alt boyutunda da MDB, BDB ve kontrol grubunda anlamlı farklılık çıkmamıştır. Sarısoy ve arkadaşlarının çalışmasında toplam katılımcı sayısının 156 olması, olgu grubunda depresyon şiddetini ölçen farklı bir ölçek kullanılmış olması ve bu ölçekte depresyon şiddeti açısından belli sınır aralığı kullanılmamış olması, bizim araştırmamızda ise katılımcı sayımızın daha yüksek olması ve depresif olgu grubumuzun sadece hafif ve orta şiddetli depresyon ($HAM-D \leq 28$) hastalarından oluşması iki çalışmadaki üstbiliş tutumlarıyla ilgili farklılıkları açıklayabilir.

Sonuçlarımıza göre Üstbiliş Ölçeği'nin bilişsel güven olarak adlandırılan alt boyutu; MDB ve BDB hastalarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek bulunmuş olup bu sonuç MDB ve BDB hastalarının hafızalarına olan güvensizlikleri ve bazen de bunama ile karışacak düzeyde yaşadıkları unutkanlıkları ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Depresif tabloda görülebilen endişe örüntüsünden yola çıkarak Sarısoy ve arkadaşları da MDB, BDB ve kontrol gruplarını endişeye ilişkin üstbilişsel inanışlar açısından karşılaştırmış, bizim ve Batmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalardaki gibi bilişsel güvensizliğin BDB grubunda kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır (109).

5.3. RUMİNATİF YANIT BİÇİMİNE DAİR DEĞERLENDİRMELER

Psikolojik rahatsızlıkların oluşmasında ve devam etmesinde rol oynayan üstbilişsel süreçlerden birisi olan ruminasyona ilişkin olumlu inanışlar bireylerin ruminasyon eğiliminin artmasına yol açmakta, artan ruminasyon düzeyi ruminasyonun olumsuz sonuçlarına yönelik inanışları güçlendirmekte ve bütün bunların sonucunda da depresif belirtilerde artış gözlenmektedir. Diğer bir deyişle, üstbilişsel bir strateji olarak ruminasyon yapmanın işe yarayacağı inancı ile harekete geçen ruminatif düşünme biçimi, depresif belirtilerin alevlenmesi üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olmakla birlikte, ruminasyon yapan bireylerde artan depresif belirti

düzeyinin açıklanmasında, ruminasyonla ilgili olumsuz üstbilişsel inanışlar da rol oynamaktadır (145).

Araştırmamızda MDB ve BDB grubunda RDBÖ toplam skoru kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olup MDB ve BDB grupları arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Sonucumuz A. Wells tarafından geliştirilen üstbilişsel model ile uyumludur. Batmaz ve arkadaşlarının ruminasyonla ilgili üstbilişsel inançları değerlendiren çalışmasında olgu ve kontrol grubu ruminasyon ve patolojik endişe açısından karşılaştırıldığında BB tip-1, BB tip-2 ve MDB gruplarında kontrol grubuna göre daha yüksek endişe ve ruminatif yanıt düzeyleri bulunmuştur (110). Araştırmamızda kullanılan RDBÖ, daha önceden yapılan literatür çalışmalarında bu iki bozukluk arasındaki ruminasyonla ilişkili üstbilişsel inançları değerlendiren ölçeklerden farklıdır. Çalışmamızda kullanılan RDBÖ, daha çok kişinin o anki duygudurumundan bağımsız olarak genel bir ruminatif yanıt biçimini değerlendirmeye çalışırken Batmaz ve arkadaşlarının araştırmasındaki ölçek, depresif düşünce ve duyguya yönelik ruminasyonu değerlendirmektedir. Bununla birlikte bu çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde ruminasyonun MDB ve BDB hastalarında kontrol grubuna göre daha fazla olduğu bulunmuştur.

Araştırmacılar endişeyi anksiyete bozuklukları (özellikle Yaygın Anksiyete Bozukluğu) ve ruminasyonu depresif bozukluklarla ilişkilendirmek eğilimindedir. Bununla birlikte, Hong (146) ve Hoyer ve arkadaşları (147) klinik olmayan bir örnekleme ve Goring & Papageorgiou (148) ise klinik bir örnekleme ruminasyonu sadece depresyon ile ilişkili bulmuşken endişenin depresyon ve anksiyete ile korele olduğunu bildirmişlerdir. Bu bulgular ışığında, depresyon ile ilişkili üstbilişlere ek olarak, depresyon hastalarında endişe ile ilişkili üstbilişlerin de değerlendirilmesinin önemli olduğu söylenebilir.

5.4. KAÇINMA TUTUMLARINA DAİR DEĞERLENDİRMELER

MDB ve BDB tanıli hastalar psikomotor aktivite, somatik yakınmalar, öfke dışavurumu gibi özellikler ve sağaltım açısından farklılıklar göstermektedir (80). Mevcut farklılıklara ikincil olarak kaçınma tutumlarında da farklılıklar olabileceği

düşünülerek literatürde bu boyutta yapılmış ilk çalışma niteliğini taşıyan araştırmamızda; YRKÖ aracılığıyla MDB, BB tip-1 tanılı hastalar ve kontrol grubunun şemalarıyla başa çıkmak için geliştirmiş olduğu bilişsel/duygusal ve davranışsal/somatik kaçınma tutumları karşılaştırılmıştır. MDB ve BDB grupları arasında YRKÖ toplam puanı, bilişsel/duygusal kaçınma alt ölçek puanı, davranışsal/somatik kaçınma alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. MDB ve BDB gruplarında YRKÖ toplam puanı, bilişsel/duygusal kaçınma alt ölçek puanı ve davranışsal/somatik kaçınma alt ölçek puanı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlara göre kişinin maladaptif şemalarıyla başa çıkma şekli olan kaçınma tutumunun psikopatolojiyi arttırdığı söylenebilir. Özellikle ilk epizodu depresyon olan hastalarda, BDB yanı sıra MDB olarak tanı alabilmektedir (1). Çalışmamızdaki olgu grupları arasında kaçınma tutumları açısından anlamlı fark olmamasının nedenlerinden biri bu durum olabilmekle beraber çalışmamızda yer alan hasta sayısının az olması da diğer bir faktör olarak düşünülebilir. Yapılacak daha çok çalışma ile kaçınma tutumunun üstbilişsel süreçlerle olan ilişkisi daha iyi anlaşılabilir.

5.5. DUYGUSAL ŞEMALAR İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELER

MDB tanılı hastaların duygusal şema boyutları hakkında araştırmalar olmasına rağmen (10), bu sonuçların BDB hastalarına uygunluğu sorgulanmaktadır. Çünkü bu hasta gruplarının bilişsel yapıları üzerine yapılmış daha önceki çalışmalar bazı önemli farklılıklar göstermiştir (129,149-159). Duygularıyla baş etmekte zorlanan kişilerin kullandıkları duygu düzenleme stratejileri (kabul, kaçınma, sorun çözme, yeniden değerlendirme, ruminasyon ve baskılama) ile psikopatolojik belirtiler (anksiyete, depresyon, yemek yeme, ve maddeye bağlı bozukluklar) arasındaki ilişkiye bakıldığında psikopatolojinin maladaptif stratejiler (ruminasyon, kaçınma, bastırma) ile daha fazla ilişkili olduğu saptanmıştır (160). Biz de araştırmamızda MDB ve BDB tanılı hastalar ve kontrol grubunun duygularına yanıt olarak kullandıkları stratejileri LDŞÖ aracılığı ile 14 boyut altında değerlendirdik.

