



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ**

**DEPRESYONDA
BAĞLANMA, DUYGU DÜZENLEME VE ANHEDONİ
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Turceun İleri AKDOĞAN

(UZMANLIK TEZİ)

ANKARA, 2023



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI KLİNİğİ

DEPRESYONDA
BAğLANMA, DUYGU DÜZENLEME VE ANHEDONİ
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Turceun İleri AKDOğAN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Rabia Nazik EKİNCİ

(UZMANLIK TEZİ)

ANKARA, 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimime başladığımdan bu yana bilgisi ve deneyimlerinden istifade ettiğim hocam Prof. Dr. Erol Göka'ya, deneyimlerinden her zaman yararlandığım kıymetli hocam Prof. Dr. İhsan Tuncer Okay'a,

Asistanlığım süresince kendisinden çok şey öğrendiğim, merhametli ve bilge tutumuyla yaşamımda her daim örnek alacağım, desteğini, yardımını hep hissettiğim, çok sevdiğim ve kıymet verdiğim canım tez hocam Doç. Dr. Rabia Nazik Ekinci'ye,

Asistanlık boyunca hem hoca hem abi olarak yardımını hiç esirgemeyen, donanımı, bilgi birikimi ve samimi içten tutumu ile hep saygı ve sevgiyle anacağım hocam Doç. Dr. Hasan Kaya'ya,

Azmini, başarısını her zaman örnek aldığım, içten ve kucaklayıcı tutumuyla hep yaşamımda olmasını isteyeceğim hem ablam hem hocam Doç. Dr. Aybeniz Civan Kahve'ye,

Tanıştığım andan beri sevgisini ve desteğini her daim hissettiğim, ne zaman yardıma ihtiyacım olsa hemen yanımda bulduğum, çok sevdiğim Dr. Melike Altın'a, asistanlığıma başladığım andan beri yanımda olan, unutulamayacak keyifli vakitler geçirdiğim Dr. Ezgi Cellat, Dr. Merve Eltemiz ve Dr. Gökçe Saykal'a, fikirlerine çok kıymet verdiğim, desteğini hep hissettiğim Dr. Bedirhan Şenol'a, arkadaşlıklarını, desteklerini ve içtenliklerini unutamayacağım Dr. Nagihan Ayaz Naycı ve Dr. Yağmur Darben Azarsız'a, samimiyeti ve muhabbeti ile hep yanımda hissettiğim canım Dr. Şeyma Uygun'a, beraber nice şey keşfettiğim, çok sevdiğim Dr. Dünya Gözde Er'e, samimiyeti, tatlılığı ile bende yeri ayrı olan Dr. Fatma Naz Akarca'ya,

Asistanlığım süresince bilgileri ile yolumu aydınlatan tüm hocalarıma, birlikte çalışmaktan keyif aldığım ve deneyimlerinden faydalandığım uzmanlarıma, çalışma ortamımı güzelleştiren, zor zamanları çekilir kılan asistan hekim arkadaşlarıma, kliniğimizin değerli hemşirelerine, psikologlarına, sekreterlerine ve personellerine,

Üniversite yıllarından beri birlikte olduğum, benim için arkadaştan öte kardeş olan çok sevdiğim Dr. Burcu Güler ve Dr. Güzide Ülger'e teşekkür ederim.

Aileme gelince, onlara ne kadar teşekkür etsem azdır. Bana verdikleri sevgi, güven, sabır ve desteği hiçbir şeyle ödeyemem. Canım annem Gülderen İleri'ye, canım babam Hasan Hüseyin İleri'ye ve hayatım boyunca en yakın arkadaşım olan tatlı kardeşim Muhammed Tayyip İleri'ye teşekkür ederim.

Ve son olarak, en büyük teşekkürü hayat arkadaşım, en sevdiğim Dr. Burak Menderes Akdoğan'a sunarım. Bana her zaman inandığı, yanımda olduğu ve yaşamıma ışık tuttuğu için teşekkür ederim.

Dr. Turceun İleri AKDOĞAN
Ankara,2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK	3
2.1.1. Tanımı	3
2.1.2. Majör Depresif Bozukluk Tarihçesi	3
2.1.3. Majör Depresif Bozukluk Epidemiyolojisi	5
2.1.4. Majör Depresif Bozukluk Tanı ve Sınıflandırılması.....	6
2.1.5. Majör Depresif Bozukluk Etiyolojisi	7
2.1.5.1. Biyolojik nedenler.....	8
2.1.5.2. Genetik nedenler	10
2.1.5.3. Psikososyal nedenler	11
2.1.6. Majör Depresif Bozukluk Klinik Seyri ve Prognozu	12
2.1.7. Majör Depresif Bozukluk Tedavisi	13
2.2. ANHEDONİ.....	17
2.2.1. Anhedoni ve Ödül İlişkisi	18
2.2.2. Anhedoninin Nörobiyolojisi.....	18
2.2.3. Anhedoni ve Psikopatoloji	19
2.2.4. Majör Depresyonda Anhedoni	20
2.2.5. Depresyonda Anhedoninin Ölçeklerle Değerlendirilmesi	20
2.2.6. Anhedoni ve Bağlanma	21
2.2.7. Anhedoni ve Duygu Düzenleme	23
2.3. BAĞLANMA	24
2.3.1. Tanım	24

2.3.2. Bağlanma Kuramının Gelişimi.....	24
2.3.3. Bağlanma ve Psikopatoloji İlişkisi	30
2.3.4. Bağlanma ve Duygulanım Düzenleme İlişkisi	30
2.3.5. Depresyon ve Bağlanma İlişkisi.....	32
2.4. DUYGUNUN TANIMI VE ÖNEMİ	34
2.4.1. Duygu Düzenleme	34
2.4.2. Duygu Düzenlemenin Nörobiyolojisi	36
2.4.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü	37
2.4.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikopatoloji	38
2.4.5. Duygu Düzenleme ve Depresyon.....	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ	40
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	40
3.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ ARAÇLARI	42
3.4. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ	45
3.5. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM	46
4. BULGULAR	47
4.1. ÖRNEKLEMİ OLUŞTURAN GRUPLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ	47
4.2. GRUPLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	50
4.3. GRUPLARIN HASTALIĞA AİT KLİNİK ÖZELLİKLERİ	53
4.4. GRUPLARIN KLİNİK ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	54
4.5. HASTA GRUBUNDA KLİNİK ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	55
4.6. KONTROL GRUBUNDA KLİNİK ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	59
4.7. BAĞLANMA STİLİNE GÖRE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	63
4.7.1. Depresyon Düzeylerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	63
4.8. İNTİHAR PUANI (HAM-3) İLE ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	66

4.9. BAĞLANMA STİLLERİNE GÖRE ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	67
4.10. TEK VE TEKRARLAYICI EPİZODA GÖRE ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	70
4.11. HASTA GRUBUNDA İNTİHAR ÖYKÜSÜ OLMA DURUMUNA GÖRE ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	72
4.12. TEKRARLAYAN EPİZOD ŞEKLİNE ETKİ EDEN RİSK FAKTÖRLERİNİN BİNARY LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ İLE İNCELENMESİ	74
4.13. DEPRESYONA ETKİ EDEN RİSK FAKTÖRLERİNİN BİNARY LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ İLE İNCELENMESİ.....	76
4.14. PATH ANALİZİ SONUÇLARI	78
5. TARTIŞMA.....	83
5.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER	83
5.2. DEPRESYONUN ŞİDDETİ	85
5.3. ANHEDONİ.....	86
5.4. BAĞLANMA.....	88
5.5. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ.....	93
5.6. KISITLILIKLAR	97
5.7. ÜSTÜNLÜKLER.....	98
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	99
7. KAYNAKLAR.....	101
8. ÖZGEÇMİŞ.....	127
9. EKLER	129
EK 1. BGOF 4.....	129
EK 2. BGOF 5.....	131
EK 3. OLGU RAPOR	133
EK 4. HAMD-2	136
EK 5. İAÖ2.....	141
EK 6. DDGÖ	143
EK 7. SHAPS-C	146

KISALTMALAR

5-HIAA	5-hidroksi-indolasetik asit
5-HT	serotonin
APA	American Psychiatric Association
ASK	Anterior singulat korteks
BDT	Bilişsel davranışçı terapi
DA	Dopamin
DDT	Diyalektik davranış terapisi
DEHB	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu
DERS	Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği
DDGÖ	Duygusal Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	Elektrokonvülsif tedavi
FTBT	Farkındalık temelli bilişsel terapi
GBD	Global Burden of Diseases
HAM-D	Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
ICD	International Classification of Disease
KİPT	Kişilerarası ilişkiler psikoterapisi
LC	Locus coeruleus
MDB	Majör Depresif Bozukluk
NE	Norepinefrin
NIMH	Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü
PET	Pozitron emisyon tomografisi
PFK	Prefrontal korteks
RDoC	Araştırma Alanı Kriterleri
RSQ	İlişki Ölçekleri Anketi
SCID-V	Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi
SERT	Serotonin taşıyıcı
SHAPS	Snaith Hamilton Zevk Alma Ölçeği
SPECT	Single Photon Emission Computed Tomography
VMAT	Veziküler monoamin taşıyıcı
YDD	Yabancı Durum Deneyi

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1.	Örnekleme Oluşturan Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri	48
Tablo 4.2.	Örnekleme Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri.....	52
Tablo 4.3.	Örnekleme Oluşturan Grupların Hastalığa Ait Klinik Özellikleri	53
Tablo 4.4.	Grupların Klinik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 4.5.	Hasta Grubunda Klinik Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	58
Tablo 4.6.	Kontrol Grubunda Klinik Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	62
Tablo 4.7.	Bağlanma stiline göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması	63
Tablo 4.8.	Depresyon düzeylerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	65
Tablo 4.9.	İntihar puanı (HAM-3) ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	66
Tablo 4.10.	Bağlanma stillerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	69
Tablo 4.11.	Tek ve Tekrarlayıcı Epizoda göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	71
Tablo 4.12.	Hasta grubunda intihar öyküsü olma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	73
Tablo 4.13.	Tekrarlayan epizod şekline etki eden risk faktörlerinin Binary Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmesi	75
Tablo 4.14.	Depresyona etki eden risk faktörlerinin Binary Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmesi.....	77
Tablo 4.15.	Path Analiz.....	81

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1.	Standart yol katsayıları	82
------------	--------------------------------	----



ÖZET

Depresyonda Bağlanma, Duygu Düzenleme ve Anhedoni İlişkisinin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışmada, Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanılı hastalarda bağlanma stilleri, duygu düzenleme güçlükleri ve anhedoni arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve DSM-5 tanı kriterlerine göre MDB tanısı konulan 102 hasta ile yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş 102 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Her bir katılımcı değerlendirildikten sonra değerlendiren klinisyen tarafından yalnızca depresyon hastalarına 'Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ve diğer tüm katılımcılara 'Sosyodemografik Veri Formu, İlişki Ölçekleri Anketi (RSQ), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DERS), Klinisyen Tarafından Uygulanan Snaith Hamilton Zevk Alma Ölçeği (SHAPS-C) uygulanmıştır.

Bulgular: Depresyon hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla güvensiz bağlanma, duygu düzenleme güçlüğü ve anhedoni düzeyleri bulundu. Güvensiz bağlanmanın hem hasta hem kontrol grubunda duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkide olduğu saptandı. Depresyon hastalarında duygu düzenleme güçlüğü'nün epizod tekrarı, intihar düşüncesi ve yüksek depresif semptomatoloji ile ilişkili olduğu gösterildi. Anhedoni ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki hem hasta hem kontrol grubunda anlamlı çıktı. Depresyonu predikte eden faktörler incelendiğinde güvensiz bağlanmanın, duygu düzenleme güçlüğü'nün ve anhedoninin bu faktörlerden olduğu bulundu.

Sonuç: Çalışmamız güvensiz bağlanmanın, duygu düzenleme güçlüklerinin ve anhedoninin depresyon için birer risk faktörleri olduğunu, depresyonun seyrini olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir. Major depresyonun tedavisinde, henüz anne karnında başlayan biyopsikososyal etmenlerin, bağlanma stillerinin, duygudurumu düzenleme becerisinin, haz alma kapasitesinin ve birçok bileşenin bütüncül olarak değerlendirilmesi, klinikte yarar sağlayabilir. Duygudurumu düzenleme

stratejilerinin geliştirilmesi ve psikoterapötik müdahalelerin yapılması, güvensiz bağlanan bireylerde, bağ odaklı ve güvenli bağlanmayı tesis edebilecek çalışmaların yapılması gibi müdahaleler, depresyona girme, tekrarlayan depresyonlar ve kalıntı belirtiler gibi başa çıkması güç klinik durumlarda yardımcı olabilir

Anahtar kelimeler: Majör Depresif Bozukluk, Bağlanma, Duygu Düzenleme, Anhedoni



ABSTRACT

Investigating the Relationship between Attachment, Emotion Regulation, and Anhedonia in Depression

Objective: This study aims to examine the relationship between attachment styles, difficulties in emotion regulation, and anhedonia in patients diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD).

Materials and Methods: The study included 102 patients who applied to the Psychiatry Outpatient Clinic of Ankara City Hospital and were diagnosed with MDD according to DSM-5 diagnostic criteria, as well as 102 healthy controls matched in terms of age, gender, and education level. After each participant was evaluated, the 'Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)' was applied only to the depression patients, and the 'Sociodemographic Data Form, Relationship Scales Questionnaire (RSQ), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Clinician-Administered Snaith Hamilton Pleasure Scale (SHAPS-C)' were applied to all participants by the evaluating clinician.

Results: It was found that depression patients had higher levels of insecure attachment, difficulties in emotion regulation, and anhedonia compared to the healthy control group. Insecure attachment was found to be associated with difficulties in emotion regulation in both the patient and control groups. In depression patients, difficulties in emotion regulation were shown to be associated with episode recurrence, suicidal thoughts, and high depressive symptomatology. The relationship between anhedonia and difficulties in emotion regulation was significant in both the patient and control groups. When examining the factors predicting depression, insecure attachment, difficulties in emotion regulation, and anhedonia were found to be among these factors.

Conclusion: Our study has demonstrated that insecure attachment, difficulties in emotion regulation, and anhedonia are risk factors for depression and negatively affect the course of depression. In the treatment of major depression, a holistic evaluation of biopsychosocial factors starting from the womb, attachment

styles, mood regulation skills, capacity for pleasure, and many components can provide benefits in the clinic. Developing mood regulation strategies and conducting psychotherapeutic interventions, as well as interventions that can establish attachment-focused and secure attachment in individuals with insecure attachment, can help in challenging clinical situations such as entering depression, recurring depressions, and residual symptoms.

Keywords: Major Depressive Disorder, Attachment, Emotion Regulation, Anhedonia



1. GİRİŞ

Majör Depresif Bozukluk (MDB), yaygın olarak görülen ve bireylerin yaşam kalitesini düşüren, işlevselliklerini kaybetmelerine neden olan ciddi bir ruhsal hastalıktır (1).

Depresyonun tanımlanmasında iki temel kriter bulunmaktadır: depresif duygudurum ve anhedoni (2). Depresyonla ilgili yapılan pek çok araştırma, bireylerin olumsuz duygularını düzenleyememesi üzerine yoğunlaşmıştır (3). Ancak, depresyonun seyrini olumsuz yönde etkileyen, intihar eğilimini artıran ve genellikle birinci basamak tedavilere yanıt oranı düşük anhedoni, yani ilgi ve istek kaybı konusunda yapılan çalışmalar sınırlıdır (4–8). Son zamanlarda gerçekleştirilen araştırmalar, anhedoni ile duygu düzenleme arasında önemli bağlantılar olduğunu ortaya koymuştur (9,10).