Araştırmamızda insanların duygularına yönelik nasıl bir tavır takındıklarını ortaya çıkarabilecek LDŞÖ ‘kontrol edilemezlik’, ‘zayıflık’, ‘anlaşılabilirlik’, ‘rasyonellik’, ‘ruminasyon’, ‘farklılık’, ‘duyguları inkar’, ‘onaylanma’, ‘duyguları zararlı görme’ ve ‘suçluluk’ alt ölçek ortalama puanları MDB ve BDB gruplarında kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde MDB ve BDB arasındaki duygusal şema farklılıklarına odaklanan ilk çalışma niteliğinde olan Batmaz ve arkadaşlarının çalışmasında (110) LDŞÖ’nin İngilizce alt ölçek boyutları kullanılmıştır. Bizim çalışmamızda ise LDŞÖ’nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan formunun kullanılmış olması iki çalışma arasında LDŞÖ’nin bazı alt ölçek puanlarının farklı olmasına neden olmuştur. Batmaz ve arkadaşlarının çalışmasında kontrol grubu, MDB ve BDB tanıli hastalara göre LDŞÖ’nin ‘onaylanma’, ‘hisleri kabullenme’ alt ölçek toplam puanları üzerinde, BDB tanıli hastalar da bu alt ölçeklerde MDB hastalarına göre istatistiksel olarak daha yüksek puanlar almıştır. Batmaz ve arkadaşlarının çalışmasında kontrol grubu, LDŞÖ’nin ‘Kontrol edilemezlik’, ‘yüksek değerler’ alt ölçek toplam puanlarında duygudurum bozukluğu gruplarından anlamlı olarak daha yüksek çıkmış, duygudurum bozukluğu grupları arasında ise bu alt ölçeklerde anlamlı farklılık çıkmamıştır. Batmaz ve arkadaşlarının çalışmasında LDŞÖ’nin ‘Anlaşılabilirlik’, ‘dışavurum’ ve ‘uzlaşma’ alt ölçek toplam puanları açısından üç grup arasında anlamlı farklılık çıkmamıştır. Batmaz ve arkadaşlarının çalışmasında LDŞÖ’nin ‘akılcılık’, ‘ruminasyon’ alt ölçek toplam puanları açısından duygudurum bozukluğu gruplarında anlamlı farklılık olmayıp her iki grup kontrol grubundan istatistiksel olarak daha yüksek puanlar almıştır. Batmaz ve arkadaşlarının çalışmasında LDŞÖ’nin ‘suçluluk’ alt ölçek puanlarında MDB tanıli hastalar BDB grubundan, BDB tanıli hastalar ise kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır. Duygudurum bozukluğu gruplarının LDŞÖ ortak alt ölçek puanları açısından çalışmamız ve Batmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışma arasındaki farklılık, Batmaz ve arkadaşlarının BB tip-1 dışında BB tip-2 hastalarını da çalışmalarına dahil etmiş olması ve katılımcı sayılarının daha fazla olması şeklinde açıklanabilir.

Duygusal şema modeline göre ‘rasyonellik’ kişinin adaptif duygusal yanıtlarını engelleyebilmektedir (10). Araştırmamızda LDŞÖ’nin ‘rasyonellik’ alt

ölçek ortalama puanlarının MDB ve BDB hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre, MDB ve BDB hastalarının yaşadıkları olumsuz duygulardan daha fazla kaçındıkları ve endişelenmenin kişinin kendisi için olumlu bir durum olduğuna dair yorumlanması şeklinde duygularına karşı daha rasyonel yanıtlar oluşturdıkları ve bu durumun MDB ve BDB hastalarının psikopatolojiye yatkınlığını arttırdığı düşünülebilir.

Araştırmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Çalışmamızın kesitsel tasarımı nedeniyle, ölçekler ile depresyon arasında herhangi bir nedensel ilişki kurmak mümkün değildir. Sonuçlarda kesin bir neden-sonuç ilişkisinin kurulamaması, benzer popülasyonlarda yapılmış çalışmaların olmaması veya sayılarının az olması, depresif duygudurum bozukluğu gruplarında duygusal şemalarla ilgili yapılan tek çalışmanın İngilizce alt ölçek boyutlarını kullanmış olması nedenleriyle karşılaştırma yapmanın yeterince mümkün olmamasına neden olmaktadır. BDB'un yanlışlıkla MDB olarak tanı alabilme durumu, katılımcı sayımızın az olması, olgu grubundaki depresif hastaların kullanmış oldukları ilaçlar ve terapötik müdahalelerin ölçek sonuçlarını etkilemiş olabilmesiyle beraber tedavi alan ve almayan grupların karşılaştırılmasına fırsat olmaması da diğer kısıtlılıklardır.

Çalışmanın güçlü yönleri arasında; iki depresif grup arasındaki duygusal şemaların karşılaştırıldığı nadir çalışma olması, kaçınma tutumlarının karşılaştırıldığı ilk çalışma olması, bu hasta popülasyonunda üstbiliş konularına bilgi eklenmesi ve kontrol grubunun mevcut olmasıdır. Özellikle üstbilişlere ve duygusal şemalara odaklanan bu çalışmanın sonuçları BDB'un psikoterapisi için klinik anlamda katkılar sağlayabilir. Bu çalışma, BB depresif fazına MDB için uygulanan aynı metakognitif terapi ilkelerinin kullanılma olasılığına işaret etmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamız, duygudurum bozukluğu olan hastalardaki kaçınma tutumlarının incelendiği literatürdeki ilk çalışma özelliği taşımaktadır. Kaçınma tutumlarına dair sonuçlarımıza göre, duygudurum bozukluğu olan hasta gruplarında YRKÖ toplam puanı, bilişsel/duygusal ve davranışsal/somatik kaçınma alt ölçek puanlarının kontrol grubundan daha yüksek çıkmış olması, kişinin maladaptif şemalarıyla başa çıkma şekillerinden biri olan kaçınma tutumunun psikopatolojiyi arttırdığını düşündürmekle beraber bulgularımız çok sayıda çalışma tarafından desteklenmesi durumunda daha anlamlı hale gelecektir.

Araştırmamızda Üstbilis Ölçeği'nin olumlu inanç alt boyutu dışındaki diğer alt boyutları, MDB ve BDB gruplarında kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek bulunmuş olup olumlu inançlar alt boyutu her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Mevcut bulgular özellikle metakognitif terapi yaklaşımının MDB dışında BDB için de klinikte kullanılabilir olduğuna işaret etmektedir.

LDŞÖ 'Kontrol edilemezlik' ve 'ruminasyon' alt ölçek ortalama puanları MDB ve BDB hasta gruplarında kontrol grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuç olgu grubundaki depresif hastaların olumsuz duygularını kontrol edemeyeceklerine inandıklarını ve yaşadıkları olumsuz duygularla ilişkili olarak ruminatif bir sürece girdiklerini göstermektedir. Bu bulgularımız, depresyonla giden duygudurum bozukluklarına yönelik klinik müdahalelerde olumsuz duyguların olduğu gibi yaşantılanması ve bunlara yönelik ruminatif yanıtın engellenmesine odaklanması önerilerini beraberinde getirmektedir. Ayrıca olumsuz duyguların onaylanmalarına, kabul ve normalize edilmelerine yönelik psikoeğitim programlarının uygulanması psikopatolojiler için önleyici bir tedbir olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda LDSÖ ‘kontrol edilemezlik’, ‘zayıflık’, ‘anlaşılabilirlik’, ‘rasyonellik’, ‘ruminasyon’, ‘farklılık’, ‘duyguları inkar’, ‘onaylanma’, ‘duyguları zararlı görme’ ve ‘suçluluk’ alt ölçek ortalama puanlarının MDB ve BDB gruplarında kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek çıkmış olması; duygusal odaklı bilişsel terapi seansları sırasında bu iki bozuklukla çalışırken duygusal şema farklılıklarının uygun tekniklerle kullanılabilmesine de işaret etmektedir.

Çalışmamız verilerine göre ruminatif düşünme süreçlerinin duygudurum bozukluğu gruplarında kontrol grubuna göre daha fazla kullanıldığı sonucuna ulaştık. Üstbilişsel psikoterapide genel olarak ruminatif düşünme sürecinin ortadan kaldırılmasına ve ruminasyona ilişkin hatalı üstbilişsel inanışlara müdahale edilmesine yönelik tekniklerin kullanılmasının nüksetmeyi önleyeceği düşünülebilir.

Araştırmamız, yapılacak sonraki çalışmalarda daha fazla hasta sayısı alınarak ve BB’un alt tipleri de dahil edilerek tekrarlanabilir. Tüm bu bilgiler doğrultusunda, üstbilişsel yaklaşıma ilişkin çalışmaların, özellikle de bilişsel modelle karşılaştırmalı olarak yürütülmesi ve yaygınlaşması, bilişsel bakış açısını tamamlamak, terapi etkililiğini arttırmak, terapi sürecini kısaltmak ve nüksetme riskini azaltmak açısından önemli bir hedef olarak karşımıza çıkmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. Ghaemi SN, Sacks GS, Chiou AM. Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *Journal of Affective Disorders* 1999;52:135-144.
2. Manning JS, Ahmed S. Mood disorders in family practice: beyond unipolarity to bipolarity. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002;4:142-150.
3. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. Systematic comparison of major depression with spontaneous hypomania (bipolar 2) versus those with antidepressant-associated hypomania in the French national EPIDEP Study. *Journal of Affective Disorders* 2001;73:65-74.
4. Judd L, Akiskal HS. The long term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar 1 disorder. *Archives of General Psychiatry* 2002;59:530-537.
5. Judd L, Akiskal HS. A prospective investigation of the natural history of the long term weekly symptomatic status of bipolar 2 disorder. *Archives of General Psychiatry* 2003;60:261-269.
6. Judd L, Akiskal HS. The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders? *Journal of Affective Disorders* 2003;73:19-32.
7. Akiskal HS, Maser JD, Zener PJ. Switching from unipolar to bipolar 2: an 11 year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Archives of General Psychiatry* 1995;52:114-123.
8. Mitchell P, Malhi G. Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics. *Bipolar Disorders* 2004;6:530-539.
9. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognition questionnaire: properties of the MCQ 30. *Behaviour Research and Therapy* 2004;42(4):385-396.
10. Leahy RL. "A model of emotional schemas". *Cognitive Behavioral Practice* 2002;9:177-190.
11. Leahy RL. *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. The Guilford Press, New York, 2001.
12. Leahy RL. *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy: Transforming Challenges into Opportunities for Change*. The Guilford Press, New York, 2003.
13. McCubbin RA, Sampson MJ. The relationship between obsessive-compulsive symptoms and appraisals of emotional states. *Journal of Anxiety Disorders* 2006;20:42-57.
14. Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Sedlackova Z, Cerna M, Mainerova B, et al. Bipolar affective disorder and psychoeducation. *Neuroendocrinology Letters* 2013;34(2):83-96.
15. Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, Fagiolini AM, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry* 2005;62(9):996-1004.
16. Öztürk MO, Uluşahin A. *Duygudurum Bozuklukları. Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş 13. Baskı*, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2015, 261-326.

17. Hunziker ME, Suehs BT, Bettinger TL, Crismon ML. Duloxetine hydrochloride: a new dual-acting medication for the treatment of major depressive disorder. *Clinical Therapeutics* 2005; 27(28):1126–1143.
18. Pereira P, Ganesini J, da Silva Barbosa C, Cassol GF, Von Borowski RG, Kahl VF, et al. Neurobehavioral and genotoxic parameters of duloxetine in mice using the inhibitory avoidance task and comet assay as experimental models. *Pharmacological Research* 2009; 59(1):57-61.
19. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara, 2003, 5-11.
20. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, 1. Baskı, Ankara, 1998.
21. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: National Comorbidity Survey Replication, *JAMA* 2003; 289(23):3095-3105.
22. Angst J. Epidemiology of depression. *Psychopharmacology* 1992;106:71-74.
23. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry* 2004;184(5):386-392.
24. Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry* 1999;156(7):1000–1006.
25. Yazıcı O, Oral ET, Vahip S. Depresyon Sağaltım Kılavuzu Kaynak Kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 2008, 71-99.
26. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet* 2006;367:153-167.
27. Wurtman RJ. Genes, stress, and depression. *Metabolism* 2005; 54:16-19.
28. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301(5631):386-389.
29. Kaufman J, Yang BZ, Douglas-Palumberi H, Houshyar S, Lipschitz D, Krystal JH. Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2004;101(49):17316-17321.
30. Grabe HJ, Lange M, Wolff B, Volzke H, Lucht M, Freyberger HJ. Mental and physical distress is modulated by a polymorphism in the 5-HT transporter gene interacting with social stressors and chronic disease burden. *Molecular Psychiatry* 2005;10(2):220-224.
31. Stephen M. Stahl, *Essential Psychopharmacology*. Cambridge University Press, 2. Baskı, 2000;5:154-197, 2000;10:373-380.
32. Kaplan&Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Türkçe 8. Baskı, Cilt 1, 60-71.
33. Pedro L, Delgado MD, Francisco A. *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*. 2007, 101-116.

34. Van Praag HM. The significance of biological factors in the diagnosis of depressions: I. Biochemical variables. *Comprehensive Psychiatry* 1982;23(2):124-135.
35. Işık E, Uzbay T. Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. Ankara, 2008, 131-144.
36. Deuschle M, Blum WF, Englaro P, Schweiger U, Weber B, Pflaum CD, et al. Plasma Leptin in Depressed Patients and Healthy Controls. *Hormone and Metabolic Research* 1996;28(12):714-717.
37. Beck- Friis J, Ljunggren JG, Thoren M. Melatonin, cortisol and ACTH in patients with major depressive disorder and healthy human with special reference to the outcome of dexamethasone suppression test. *Psychoneuroendocrinology*. 1985;10:173-186.
38. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M. Depresif bozukluklarda risk etmenleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002;8:5-15.
39. Swindle RW Jr, Cronkite RC, Moos RH. Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1998;186(8):462-469.
40. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri Özet Kitabı. Aydın H, Bozkurt A. (Çeviri ed.) 8. Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, 2005.
41. Shea MT, Widiger TA, Klein MH. Comorbidity of personality disorder and depression: Implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992;60: 857-868.
42. Fava M, Kendler KS. Major depressive disorder. *Neuron* 2000;28(2):335-341.
43. Taylor D, Paton C, Kapur. *The Prescribing Guidelines* (Eleventh edition), Informa Healthcare 2012.
44. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder* (Second Edition). American Psychiatric Publication, Washington, 2000.
45. Prudic J. Electroconvulsive Therapy, Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA. (Ed.) Lippincott Williams&Wilkins: Philadelphia. 2005.
46. Stewart JW. Atypical depression, dysthymia and cyclothymia. *Textbook of Mood Disorders*. Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF. (Ed.) American Psychiatric Publication, 2006, 547-559.
47. Mashour GA, Walker EE, Martuza RL. Psychosurgery: Past, present and future. *Brain Research Reviews* 2005;48(3):409-419.
48. Giacobbe P, Kennedy SH. Deep brain stimulation for treatment-resistant depression: a psychiatric perspective. *Current Psychiatry Reports* 2006;8(6):437-444.
49. Sachdev PS, Chen X. Neurosurgical treatment of mood disorder: traditional psychosurgery and the advent of deep brain stimulation. *Current Opinion in Psychiatry*, 2008;22:25-31.
50. Pail G, Huf W, Pjrek E, Winkler D, Willeit M, Praschak-Rieder N, et al. Bright-light therapy in the treatment of mood disorders. *Neuropsychobiology*, 2011;64(3):152-162.
51. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı. Köroğlu E. (Çeviri Ed.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

52. Işık E, Işık U, Taner Işık Y. Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar. Rota Tıp Kitabevi, Ankara, 2013, 325-529.
53. Rihmer Z, Angst J. Mood Disorders. Synopsis of Psychiatry. 10. Baskı, Cilt 1, Saddock BJ, Saddock VA. (Ed.), Wolter Kluwer-Lipincot Williams Wilkins Press, 2007, 529.
54. Saddock BJ, Saddock VA. Kaplan&Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth Ed. Lippincott Williams & Wilkins, Hagop S, Akiskal MD. (Ed.), 2005;13(1):1559-1575.
55. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Görsel Sanatlar Matbaacılık, İstanbul, 2003, 467-509.
56. Saddock BJ, Saddock VA. Kaplan&Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ninth Ed. Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2009, 1629-1645.
57. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. Lancet 2015.
58. Kaplan&Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A. (Çeviri Ed.) 8. Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, 2007, 1559-1717.
59. McGuffin P, Rijsdijk F, Andrew M, Sham P, Katz R, Cardno A. The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. Archives of General Psychiatry 2003;60:497-502.
60. Saddock BJ, Saddock VA. Kaplan&Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth Ed. volume 1, Mood disorders Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia USA, 2005
61. Thase ME, Sachs GS. Bipolar depression: pharmacotherapy and related therapeutic strategies. Biological Psychiatry 2000;48:558-572.
62. Ketter TA, Calabrese JR. Stabilization of mood from below versus above baseline in bipolar disorder: a new nomenclature. Journal of Clinical Psychiatry 2002;63:146-151.
63. Herman E. Lamotrigine: a depressive mood stabiliser. 16th European College of Neuropsychopharmacology Congress, Prague, 2003.
64. Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, Parikh SV, Beaulieu S, O'Donovan C, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: Update 2009. Bipolar Disorders 2009;11:225-255.
65. Goodwin GM. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition-recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology 2009;23(4):346-388.
66. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: A systematic review of randomized trials. American Journal of Psychiatry 2005;162(10):1805-1819.
67. Coryell W. Maintenance treatment in bipolar disorder: A reassessment of lithium as the first choice. Bipolar Disorders 2009;11(2):77-83.
68. Kessing LV, Hellmund G, Geddes JR, Goodwin GM, Anderson PK. Valproate v. lithium in the treatment of bipolar disorder in clinical practice: observational nationwide register-based cohort study. British Journal of Psychiatry 2011;199(1):57-63.