Bağlanma kuramı, bir duygu düzenleme teorisi olarak tanımlanmakta olup, depresyonun gelişiminde ve seyrinde kritik bir rol oynamaktadır (11,12). Güvensiz bağlanma, bireylerin duygu düzenleme stratejilerini, stresle başa çıkma becerilerini ve kişilerarası ilişkilerini nasıl kurduklarını ve sürdürdüklerini etkileyerek, depresif semptomların ortaya çıkmasına veya şiddetlenmesine neden olabilir (13).

Güvensiz bağlanma stilleri, depresyonun oluşumunda olduğu kadar seyrinde de önemli bir rol oynamaktadır. Güvensiz bağlanmanın tekrarlayıcı depresyona yatkınlık oluşturduğu, intihar için bir risk faktörü olduğu literatürdeki çalışmalarda gösterilmiştir (12,14–17).

Depresyonun bağlanma ve duygu düzenleme ile olan ilişkisi, araştırmaların önemli bir konusudur. Duygu düzenleme güçlüklerinin yalnızca depresif epizod sırasında değil, remisyonda da devam ettiği çalışmalarda gösterilmiştir (16,18,19).

Bu çalışmanın birincil amacı, depresyon hastalarında bağlanma, duygu düzenleme ve anhedoni arasındaki ilişkiyi detaylı bir şekilde incelemektir. Özellikle, bağlanma ve duygu düzenlemenin depresif semptomatoloji üzerindeki etkileri, bu çalışmanın ana odağıdır.

Anhedoni, depresyonun olumlu duygusal yanıtlar üzerindeki etkisinin bir göstergesidir. Bu çalışma, anhedoninin depresyon, bağlanma ve duygu düzenleme ile nasıl ilişkilendiğini derinlemesine incelemeyi amaçlamaktadır.

Ayrıca, güvensiz bağlanma ve depresif semptomatoloji arasındaki ilişkide duygu düzenlemenin aracı rolü de incelenecektir. Bu, bağlanma ve duygu düzenlemenin depresif belirtiler üzerindeki etkisinin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

Son olarak, bu çalışma, bağlanma teorisinin psikopatolojilerle bağlantısını daha iyi anlayabilmek psikopatolojiye bağlamak için anlayabilmek için bir temel sağlamak sağlamayı ve gelecekteki araştırmalar için yön önermek amacıyla bağlanma, duygu düzenleme ve depresif semptomatolojinin nasıl ilişkili olabileceğinin ve bu tür ilişkilerin güvenilirliğinin anlaşılmasına yardımcı olmayı amaçlamaktadır.

1. Hipotez: Depresyon hastalarında güvensiz bağlanma stilleri, sağlıklı bireylere göre daha sık görülmektedir.

2. Hipotez: Depresyon hastalarında güvensiz bağlanma stillerinin varlığı, duygu düzenleme zorluklarını artırmaktadır.

3. Hipotez: Güvensiz bağlanma stilleri olan depresyon hastalarında, anhedoni düzeyi daha yüksektir.

4. Hipotez: Anhedoni duygu düzenleme stratejilerinin etkin kullanılamaması ile ilişkilidir.

5. Hipotez: Güvensiz bağlanan bireylerde , özellikle kayıtsız bağlananlarda anhedoni düzeyi yüksektir.

6. Hipotez: Depresyon hastalarında, güvensiz bağlanma stilleri ve yüksek anhedoni düzeyi arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlükleri aracı bir rol oynamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK

2.1.1. Tanımı

Majör Depresif Bozukluk (MDB), en az 2 hafta süren ve çökkün duygudurum ya da zevk alamama ve ilgi kaybı başta olmak üzere, mutsuzluk, isteksizlik, karamsarlık, düşünce ve konuşmada yavaşlama, halsizlik, enerji azlığı gibi vejetatif semptomlar içeren ve işlevsellikte belirgin azalmaya yol açan psikiyatrik bir bozukluk hastalık olarak tanımlanmaktadır (20). MDB, yinelemelerle giden, işlevsellikte ciddi kayıplara yol açabilen, bireyin kendisini olduğu kadar içinde bulunduğu toplumu da etkileyen, yaşam kalitesinde bozulmaya sebep olan, yaygın görülen bir ruhsal hastalıktır bozukluktur (21).

2.1.2. Majör Depresif Bozukluk Tarihçesi

Ruhsal hastalıklar içinde tanımlaması en eskilere dayanan depresyon, kökenini Latince’de ‘bastırmak, alçakta olmak’ anlamına gelen “depressus” tan almaktadır. İnsanlık tarihi boyunca, depresif bozukluklara ilişkin gözlemler değişik çağlarda ve toplumlarda yer alsa da bu tanımlamayı ilk kez sistematik bir şekilde yapan M.Ö. 400’lü yıllarda Hipokrat olmuştur. Hipokrat, ilk kez insanın duygudurumu ile beden sıvıları arasında bir bağlantı kurmuş, ‘kara safra’ anlamına gelen ‘melankoli’ terimini kullanmış ve melankoliyi safra yollarındaki bozukluklardan kaynaklanan ilgisizlik, isteksizlik, karamsarlık, kaygı, uykusuzluk, yetersizlik ve ölüm düşünceleriyle ortaya çıkan bir hastalık tablosu olarak tanımlamıştır (22).

Onuncu yüzyıla gelindiğinde, İshak İbn-i İbrahim, melankolinin genetik ve çevresel nedenleri olabileceğine vurgu yaparak bu tanımlamayı genişletmiştir (23). Hipokrat’ın görüşleri geçerliliğini sürdürürken İbn-i Sina (MS 980-1037) ‘Kanun’ isimli kitabında ruhsal bozukluklara geniş yer vermiştir. İbn-i Sina yazdığı bu kitapta, ruhsal bozuklukları 15 bölüme ayırmış ve olgu örnekleri ile açıklamaya çalışmıştır. Depresyonu sadece ruhsal bir bozukluk olarak değil aynı zamanda beyin,

kalp ve kanın dahil olduğu bir hastalık olarak görmüş ve depresif bozuklukların tedavisi için altta yatan tıbbi durumların dikkate alınmasının gerekliliğini ifade etmiştir (24).

Rönesans dönemiyle birlikte insan, evrenin odak noktası olmuş, tıpta ve sanatta dinin ve doğaüstü güçlerin etkileri azalmaya başlamış, insan daha gerçekçi bir şekilde incelenmeye başlanmıştır. Bu durum melankoli ile ilgili öne sürülen oluşum mekanizmalarında da değişimleri beraberinde getirmiştir. Robert Burton (M.S. 1557-1640), ‘Melankolinin Anatomisi’ adlı kitabında melankoli ile ilişkili sınıflamalara ve tanımlara yer vermiş, melankolinin değişik tiplerinden bahsetmiştir (25).

Thomas Willis (1621-1675) ise melankolinin ortaya çıkmasında etkili kimyasal faktörlerin üzerinde durmuştur (22). Yirminci yüzyıl başlarına gelindiğinde, depresyonu ve duygudurum bozukluklarını sistematik bir şekilde tanımlayan ve sınıflandıran Emil Kraepelin (1856-1926) olmuştur (26). Kraepelin ‘Psikiyatri Temel Kitabı’ isimli kitabında “manic depressive insanity” ifadesini kullanmış, hastalıkların sadece belirti ve bulgularının değil aynı zamanda seyirlerinin de dikkate alınması gerekliliğini vurgulamıştır.

Kraepelin depresyonu bir semptom değil, kategori olarak ele almış ve esas sorunun klinik belirtiler kümesi olarak duygudurumda çökkünlük ve bedensel, zihinsel süreçlerde yavaşlama olduğuna dikkat çekmiştir (27). Bu şekilde başlayan ve yirminci yüzyıla kadar geçen dönemde depresyon hakkında doğaüstü açıklamalardan psikolojik ve biyolojik açıklamalara kadar geniş bir yelpazede tanımlamalar yapılmaya çalışılmıştır.

Bin dokuz yüz elli iki yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association-APA) tarafından yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) ile tarihte ilk kez depresyon tanılama sistemlerinin içine girmiştir (28). DSM-I’de depresyon, organik ve reaktif olarak ikiye ayrılmıştır. 1968 tarihinde kabul edilen DSM-II’de ise depresyon psikotik ve nörotik olarak sınıflandırılmıştır(28). İlerleyen yıllarda tanı için belli kriterler geliştirilmeye çalışılan bir yaklaşım benimsenmeye başlanmış ve 1980 tarihinde yayımlanan DSM- III’te depresyonun belirti ve süre

ölçütleri tanımlanmıştır (29). DSM-III'te depresyonun melankolik, melankolik olmayan ve psikotik olmak üzere üç alt tipi tanımlanmıştır (29).

1994 tarihinde yayınlanan DSM IV'te hastalık tanısı koyulabilmesi için gerekli belirti sayısı ve süresine yer verilmiştir (29). 2013'te yayımlanan DSM-5'te depresif bozukluklar ayrı bir kategori olarak sınıflandırılmıştır (29). DSM tanı sistemi ile Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (International Classification of Disease-ICD) da günümüzde yaygın olarak kullanılmakta, depresif bozukluk bu tanı sistemi içinde "Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar" altında yer almaktadır (30).

2.1.3. Majör Depresif Bozukluk Epidemiyolojisi

Majör Depresif Bozukluk (MDB), 2008 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından global hastalık yükünün üçüncü en büyük nedeni olarak belirlenmiş ve 2030 yılına kadar bu sıralamada birinci sıraya yükselmesi beklenmektedir (16). Görülme sıklığı oranları araştırma yöntemlerindeki farklılıklara bağlı olarak değişse de oranların yüksek olduğu konusunda fikir birliği bulunmaktadır.

Araştırma yöntemlerindeki farklılıklar nedeniyle görülme sıklığı oranları değişiklik gösterse de, bu oranların yüksek olduğu konusunda genel bir mutabakat bulunmaktadır. MDB'nin 12 aylık yaygınlığı ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermekle birlikte, genelde yaklaşık %6 civarındadır (31). Yaşam boyu yaygınlığı ise yapılan araştırmalara göre %15-18 arasında değişmekte olup, bu durum MDB'nin psikiyatrik bozukluklar arasında oldukça yaygın olduğunu göstermektedir (32).

Cinsiyetler arası farklılıklara bakıldığında, kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme oranı erkeklere kıyasla neredeyse iki kat daha fazladır ve ortalama görülme yaşı her iki cinsiyet için de 25 yaş civarındadır (33,34). Türkiye'de depresyonun yaygınlığına dair önemli verileri sağlayan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırması Sağlık Bakanlığı tarafından 7479 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada depresif nöbet yaygınlığı %4 olarak bulunmuş, cinsiyete göre dağılım ise kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3 olarak tespit edilmiştir (35). 2015 yılında Türkiye'de yapılan bir başka araştırmada, depresif bozukluk için bir yıllık yaygınlık oranı %8.2 olarak bulunmuş, kadınlar ve erkekler için yaygınlık oranları sırasıyla %11 ve %4.4 olarak belirlenmiştir (1). 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türkiye

Hastalık Yüğü Çalışması'nda ise unipolar depresif bozukluğun cinsiyete göre prevalansı erkeklerde %16.0, kadınlarda %26.3 ve toplamda %21.1 olarak raporlanmıştır (36). Yapılan araştırmalar, MDB riskinin bekarlar, ayrı yaşayanlar, dul ve boşanmış kişilerde evlilere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Türkiye'de de benzer şekilde, MDB'nin ayrı yaşayan, boşanmış ve dullarda en yüksek, evlilerde ise en düşük oranda olduğu saptanmıştır (37). Eğitim düzeyi ile depresyon arasında negatif bir korelasyon olduğunu belirten birçok çalışma bulunmaktadır (38–40). 1998 yılında Türkiye'de yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'na göre, eğitim düzeyi arttıkça depresyon tanısı konma oranının azaldığı gözlemlenmiştir (35). İşsizlik ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma, işsizliğin ve sosyoekonomik düzeyin düşmesinin depresyon açısından bir risk faktörü olduğunu değerlendirmiştir. 2021 yılında yapılan geniş çaplı bir meta analizde, işsiz popülasyonda depresif semptomların varlığı %24 ve MDB oranı %16 olarak raporlanmıştır. Ekonomik faktörler açısından bakıldığında, gelir azalmasının depresyon riskini artırdığı ve düşük gelirli bireylerde depresyon prevalansının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (41).

2.1.4. Majör Depresif Bozukluk Tanı ve Sınıflandırılması

MDB için şu anda dünyada en yaygın kullanılan tanı ve sınıflandırma sistemi

2013 yılında APA tarafından yayımlanan DSM-5'tir. DSM-5'te MDB için tanı kriterleri şu şekilde sıralanmıştır:

A) Aynı iki haftalık dönemde, aşağıdaki belirtilerden en az beşi varsa, major depresif epizod tanısı konur. Bu belirtilerden biri mutlaka depresif duygudurum veya ilgi kaybı olmalıdır:

- Depresif duygudurum
- İlgi kaybı veya zevk almama
- İştah veya kilo değişikliği
- Uyku değişikliği
- Psikomotor yavaşlama veya ajitasyon
- Yorgunluk veya enerji kaybı

- Değersizlik veya aşırı suçluluk duygusu
- Konsantrasyon güçlüğü veya kararsızlık
- Ölüm veya intihar düşünceleri veya girişimleri

B) Bu belirtiler, sosyal, mesleki veya akademik işlevsellikte bozulmaya neden olur.

C) Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

D) Bu atak şizofreni, şizoafektif bozukluk, şizofreniform bozukluk, hezeyanlı bozukluk gibi psikozla giden diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E) Geçmişte hiçbir zaman bir mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirilmemiştir (42).

DSM-5'e göre tanılamada MDB'nin tek dönem/tekrarlayıcı dönem özelliği olup olmadığının ayrıca kodlanması önerilmiştir. MDB'nin şiddeti ve remisyon belirleyicileri de DSM-5'te tanımlanmıştır. Tanı ölçütleri ve belirleyicilerin yanında klinik duruma ait özellikler de sıralanmıştır. Bunlar; bunalıtlı sıkıntılı, karma özellikler gösteren, melankoli özellikleri gösteren, atipik özellikler gösteren, duygudurumla uyumlu psikotik özellikler gösteren, duygudurumla uyumlu olmayan psikotik özellikler gösteren, katatoni ile giden, peripartum başlayan, mevsimsel örüntü gösteren alt tiplerdir (42).

2.1.5. Majör Depresif Bozukluk Etiyolojisi

MDB toplumda yaygın görülen bir ruhsal hastalık olmasına rağmen etiyolojisi ve patofizyolojisi halen belirsizliğini korumaktadır. Tek bir model veya mekanizma, hastalığın tüm yönlerini tatmin edici bir şekilde açıklayamamaktadır (21).

Aralarında yakın ilişki olması, hastalığın oluşmasında çoğu zaman birden fazla etmenin birlikte rol alması gibi faktörler göz önünde bulundurulmak kaydıyla etyoloji genelde üç ana başlık altında toplanmıştır: biyolojik nedenler, genetik nedenler, psikososyal nedenler. Bu etmenlere çevresel faktörlerin de katkısı olduğu bilinmektedir.