69. Young LT, Joffe RT, Robb JC, MacQueen GM, Marriott M, Patelis-Siotis I. Double-blind comparison of addition of a second mood stabilizer versus an antidepressant to an initial mood stabilizer for treatment of patients with bipolar depression. *American Journal of Psychiatry* 2000;157(1):124-126.
70. Van der Loos ML, Mulder PG, Hartong EG, Blom MB, Vergouwen AC, de Keyser HJ, et al. Efficacy and safety of lamotrigine as add-on treatment to lithium in bipolar depression: A multi-center, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 2009;70(2):223-231.
71. Malhi GS, Adams D, Lampe L, Paton M, O'Connor N, Newton LA, et al. Clinical practice recommendations for bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2009;11:27-46.
72. Hahn CG, Gyulai L, Baldassano CF, Lenox RH. The current understanding of lamotrigine as a mood stabilizer. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65(6):791-804.
73. Braga MF, Aroniadou-Anderjaska V, Post RM, Li H. Lamotrigine reduces spontaneous and evoked GABA-A receptor-mediated synaptic transmission in the basolateral amygdala: implications for its effects in seizure and affective disorders. *Neuropharmacology* 2002;42:522-529.
74. Vacheron-Trystram MN, Braitman A, Cheref S, Auffray L. Antipsychotics in bipolar disorders. *Encephale* 2004;30(5):417-424.
75. Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowski SM. Anticonvulsants and antipsychotics in the treatment of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998;59(6):74-81.
76. Tohen M, Vieta E, Calabrese J, Ketter TA, Sachs G, Bowden C, et al. Efficacy of olanzapine and olanzapine/fluoxetine combination in the treatment of bipolar I depression. *Archives of General Psychiatry* 2003;60(11):1079-1088.
77. MacQueen GM, Young RT, Robb JC, Marriott M, Cooke RG, Joffe RT. Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001;101: 374-381.
78. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry* 2003;60:402-407.
79. Manning JS, Ahmed S. Mood disorders in family practice: beyond unipolarity to bipolarity. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002;4:142-150.
80. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic Depressive Illness*. Oxford University Press. New York, 1990.
81. Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatric Services* 2001;52(1):51-55.
82. Mitchell PB, Malhi GS. Bipolar depression: Phenomenological overview and clinical characteristics. *Bipolar Disorders* 2004;6(6):530-539.
83. Cueller AK, Johnson S. Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clinical Psychology Review* 2005;25(3):307-339.

84. Agosti V, Stewart JW. Atypical and non-atypical subtypes of depression: comparison of social functioning, symptoms, course of illness, comorbidity, and demographic features. *Journal of Affective Disorders* 2001;65:75-79.
85. Benazzi F. Prevalance and clinical features of atypical depression in depressed outpatients : a 467- case study. *Psychiatry Research* 1999;86:259-265.
86. Mitchell PB, Wilhelm K, Parker G. The clinical features of bipolar depression:a comparison with matched major depressive disorder patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001;62:212-216.
87. Parker G, Roy K, Wilhelm K. The nature of bipolar depression :implications for the definition of melancholia. *Journal of Affective Disorders* 2000;59 :217-224.
88. Perlis RH, Fraguas R, Fava M. The prevalence and clinical correlates of anger attacks during depressive episodes in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2004;79:291-295.
89. Perlis RH, Brown E, Baker RW, Nierenberg A. Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials. *American Journal of Psychiatry* 2006;163:225-231.
90. Wolpert EA, Goldberg JF. Rapid cycling in unipolar and bipolar affective disorders *American Journal of Psychiatry* 1990;147:725-728.
91. Freeman MP, Keck PE. Postpartum depression with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* 2001;158(4):652-660.
92. Janowsky DS, Morter S, Hong L. Myers Briggs Type Indicator and Tridimensional Personality Questionnaire differences between bipolar patients and unipolar depressed patients. *Bipolar Disorders* 1999;1(2):98-108.
93. Chiaroni P, Hantouche EG, Gouvernet J. Hyperthymic and depressive temperaments study in controls, as a function of their familial loading for mood disorders. *Encephale*, 2004;30:509-514.
94. Ghaemi SN, Rosenquist KJ. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. *American Journal of Psychiatry* 2004;161(1):163-165.
95. Akiskal HS, Hantouche EG. Validating antidepressant- associated hypomania (bipolar 3):a systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar 2). *Journal of Affective Disorders* 2003;73:65-74.
96. Phillips ML, Vieta E. Identifying functional neuroimaging biomarkers of bipolar disorder: toward DSM-V. *Schizophrenia Bulletin* 2007;33(4):893-904.
97. Crick F. Şaşırtan varsayım. Say S. (Çeviri Ed.) TÜBİTAK, Ankara, 2000
98. Dienes Z, Perner J. A theory of implicit and explicit knowledge. *Behavioral and Brain Sciences* 1999;22(5):735-755.
99. Wells A, Matthews G. *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Hove, Psychology Press 1994; 265-295.
100. Wells A. *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, John Wiley & Sons. 2000.

101. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. New York: Guilford Press, 2009, 1-3.
102. Nolen-Hoeksema S. Ruminative coping with depression. In Heckhausen J, Dweck CS (Eds.), Motivation and self-regulation across the life span. New York: Cambridge University Press, 1998, 237-256.
103. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. Cognitive Therapy Research 2003;27(3):261-273.
104. Papageorgiou C, Wells A. Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. Depressive rumination: Nature, theory, and treatment, Papageorgiou C, Wells A (Ed.), Chichester, John Wiley & Sons, 2004; 3-20.
105. Papageorgiou C, Wells A. Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. Behavior Therapy 2001;32(1):13-26.
106. Watkins E, Moulds M. Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. Emotion 2005;5(3):319-328.
107. Papageorgiou C, Wells A. A prospective test of the clinical metacognitive model of rumination and depression. International Journal of Cognitive Therapy 2009;2(2):123-131.
108. Weber F, Exner C. Metacognitive Beliefs and Rumination: A Longitudinal Study. Cognitive Therapy and Research 2013;37(6):1257-1261.
109. Sarısoy G, Pazvantoğlu O, Özturan DD, Ay ND, Yılmaz T, Mor S, et al. Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: A comparative study. Nordic Journal of Psychiatry 2014;68(4):275-281.
110. Batmaz S, Kaymak SU, Koçbıyık S, Türkçapar MH. Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. Comprehensive Psychiatry 2014;55(7):1546-1555.
111. Yavuz KF, Türkçapar MH, Demirel B, Karadere E. Üniversite öğrencileri ve çalışanları örnekleminde Leahy Duygusal Şema Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliği. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011;24:273-282.
112. Leahy RL. Emotional Schemas and Resistance to Change in Anxiety Disorders. Cognitive and Behavioral Practice 2006;14(1):36-45.
113. Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. Cognitive and Behavioral Practice 2006;9:177-190.
114. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. British Journal of Psychiatry 1978; 133(5):429-435.
115. Karadağ F, Oral T, Yalçın FA, Erten E. Reliability and validity of Turkish Translation of Young Mania Rating Scale. Turk Psikiyatri Dergisi 2002;13(2):107-114.
116. Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ, Türkçapar MH, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı, Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi 1996;4:251-259.
117. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi 1998;9:114-117.

118. Tosun A, Irak M. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008;19(1):67-80.
119. Brinker JK, Dozois JA. Ruminative Thought Style and Depressed Mood. *Journal of Clinical Psychology* 2009;65(1):1-19.
120. Karatepe HT, Yavuz FK, Türkcan A. Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2013;23(3):231-241.
121. Young JE, Rygh J. Young-Rygh Avoidance Inventory. New York: Cognitive Therapy Center of New York, 1994.
122. Spranger SC, Waller G, Waugh RB. Schema Avoidance in Bulimic and Non-Eating-Disordered Women. *International Journal of Eating Disorders* 2001;29(3):302-306.
123. Soygüt G, Karaosmanoğlu A, Çakır Z, Young-Rygh Kaçınma ölçeğinin psikometrik özellikleri. Basılmamış rapor, 2007.
124. Yavuz KF, Türkçapar MH, Demirel B, Karadere E. Üniversite öğrencileri ve çalışanları örnekleminde Leahy Duygusal Şema Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliği. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011;24:273-282.
125. Bowden CL. A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *Journal of Affective Disorders* 2005;84:117-125.
126. Cuellar AK, Johnson SL, Winters R. Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clinical Psychology Review* 2005;25:307-339.
127. Forty L, Smith D, Jones L, Jones I, Caesar S, Cooper C, et al. Clinical differences between bipolar and unipolar depression. *The British Journal of Psychiatry* 2008;192:388-389.
128. da Almeida JR, Phillips ML. Distinguishing between unipolar and bipolar depression: current and future clinical and neuroimaging perspectives. *Biological Psychiatry* 2013;73(2):111-118.
129. Jones B, Scott J, Haque S, Gordon-Smith K, Heron J, Caesar S, et al. Cognitive style in bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry* 2005;187:431-437.
130. Tzemou E, Birchwood M. A prospective study of dysfunctional thinking and the regulation of negative intrusive memories in bipolar I disorder: implications for affect regulation theory. *Psychological Medicine* 2007;37:689-698.
131. Ateşçi FÇ, Karadağ F, Özdel O, Oğuzhanoglu NK. Bipolar ve yineleyici majör depresif bozuklukların klinik özellikleri: karşılaştırmalı bir çalışma. *Türkiye'de Psikiyatri* 2001;3:95-102.
132. Szadoczky E, Papp Z, Vitrai J, Rihmer Z, Furedi J. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. *Journal of Affective Disorders* 1998;50:153-162.
133. Şahinol EŞ, Aydemir Ö, İçelli İ. Depresyonda Bipolar-Unipolar Ayrımı: Kesitsel, Karşılaştırmalı Bir Sınıflandırma Çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2007;9(2):72-78.
134. Thase ME, Sachs GS. Bipolar depression: Pharmacotherapy and related therapeutic strategies. *Biological Psychiatry* 2000;48:558-572.
135. Himmelhoch JM. Social anxiety, hypomania and the bipolar spectrum: data, theory and clinical issues. *Journal of Affective Disorders* 1998;50(2-3):203-213.