2.1.5.1. Biyolojik nedenler

Biyojenik Aminler:

Majör Depresif Bozukluk (MDB)'nin ortaya çıkışında, beyindeki nörotransmitterlerle ilgili işlevsel bozukluklar, özellikle serotonerjik ve noradrenerjik sistemler olmak üzere önemli bir rol oynamaktadır. Bu durum, 1970'li yıllarda ortaya atılan "Monoamin Hipotezi" adlı teoriyle açıklanmaktadır. Bu teoriye göre, MDB'nin temel nedeni, norepinefrin (NE), serotonin (5-HT) ve dopamin (DA) gibi monoamin nörotransmitterlerinin eksikliğidir (43). Bu teori, rezerpin gibi antihipertansif ilaçların, veziküler monoamin taşıyıcı (VMAT) proteinlerini inhibe ederek şiddetli depresyon oluşturduğu ve monoamin nörotransmitterlerinin sinaptik seviyelerini azalttığı gözlemlerine dayanmaktadır (44). Bu hipoteze dayanarak, monoamin seviyelerini sinaptik aralıkta artırmak amacıyla, monoaminlerin parçalanmasını veya geri alımını engelleyen çeşitli antidepresan ilaç sınıfları geliştirilmiştir (45,46).

Zamanla yapılan çalışmalar ve post-mortem araştırmalar, depresyon durumunda beyinde serotonin aktivitesinde ve ana yıkım ürünü olan 5-hidroksi-indolasetik asit (5-HIAA) seviyesinde azalma olduğunu göstermiştir (46). Pozitron emisyon tomografisi (PET) görüntüleme çalışmaları, ilaç kullanmayan depresyon hastalarında beyin sapında ve amigdala bölgesinde serotonin taşıyıcı (SERT) bağlanma bölgelerinin azaldığını, ayrıca depresyon hastalarında hem presinaptik (beyin sapında) hem de postsinaptik (mezotemporal kortekste) 5-HT reseptör alt tiplerinin azaldığını ortaya koymuştur.

MDB'nin patofizyolojisinde, norepinefrin sistemi disfonksiyonu hipotezi de önem taşımaktadır. Bu hipotez, depresyon hastalarında norepinefrin metabolizmasının düşük olması, tirozin hidroksilaz aktivitesinin artması ve locus coeruleus (LC) bölgesinde norepinefrin taşıyıcı yoğunluğunun azalması temeline dayanmaktadır. Ayrıca, depresyon tedavisinde antidepresanlara verilen yanıtla birlikte, beta adrenerjik reseptörlerin duyarlılığında azalma (down regülasyon) gözlemlenmiş, bu da noradrenerjik sistemin depresyonda rol oynadığını düşündürmüştür (47).

Dopamin, bir diğ er önemli monoamin nörotransmitterdir ve özellikle anhedoni ve amotivasyon gibi depresyon semptomlarıyla sıkl a ilişkilendirilmiştir. Hem post-mortem doku çalışmaları hem de PET görüntüleme çalışmaları, depresyon hastalarında azalmış dopamin (DA) taşıyıcı bağlanma bölgelerini ve artmış postsinaptik D2/D3 reseptör yoğunluğunu göstermiştir. Bu durum, depresyon sırasında dopaminin sinaptik kullanılabilirliğinde azalma olduğuna işaret etmektedir (48).

Glutamat beyindeki en yaygın uyarıcı nörotransmitterdir (29). Glutamat  ğrenme ve bellek, uyarıcı iletişim, aşırı uyarılma tepkisi gibi birçok durumda rol alır. Depresyonlu hastalarda glutamaterjik sistem bozukluklarının gösterilmesi, antidepresan ve duygudurum dengeleyici ilaçların glutamaterjik etkileri, tedaviye dirençli MDB hastalarına verilen tek doz NMDA reseptör antagonisti olan ketaminin hızlı ve geniş bir antidepresan etki oluşturması, glutamat salınımını engelleyen ilaçların (lamotrijin, riluzol, lityum vb.) antidepresan özellikler sergilemesi, depresyon hastalarında MR spektroskopisi ile anormal glutamat düzeyleri saptanması gibi sonuçlar glutamatın depresyon etiyolojisindeki yerine yönelik kanıtlar sunar (30).

Nöroendokrin Sistem

Bugüne kadar yapılan klinik ve klinik öncesi çalışmalarda hipotalamus hipofiz-adrenal (HPA) sisteminin bozulmuş regülasyonunun MDB patofizyolojisinde önemli bir rol oynadığı konusunda genel bir fikir birliği oluşmuştur (49).

HPA ekseninin işlevlerinin depresyonla ilişkili olduğuna dair kanıtlar; depresyon hastalarında plazma, BOS ve idrar kortizol düzeyleri yüksekliliği, deksametazona yanıt olarak görülen kortizol ve kortikotropin salgılanmasındaki baskılanmaya direnç, BOS CRH düzeyleri yüksekliliği, CRH'a k rleşmiş kortikotropin yanıtı, postmortem hipotalamik beyin dokusunda azalmış CRH eksprese eden hücre sayısı, depresif intihar kurbanlarının frontal kortekslerinde CRH reseptör bölgelerinde azalma şeklinde (49). Özellikle kronik stresin HPA'yı sürekli uyarması ile GKT salınımı artar ve uzar, hipokampus HPA'yı baskılayamaz hale gelir (49). Sonuç olarak hipokampal toksik atrofi oluşur ve depresyon gelişimine zemin hazırlar (49). Araştırmalar deksametazon supresyon testinin (DST) depresyon için duyarlılığının

%90 oranında olmasına rağmen özgülüğünün %30'un altında olduğunu göstermiştir (49).

Nöroanatomik Bulgular

Son dönemde gerçekleştirilen araştırmalarda, depresyon hastalığına sahip bireylerde prefrontal korteks, orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, amigdala ve hipokampus gibi çeşitli frontolimbik beyin bölgelerinde nöronal ve glial hücre yoğunluğu ile boyutlarında değişiklikler gözlemlenmişti (50). Depresyon tanısı almış hastalarda, frontal lob, hipokampal formasyon ve amigdala dahil olmak üzere medial temporal lobda hacim kaybı, özellikle hipokampal bölgede hacim küçülmesi bildirilmiştir. Tekrarlayan depresyon durumlarında, bu tür değişikliklerin bireyleri depresyona daha yatkın hale getirebileceği düşünülmektedir (51). Depresyonla ilgili yapılan SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) çalışmalarında, sol prefrontal kortekste aktivite ve metabolizma düzeylerinde azalma tespit edilmiştir (52).

2.1.5.2. Genetik nedenler

Depresyonun ortaya çıkmasında genetik faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir. Evlat edinme çalışmaları, majör depresif bozukluk (MDB) hastalarının birinci derece akrabalarında depresyon riskinin arttığını, biyolojik anne-babası depresyon hastası olan evlat edinilmiş çocuklarda ise depresyona yakalanma riskinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (53,54). Monozigot (tek yumurta) ikizlerde depresyon riski %40 civarında iken, dizigot (çift yumurta) ikizlerde bu oran %11'dir. Birinci derece akrabasında depresyon bulunan kişilerde depresyon görülme riski yaklaşık 3 kat artmaktadır (55). Serotonin taşıyıcı geni (SERT) üzerindeki kısa (s) ve uzun (l) alel polimorfizmi, depresyon ile ilişkili en çok çalışılan genetik varyasyonlardan biridir. Kısa alel taşıyan bireylerde depresyona yatkınlığın arttığı birçok meta-analizde gösterilmiştir. Ayrıca, beyin türevi nörotrofik faktör (BDNF) genindeki Val66Met polimorfizmi ile hem bipolar depresyon hem de majör depresyon arasında bir ilişki olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (56).

2.1.5.3. Psikososyal nedenler

Psikanalitik kuram

Psikanalitik görüŖe göre depresyon, gerçek ya da hayali bir sevgi nesnesinin kaybıyla bağlantılıdır. Birey, bu kayıpla ortaya çıkan yitim duygusunu yönetebilmek için ie atım (introjeksiyon) adı verilen bir savunma mekanizmasını kullanır. Bu durumda, egonun bir kısmı nesneye dönüşür. Yitim duygusu, sevgiyle birlikte nefreti de harekete geçirir (ambivalans). Bu ift yönlü duygusal durum, ego ile süperego arasında çatışmaya yol açar. Yitirilen nesneye duyulan nefret, katı süperego tarafından egoya yönlendirilir. Bütün bunların sonucunda özsaygı kaybedilir ve değersizlik, suçluluk, ölüm düşünceleri ortaya çıkar. Birey için hayat anlamını yitirir ve ruhsal bir çöküntü yaşanır (57).

Bağlanma kuramı

Bowlby tarafından öne sürölen bu görüŖe göre, yaşamının ilk yıllarında, tekrarlayan ilişkiler yoluyla bakım verenlerle kurulan bağlanmanın niteliğinin, ileride ortaya çıkabilecek olan depresyon gibi psikopatolojiler üzerinde etkilerinin olabileceğİ düşünölmektedir (58).

Davranışçı kuram

Deney hayvanları üzerinde yapılan araştırmalarda, kontrol edilemeyen elektrik şoklarına maruz bırakılan hayvanların motivasyonel, bilişsel ve duygusal alanlarda eksiklikler geliştirdikleri gözlemlenmiştir. Bu durum, gelecekte karşılaşılabilecek olaylar üzerinde kontrol sağlanamayacağına dair bir inanç, kontrol edilebilecek nitelikteki olayları tanıyamama ve şoka karşı tepkinin azalması gibi durumları içermektedir. Bu gözlemler, öğrenilmiş çaresizlik modelini ortaya koymuştur (59). Bu modele göre, kontrol edilemeyen olaylar yaşandığında, bireyler gelecekteki olayların sonuçlarını hiçbir eylemle kontrol edemeyeceklerine dair bir beklenti geliştirir ve bu durum depresif belirtilere yol açar (60). Tekrarlayan aresizlik deneyimleri, bireyin adaptif başa çıkma davranışlarını zayıflatır. Bu tür deneyimlere sahip kişiler, olumsuz bir olayla karşılaştıklarında hızla çaresizlik hissine kapılır, benlik değeri düşer ve bu durum depresif belirtilerin ortaya

çıkmasına veya sürmesine neden olabilir. Bu model, depresyonun anlaşılmasında ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (61).

Bilişsel kuram

Bilişsel modele göre, bireylerin yaşadıkları deneyimlere verdikleri anlam ve yorumlar, depresyona girip girmeyeceklerini ve depresif epizodların şiddetini ve süresini belirleyen önemli faktörlerdir. Beck'in negatif bilişsel üçlü yapısı ve umutsuzluk, depresyon gelişiminde önemli kırılganlık faktörleri olarak kabul edilmektedir (62).

Her psikopatolojinin kendine özgü bir bilişsel profile sahip olduğu öne sürülmüştür. Depresyonun bilişsel profilinde üç ana yapı bulunmaktadır: bilişsel şemalar, bilişsel çarpıtmalar ve bilişsel üçlü. Bu yapılar, bireyin kendini, dış dünyayı ve geleceği nasıl algıladığını etkileyerek depresyona karşı kırılganlık yaratır. “Çaresizlik”, “değersizlik” ve “sevilmeme” temaları etrafında şekillenen bilişsel şemalar, olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaşan bireylerde depresif belirtilerin gelişmesine yol açabilir (63).

Öğrenilmiş çaresizlik modeli, olumsuz olaylara ilişkin kişisel nedensel açıklamaların depresyondaki rolünü inceleyerek revize edilmiştir. Olumsuz olayların içsel, istikrarlı ve küresel olarak yorumlanması, depresyonun gelişimi ve sürmesi için önemli bir risk faktörüdür. “Depresyonun umutsuzluk teorisi” adı verilen bu hipotez, “umutsuzluk depresyonu” olarak adlandırılan belirli bir depresyon alt tipinin gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır (64,65).

2.1.6. Majör Depresif Bozukluk Klinik Seyri ve Prognozu

Çeşitli geniş kapsamlı epidemiyolojik çalışmalar, depresyonun seyri hakkında değerli bilgiler sunmaktadır. Global Burden of Diseases (GBD) araştırmasının ilk aşamasında depresyon epizodlarının ortalama süresi 6 ay olarak belirlenmiştir (42,43).

Depresyon, psikiyatrik hastalıklar arasında en sık yeti yitimine neden olanlardan biri olmasına rağmen, mevcut veriler hastaların büyük bir kısmının uygun ve yeterli tedavi alamadığını göstermektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında

depresyon hastalarının tanı konulma ve yeterli tedavi alma oranları %38 civarındadır (42).

Depresyon tedavisi büyük ölçüde farmakoterapiye dayanmaktadır. Randomize kontrollü çalışmalar, uygun ilaç tedavisi alınmasına rağmen hastaların sadece %30-40'ında tam iyileşme sağlandığını göstermektedir. Ayrıca hastaların %10-15'inde tedaviye hiç yanıt alınamamaktadır (43).

Hastaların çoğu akut depresif dönemler arasında iyi hissedebilirken, bir depresif dönem yaşayan kişilerin yarısından fazlasının en az bir depresif dönem daha yaşayacağı gözlemlenmiştir (44). İki veya daha fazla depresif dönem yaşayanlarda ise bu oran %80'e yaklaşmaktadır (47).

Hastalığın tekrar etme eğiliminde olan durumlarda, kronikleşme riski artmakta ve bu da kronik olmayan depresyon durumlarına göre daha belirgin işlevsel kayıplara, yaşam kalitesindeki düşüslere ve intihar gibi ciddi tehlikelere neden olabilmektedir (48). Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanısı konmuş kişilerde intihar düşünceleri ortaya çıkabilir (49). Özellikle hastalığın şiddetli olduğu durumlarda intihar oranlarının yükseldiği gözlemlenmiş, araştırmalarda bu oranlar değişkenlik gösterse de depresyonun şiddetlenmesiyle intihar riskinin arttığı genel olarak kabul edilmiştir (50). Bu bağlamda, tekrarlayan ve şiddetli depresyon vakalarında bireylerin dikkatle izlenmesi ve gereken tedavi ve destek hizmetlerinin eksiksiz sunulması hayati önem taşımaktadır.

2.1.7. Majör Depresif Bozukluk Tedavisi

Depresyonun tedavisinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bunlar arasında psikofarmakoloji, psikoterapi ve elektrokonvülsif tedavi (EKT) bulunmaktadır. Depresyonun şiddetine göre farklı tedavi seçenekleri tercih edilmektedir. Hafif depresyonu olan kişiler için psikososyal destek yeterli olabilirken, orta ve ağır depresyonu olan kişiler için antidepresan ilaçlar gerekli olabilir (66,67). Tedavinin amacı, depresyon belirtilerini tamamen ortadan kaldırmak ve kişinin normal işlevselliğine kavuşmasını sağlamaktır. Antidepresan ilaçların etkisi 2-3 hafta sonra görülmeye başlar. Depresyon tedavisinin ilk aşaması olan akut evre 2-4 ay sürer ve bu süreçte belirtiler azalır ve işlevsellik artar. Depresyonun tekrarını önlemek için ise

idame tedavisi 6-12 ay devam ettirilir. Bazı durumlarda, antidepresan ilaçlara yeterli yanıt alınamayabilir. Bu durumda, ilaca başka bir ilaç eklenerek kombinasyon tedavisi yapılabilir. Örneğin, selektif serotonin geri alım inhibitörleri veya venlafaksine mianserin veya mirtazapin eklenebilir. Tedaviye dirençli depresyon vakalarında ise, antipsikotikler, lityum, tiroid hormonu veya EKT gibi farklı yöntemler denenebilir (66,67).