136. Silverstone T. İki Uçlu Bozukluklarda Mevsimsel Değişimlerin Rolü. Oral T. (Çeviri Ed.) Astra Zeneca Yayınları, İstanbul, 2002, 187-189.
137. Shin K, Schaffer A, Levitt AJ, Boyle MH. Seasonality in a community sample of bipolar, unipolar and control subjects. *Journal of Affective Disorders* 2005;86: 19-25.
138. Vahip S. Bipolar Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004;1:41-44.
139. Bottlender R, Jäger M, Strauss A, Möller HJ. Suicidality in bipolar compared to unipolar depressed inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2000;250:257-261.
140. Smoller JW, Finn CT. Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. *American Journal of Medical Genetics Part C Seminars in Medical Genetics* 2003;123:48-58.
141. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders* 1997;11:279– 296.
142. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: a multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research* 2009;33:291-300.
143. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford Press, 2011.
144. Papageorgiou C, Wells A. Depressive rumination: nature, theory, and treatment. Chisester: Wiley, 2003.
145. Yılmaz AE. Depresyonun Üstbilişsel Modeli'nin Türkiye'deki Bir Üniversite Öğrencisi Örnekleminde İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2016;27(2):100-109.
146. Hong RY. Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy* 2007;45:277-290 .
147. Hoyer J, Gloster AT, Herzberg PY. Is worry different from rumination? Yes, it is more predictive of psychopathology! *Psycho-Social-Medicine* 2009; 6:1-9.
148. Goring HJ , Papageorgiou C . Rumination and worry: Factor analysis of self-report measures in depressed participants . *Cognitive Therapy and Research* 2008;32:554-566 .
149. Alloy LB, Abramson LY, Walshaw PD, Neeren AM. Cognitive vulnerability to unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2006;25:729-754.
150. Pavlickova H, Varese F, Turnbull O, Scott J, Morriss R, Kinderman P, et al. Symptom-specific self-referential cognitive processes in bipolar disorder: a longitudinal analysis. *Psychological Medicine* 2013;43(9):1895-1907.
151. Thomas J, Knowles R, Tai S, Bentall RP. Response styles in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2007;100:249-252.
152. Lyon H, Startup M, Bentall RP. Social cognition and the manic defense. *Journal of Abnormal Psychology* 1999;108:273-282.
153. Knowles R, Tai S, Jones SH, Highfield J, Morriss R, Bentall RP. Stability of self-esteem in bipolar disorder: comparison among remitted bipolar patients, remitted unipolar patients and healthy controls. *Bipolar Disorders* 2007;6:490-495.

154. Pardoën D, Bauwens F, Tracy A, Martin F, Mendlewicz J. Self-esteem in recovered bipolar and unipolar outpatients. *The British Journal of Psychiatry* 1993;163:755-762.
155. Van der Gucht E, Morriss R, Lancaster G, Kinderman P, Bentall RP. Psychological processes in bipolar affective disorder: negative cognitive style and reward processing. *The British Journal of Psychiatry* 2009;194:146-151.
156. Ak M, Lapsekili N, Haciomeroglu B, Sutçigil L, Turkcıpar H. Early maladaptive schemas in bipolar disorder. *Psychology and Psychotherapy* 2012;85(3):260-267.
157. Lex C, Meyer TD, Marquart B, Thau K. No strong evidence for abnormal levels of dysfunctional attitudes, automatic thoughts, and emotional information-processing biases in remitted bipolar I affective disorder. *Psychology and Psychotherapy* 2008;81:1-13.
158. Wright K, Lam D, Newsom-Davis I. Induced mood change and dysfunctional attitudes in remitted bipolar I affective disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 2005;114(4):689-696.
159. Tzemou E, Birchwood M. A prospective study of dysfunctional thinking and the regulation of negative intrusive memories in bipolar I disorder: implications for affect regulation theory. *Psychological Medicine* 2007;37:689-698.
160. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2010;30(2):217-237.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Cana CANBAY

Doğum yeri ve tarihi: Bursa/ 06.08.1986

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Bekar

İletişim adresi ve telefonu: Bahçelievler Mahallesi, Leventler Sokak, Leventler Apartmanı, No:3, Daire:5, Haznedar / Bahçelievler / İSTANBUL – 0544 467 35 86

Yabancı dili: İngilizce, Almanca

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (2004-2010)

Bursa Ali Osman Sönmez Fen Lisesi (2001-2004)

Gemlik Celal Bayar Anadolu Lisesi (1997-2001)

Gemlik Gazi İlköğretim Okulu (1992-1997)

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Pratisyen hekim (2010-2013)

Asistan hekim (2013-2018)

IV- Mesleki Deneyimi

Giresun 112 Merkez 1 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu, Pratisyen hekim (2010-2013)

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Yayınlar ve poster bildirileri

Cana Canbay, Gökşen Yüksel, Pınar Çetinay Aydın, Nazan Aydın. Sexual Trauma History in the Female Psychiatric Population and Long Term Effects. Antalya, Nisan 2014.

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar

Ödüller

Projeleri

Verdiği konferans ya da seminerler

Katıldığı paneller (panelist olarak)

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimi (Prof. Dr. Hakan Türkçapar-POEM) ve süpervizyonu (Janus Psikoloji)

Cinsel Terapi eğitimi ve süpervizyonu (CETAD)

Aile Terapisi eğitimi ve süpervizyonu (İlişki Psikoterapileri Enstitüsü)

Kabul ve Kararlılık Terapisi eğitimi ve süpervizyonu (Uzm. Dr. K. Fatih Yavuz)

Dinamik Yönelimli Psikoterapi eğitimi (Prof. Dr. Doğan Şahin)

Psikodinamik Psikoterapi Grup Süpervizyonu (Prof. Dr. Mine Özmen-TPD)

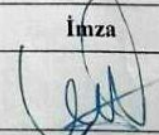
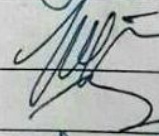
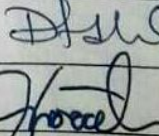
Organizasyonunda katkıda bulunduğu bilimsel toplantılar

Diğer üyelikleri

İstanbul Tabip Odası

9. EKLER

EK 1 - TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU ONAYI

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları SAUM	
02.05.2017/22		
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI		
İlgi : Asist. Dr. Cana CANBAY'ın 19.04.2017 tarih ve 41340010-15532-00043720277 sayılı dilekçesi Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimisi Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Eğitim Koordinatörü Doç. Dr. Bekir TUĞCU ve üyeler Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI, Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'in katılımları ile 02.05.2017 tarihinde toplanmış; Hastanemizin Psikiyatri Kliniği 15. Ünitesinde Uzmanlık Öğrencisi olarak görev ifa eden Asist. Dr. Cana CANBAY'ın Program Yöneticisi tarafından belirlenen Tez Danışmanı Uz. Dr. Özge ŞAHMELİKOĞLU ONUR'un eşliğinde yürütülecek olan "Unipolar ve Bipolar Depresyon Tanılı Hastaların Üstbilişsel Süreçler ve Başa Çıkma Biçimleri İlişkisinin Araştırılması" başlıklı tez protokolü ve ekleri 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 9. Maddesine, 06.06.2016 tarih ve 29744 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği'ne, 26.04.2014 tarih ve 28983 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.02.2014 tarihli Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergeye dayanarak hazırlanmış olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesi'ne istinaden kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Ayrıca bilgileri ve ekleri verilen tez protokolü; gerekçesi, amaçları, yaklaşımı ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildiğinde, çalışmanın belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinin, sonuçlarının yayın yapılmasının Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		
İsim- Soyisim	Görev	İmza
Doç. Dr. Murat ERKIRAN	Hastane Yönetici Başhekimisi TUEK Başkanı	
Doç. Dr. Bekir TUĞCU	Eğitim Koordinatörü Beyin ve Sinir Cerrahisi Eğitim Sorumlusu	
Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU	Psikiyatri Kliniği 16. Ünite Eğitim Koordinatörü	
Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI	Nöroloji Kliniği 1. Ünite Eğitim Koordinatörü	
Doç. Dr. Gül KARAÇETİN	Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği Eğitim Koordinatörü	

EK 2 - BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

- 1) “Unipolar ve Bipolar Depresyon tanılı hastaların üstbilişsel süreçler ve başa çıkma biçimleri ilişkisinin araştırılması” başlıklı bir bilimsel araştırma planlamış bulunmaktayız.
- 2) Toplum içerisinde yapılan tüm bilimsel araştırmalarda gerekli bazı kimlik ve sosyoekonomik durumla ilgili bilgiler, ayrı bir soru formunda sorulacaktır. Kişisel ve tıbbi kayıtlarla ilgili gereken mahremiyete özen gösterilecek ve ilgili kayıtlar kişisel mahremiyet haklarınıza zarar vermemek koşuluyla bilimsel çalışmalarda kullanılabilir.
- 3) Yöntem olarak anket ve testler kullanılacağı için, çalışma sağlığınıza açısından herhangi bir risk taşımamaktadır.
- 4) Araştırma için sizden herhangi bir maddi talepte bulunulmadığı gibi sağlık güvencenize de hiçbir maddi külfet yüklenmemektedir.