Depresyonun tedavisinde kullanılan yöntemler, depresyonun şiddetine göre farklılık göstermektedir. Şiddetli depresyon durumunda ilaç tedavisi önerilirken, hafif depresyon durumunda psikolojik destek yeterli olabilmektedir. Orta şiddetteki depresyon için ise, ilaç tedavisi veya psikolojik destek arasında bir seçim yapılması gerekmektedir. Bu seçimde farklı kılavuzlar farklı önerilerde bulunmaktadır (68,69). Depresyon tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmış psikolojik destek yöntemleri arasında bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve kişilerarası ilişkiler psikoterapisi (KİPT) bulunmaktadır. 137 çalışmanın incelendiği bir meta-analize göre, ilaç tedavisi ile birlikte uygulanmadığında, BDT'nin KİPT'ten daha etkili olduğu görülmüştür. Depresyonun tekrarını önlemek için yapılan izlem çalışmalarında ise, BDT'nin KİPT'ten daha üstün olduğu belirtilmiştir. Ulusal Sağlık Enstitüleri tarafından yapılan bir ortak çalışma, izlem sürecinde, ilaç tedavisi veya KİPT ile karşılaştırıldığında, BDT'nin depresyonun nüksünü önlemede daha başarılı olduğunu ortaya koymuştur (70,71).

Depresyonda Üçüncü Dalga Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Yaklaşımları

Depresyonun gelişmesinde ve sürmesinde potansiyel bir mekanizma duygu düzenlemedeki zorluklardır (72). Depresyona yatkın bireyler uyumsuz duygu düzenleme stratejilerini kullanabilirler; bu stratejiler, rahatsız edici deneyimleri yönetme girişimlerinin geri tepmesine ve semptomların devam etmesine veya artmasına neden olabilir. Ayrıca duyguların daha az farkında olabilirler, onları anlamakta zorluk çekebilirler ve bunlara tahammül etme kapasiteleri de sınırlı olabilir. Sonuç olarak, olumsuz duygulardan kurtulma konusunda sorunlar yaşarlar ve bu da sürekli depresif ruh hali ile sonuçlanır (73). Araştırmalar, MDB'li bireylerin daha fazla uyumsuz duygu düzenleme stratejisi, daha az uyumlu duygu düzenleme stratejisi kullandıklarını doğrulamaktadır (74). Ayrıca bireyler MDB'den

kurtulduktan sonra da duygu düzenleme güçlüklerinin devam ettiği görülmektedir (75). Depresyonun merkezinde yer alan duygu düzenleme bozukluğunun tedavi yaklaşımlarında üçüncü dalga Bilişsel Davranışçı Psikoterapi yaklaşımlarını incelemek faydalı olacaktır.

Üçüncü dalga terapiler, farkındalık ve kabul çalışmalarında asıl odak noktası olarak duyguların açımlayıcı özellikleri üzerinde durmaktadır. Ayrıca üçüncü dalga terapiler, psikopatolojilerin anlaşılmasında özellikle psikolojik belirtilerin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde duygu düzenlemede yaşanan sıkıntılara sıklıkla vurgu yapılmaktadır. Bu özelliği sebebi ile üçüncü dalga bilişsel davranışçı yaklaşımların alan yazında Duygu Temelli Psikoterapi Yaklaşımları olarak da adlandırılabilirler görülmektedir.

Diyalektik Davranış Terapisi:

Diyalektik davranış terapisi(DDT) odağında duygu düzenleme ile ilgili eksikliklerin ve yetersizliklerin yer aldığı düşünülmektedir. Diyalektik davranış terapisinin genel olarak dört alanda çalışmalarını yoğunlaştırdığı belirtilmektedir. Becerilerin geliştirilmesine odaklanılan dört alan farkındalık, stres toleransı, duygu düzenleme ve kişilerarası etkililiktir. Farkındalık kendi içerisinde yargısız kabulü ve dikkatli kontrolü içermektedir. Stres toleransı ise kişinin stres ve acı karşısındaki toleransının artırılmasına odaklanmaktadır. Duygu düzenleme, farkındalık ve kabul odağında duyguların yaşantılanmasına izin vermeyi içermektedir (76).

Bir randomize takip çalışmasında depresyon hastalarında medikasyon ve DDT etkinliği karşılaştırılmış ve farmakolojik+DDT grubunun %71'i tedavi sonrasında remisyona girerken, farmakolojik grubunun %47'si remisyona girdiği, altı aylık takip sonucunda, farmakolojik+DDT grubunun %75'i remisyonda kalırken, farmakolojik grubunun %31'i remisyonda kaldığı gösterilmiştir (77).

Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi

Farkındalık temelli bilişsel terapi (FTBT), depresyonun tekrarını önlemek için geliştirilmiş bir yöntemdir. FTBT, bilişsel davranışçı terapinin ilkelerini,

farkındalık meditasyonu ile birleştirir (78). Farkındalık meditasyonu, anın içinde yaşamak ve zihindeki düşünce, duygu ve bedensel duyuları yargılamadan fark etmek demektir. Bu sayede, depresyona eğilimli kişilerin üzüntü, korku ve endişe gibi olumsuz duygularla baş etmeleri kolaylaşır. Ancak, FTBT'nin akut depresyon tedavisinde ne kadar etkili olduğu henüz bilinmemektedir. Çünkü akut depresyon belirtileri olan kişiler, konsantrasyon bozukluğu yaşayabilir ve farkındalık meditasyonunu yapmakta zorlanabilirler. Bu nedenle, FTBT'nin daha çok depresyon epizodları arasında uygulanması önerilmektedir (79).

Kabul ve Kararlılık Terapisi

Kabul ve kararlılık terapisi, bireyin zorluk çıkaran düşünce ve duygularıyla farklı bir ilişki kurmasını amaçlayan bir psikoterapi yöntemidir. Kabul ve kararlılık terapisinde bireyin düşünce ve duygularından kaçınması veya onları değiştirmeye çalışması değil, onları olduğu gibi kabul etmesi ve onlara merakla yaklaşması teşvik edilir. Bu sayede, bireyin belirtileri azalabilir, ancak bu terapinin asıl hedefi değildir. Terapinin asıl hedefi, bireyin değerlerine uygun bir yaşam sürmesini sağlamaktır(80).

Mevcut araştırmalar, depresyon ve depresif belirtilerin tedavisinde kabul ve kararlılık terapisi destekleyen sınırlı kanıt sunmaktadır. Bununla birlikte, bildirilen çalışmalar kabul ve kararlılık terapisi depresif belirtileri azaltmada etkili olduğunu (81) ve geleneksel bilişsel-davranışsal tedavilerle karşılaştırıldığında depresyon üzerinde eşit etkiye sahip olabileceğini göstermektedir (82).

Duygu Düzenleme Terapisi

Duygu Düzenleme Terapisi, duyguların ve duygu düzenlemenin psikolojik belirtiler üzerindeki etkisini inceleyen bir psikoterapi yöntemidir. Duygu Düzenleme Terapisinde, bireyler duygularını tanıma, ifade etme ve yönetme becerilerini geliştirirler. Duygu Düzenleme Terapisi'nin dört aşaması vardır: Psiko-eğitim, problem çözme, duygu düzenleme ve gelecek planı. Bu aşamalarda, bireyler duygularının kaynaklarını, işlevlerini ve sonuçlarını öğrenir, duygusal zorluklarla baş etmek için etkili stratejiler geliştirir, duygularını kabul etmeyi ve değiştirmeyi öğrenir ve duygusal refahlarını artırmak için hedefler belirler(83).

Depresyon tanısı almış hastalar ile yapılan bir çalışmada, duygu düzenleme eğitim programının eklendiği BDT ile klasik BDT'nin uygulandığı iki grup karşılaştırılmıştır(83). Söz konusu çalışmanın bulgularına göre; ilk grubun belirtilerinde ikinci gruba göre daha fazla düzelme gözlenmiştir (83) . Benzer şekilde yarı deneysel bir çalışmanın bulgularına göre; tıbbi kökeni bulunmayan somatik belirtilerde de duygu düzenleme çalışmalarının etkin olduğu belirtilmektedir (84).

2.2. ANHEDONİ

Epikür'den bu yana haz ve hazzın kaybı konusu düşünürlerin ilgisini çekmiştir, ancak psikopatolojik açıdan ilk tanımın 19. Yüzyılın başlarında yapıldığı belirtilmektedir (85).

Anhedoni terimi ise 1896'da Fransız psikolog Ribot tarafından (anhedonie) kullanılmıştır (85). Başlangıçta şizofreninin temel özelliklerinden biri olarak kabul edilen anhedoni, şizofreniye yatkınlığı kalıtsal olarak belirleyen bir faktör olarak görülmüştür ve şizofreninin dört ana semptomundan biri olarak sayılmıştır (86). Anhedoninin depresyonla ilişkisi ise Klein (1974) tarafından endojenomorfik depresyon tanımında önemli bir yer verilmesiyle vurgulanmıştır (86)Ruhsal bozuklukların güvenilir tanı kriterlerinin belirlenmesine yönelik ilk çalışmalardan olan Feighner kriterlerinden itibaren anhedoni,depresyon kriterlerinden biri olarak görülmektedir (87). Ancak sınıflandırma sistemleri Klein'ın (1974) “zevk alma yeteneğinde veya zevk alma beklentisine duygusal tepki vermede ciddi, dış uyaranlara karşı duyarsız, yaygın bozukluk” şeklinde tanımladığı anhedoniye daraltarak “günlük aktivitelere ilgi ve zevk kaybı” olarak aktarmıştır (85). DSM-III'ten (American Psychiatric Association, 1987) beri majör depresyon, DSM-IV'ten (American Psychiatric Association, 2000) beri de şizofreni tanı kriterleri arasında anhedoni yer almaktadır (28).

Ödül ile ilişkili süreçler ilk tanımlamalarda yer almış olsa da bu konu uzun süre detaylı araştırmalara konu olmamıştır. Ancak zamanla şizofreni ve depresyonun yanı sıra, madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, Alzheimer hastalığı gibi diğer psikiyatrik bozukluklar ve Parkinson hastalığı gibi nörolojik bozukluklarda da anhedoninin önemli bir rolü olduğu fark edilmiştir. Sonraki yıllarda yapılan çalışmalarla anhedoninin ve ödül ile ilişkili süreçlerin psikopatolojideki yeri ve

önemi kavranmaya başlamış, preklinik ve klinik bulgular ödül ile ilişkili işlevlerin birbirinden farklı olduğunu göstermiştir (85). Ödül ile ilişkili süreçlerin psikiyatrik bozuklukların oluşum ve seyri üzerinde etkisi olduğunun anlaşılmasıyla anhedoni daha detaylı olarak ele alınmaya başlanmıştır (88).

2.2.1. Anhedoni ve Ödül İlişkisi

Ödül ile ilişkili süreçler hakkında bilgi birikimi, Berridge ve Robinson (1998) tarafından yapılan önemli bir ayırım sayesinde artmıştır (89). Bu ayrıma göre, ödül değeri taşıyan bir uyarana verilen isteme ve hoşlanma tepkileri farklı nörobiyolojik süreçlerle oluşur, farklı davranışsal sonuçlara yol açar ve farklı şekillerde ölçülebilir (90). Ödül değeri olan bir uyarana verilen isteme ve hoşlanma tepkilerinin birbirinden farklı nörobiyolojik süreçler sonucunda geliştiği, birbirinden farklı şekillerde davranışa yansıdığı ve ölçülebileceği gösterilmiştir (89). Bu şekilde, ödül ile ilişkili süreçlerin bileşenleri birbirinden net bir şekilde ayrılmaya çalışılmıştır. Ödül ile ilişkili süreçlerin üç temel bileşeni vardır: zevk alma/hošlanma (liking, hedonik kapasite), isteme (wanting, motivasyon) ve ödül ile ilişkili öğrenme (learning). Berridge ve Robinson (2003) bu bileşenlerin her birinin örtük ve açık yönleri olduğunu belirtmiştir (89). Örtük/açık ayrımı psikolojik sürecin bilinçli ya da bilinçsiz olarak gerçekleşmesiyle ilgilidir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar anhedoniye uyaran-ödül ilişkisi çerçevesinde gelişen, çok boyutlu ve karmaşık bir süreç olarak ele almıştır (91). Bu süreçte, ilgi/arzu (ödülü isteme), bekleme, beklenti (ödül için hazır olma durumu), motivasyon (ödül için harcanan efor), efor (ödül için devam eden efor), hedonik yanıt (ödülden duyulan zevk) ve geri bildirim entegrasyonu (ödülün varlığı ve öznel değeri hakkında öğrenme yoluyla yapılan güncellemeler) gibi yapıların etkisi olduğu ileri sürülmüştür.

2.2.2. Anhedoninin Nörobiyolojisi

Anhedoni, ödül işlemenin çeşitli yönlerindeki bozukluklardan kaynaklanır (92). Ödül işlemenin yönleri arasında ödül arzusu, ödül beklentisi, ödül elde etme çabası, tüketim zevki ve öğrenme ilişkilerinin bilişsel yönleri bulunur (89). Ödül işlemenin bu yönlerinin altında yatan spesifik nöroanatomik alanlar şunlardır: prefrontal korteks (orbitofrontal korteks, ventromedial prefrontal korteks ve anterior

singulat korteks), dorsal striatum (kaudat ve putamen), nükleus accumbens ve amigdala (85). Bu alanlar ödül işlemenin farklı bileşenlerine farklı şekillerde katkıda bulunurlar. Örneğin, orbitofrontal korteks, ödül değerinin temsil edilmesinde, nükleus accumbens ise ödül arzusunda önemli bir rol oynar.

Ödül işlemenin ana nörotransmitteri dopamin olsa da, diğer nörotransmitter sistemleri de ödül sürecine önemli bir şekilde dahildir. Bunlar arasında opioidler, glutamat, GABA ve serotonin sayılabilir. Opioidler ve GABA tüketim zevki deneyiminde (serotonin ise dürtüsellik ve anlık ödül tercihi ile daha fazla ilişkili olduğu gösterilmiştir) (93,94,95).

2.2.3. Anhedoni ve Psikopatoloji

Birbirinden farklı olarak kabul edilen ruhsal rahatsızlıkların sıkça eştanı olarak bulunması, Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nü (NIMH), Araştırma Alanı Kriterleri (RDoC) çerçevesini geliştirmeye yöneltmiştir. RdoC'un amacı, geniş bir rahatsızlık yelpazesi boyunca psikopatolojinin altında yatan, tanı üstü boyutları keşfetmektir (96)

Bu boyutlardan biri anhedonidir ve çaba/motivasyon, arzu, beklenti ve tüketim zevki kaybını içerir (88). Anhedoni, çoğunlukla depresyon ile anılmasına rağmen, DEHB, otizm spektrum bozukluğu (OSB), şizofreni, madde kullanımı bozuklukları ve anksiyete bozuklukları gibi ruhsal hastalıklarda yaygın görülen bir semptomdur (97–102). Anhedoninin, ödül sistemi ve duygu düzenleme bozuklukları ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (10) (91). Depresyon hastaları ödül tepkisellik, ödül beklentisi ve pozitif ve negatif duyguların artmış baskılanması konusunda eksiklikler gösterir (91,103). Benzer şekilde, DEHB hastalarında ödüllendirici ipuçlarının azaltılmış işlenmesi, anhedoniye yol açabilir (98). Anksiyete hastaları için, duygusal sıkıntıyı kabul etmede azalma, anhedoniye katkıda bulunabilir (97) ve OSB 'deki zihin kuramı eksiklikleri, sosyal etkileşimleri daha az zevkli ve ödüllendirici yapar (101). Anhedoni, bu sık eş zamanlı görülen ruhsal hastalıklar arasında görülür ve psikopatolojinin altında yatan transdiagnostik bir özellik olabilir (104).