EK 3 - KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Görüşlerim ile ilgili bilgilerin katılımcı ismi açıklamaksızın sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacağı tarafıma açıklanmış bulunmaktadır. Testlerin içeriği, sözel olarak tarafıma anlatıldı. Bu çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı imza ile onaylamam gerektiği söylendi.

“Unipolar ve Bipolar Depresyon tanılı hastaların üstbilişsel süreçler ve başa çıkma biçimleri ilişkisinin araştırılması” isimli araştırma hakkında bilgilendirilmiş olup, bu çalışmanın sonuçlarının hali hazırdaki sorun alanlarına katkısının olmayabileceğini anlamış ve kabul etmiş durumdayım. Yazılı onay vermiş olmama rağmen herhangi bir dönemde araştırmadan vazgeçme özgürlüğüne sahip olduğumu biliyorum. Üstte detayları anlatılan çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.

Hasta/hasta yakını adı, soyadı:

İmza:

Tarih:

Açıklama yapanın adı, soyadı: Cana CANBAY

İmzası:

Tarih:

Tanık olan kişinin adı, soyadı:

İmzası:

Tarih:

EK 4 - SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

1.Adı-Soyadı:

Adres:

Telefon:

2.Cinsiyet: 1. Kadın 2.Erkek

3. Doğum tarihi (GG/AA/YY):

4. Öğrenim düzeyi: 1.Yok 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6.Üniversite

7.Master/Doktora

5. Toplam öğrenim yılı:.....

6. Meslek:.....

7. Çalışabilirlik 1. Çalışıyor 2. İşsiz 3. Çalışmıyor 4.Emekli 5. Ev kadını 6. Öğrenci

8. Medeni durum: 1. Bekar 2.Evli 3.Dul 4.Boşanmış 5.Ayrı

9. Toplam hane geliri:

10. Birlikte yaşadığı kişi(ler): 1.Anne-Baba 2. Eş 3. Çocuk 4. Kardeş 5.Akraba
6. Arkadaş 7.Partner 8.Yalnız

11. Sosyal destekler: 1.Var 2.Yok 3.Yetersiz

12. Sigara kullanımı: 1. Hayır 2. Evet paketyıl

13. Alkol kullanımı: 1. Hayır 2. Evet (Süre:....yıl Sıklık:.....
Miktar:.....)

14. Madde kullanımı

1. Hayır

2. Evet

-Kullanılan madde adı:..... Süre:.....yıl Sıklık:..... Miktar:.....

-Kullanılan madde adı:..... Süre:.....yıl Sıklık:..... Miktar:.....

-Kullanılan madde adı:..... Süre:.....yıl Sıklık:..... Miktar:.....

-Kullanılan madde adı:..... Süre:.....yıl Sıklık:..... Miktar:.....

15.Aşağıda kodlanmış (kesinleşmiş olan) hastalıkları akrabalarındaki varlık durumlarına göre işaretleyiniz:

1.Bipolar Boz 2.M. Depresyon 3.Siklotimi 4.Distimi 5.Şizofreni

6.Panik boz 7.Yaygın Anksiyete Boz. 8. OKB 9. Fobi 10. PTSSB

11.Alkol 12.Madde 13.İntihar 14. Anoreksia Nervoza 15. Bulimia

16. Somatoform bozukluk 17.Diğer (.....)

1° akrabalar: Anne____,____ Baba____,____ Erkek kardeş____,____

Kız kardeş____,____ Oğlu____,____ Kızı____,____

2° akrabalar (:____) (:____) (:____)

16. Eşlik eden tıbbi hastalık 1.Yok 2. Var

(.....)

17. Geçmiş Diğer Psikiyatrik Öykü (SCID): 1.Yetersiz bilgi 2.Yok 3.Eşikaltı

4.Var

Panik Boz Sosyal fobi OKB Yeme boz. Psikoz Hipokondriasis

Kişilik boz PTSD Alkol-madde Diğer (.....)

18.Bunların herhangi biri nedeniyle ilk tedavi yaşı:

19.Kötüye kullanım / Travma: 1.Var 2.Yok 3.Bilinmiyor

(Var ise türünü belirtin) a. Cinsel b.Fiziksel c. Duygusal d.Diğer

İLK EPİSOD

20. Başlangıç yaşı:

21. İlk hastalık dönemi (episod):

1. Öforik mani 2. Karma episod 3. Hipomani 4. Depresyon 5. Distimi
6. Siklotimi 7. Ayırt edilemedi (Açıklayın

.....)

22. Ortaya çıkışta yaşam olayı : 0.Yok 1.Var (.....) 2.Yetersiz Bilgi

23. Şiddeti (DSM-V): 1.Hafif 2.Orta 3.Şiddetli

24. Postpartum özellik: 0.Hayır 1.Evet 2.Yetersiz Bilgi

25. Psikotik semptom: 0.Yok 1.DD uyumlu 2.DD uyumsuz 3.1+2

26. Katatonik özellik (DSM-V): 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz Bilgi

27. Melankolik özellik (DSM-V): 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz Bilgi

28. Atipik Depresyon belirtisi: 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz Bilgi

29. Düzelme: 0. Yok

1.Kendiliğinden

2.Duygudurum dengeleyici ile (.....)

3.Antipsikotik ile (.....)

4.Antidepresan ile (.....)

5. EKT

6. Kombinasyon

(.....+.....+.....)

7. Diğer

(.....)

KLİNİK SEYİR

30. Bilgi: 0.Yok 1.Var (0 ise bundan sonraki soruları boş bırakınız)

31. Toplam episod sayısı: (0 ise bundan sonraki soruları
yanıtlamayın)

32. Toplam hastaneye yatış sayısı:

33. Episod sayısı: Mani Hipomani Depresyon

34. İlk tedavi yaşı: Tedavi:

35. Şuanda aldığı sağaltım:

36. Mevsimsel özellik: 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz Bilgi

37. Psikotik özellik: 0.Yok 1.D.uyumlu 2. D.uyumsuz 3.1+2

38. Katatonik özellik (DSM) 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz Bilgi

39. Melankolik özellik (DSM) 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz Bilgi

40. Atipik Depresyon belirtisi 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz Bilgi

41. Postpartum özellik: 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz Bilgi

42. Episodda yaşam olayı: 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz Bilgi

43. İntihar girişimi sayısı:

44. Episodlar arası tam düzelme: 0. Yok 1. Var 2.Yetersiz Bilgi

45. Kronik gidiş (2 yıl < episod): 0. Yok 1. Var 2.Yetersiz Bilgi

46. Sıklık(yılda) episod

(ardışık episodlar zıt kutuptan ya da 8 haftalık ötimi ile birbirinden ayrılmalı)

47. Hızlı döngülülük: 0.Yok 1. Var 2.Yetersiz Bilgi

48. AD ile M/m kayma: 0.Yok 1. Var (Varsa AD:) 2.Yetersiz Bilgi

49. Karma episod: 0. Yok 1. Var 2.Yetersiz Bilgi

EK 5 - YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor

4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

0. Yok

2. Kendisi arttığını belirtiyor

4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları

6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor

8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok

2. Kendini konuşkan hissediyor

4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı

6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma

8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok

1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış

2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması

3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali

4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal

2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar

4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar

6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri

8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
1. Hafif derecede dağınıklık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

EK 6 - HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ:

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 ya da 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 ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.

3.İntihar

0. Yok

1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. “Keşke ölmüş olsaydım” diye düşünüyor ya da benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4.Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.

1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.

2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5.Gece yarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorun yok.

1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi

2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).

6.Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorun 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 sorun yok.