2.2.4. Majör Depresyonda Anhedoni

DSM 5'te anhedoni kavramı geçmemekle birlikte, majör depresyonun çekirdek belirtilerinden biri olarak kabul edilir. Bu belirti, “etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da zevk alamama” olarak tanımlanır. Anhedoni, hazzın alt bileşenlerini (hedonik kapasite ve beklenti hazzı) açık bir şekilde ifade edemeyen bu tanımlamada yer almaktadır. Depresyonda anhedoni prevalansı genellikle oldukça yüksektir, ancak çalışmaya ve incelenen popülasyona bağlı olarak değişmektedir. Depresyonda olan kişilerin %70'e kadarı anhedoni yaşayabilir (55). Bazı vakalarda tedaviden sonra da devam edebilir (105). Bildirilen cinsiyet farklılığı yoktur. Anhedonia'nın kadınlarda erkeklerden daha yaygın olduğuna dair bir kanıt yoktur. Aksine, bazı kanıtlar, en azından sosyal anhedoni açısından, erkeklerde daha yüksek bir prevalansa işaret etmektedir (106). Anhedoni, depresyonun çekirdek belirtileri ile daha kuvvetli ilişki içerisindedir (107).

Bu nedenle, depresyonun temel özelliklerinden biri olarak kabul edilmektedir. DSM sisteminde anhedoninin diğer belirtilerden farklı bir ağırlığı olması da bu durumla ilişkilidir (108).

Öte yandan, anhedoni varlığı ve şiddeti tüm hastalarda benzer değildir. Depresyonun farklı klinik görünümünün, alt tiplerinin, tanımlanmasında anhedoni önem taşıyabilmektedir. Örneğin belirgin anhedoni melankolik özellikli depresyonun ayırt edilmesinde önemli ölçütlerdendir (108)(109). Anhedoninin, depresyon seyrinin kötü gidişi (110), özkıyım düşüncesinin gelişimi (111) ve kötü tedavi yanıtı için yordayıcı olduğu bildirilmiştir (112). Tedavi başlangıcında anhedoni düzeyinin ilaç tedavilerine kötü yanıt için yordayıcı değeri olduğu bildirilmiştir (91,113). Farmakolojik tedaviler anhedoninin tedavisinde göreceli olarak yetersiz kalmaktadır. Standart tedavilerle anhedoniyle ilgili belirtilerin tam düzelmemesinin yanı sıra, kötüleşebildiği de bildirilmiştir (109).

2.2.5. Depresyonda Anhedoninin Ölçeklerle Değerlendirilmesi

Anhedoni şiddetinin boyutsal değerlendirmesi öncelikle öz bildirim araçlarıyla elde edilmiştir. En yaygın anhedoni ölçümlerinde kullanılan öğelerin içerik incelemesi, bunların, azalan dürtü veya motivasyona çok az dikkat ederek veya hiç dikkat etmeden, olumlu uyarılara yanıt olarak zevk deneyimini oybirliğiyle

vurguladığını ortaya koyuyor. Buna Chapman Anhedonia Ölçeği (91), Negatif Belirtiler Ölçeği (92), Fawcett-Clark Zevk Ölçeği (93) ve Snaith-Hamilton Zevk Ölçeği (94) dahildir. Ayrıca bu ölçeklerden birçoğunun depresyondan ziyade şizofreniye (Chapman, SANS) odaklanılarak geliştirildiğini de belirtmek gerekir. Depresyona özgü semptom şiddeti araçları genellikle anhedoniye az sayıda maddeyle değerlendirir; 17 maddelik Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nde (95) tek bir soru, 21 maddelik Beck Depresyon Envanteri'nde üç madde (95) anhedoniye değerlendirir. Daha da önemlisi, bu ölçeklerin hiçbirisi, anhedonin zevk ve motivasyonel yönleri arasında ayırım yapmak için açık bir girişimde bulunmaz. Daha yakın zamanlarda, Zamansal Zevk Deneyimi Ölçeği (96) ileriye dönük ve tamamlayıcı hazzı değerlendirmek için geliştirildi. Bu ölçek umut verici bir ilerlemedir, ancak ödülleri beklerken yaşanan haz deneyiminin, ödül motivasyonu ile aynı yapı olup olmadığı açık değildir ve klinik anhedonin ayrıştırılmasında faydasını belirlemek için klinik popülasyonlarda uygulanması gerekli olacaktır (97). Alanyazında depresyonda anhedoniye ölçmede SHAPS altın standart olarak kullanılmaya devam etmektedir. Ölçek, majör depresif bozuklukta kullanılmak üzere tasarlanmış olup içeriğindeki sorular sınırlı kültürel önyargılar içerir.

Anhedoni ödül sürecinin yalnızca hedonik tonu komponentini ele alır. Ödül isteme, motivasyon, ödül beklentisi ve ödül öğrenme gibi diğer alanları ölçmez. Tamamlayıcı ödülün depresyonda tutarlı bir şekilde bozulmadığı göz önüne alındığında, SHAPS MDD içindeki alt grupları tanımlamak veya tedavinin spesifik etkilerini test etmek için yararlı olabilir, ancak tedavi yanıtını öngörmek için kullanılacak duyarlılığa sahip olmayabilir (98).

2.2.6. Anhedoni ve Bağlanma

Literatürde anhedoni ve bağlanma stilleri üzerine yapılmış çalışmalar az sayıdadır. Yapılan çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte daha çok anhedoninin sosyal anhedoni komponenti üzerine yoğunlaşmıştır.

Anhedoninin bir boyuta da sosyal anhedonidir. Sosyal bağlılıktan zevk ve ödül alma kapasitesinin azalması olarak tanımlanan sosyal anhedoni, yalnızca klinik sonuçlara sahip olmakla kalmaz, aynı zamanda teşhis edilebilir psikiyatrik bozuklukları olmayan birçok insanı karakterize eden tanımlanabilir bir kişilik özelliği

gibi görünmektedir (114). Sosyal ödölü deneyimleme kapasitesindeki bireysel farklılıkların kökeni, genetik varyasyon, erken deneyim ve mevcut durumsal faktörler dahil olmak üzere genetik ve çevresel değişkenlerin karmaşık bir etkileşimini içermesi muhtemeldir.

Sosyal haz kapasitesindeki bireysel farklılıklarla ilişkili olabilecek bir kişilik değişkeni yetişkin bağlanma stilidir. Yetişkin bağlanma teorisi, ergen ve yetişkin yakın ilişkileri bağlamında ortaya çıkan bilişler, duygular ve davranışlardaki bireysel farklılıkları açıklamak için tasarlanmıştır.

Bağlanma stili, kişilerarası düzenlemenin çeşitli yönleriyle (yani, bir kişinin başkalarıyla etkileşimlerini düzenleyen süreçler) ilişkilidir ve sosyal etkileşimlerde insanların duygularını, düşüncelerini, tutumlarını ve davranışlarını etkiler. Bağlanma ölçümleri ve kişilerarası eğilimler arasındaki ilişkileri araştıran birkaç çalışma, kaçınan bağlanmaya sahip insanları biraz içe dönük, soğuk ve duygusal olarak ifadesiz olarak tanımlamıştır (115,116). Kaçınan bireyler, sürekli olarak başkalarıyla ilişki kurmaktansa yalnız kalmayı tercih ederler (116). Bu bulgular, kaçınan insanlara özgü sosyallik eksikliğinin, yüksek düzeyde sosyal anhedoniyi yansıttığını göstermektedir. Kaçınan bağlanma stiline, kaçınan kişilik özellikleri ve sosyal fobiden tamamen farklı olduğunu vurgulamak gerekmektedir. Kaçınan bağlanma stili, daha çok yakın ilişkileri merkeze alan, ilişkide kırılganlık, duygudurumunu düzenleyememe gibi durumlarla bağlantılıdır. Örneğin, sosyal fobisi olan bir bireyin, güvenli bağlanma stiline sahip olma olasılığı olduğu gibi, güvensiz kaygılı bağlanmaya da sahip olabilir. Kaçınan kişilik özellikleri ve kaçınan kişilik bozukluğuna sahip olan bireyler de, sosyal ortamlardan uzak dururken, yakın ilişkilerde güvenli ilişkiler kuruyor olabilirler.

Sağlıklı kişiler ile yapılan bir çalışmada ; güvenli bir yetişkin bağlanma stiline sahip katılımcılarla karşılaştırıldığında, güvensiz bağlanmaya sahip katılımcıların sosyal ilişkisel etkileşimlerden daha az zevk ve ödül aldıklarını, sosyal anhedoni puanı ile kaçınan bağlanmasının ilişkili olduğu görülmüştür (117).

Son dönemlerde anhedoni, bağlanma ve intihar ilişkisini inceleyen, ergenlerde yapılmış bir çalışmada; ebeveyne bağlılığın intihar düşüncesini doğrudan

etkileyebileceğini ve anhedoni seviyesini artırarak intihar düşüncesini dolaylı olarak etkileyebileceğini gösterilmiştir (117,118).

2.2.7. Anhedoni ve Duygu Düzenleme

Depresyon, olumsuz duygulanım bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır ve depresyonda olan kişilerin, depresyonda olmayanlara göre daha az uyum sağlayıcı, daha işlevsiz ve daha az esnek stratejiler kullandıklarına dair kanıtlar vardır (119).

Depresyonda duygu düzenlemenin rolüne ilişkin araştırmalar ağırlıklı olarak olumsuz duygusal deneyime odaklanmıştır. Bununla birlikte, depresyonun diğer önemli semptomu olan anhedoni (yani olumlu uyarılara yanıt verme yeteneğinin azalması) nispeten daha az araştırılmıştır.

Bugüne kadar, özellikle çeşitli duygusal düzenleme stratejileri ve anhedoni arasındaki ilişkilere odaklanan çok az araştırma yapılmıştır. Son dönemde yapılan çalışmalar, özellikle olumlu duyguları düzenleme stratejilerinde düzensizliğin anhedoniye öngördüğünü göstermiştir (120).

Young ve ark. (2022), bilişsel yeniden değerlendirme stratejisinin kullanımının, bir ergen örneğinde üç yıllık bir süre boyunca daha düşük anhedoni oranlarıyla önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulmuştur (121). Pozitif duyguların ortaya çıkışını düzenlemeyi ve teşvik etmeyi amaçlayan stratejilerin daha az sıklıkta kullanılması yüksek anhedoni düzeyleri ile ilişkilendirilmiştir (9,10). Anhedoni ile ilgili göreceli olarak bir araştırma eksikliği olduğu doğru olsa da, literatürde duygusal düzenlemenin olumlu duygular ve esenlik üzerindeki rolü üzerine bazı çalışmalar vardır. Van Beveren ve ark. (2018), uyumlu duygu düzenleme stratejileri (bilişsel yeni değerlendirme, kabul, problem çözme) ile olumlu duygulanım arasında orta düzeyde, pozitif bir ilişki bulmuştur (122). Kobylinska ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılan bir çalışma,, bilişsel yeniden değerlendirmenin olumlu duygular için daha yüksek puanları öngördüğünü bildirmiştir (123).

2.3. BAĞLANMA

2.3.1. Tanım

Bağlanma, kişilerin yaşamında önemli olan ötekilere karşı geliştirdiği duygusal bir bağ olarak tanımlanabilir. Bowlby'ye göre bireyin kurduğu ilk ilişki yenidoğana bakım veren anne ya da bir diğer bakıcıyla gerçekleşir ve yaşamın ilk yıllarda kurulan bu bağ insan davranışının önemli bir parçasını oluşturur (124).

2.3.2. Bağlanma Kuramının Gelişimi

Bağlanma kuramı, John Bowlby tarafından ilk temel ilişki olan çocuk ve bakım veren (çoğunlukla anne) arasındaki ilişkinin işlevini açıklamak amacıyla tasarlanmıştır. Bowlby'e göre yakınlık arama bebeğin hayatta kalma ihtimalini arttırmaya yönelik adaptif davranış sisteminin bir parçasıdır (125).

Bağlanma kuramı, çocuğun bakımverenle olan ilişkisine dayanarak çocuklukta ve yetişkinlikteki yakın ilişkileri açıklamayı hedefler. Eskiden bebeklik ve çocukluk dönemlerine yoğunlaşırken, günümüzde yetişkinlerin yakın ilişkilerinde yaşadıkları duygusal, bilişsel ve davranışsal özellikleri anlamak için de bir model olarak kullanılır.

Doğduktan sonra bebeğin ilgisi yakın çevresine yöneliktir ancak tam olarak ayırt edebilmesi mümkün değildir. Bebek, üçüncü aydan itibaren annenin uyarılarına karşılık vermeye ve bağlanma davranışları göstermeye başlar. Üç-altı ay arasında bebeğin ilgisi daha çok anneye odaklanır. Bağlanma 6-24 ay içinde tamamlanır. Bağlanma davranışı bağlanma figürüne yakın olma isteği şeklinde ortaya çıkar. Bebekler için en önemli bağlanma figürü genellikle annedir (126,127). Bowlby ilk çalışmalarında özellikle yaşamın ilk üç yılında anneden ayrılmanın çocukların fiziksel ve psikolojik sağlığına zarar verdiğini gözlemlemiş ve anneden ayrılmanın nasıl böyle sonuçlara yol açtığını açıklamaya çalışmıştır. Bowlby, uyumsuz davranışlar gösteren ve hırsızlık yapan 44 çocuğun incelenmesi sonucunda çocukların sorunlarının annelerini kaybetmekle ilgili olduğunu belirtmiştir. Daha sonra ayrılık ve kayıpların çocuklar üzerindeki etkilerini daha detaylı olarak araştırmış ve 1951 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan “Anne Bakımı

ve Ruh Sağlığı” raporunu hazırlamıştır. Bowlby’ye göre çocuk, duygusal gelişimi için sıcak, yakın ve sürekli bir bakım ilişkisine ihtiyaç duyar (128).

Bowlby bağlanma kuramını, “insanların belirli diğerleriyle güçlü duygusal bağlar kurma eğilimini kavramlaştırmanın ve istenmeyen bir ayrılık ya da kayıp durumunda anksiyete, depresyon gibi çeşitli ruhsal hastalıkları açıklamanın bir yolu” olarak tanımlar. Bowlby’ye göre, bebek beslenmeden bağımsız olarak bakımverene gereksinim duyar, onunla fiziksel yakın olmayı ve bu yakınlığı sürdürmeyi ister. Fiziksel yakınlığı engelleyen herhangi bir durum kaygı ile sonuçlanır ve yakınlık tekrar sağlanana kadar “yakınlık arama davranışlarını” (ağlama, hareket etme gibi) tetikler. Yakınlığın sağlanması ve korunması güvenlik, rahatlama ve sevgi duygularına yol açarak çevreyi keşfetme davranışına imkan verir (129).