1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).

3. Aktivitelerinde harcadığı süre ya da üretimi 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.Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma).

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

9.Ajitasyon

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

10.Psişik anksiyete

0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden ya da konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 4 . Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11.Somatik anksiyete

0. Yok

fizyolojik sorunlar:

1. Hafif yellenme, sindirim
2. Ilımlı
3. Şiddetli baş ağrısı
4. Çok şiddetli Hiperventilasyon, iç çekme, sık

Anksiyeteye eşlik eden

Gastrointestinal: Ağız kuruması,

bozukluğu,kramp,geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon,

Solunumla ilgili:

idrara çıkma

Terleme

12.Gastrointestinal somatik semptomlar

0. Yok

1. İştahsızlık, karnının şiş olduğunu söylüyor.

2. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor yada ilaca ihtiyaç duyuyor.

13.Genel somatik semptomlar

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 puanla değerlendirilir.

14.Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)

0. Yok

1. Hafif

2. Şiddetli

3. Anlaşılamadı.

15.Hipokondriyaklık

0. Yok

1. Kuruntulu

2. Aklını sağlık konularına takmış durumda

3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.

4. Hipokondriyaklık delüzyonları.

16.Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)

A.Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

- 0. Kilo kaybı yok
- 1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama
- 2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B.Psikiyatr 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 yiyeceklerle, virüslere, istirahate ihtiyacı olmasına bağlıyor.
- 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

EK 7 - HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok

1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli ortaya çıkar, hastanın bunlara başa çıkması önemli çabalar gerektirir)

3. Şiddetli (sürekli hastanın yaşamına egemen)

4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

BİRİNİ İŞARETLEYİN

1. Anksiyeteli mizaç: Endişeler, kötü bir şey olacağı
0 1
2 3 4

beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite

2. Gerilim: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri,
0
1 2 3 4

kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama

3. Korkular: Karanlıktan, yabancılardan, hayvanlardan,
0
1 2 3 4

yalnız bırakılmaktan, trafik ve kalabalıktan

4. Uykusuzluk: Uykuya dalmakta güçlük, bölünmüş
0
1 2 3 4

uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik,
düşler, karabasanlar, gece korkuları

5. Entelektüel (Kognitif): Konsantrasyon güçlüğü,
0
1 2 3 4

bellek zayıflaması.

6. Depresif mizaç: İlgi yitimi, depresyon, hobilerden
0
1 2 3 4

zevk alamama, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar

7. Somatik (Müsküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği 0
1 2 3 4

miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu.

8. Somatik (Duygusal): Kulak çınlaması, görme 0
1 2 3 4

bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.

9. Kardiyovasküler Semptomlar: Taşikardi, çarpıntı, 0
1 2 3 4

göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu,
ekstrasistoller.

10. Solunum Semptomları: Göğüste baskı ya da sıkışma, 0 1
2 3 4

boğulma duygusu, iç çekme, dispne.

11. Gastrointestinal Semptomlar: Yutma güçlüğü, barsaklarda 0 1
2 3 4

gaz, karın ağrısı, yanma duyumları, karında dolgunluk, bulantı,
kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.

12. Genitoüriner Semptomlar: Sık işeme, amenore, menoraji, 0 1
2 3 4

firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.

13. Otonomik Semptomlar: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, 0
1 2 3 4

solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı,
saçların diken diken olması.

14. Görüşme sırasında davranış: Yerinde duramama, 0
1 2 3 4

huzursuzlukya da gezinme, ellerde titremeler, alında kırıışma, gergin yüz,
iç çekme ya da hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme,
canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.

Toplam Puan: Psikik: (1,2,3,5,6) Somatik: (4,7,8,9,10,11,12,13)

EK 8 - ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ

Bu anket kişinin kendi düşünceleri hakkındaki inançlarıyla ilgilidir. Aşağıda kişilerin bildirdiği birçok inanç sıralanmıştır. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve genel olarak size uyan şıkkı daire içine alarak belirtiniz. Lütfen tüm maddelere yanıt veriniz, maddelerin doğru ya da yanlış yanıtları yoktur.

Cinsiyet: _____ Yaş: _____ Tarih: _____

1 Katılmıyorum 2 Biraz katılıyorum 3 Orta derecede katılıyorum 4 Çok katılıyorum

1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur

1 2 3 4

2. Endişelenmem benim için tehlikelidir

1 2 3 4

3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım

1 2 3 4

4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim

1 2 3 4

5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.

1 2 3 4

6. Eğer beni endişelendiren bir düşüncüyü kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse

1 2 3 4

benim hatam olur

7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var

1 2 3 4

8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur

1 2 3 4

9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder

1 2 3 4

10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder

1 2 3 4

11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum
1 2 3 4

12. Düşüncelerimi izlerim
1 2 3 4

13. Düşüncelerim her zaman kontrol altında tutmalıyım
1 2 3 4

14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır
1 2 3 4

15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım
1 2 3 4

16. Endişelerim beni delirtebilir
1 2 3 4

17. Düşündüğümün her an farkındayım
1 2 3 4

18. Zayıf bir hafızam var
1 2 3 4

19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür
1 2 3 4

20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder
1 2 3 4

21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir
1 2 3 4

22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam
1 2 3 4

23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur
1 2 3 4

24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem
1 2 3 4

25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür
1 2 3 4

26. Belleğime güvenmem
1 2 3 4

27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem

1 2 3 4

28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır

1 2 3 4

29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem

1 2 3 4

30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm

1 2 3 4



EK 9 - RUMİNATİF DÜŞÜNME BİÇİMİ ÖLÇEĞİ

Bu anket insanların düşünceleriyle ilgili ifadeler içermektedir. Hepimizin düşüncelerinin özellikleri farklıdır ve bu nedenle doğru veya yanlış cevap yoktur. Lütfen her cümleyi dikkatle okuyunuz ve her biri için, ifadelerin sizi ne kadar tarif ettiğini cümlelerin başındaki boşluğa yazınız.

1 2 3 4 5 6 7

(Hiç)

(çok iyi)

1. ____ Zihnimin sıklıkla bazı şeyleri tekrar tekrar gözden geçirdiğini fark ederim.
2. ____ Bir sorunun olduğunda bu durum uzun zaman zihnimi kemirir.
3. ____ Gün boyu bazı düşüncelerin tekrar tekrar zihnime üşüştüğünü fark ederim.
4. ____ Bazı şeyler hakkında düşünmekten kendimi alamam.
5. ____ Birileriyle karşılaşma öncesinde olabilecek bütün senaryoları ve konuşmaları zihnimde canlandırırım.
6. ____ Önceden yaşanmış hoşuma giden olayları tekrar hayal etmeye yatkınım.
7. ____ Gün içerisinde kendimi, “Keşke yapsaydım” dediğim şeyleri hayal ederken bulurum.
8. ____ Kötü geçtiğini düşündüğüm bir görüşme sonrasında, “farklı davransaydım” dediğim değişik senaryoları hayal ederim.
9. ____ Karmaşık bir problemi çözmeye çalışırken çözüme ulaşmak yerine problemin başına döndüğümü fark ederim.
10. ____ Yaklaşan önemli bir olay varsa, bu durumu o kadar düşünürüm ki sonunda mutsuz ve sinirli bir hale gelirim.
11. ____ İstenmeyen düşünceleri zihnimden bir türlü atamam.
12. ____ Bir problem hakkında saatlerce düşünsem de sorunu açıkça anlamakta güçlük çekerim.
13. ____ Hakkında ne kadar düşünürsem düşüneyim, bazı sorunlar hakkında net bir çözüme ulaşmam benim için çok zordur.
14. ____ Bazen bir şey hakkında saatlerce oturup düşündüğüm olur.
15. ____ Bir meseleyi çözmeye çalışırken, zihnimde farklı noktalara dağılan uzun bir tartışma yaşar gibi olurum.

16. ____ Oturup geçmişteki güzel olayları hatırlamak hoşuma gider.
17. ____ Heyecan verici bir olayı beklerken, bu olay hakkındaki düşünceler üzerinde çalıştığım işi engeller.
18. ____ Bazen, hatta bir konuşma sırasında bile, alakasız düşüncelerin zihnime hücum ettiği olur.
19. ____ Yakın zamanda önemli bir görüşme yapacaksam, zihnimde sürekli olarak bunu tekrar etme eğilimim vardır.
20. ____ Önemli bir olay yaklaşıyorsa bununla ilgili düşünmekten kendimi alamam.