Bağlanmanın üç temel özelliği ve işlevi olduğu söylenebilir (129,130)

- Yakınlığı koruma
- Güvence üssü (secure base)
- Güvenlikli üs (safe haven)

Güvence üssü bebeğin bağlanma dışı davranışlarda bulunmak ve dünyayı keşfetmek için bir üs olarak kullandığı kişiyi, güvenlikli üs ise rahatlama, destek, yeniden güven sağlamak için dönülen kişiyi tanımlar (127,130). Bağlanma figürünün bu rolleri ne kadar iyi oynadığı, sosyal ilişkinin kalitesine, özellikle de bağlanma figürünün bebeğin işaretlerine duyarlılığına (olumlu tepkiselliğine) ve bebek ona ihtiyaç duyduğunda ulaşılabilir olmasına bağlıdır. Bunların yanı sıra bebeğin bağımsızlaşma, çevreyi keşfetme davranışlarına da olanak tanınmalıdır (126,127).

“Ayrılık” ve “Kayıp” isimli kitabında Bowlby, Freud’un “içsel dünya” kavramını yeniden gözden geçirmiştir. Anne ve çocuk etkileşimi sürecinde zihin modelinin iki temel şeması, birbirini doğrulayıcı ve tamamlayıcı biçimde gelişir: ‘değerli ben’ ve ‘güvenilir o’. Bu iki şema yakın ilişkilerde yaşanan bağlanma kaygısı ve mesafeyi koruma ve kaçınma davranışı ile ilişkilidir. Bowlby’e göre bağlanma figürü bebeğin konfor ve korunmaya yönelik ihtiyaçlarını karşılama ve bebeğin çevreyi bağımsız şekilde keşfetmesi için uygun ortamı oluşturmada yeterli ise, bebeğin güven içeren bir içsel çalışma modeli geliştirme olasılığı yüksektir. Buna

karşın bağlanma figürü bebeğin taleplerini sıkça reddetme eğiliminde ise, değersizlik veya yetersizlik içeren bir içsel çalışma modeli geliştirme olasılığı yükselmektedir. Bu olumlu veya olumsuz modellerin etkilerinin yaşam boyu devam ettiği varsayılmaktadır. Bowlby, bağlanma örüntülerinin nesiller arasında geçişinde bu içsel çalışan modellerin rolünü vurgulamaktadır (131). Sonuç olarak bağlanma kişisi modeli ve kendilik modeli birbirini tamamlayıcı ve karşılıklı olarak birbirlerini doğrulayıcı biçimde gelişir.

Bebek tarafından bakımverenle ilişkisi doğrultusunda geliştirilen bağlanma stratejilerinin erken yaşlarda ikisi arasında yineleyen etkileşimler sırasında sürekli kullanılması sonucu, benlik, başkaları ve kişilerarası ilişkiler hakkındaki bilgiyi örgütleyen ve işlemleyen zihinsel modeller ya da ‘içsel çalışan modeller’ (internal working models) şekillenir. Başka türlü ifade etmek gerekirse bebek bakımverenle olan deneyimlerini içselleştirerek kendisi ve başkaları hakkında zihinsel bir temsil oluşturur. Bowlby’ye göre, birincil koşullu stratejilerin tutarlı olarak kullanılması kişinin kendisini sevmeye değer olarak algıladığı olumlu benlik modelinin ve başkalarını güvenilir, ulaşılır, tutarlı ve destekleyici olarak algıladığı olumlu başkaları modelinin gelişmesine olanak tanır.

İkincil koşullu stratejilerin sıklıkla kullanılması da değersizlik duyguları (sevmeye değer bulunmayacağı) ile tanımlanan olumsuz benlik modelinin ve başkalarının güvenilirmez, tutarsız ve soğuk olarak algılandığı olumsuz başkaları modelinin oluşmasına yol açabilir (132). Bilişsel şemalara benzer şekilde çalışan bu zihinsel modeller kişinin kendisine ilişkin beklenti, inanç ve duygularını, özsaygısını, aynı zamanda başkalarına duyduğu güven ve sosyal ilişkilerdeki rahatlık düzeyini etkiler, bağlanma figürünün davranışlarını yorumlamasını şekillendirir, kişilerarası ilişkilerindeki düşünce, duygu ve davranışlarına yön verir (127). Zihinsel modeller oluştuktan sonra yerleşir, özellikle bağlanma figürü ile kurulan ilişkiler genelde olumsuz ise esnekliklerini göreceli olarak kaybederek değişime direnç gösterir ve kişinin gelişimi süresince tekrarlayan etkileşimler ve davranışlar ile pekişerek erişkinlik yaşamı boyunca da kısmen korunur (127).

Bowlby ile bağlanma konusunda birlikte çalışmış olan Ainsworth farklı projelerde anne ve bebek arasındaki ilişkiyi gözlemlemiş, beslenme, yüz yüze

etkileşim, ağlama, bebeğin anneyi karşılaması ve izlemesi, bağlanma-keşif dengesi, boyun eğme, yakın bedensel temas, yaklaşma gibi davranışları incelemiş, annelerin çocuklarının işaretlerine ne kadar duyarlı, uygun ve hızlı yanıt verdiklerine bakmıştır (124).

Ainsworth'e göre "Sağlıklı bağlanmanın en önemli ölçütlerinden biri anneyi keşif için güvence üssü olarak kullanma becerisidir" (124). Bu düşünceden hareketle, YDD'ni (Yabancı Durum Deneyi) tasarlamış ve bu deneyde alınan yanıtlara göre bağlanma biçimlerini tanımlamıştır. YDD bebeklerin

- a) bir yetişkini çevreyi keşfetmek için güvence üssü olarak kullanmasını
- b) bir yabancıya tepkilerini
- c) ayrılma ve yeniden birleşmeye tepkilerini

değerlendirir. Anne ve bebek bir laboratuvar odasına alınır ve daha sonra bu odaya yabancı bir kadın gider. Her biri üç dakikalık yedi epizoddan oluşan deneyde aşamalar bebekte giderek artan oranda stres oluşturmayı amaçlar, böylece bebeğin stres durumunda, bağlanma figürü çevresinde nasıl davrandığını gözlemlemeyi sağlar. Videoya kaydedilen görüşme daha sonra değerlendirilerek yakınlık ya da temas arayışı, teması sürdürme, direnç, kaçınma, araştırma, uzaklık etkileşimi olmak üzere altı parametre skorlanır ve verilen yanıtlara göre bağlanma biçimleri belirlenir (124,133).

Ainsworth'un YDD temel alınarak bağlanma biçimleri güvenli ve güvensiz bağlanmanın alt tipleri olan kaygılı ve kaçınan bağlanma şeklinde sınıflandırılmıştır (124,129).

Güvenli bağlanma: Bu bebekler stres oluşturan koşullar altında güvenlik duygusunu koruyabilir ve keşfetme davranışlarını etkin olarak gösterebilirler. Deney sırasında anneleri odadan çıktığında huzursuz olmuş, anneleri ile yakınlık ve temas arayışına girmiş, anneleri geri döndüğünde, yeniden birleşme sırasında kolayca rahatlamış ve çevreyi etkin olarak keşfetmeye girişmiştir. Bu bebeklerin ev ziyaretlerinde yapılan gözlemlerde bakımverenin tutarlı bir biçimde ulaşılabilir ve olumlu tepkisel olduğu görülmüştür.

Kaygılı bağlanma: Bu bebeklere bakımverenlerin bebeğin uyarılarına tutarsız, önceden yordanamayan tepkiler verdiği, bazen ulaşamaz olduğu ya da tepkisiz kaldığı, bazen bebeğin etkinliklerini kesintiye uğrattığı ya da aşırı müdahaleci tutumda olduğu görülmüştür. Deney sırasında bu bebekler anneleri ayrıldığında yoğun bir kaygı, gerilim ve kızgınlık yaşamış, yabancı ile iletişimi reddetmiş, anneyle yeniden birleşmeden sonra da kolaylıkla sakinleşmemiş ve annelerine sıkıca yapışmış, zihinleri bakımveren ile meşgul olduğu için keşif davranışlarını gösterememiştir.

Kaçınan bağlanma: Bu bebeklere bakımverenlerin, bebeklerin rahatlama ve özellikle de yakın bedensel temas isteklerini tutarlı olarak reddettiği ya da ihmalkar davrandığı gözlenmiştir. Bu davranışların çocuğun zamanından önce bağımsız olmayı istemesine ya da bağlanma nesnesinden kopma eğilimi göstermesine yol açabildiği ileri sürülmüştür. Deney sırasında bu bebeklerin annelerinden ayrılmaktan çok fazla etkilenmediği ya da huzursuz olmadığı, yeniden birleşmeden sonra da anneleri ile temas kurmaktan kaçındığı ve dikkatlerini çevreye, oyuncaklara odakladığı görülmüştür (127).

Main ve Solomon YDD ile yaptıkları çalışmalarda bazı çocukların Ainsworth'un bağlanma sınıflamasına uymadığını gözlemlemiştir. Bu bazı çocuklarda alışıldık davranış paternini göstermeme şeklindeyken, bazılarında başını çevirerek yaklaşma, otuz saniye boyunca sersem bir ifadeyle hareketsiz durma, donakalma gibi daha belirgin dezorganize davranışlar izlenmiştir. Gözlenebilir bir amaç taşımayan ya da açıklamaya uymayan davranışlar sergileyen bu çocukları betimlemek için dağınık/düzensiz (disorganized/disoriented) bağlanma biçimi ortaya konmuştur. Bu örüntü kaygıyı kontrolde tutarlı bir stratejinin yokluğu ile belirlidir ve kaçınan ve kaygılı davranışların karışımı olarak ortaya çıkar. Bu örüntünün bebeklikte temel bakım veren kişi depresyon ya da başka bir hastalık geçirdiğinde ya da bebeğini istismar edici davranışlarda bulunduğu ortaya çıktığı düşünülmektedir (134).

Bowlby'ye göre bağlanma deneyimleri temelinde gelişen içsel çalışan modeller, birbirlerini tamamlayıcı ve doğrulayıcı biçimde çalışan bağlanma figürü modeli ve benlik modeli olmak üzere iki ana boyut içermektedir (129). Bundan yola

çıkarak Bartholomew ve Horowitz benlik ve başkaları modellerinin bağlanma biçimlerini belirleyen temel boyutlar olduğunu ileri sürmüştür. Benlik modelinin olumlu olması başkalarının onayından bağımsız olarak var olan, içselleştirilmiş özsaygı ve sevillebilirlik, değer verilebilirlik duyguları olarak tariflenebilir(135). Benlik modelinin olumsuz olması ise değersizlik duygusu, düşük özsaygı ve başkalarından onay alma ihtiyacı ile ilişkilidir. Olumlu başkaları modeli kişi açısından önemli ötekilerin ulaşılabilirlik ve güvenilebilirliğine ilişkin olumlu beklentileri içerir ve başkalarından yakınlık ve destek arama gibi davranışları yönlendirir. Bu modelin olumsuz olması ise başkalarının güvenilmez, tutarsız olduğu şeklinde beklentileri içerir ve yakınlık kurmaktan kaçınma, sosyal destek alma ve sağlama konusunda kayıtsız kalma şeklinde ifade edilebilir (135). Böylelikle Bartholomew ve Horowitz bağlanma biçimlerini benlik ve başkaları modellerinin kesiştiği noktalarda tanımlayarak iki boyutun farklı kombinasyonlarından dört temel bağlanma biçimi belirlemiştir (135).

Güvenli bağlanma: Olumlu benlik ve olumlu başkaları modellerinin birleşimidir. Bu kişiler kendilerinin sevmeye değer, başkalarının ise güvenilir, destek veren, ulaşılabilir ve iyi niyetli olduğu duygusunu taşırlar. Bu özellikleriyle hem başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurabilir hem de özerk kalmayı başarabilirler.

Kaygılı bağlanma: Olumsuz benlik modeli ile olumlu başkaları modelinin birleşimidir. Kendini değersiz hissetme ve sevmeye değer görmeme duyguları ile başkalarına ilişkin olumlu değerlendirmeleri yansıtır. Bu nedenle yakın ilişkilerde kendini doğrulama ya da kanıtlama eğilimi gösterirler, sürekli olarak ilişkileri ile takıntılıdır ve ilişkilerinden pek de gerçekçi olmayan beklentilere sahiptirler.

Korkulu bağlanma: Olumsuz benlik ve başkaları modelleri ile tanımlanır, dolayısıyla tam olarak güvenli bağlanma biçiminin karşıtıdır ve bireysel değersizlik duyguları ile başkalarının güvenilmez, tutarsız ve reddedici olduğuna ilişkin beklentileri yansıtır.

Kaçıngan bağlanma: Olumlu benlik modeli ve olumsuz başkaları modelinin birleşimidir, kendine değer verme ve yüksek özsaygı ile birlikte başkalarına karşı olumsuz tutum ve beklentiler görülür. Bu kişiler özerkliğe aşırı derecede önem verirler ve başkalarına olan ihtiyacı ve yakın ilişkilerin gerekliliğini savunmacı bir

şekilde reddederler. Bartholomew'a göre, yakınlık duygusundan yoksun kalma pahasına özerklik duygusunu sürdürürler (135).

2.3.3. Bağlanma ve Psikopatoloji İlişkisi

Bowlby, bir bireyin ebeveynleriyle yaşadığı deneyimlerin, ilerleyen yaşamında duygusal bağlar kurma yeteneği üzerinde belirleyici bir etkisi olduğunu belirtmiştir. Erken dönem yaşantılarının bakım veren-bebek ilişkisinde güvensiz bağlanmaya ve bunun kendilik organizasyonu gibi psikopatolojiye giden dinamiklerde önemli rol oynadığı artık bilinmektedir.

Bağlanma tarzı, psikopatoloji için önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir. Güvenli bağlanma tarzına sahip bireyler, yaşamları boyunca güvensiz bağlanma tarzına sahip olanlardan daha az psikopatolojik belirti gösterir ve daha iyi psikososyal işlevsellik sergilerler (136). Güvensiz bağlanma, çeşitli psikopatolojik durumlarla ilişkilendirilmiştir (12).

Şizofreni hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, bu hastalara sahip bireylerin kaçınan ve kaygılı bağlanma skorlarının sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiş olup, 2021 yılındaki bir meta analizde kaygılı bağlanmanın kaçınan bağlanmaya göre psikotik bozukluklarla daha güçlü bir ilişkide olduğunu göstermiştir (137).

Bipolar duygulanım bozukluğu olan bireylerde, güvensiz bağlanma oranının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir (138).

Güvensiz bağlanmanın anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi çeşitli rahatsızlıklara güçlü bir ilişkisi vardır (139–143). Son araştırmalar, bağlanma güvensizliğinin genel psikopatoloji modelleri içerisinde önemli bir yer tuttuğunu, ruhsal hastalıkları için genel bir kırılganlık faktörü olduğunu göstermektedir.

2.3.4. Bağlanma ve Duygulanım Düzenleme İlişkisi

Bowlby, duyguların kontrol edilmesinin içsel çalışan modellerin temel işlevi olduğunu belirtir. Majör depresyon gibi bir duygudurum bozukluğunda, duyguların kontrol edilme sisteminde sorunlar yaşanır. Self-regülasyon, bireyin hedeflerine

ulaşabilmek için kendi düşüncelerini, duygularını, dürtülerini ve performansını yöneterek davranışlarını ayarladığı bir süreçtir. Bu ayarlama, ebeveyn-çocuk ilişkilerine ve bağlanma biçimine bağlı olarak gelişir (144). Shaver ve Mikulincer, bağlanma ile ilgili duyguların kontrol edilme yöntemlerini araştırdıkları çalışmalarında, duyguların kontrol edilmesinde “güvenlik temelli yöntemler”in önemine dikkat çekerler. Shaver ve Mikulincer’e göre güvenlik temelli yöntemler, güvenli bağlanma hissinin ana unsurlarıdır ve stresli durumlarda yapıcı, esnek ve gerçekçi baş etme yolları geliştirmeye yardımcı olarak üzüntü veya kaygıyı azaltmaya katkıda bulunurlar.

Bağlanma sistemi harekete geçtiğinde, bağlanma figürü gerçek veya sembolik olarak erişilebilir durumda ise güvenlik temelli yöntemler devreye girer (145).

Bunu takiben Frederickson’un tanımladığı güvenli bağlanmanın oluşumu ve genişlemesi döngüsü başlar. Buna göre güvenli bağlanma hem kişinin stresli durumlarda zihinsel sağlığını koruyacak kişisel kaynaklar oluşturmaya hem de kişinin bakış açısını ve kapasitesini artırmasına imkan verir. Kişi deneyim kazandıkça ve bilişsel olarak geliştikçe, güvenli bağlanma figürünün rolleri benimsenip özümseyenerek kişisel güç ve dayanıklılığın bir parçası olur (103).

Waters ve arkadaşları “güvenli yaşam senaryoları” adıyla 3 temel baş etme yöntemi tanımlamışlardır:

- 1) stresle ilgili duyguların kabul edilmesi ve dile getirilmesi,
- 2) destek arama,
- 3) sorunun çözümü için etkin araçlar kullanma.

Güvensiz bağlanan kişilerin bu yapıcı yolları kullanamadıkları, bunun yerine inkar, geri çekilme, kaçma, aşırı kontrol gibi işe yaramayan baş etme yöntemlerine başvurdukları görülmektedir (146).

Stresli bir durumda bağlanma figürünün erişilemez olması güvensiz bağlanmaya yol açar. Kişi duygularını ayarlamak için yakınlık aramasını sürdürüp sürdürmeyeceğine “bilinçli/bilinçdışı” olarak karar verir ve bunun sonucunda “ikincil bağlanma yolları” etkinleşir. Kişinin yakınlığa, desteğe ve sevgiye ulaşmak için gösterdiği ısrarcı çaba “hiperaktivasyon yolları” olarak adlandırılır. Bağlanma figürü

erişilebilir görülene ve güvenlik hissedilene kadar sürdürülen yüksek bir uyarılma düzeyi, artan ilgi ve destek beklentisi, karşı tarafa yönelik aşırı yaklaşma eğilimi ve kontrol etme davranışları ortaya çıkar. Bu çabaların getirdiği ve ilişkiye dair aşırı bağımlılık kişide duyguların ayarlanması ile ilgili zorluklara sebep olur (145). Çalışmalar, kaygılı bağlanan kişilerin yakınlık arama yollarının çok az stres yaratan durumlarda bile etkinleşme eğiliminde olduğunu gösterir (145).

Bağlanma figürünün erişilemezliği durumunda başka bir yol ise yakınlık aramasının bırakılması, destek aramasının azaltılması ve kişinin stresli durumla yalnız başa çıkma eğilimi göstermesidir. Bu tür ikincil bağlanma yolları “deaktivasyon yolları” olarak isimlendirilir. Bu yollarda temel hedef bağlanma sistemini kapatmak ve bağlanma figürünün olmadığı durumlarda, ileride yaşanabilecek muhtemel hayal kırıklığından kaçınmak olarak görülür. Bu hedef doğrultusunda bağlanmayla ilgili gereksinimlerin reddedildiği, yakın ilişkilerde bağımlılıktan uzak durulduğu, kendine yetkinlik ve bağımsızlık isteğinin öne çıkarıldığı görülür. Kaçınan bağlanan bireyler stresi azaltmak ve özerklik sağlamak için yakın ilişkilerden uzaklaşır, duyguların ayarlanması yollarını diğer insanlara olumlu, güçlü ve yetkin bir kendilik imajı vermek için kullanırlar. Shaver ve Mikulincer’e göre kaçınan bağlanma şekline sahip bireylerin kendiliklerine yönelik bu idealize etme, diğerleri tarafından reddedilme korkusunu önlemeye yönelik bir savunma yansıtır (145).

2.3.5. Depresyon ve Bağlanma İlişkisi

Bağlanma kuramı, depresif belirtilerin etiyolojisi ve gelişimini anlamak için önemli bir çerçeve sunmaktadır (147) . Bebeğin bakıcısının erişilebilirliği ve yanıt verebilirliğine ilişkin beklentilerine dayanan zihinsel temsiller veya çalışma modelleri, gelecekteki ilişkilerde düşünce, duygu ve davranış kılavuzu olarak çalışır (148). Bu bakımdan çocuklar, bakıcılar ihtiyaçlarına cevap vermede tutarsız veya müsait olmadığında güvensiz bir bağlanma geliştirirler. Bu, kişinin dünyayı ve geleceği yorumladığı kötümser bir şablon işlevi görecektir uyumsuz zihinsel temsillerle sonuçlanır. Kendisinin sevilmeğe değer olmadığı, diğerlerinin ise reddedici ve ulaşılabilir olarak temsil edildiği güvensiz bağlanma örüntüleri geliştiren bireylerde; kişinin kendisine yönelik değersizlik, sevilmezlik ve çaresizlik algıları depresyonda

görülen kendilik algısıyla örtüşmektedir. Bununla beraber, bu olumsuz temsillerin bir sonucu olarak ortaya çıkan kaçınmacı ya da aşırı zorlayıcı ilişki kurma biçimleri kişilerarası çatışmaları arttırmakta, sosyal desteği azaltarak depresyon gelişimine zemin oluşturmaktadır (149).

Araştırmalar, güvensiz olarak sınıflandırılan yetişkinlerde depresif semptomların daha sık görüldüğünü veya yaşam boyu depresyon gelişme riskinin güvenli olarak sınıflandırılanlardan daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (150). Çocuklarda, ergenlerde ve yetişkinlerde güvensiz bağlanma ile depresif belirtiler arasındaki bağlantıları inceleyen birçok çalışma vardır (151–153). Erken bağlanma deneyimlerinin, farklı ara mekanizmalar aracılığıyla sonraki depresyonu etkilediğini öne sürmektedirler (154,155).

Uyumsuz bilişsel süreçler, depresyona yatkınlık ve depresyon seyrini etkilemesi açısından birçok teorelin odak noktası olmuştur (156). Bu bakış açısı, her çocuğun bakıcılarla uyumsuz erken deneyimlerde bu tür bilişsel kırılganlık geliştirdiğini düşünür (157). Morley ve Moran’a (2011) göre, olumsuz benlik temsilleri stresli olayların algısını, yorumunu ve tepkisini etkiler (157). Bu kanaat Beck’in depresyon modeli ile örtüşmektedir (158). Bu nedenle, güvensiz bağlanma öyküsü olan bireylerin, olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kaldıklarında, özeleştirel tutumları ve durumlara olumsuz yüklemeleri onları depresyona karşı savunmasız bırakır (18,159).

Diğer depresyon modeli, güvensiz bağlanmanın, ebeveyn-çocuk ikilisi içinde gelişen işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri yolu ile depresyona yatkınlık oluşturacağı yönündedir (155,160–162). Bağlanma ilişkilerinin işlevlerinden biri, çocukların duygularını, özellikle rahatsız edici veya bunaltıcı olan duygularını düzenlemeye yardımcı olmaktır (145)(129). Güvenli bağlanma ilişkilerinde, birincil bağlanma figürleri çocuğun yakınlık ve rahatlık ihtiyacına duyarlıdır ve olumsuz duyguları düzenlemek, sıkıntıyı hafifletmek ve onları fiziksel ve duygusal tehditlerden korumak için gerekli yardımı sağlarlar. Ancak güvensiz bağlanan bireyler, duygusal dengeyi yeniden sağlamak için ikincil duygusal düzenleme stratejilerini kullanırlar (145). Örneğin, bakıcılarıyla yakınlığı korumak ve böylece potansiyel terk edilmekten (kaygılı bağlanma) kaçınmak için bağlanma sistemlerini

hiperaktif hale getirirler veya bağlanma figürüyle yakınlığın sebep olacağı sonuçlardan korktukları için bağlanma sistemlerini devre dışı bırakır ve ilişki kurma ihtiyaçlarını en aza indirirler. (kaçıngan bağlanma) (155).

Son olarak, bağlanma figürleriyle tekrarlanan etkileşimler ve deneyimler, çocukların bireylerin başkalarından beklentilerini organize ettiği ve ilişkiler hakkında genel bir anlayış edindiği kişilerarası bir bağlam sağlar (145,147). Ebeveynin çocuğun ihtiyaçlarını reddetmesi veya duyarsızlığı ile karakterize edilen erken güvensiz bağlanma ilişkilerinin bir sonucu olarak, bireyler ya yakınlığı sağlamak için yakın, yoğun ve talepkar ilişkilere girerek (kaygılı bağlanma) ya da güvensizlikle terk edilme ve reddedilme korkusuna karşı koymaya çalışabilirler. Ve etkileşimlerde mesafeyi koruyarak sistematik olarak yakınlığı reddeder (kaçıngan bağlanma) (12,163). Başkalarıyla ilişki içinde olmanın bu özel yolları, sonunda gerçek veya algılanan düşük kişilerarası yeterlilik (14,163)(164) veya düşük sosyal destek deneyimlemeyle sonuçlanabilir (165). Ayrıca, kişilerarası deneyimlerdeki herhangi bir hayal kırıklığı veya başarısızlık, kişisel değersizlik ve yetersizlik olarak yorumlanabilir ve bu da depresif semptomların gelişimine katkıda bulunabilir (164).

2.4. DUYGUNUN TANIMI VE ÖNEMİ

Duygular, organizma için özel bir önemi olan iç ve dış olaylara verilen karmaşık psikolojik reaksiyonlar olarak tanımlanabilir (166). Duygu oluşumu sırasıyla; ilgili durumlarla karşılaşma, bu durumların temel yönlerine dikkat etme, durumları aktif hedeflerle ilişkili olarak değerlendirme ve deneyimsel, fizyolojik ve/veya davranışsal tepkilere sahip olma olarak tanımlanır (167). Duygularımız ve uyaranlar daima karşılıklı bir etkileşim içerisindedir. İçsel ve dışsal uyaranlar ne hissedeceğimizi belirlerken, duygularımız evrenin temel özelliklerine dikkat etmede, duygusal girdinin ayarlanmasında, karar vermede, davranışsal tepkileri belirlemede, metabolik kaynakların vücuda dağılımını düzenlemede, sosyal etkileşimlerde ve epizodik belleği geliştirmede oldukça etkilidirler (168).

2.4.1. Duygu Düzenleme

Duygu düzenleme, istenen bir hedefe ulaşmaya yönelik olarak duyguların başlangıç zamanını, duygusal tepkilerin şiddetini, süresini ve davranışsal,

deneyimsel, fizyolojik alanlarda ortaya çıkan yanıtları düzenleyebilmeyi kapsar . Duygu düzenleme süreçleri örtük (otomatik, bilinçsiz) veya açık (kontrollü, bilinçli) olabilir ve etkileri duygu üretme sürecindeki bir veya daha fazla noktada olabilir (169). Açık duygu düzenleme, başlatmak için bilinçli çaba gerektiren ve uygulama sırasında bir düzeyde izleme talep eden ve bir düzeyde içgörü ve farkındalıkla ilişkilendirilen süreçler olarak tanımlanabilir. Örtük duygu düzenleme ise bilinçli bir karar vermeden, duygularını düzenleme sürecine dikkat etmeden ve kasıtlı kontrole girmeden, kişinin duygularının herhangi bir yönünde hedef arayışı odaklı değişikliklerdir (170). Örtük duygu düzenleme alt düzey limbik yapıların reaktivitesini içeren süreçlerini tanımlarken açık duygu düzenleme ise üst düzey bilişsel yapılardan yukarıdan aşağıya düzenlemeyi içerir (171). Duygusal duyarlılık ve bilişsel kontrol kapasitesindeki bireysel farklılıklar, refah ve sosyal davranıştaki hem normal hem de patolojik farklılıklarla ilişkili olabilir.

Gross'un duygu düzenleme süreç modeline göre, duygu düzenleme döngüsü, kişinin hedef durumu (yani arzu ettiği duygusal durum) ile gerçek (veya öngörülen) durum arasındaki tutarsızlıkla başlar (119). Bu tutarsızlık daha sonra düzenleme için bir fırsat olarak tanımlanır, alternatifler arasından bir düzenleme stratejisi seçilir, strateji belirli taktikler aracılığıyla uygulanır ve düzenleme hedefine ulaşma başarısı için tüm döngü izlenir. Bu modele göre duygular oluşum süreçlerinde 5 farklı noktada düzenlenebilirler (172):

Durum seçimi: Duygu düzenleme amacıyla belli bazı kişilere, mekanlara, nesnelere yaklaşmayı veya onlardan uzaklaşmayı ifade eder.

Durumun uyarlanması: Mevcut durumun duygusal etkilerini değiştirecek şekilde uyarlanmasıdır.

Dikkatin yöneltilmesi: Odaklanmak için durumun belirli yönlerini seçmeyi ifade eder. Dikkatin duygu uyandıran bir uyarandan durumun duygusal olmayan diğer yönlerine veya durumdan tamamen uzağa ayrılmasıdır.

Bilişsel değişiklik: Kişinin bir durumu içsel ve dışsal olarak yeniden değerlendirmesini, mevcut durum hakkındaki düşüncelerini, duygularını ve durumu yönetme becerisini değiştirmesini ifade eder.

Tepkilerin düzenlenmesi: Doğrudan fizyolojik, deneyimsel ve davranışsal yanıtların düzenlenmesini ifade eder.

Bu beş aşama öncül odaklı duygu düzenleme stratejileri ve yanıt odaklı duygu düzenleme stratejileri olarak ayrılır.

Öncül odaklı stratejiler, kişilerin tepkileri tamamen aktif hale gelmeden, davranışları ve fizyolojik tepkileri oluşmadan önce yaptıkları; yanıt odaklı stratejiler ise kişilerin yanıtı, tepkisi yani duygusu ortaya çıktıktan sonra yaptıklarıdır (173). Durumun seçimi, durumun değiştirilmesi, dikkati verme, bilişlerin değiştirilmesi öncül odaklı stratejilerken, davranışsal veya fizyolojik tepkilerin düzenlenmesi tepki odaklı stratejilere girer .