EK 10 - YOUNG RYGH KAÇINMA ÖLÇEĞİ

İsim, Soyisim: _____ Tarih: _____

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

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

1. ____ Beni üzen konular hakkında düşünmemeye çalışırım.
2. ____ Kendimi sakinleştirmek için alkollü içecekler içerim.
3. ____ Çoğu zaman mutluyumdur.
4. ____ Çok nadiren üzgün veya hüznü hissedirim.
5. ____ Akli duygulara üstün tutarım.
6. ____ Hoşlanmadığım insanlara bile kızmamam gerektiğine inanırım.
7. ____ İyi hissetmek için uyuşturucu kullanırım.
8. ____ Çocukluğumu hatırladığımda pek bir şey hissetmem.
9. ____ Sıkıldığımda sigara içerim.
10. ____ Sindirim sistemi ile ilgili yakınmalarım var (Örn: hazımsızlık, ülser, bağırsak bozulması).
11. ____ Kendimi uyuşuk hissedirim.
12. ____ Sık sık baş ağrım olur.
13. ____ Kızgınsam insanlardan uzak dururum.

14. ___ Benim yaşımdakiler kadar enerjim yok.
15. ___ Kas ağrısı yakınmalarım var.
16. ___ Yalnızken oldukça fazla TV seyredirim.
17. ___ İnsanın duygularını kontrol altında tutmak için aklını kullanması gerektiğine inanırım.
18. ___ Hiç kimseden aşırı nefret edemem.
19. ___ Bir şeyler ters gittiğindeki felsefem, bir an önce onu görmezden gelip yola devam etmektir.
20. ___ Kırıldığım zaman insanların yanından uzaklaşıyorum.
21. ___ Çocukluk yıllarımı pek hatırlamam.
22. ___ Gün içinde sık sık şekerleme yaparım veya uyurum.
23. ___ Dolaşırken veya yolculuk yaparken çok mutlu olurum.
24. ___ Kendimi önümdeki işe vererek sıkıntı hissetmekten kurtulurum.
25. ___ Hayal kurarak çok zaman geçiririm.
26. ___ Sıkıntılı olduğumda iyi hissetmek için bir şeyler yerim.
27. ___ Geçmişimle ilgili sıkıntılı anıları düşünmemeye çalışırım.
28. ___ Düşünmeye zaman ayırmayıp kendimi sürekli meşgul edersem daha iyi hissederim.
29. ___ Çok mutlu bir çocukluğum oldu.
30. ___ Üzgünsem insanlardan uzak dururum.
31. ___ İnsanlar kafamı sürekli kuma gömdüğümü söylerler, başka bir deyişle, hoş olmayan düşünceleri görmezden gelirim.
32. ___ Hayal kırıklıkları ve kayıplar üzerine fazla düşünmemeye eğilimliyim.
33. ___ Çoğu zaman, içinde bulunduğum durum güçlü duygulanımlar gerektirse de bir şey hissetmem.
34. ___ Böylesine iyi ana-babam olduğu için çok şanslıyım.
35. ___ Çoğu zaman duygusal olarak tarafsız kalmaya çalışırım.
36. ___ İyi hissetmek için kendimi, ihtiyacım olmayan şeyler alırken bulurum.

37. ____ Beni zorlayacak veya rahatımı kaçıracak durumlara girmemeye çalışırım.
38. ____ İşler benim için iyi gitmiyorsa fiziksel olarak hasta olurum.
39. ____ İnsanlar beni terk ederse veya ölürse çok fazla üzülmem.
40. ____ Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni ilgilendirmez.



EK 11 - LEAHY DUYGUSAL ŞEMA ÖLÇEĞİ

Bu ankette duygularınızla, örneğin öfke, üzüntü, endişe veya cinsel duygularınızla, nasıl başa çıktığınız incelenmektedir. Hepimizin bu duygularla başa çıkma şekli farklıdır ve bu nedenle doğru veya yanlış yanıt yoktur. Lütfen her cümleyi dikkatle okuyun ve aşağıdaki ölçeği kullanarak geçen ay içinde duygularınızla nasıl başa çıktığınızı belirtecek şekilde puanlayınız. Cevabınızı cümlelerin başında bulunan çizgiye yazınız.

Ölçek: 1 = benim için hiç geçerli değil

2 = benim için pek geçerli değil

3 = benim için geçerli değil gibi

4 = benim için geçerli gibi

5 = benim için biraz geçerli

6 = benim için çok geçerli

1. — Kendimi keyifsiz hissettiğim zaman, olaylara nasıl farklı bir şekilde bakabileceğimi düşünmeye çalışırım.
2. — Beni rahatsız eden bir duygum olduğunda, bunun önemli olmadığına dair sebepler düşünmeye çalışırım.
3. — Sıklıkla diğer insanlarda bulunmayan duygularla hareket ettiğimi düşünüyorum.
4. — Bazı duyguları hissetmek yanıltır.
5. — Kendim hakkında bir türlü anlayamadığım şeyler var.
6. — Duygularımı dışa vurmak için ağlamama izin vermemin önemli olduğunu düşünüyorum.
7. — Kendimi bırakıp bu duygulardan bazılarını hissedersen kontrolü kaybetmekten korkuyorum.
8. — Başkaları duygularımı anlıyor ve kabulleniyor.
9. — Cinsellik ve şiddet ile alakalı duygular gibi belirli bazı duyguları hissetmeye izin vermemeniz gerekir.
10. — Duygularımı anlayamıyorum.

11. ____ Diğer insanlar değışseydi, kendimi çok daha iyi hissederdim.
12. — Hissettiğim ama tam farkında olmadığım duygular olduğunu düşünüyorum.
13. — Bazen güçlü bir duygu hissetmeme izin veririm, onun hiç geçmeyeceğinden korkuyorum.
14. — Duygularımdan utanıyorum.
15. — Diğer insanları rahatsız eden şeyler beni rahatsız etmez.
16. — Kimse duygularıma gerçekten önem vermiyor.
17. — Benim için hassas ve duygularıma karşı açık olmak yerine mantıklı ve pratik olmak önemlidir.
18. — Aynı kişiyi hem beğenmek hem beğenmemek gibi birbirinin tersi duygularımın olmasına dayanamıyorum.
19. — Diğer insanlardan çok daha hassasım.
20. — Hoş olmayan bir duygudan hemen kurtulmaya çalışırım.
21. — Kendimi keyifsiz hissettiğimde, hayatta değer verdiğim daha önemli şeyleri düşünmeye çalışırım.
22. — Kendimi kötü veya üzgün hissettiğim zaman değerlerimi sorgularım.
23. — Duygularımı açıkça ifade edebildiğimi düşünüyorum.
24. — Kendime sıklıkla “Benim neyim var?” diye sorarım.
25. — Kendimi sığ bir insan olarak görüyorum.
26. — İnsanların gerçekten hissettiğimden farklı biri olduğuma inanmalarını isterim.
27. — Duygularımı kontrol edemeyeceğimden korkuyorum.
28. — Kendinizi bazı duyguları hissetmekten korumalısınız.
29. — Kuvvetli duygular sadece kısa bir süre devam eder.
30. — Kendiniz için neyin iyi olduğunu söyleme konusunda duygularınıza güvenemezsiniz.
31. — Hissettiklerimin bazılarını hissetmemem gerekir.
32. — Duygusal olarak kendimi “uyuşmuş” hissediyorum, sanki hiç duygum yokmuş gibi.

33. — Duygularımın tuhaf veya saçma olduğunu düşünüyorum.
34. — Diğer insanlar kötü şeyler hissetmeme neden oluyor.
35. — Birisi hakkında birbirinin tersi duygularım olduğunda kendimi kötü hissediyorum veya kafam karışıyor.
36. — Beni rahatsız hissettiren bir duygum olduğunda düşünecek veya yapacak başka birşey bulmaya çalışıyorum.
37. — Kendimi kötü hissettiğim zaman tek başıma oturup ne kadar kötü hissettiğim hakkında uzun süre düşünüyorum.
38. — Bir başkası hakkındaki duygularımın çok kesin olmasından hoşlanıyorum.
39. — Herkesin duyguları benimki gibidir.
40. — Duygularımı kabul ediyorum.
41. — Diğer insanlarla aynı duygulara sahip olduğunu düşünüyorum.
42. — Ulaşmak istediğim daha yüksek değerler var.
43. — Şu andaki duygularımın büyütölme şeklimle hiç ilgisi olmadığını düşünüyorum.
44. — Belli bazı duyguları hissedersen delirebileceğimden korkuyorum.
45. — Duygularım sanki nedensiz yere ortaya çıkıyor.
46. — Hemen hemen herşeyde akılcı ve mantıklı olmanın önemli olduğunu düşünüyorum.
47. — Kendimle ilgili hissettiklerim konusunda çok kesin olmayı seviyorum.
48. — Duygularım veya fiziksel hislerim üzerine çok odaklanıyorum.
49. — Duygularımın bazılarını kimsenin bilmesini istemiyorum.
50. — Bazı duygularımın olduğunu kabullenmek istemiyorum ama bu duygularımın olduğunu biliyorum.