2.4.2. Duygu Düzenlemenin Nörobiyolojisi

Yapılan son çalışmalar beyin sapı çekirdekleri, hipotalamus, amigdala, bazal ganglionlar, anterior singulat korteks (ASK) ve prefrontal korteksin (PFK) dahil olduğu geniş bir sinir ağının duygu düzenleme süreciyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (174). Beyin sapının visseral çekirdekleri duygularla ilişkili somatosensorial bilgileri kortekse aktarırken, motor çekirdekleri duygularla ilişkili basmakalıp ifadeler, davranışlar ve otonomik tepkiler üretir (175). Hipotalamus otonom sinir sistemi ve endokrin sistemi kontrol ederek homeostazı korurken, amigdala uyarının duygusal önemini kabaca değerlendirir (176). Nukleus akumbens zevk ve ödül duygularına aracılık eder . Nukleus akumbensin aksine ASK korku, tiksinti gibi caydırıcı duyguların oluşması ile ilişkili bulunmuş ve amigdalanın aktivitesini etkilediği gösterilmiştir (177)(178). İnsular korteks iç organ duyumlarını temsil eder ve bu içgüdüsel duyumları diğer kortikal bölgelerden gelen motivasyonel girdilerle bütünleştirerek karmaşık duygusal durumlar üretir . Üst düzey kortikal yapılar içinden medial PFK daha çok benliğin içsel temsili ve ruminasyonlarla ilişkili bulunmuştur (179). Ventrolateral PFK'nın subkortikal limbik yapılar ile korteks arasında bir ilişkilendirme bölgesi olarak hizmet ettiği gösterilmiştir (180). Dorsomedial PFK'nın SN (dikkatli düşünce süreçlerinde aktifleşir) ve DMN (ruminasyon ve akılda gezinme) arasındaki bağlantıyı sağladığı saptanmıştır (181). Temporal korteks ise uyarının duygusal önemini değerlendirmek için çevreden gelen karmaşık bağlamsal ipuçlarını bütünleştirilmesi nedeniyle korteksin amigdalası olarak

da anılmaktadır . Philips ve arkadaşlarının önerdiği modele göre duygusal bir uyarının tanınması ve duygusal uyarana ilişkin otonomik tepkilerin verilmesinde amigdala, insula, ventral striatum, ASK'nın ventral bölgeleri ve PFK'nın ventral bölgeleri (özellikle ventromedial PFK/OFK dahil olmak üzere) önemliyken; seçici dikkat, planlama, performans izleme ve duygusal durumların istemli düzenlenmesi gibi bilişsel süreçlerde hipokampus, ASK ve PFK'nın dorsal bölgeleri dahil olmak üzere dorsal sinir sisteminin rolü vurgulanmıştır (182). Erken yaşam stresinin prefrontal- subkortikal devre üzerinde zararlı değişiklikler yaparak duygu düzenleme yeteneğini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (183).

2.4.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Literatürde duygu düzenleme güçlüğü tanımını ilk kez kullanan kişi Linehan olmuştur (184). Linehan'ın tanımına göre duygu düzenleme güçlüğü olaylara karşı yüksek duygusal duyarlılık, duygulara yönelik tepkisellikte artış ve duygusal anlamda nötr duruma uzun sürede geri dönüş ile karakterizedir (184). Duygu düzenleme güçlüğü, bir başka ifadeyle duyguyu işlemede yetersizlik, duygu düzenleme stratejilerinin katı ve uyumsuz bir şekilde kullanılması veya hedeflere ulaşmak için en uygun stratejinin seçilememesidir (185). Gratz ve Roemer'in 2004 yılında geliştirdikleri modele göre duygu düzenlemede 6 farklı aşamada güçlük yaşanabilir (186).

Bunlar:

- Farkındalık: duygulara ve duygusal tepkilere farkındalığın olmaması
- Açıklık: duyguların anlaşılabilmesi, ayırt edilememesi, duygusal netliğin olmaması
- Kabullenme: duygusal yanıtları kabullenememe
- Amaçlar: olumsuz duygular yaşanırken amaç odaklı davranışları gerçekleştirmede zorlanma
- Dürtü: olumsuz duygular yaşanırken dürtüleri kontrol etmekte güçlük ve
- Strateji: Duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişimdir.

Bu bileşenlerden herhangi birinin veya tümünün göreceli olarak yokluğu, duygu düzenleme güçlüğü'nün varlığını gösterir.

2.4.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikopatoloji

Duygu yoğunluğu, duygu süresi, duygu sıklığı, duygu türü veya duygu sonucu ortaya çıkan tepkiyi düzenleyememe ile ilgili sorunlar, birçok psikiyatrik hastalıkta ilk göze çarpan belirtilerlerdendir. Bu nedenle son yıllarda duygu düzenleme güçlüğü ve psikopatolojiler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar giderek artmaktadır. Borderline kişilik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, yeme bozukluğu, madde kötüye kullanım bozukluğu, psikoz, bipolar bozukluk, depresyon, otizm spektrum bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu gibi birçok psikopatoloji duygu düzenleme güçlüğüyle ilişkilendirilmiştir ((187)-(188)). Duygu düzenleme güçlüğü, tüm psikiyatrik tanılarda psikopatolojinin transdiagnostik analizi için iyi bir aday gibi görünmektedir. Bilişsel davranışçı terapi, diyalektik davranışçı terapi ve farkındalık temelli terapilerin çeşitli psikopatolojilerde duygu düzenleme güçlüğü'nün şiddetini azalttığı ve hastaların iyi oluş halini artırdığını gösteren çalışmalar vardır (189)(190)(190).

2.4.5. Duygu Düzenleme ve Depresyon

Duygu düzenlemedeki aksaklıklar; çökkün duygu durumun süreklilik göstermesinde ve depresyonun devam etmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu sava ilişkin görüşler, duyguduruma uyum hipotezleriyle açıklanmaya çalışmıştır (191). Buna göre, depresif duygudurum olumsuz duygusal tepkiselliğin yoğunluğunu artırmaktadır. Ayrıca, depresyondaki olumlu duyguların azlığı olumlu duygusal tepkiselliğin yoğunluğunu azaltmaktadır. Olumsuz artması hipotezine göre, olumsuz duygusal ipuçlarına olan duygusal tepkilerin yoğunluğunun artması majör depresif bozuklukta yaygın olarak görülen olumsuz duygulanıma katkı sağlamaktadır (192). Olumlu azalması hipotezine göre, majör depresif bozukluğa sahip olan bireylerin olumlu duygusal uyaranlara olan tepkilerinde azalma görülmektedir. Depresif bireylerin olumlu duygulanımı düşük seviyelerde yaşamaları bu hipotezin çıkış

noktası olmuştur. Depresif bireylerin olumlu duygular uyandıran etkinliklerden haz alma yetisini kaybetme (anhedoni) bu hipotezi desteklemektedir (192,193) .

Duygu düzenleme stratejileri uyumlu ya da uyumsuz stratejiler olarak değerlendirilmektedir. Aldoe ve arkadaşları tarafından yapılan metaanaliz çalışmasında problem çözme, yeniden değerlendirme ve bilinçli farkındalık (mindfulness) stratejilerini uyumlu bastırma ve kaçınma davranışları uyumsuz stratejiler olarak değerlendirilmiştir (194). Uyumlu olmayan duygu düzenleme stratejileri depresif duygudurumun süresini uzatmakta ve belirtilerin şiddetini artırmaktadır (195). Depresyonda en sık görülen uyumsuz duygu düzenleme stratejisi ruminasyondur. Kişilerin bir düşünceyi tekrar tekrar akla getirerek düşünme eğilimini ifade eden ruminasyonu, depresif bireyler klinik dışı örnekleme göre daha fazla kullanmaktadır (196). Duyguların bastırılmaya çalışılması da zayıf sosyal uyum ve öznel iyi oluşta düşüşle ilgilidir (197).

Öte yandan, bilişsel yeniden değerlendirme duyguların düzenlenmesinde etkili bir stratejidir. Bilişsel yeniden değerlendirme kişilerin duruma verdiği duygusal tepkiyi değiştirmek için duruma yüklediği anlamı değiştirmesidir (198). Yeniden değerlendirme depresif duygudurumun azalması ve depresyon seviyesinin düşmesi ile ilişkilidir (119).

Aldoe ve arkadaşları tarafından yürütülen meta-analiz çalışmasında ise depresyonun etki büyüklüğünün ruminasyon ve kaçınma stratejileriyle yüksek, bastırma ve problem çözme stratejileriyle orta düzeyde ve kabullenme ve yeniden değerlendirme stratejileriyle düşük düzeyde olduğu görülmüştür (119).

Uyumlu duygu düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi tutarlı bir şekilde ortaya konsa da, bu ilişkisinin uyumsuz olan stratejilere göre daha düşük olduğu belirtilmektedir. Örneğin; yeniden değerlendirme, problem çözme, kabullenme ve duygusal destek alma stratejilerinin depresyon ve kaygı bozukluklarıyla olan bağlantıları uyumsuz duygu düzenleme stratejilerine göre daha düşük düzeydedir. Buna göre, uyumlu olan duygu düzenleme stratejilerinin kullanılmamasına göre uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin yaygın olarak kullanılmamasının sonuçlarının daha olumsuz olabileceği ifade edilmektedir (119).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ

Bu çalışma kesitsel bir araştırmadır. Araştırmaya Ocak 2023-Haziran 2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran, DSM-5'e göre Majör Depresif Bozukluk tanısı konulan ve dahil edilme kriterlerini taşıyan 102 hasta ile deneyimli bir psikiyatrist tarafından DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi

(SCID-V) yapılarak, bir ruhsal hastalığı olmadığı belirlenen 102 sağlıklı gönüllü kontrol alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların tanı, tedavi düzenlenmesi ve takibi poliklinikte görevli olan psikiyatrist tarafından sürdürülmüş, araştırmacı tedavi sürecine dahil olmamış, araştırma kapsamında uygulanacak ölçekler ve testlerin alınmasından sorumlu olmuştur.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran, ayaktan veya yatarak takip edilen, çalışmaya katılmayı kabul eden ve yazılı onam veren hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya başlanmadan önce Power analiz yapılarak - %95 güven aralığında- örneklem sayısı çalışma ve kontrol grubu olmak üzere toplam 140 katılımcı olarak belirlenmiş olup, katılımcılara araştırma ekibi tarafından kesitsel olarak çeşitli ölçekler ve testlerin uygulanması amaçlanmıştır.

Örneklem grubuna, Ocak 2023-Haziran 2023 tarihleri arasında SBÜ Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri polikliniğine depresif semptomlarla başvurmuş, yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucu DSM-5'e göre Majör Depresif Bozukluk tanısı konulan hastalar dahil edilmiş, bu hastalara poliklinikte görevli psikiyatrist tarafından uygun tedavi başlanılmış ardından çalışma anlatılarak, çalışmaya katılmayı kabul edenler psikometrik testlerin uygulanması için Dr. Turceun İleri Akdoğan'a yönlendirilmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 109 MDB tanılı hasta ile görüşme yapılmış, 4 hastanın okuma yazma bilmemesi, 2 hastada işitme azlığı olması ve 1 hastada da psikotik özellikli

depresyon olması nedeni ile çalışmaya alınmamıştır, 102 hasta ile çalışma yürütülmüştür.

Sağlıklı gönüllü grubu, hastanede yapılan sözel duyuru ile hastanemiz personeli ve yakınlarından oluşan, hastalar ile yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş, gönüllü oluru alınmış, deneyimli bir psikiyatrist tarafından SCID-5'e göre görüşmesi yapılarak, bir ruhsal hastalığı olmadığı belirlenmiş 102 kişiden oluşmuştur. Toplamda 204 katılımcı çalışma kapsamında değerlendirilmiştir. Hasta ve sağlıklı gönüllü grupları, aşağıda ayrı ayrı belirtilen çalışmaya dahil edilme/çalışmadan dışlanma kriterleri göz önünde bulundurularak çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Hasta grubu için:

- 18-65 yaş arasında olmak,
- Okuduğunu anlayıp yazacak düzeyde okuma yazma bilmek,
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- DSM-5'e göre Majör Depresif bozukluk tanı kriterlerini karşılıyor olmak,
- Son altı ay içerisinde herhangi bir psikotrop kullanmamış olmak.

Sağlıklı kontrol grubu için:

- 18-65 yaş arasında olmak,
- Okuduğunu anlayıp yazacak düzeyde okuma yazma bilmek,
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- SCID-5'e göre yapılan psikiyatrik değerlendirmede psikiyatrik bir hastalık tanısı almamış olmak,
- Son altı ay içerisinde herhangi bir psikotrop kullanmamış olmak.

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Hasta grubu için:

- 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak,
- Çalışmaya katılmaya isteksiz olmak,
- Mental retardasyon veya nörobilişsel bir bozukluk tanısı olması,

- Alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı olması,
- Son 6 ay içinde psikotrop ilaç kullanım öyküsü olması.

Sağlıklı kontrol grubu için:

- 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak,
- Çalışmaya katılmayı reddetmek,
- SCID-V'e göre yapılan psikiyatrik değerlendirmede halen bir psikiyatrik hastalık tanısına sahip olmak,
- Mental retardasyon veya nörobilişsel bir bozukluk tanısı olması,
- Metabolik ya da endokrinolojik hastalıkların eşlik etmesi(diyabet, gut gibi),
- Alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı olması,
- Son 6 ay içinde psikotrop ilaç kullanım öyküsü olması.

3.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ ARAÇLARI

- Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu
- DSM-5 Tanılarını Koymak İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı (SCID-5-CV)
- Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D)
- İlişki Ölçekleri Anketi (RSQ)
- Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DERS)
- Klinisyen Tarafından Uygulanan Snaith Hamilton Zevk Alma Ölçeği (SHAPS-C)

1-Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya katılan hastaların ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerini belirlemek için kullanılmış, araştırmacılar tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış bir formdur. Çalışmaya katılanların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, kimlerle yaşadığı, gelir düzeyi ve diğer sosyodemografik özelliklerini içermektedir. Bununla birlikte sigara, alkol ve madde kullanımı, ek tıbbi bir hastalık varlığı, ilaç kullanımı, şimdiki hastalık süresi, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, varsa tedavi öyküsü, hastanede yatış sayısı,

Elektrokonvülsif Terapi (EKT) öyküsü, intihar girişimi öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi veriler formda yer almaktadır.

2-DSM-5 Tanılarını Koymak İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı (SCID-5-CV) :

SCID-V (Structured Clinical Interview for DSM-5), DSM-5'teki ruhsal bozuklukların tanılarını koymak amacıyla geliştirilmiş bir araçtır. First ve arkadaşları tarafından DSM-5 için güncellenmiş olan bu araç (2), ülkemizde Elbir ve arkadaşları tarafından 2019 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak uyarlanmıştır (2,199).

3-Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D):

Hamilton tarafından, depresyon tanısı almış hastalarda, depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş görüşmecisi tarafından doldurulan bir ölçektir (200). En yüksek puan 53'tür. 0-7 puan depresyon durumu yok, 8-15 hafif derecede depresyon, 16-28 orta derecede depresyon, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu ifade eder. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Türkçapar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (201).

4-İlişki Ölçekleri Anketi (RSQ):

Griffin ve Bartholomew tarafından geliştirilen bu ölçek, bireylerin bağlanma stillerini değerlendirmek amacıyla kullanılan 7'li Likert tipi 30 maddeden oluşan bir araçtır (202). Ölçek, Güvenli, Korkulu, Kaygılı ve Kaçınan olmak üzere dört farklı alt ölçeğe ayrılmıştır. Güvenli ve Kayıtsız bağlanma stillerini değerlendiren alt ölçekler beşer madde içerirken, Saplantılı ve Korkulu bağlanma stillerini değerlendiren alt ölçekler dörder madde içermektedir. Alt ölçeklerin puanlamaları, toplam puanların alt ölçekteki madde sayısına bölünmesiyle elde edilen ortalama puanlar üzerinden hesaplanmaktadır. Elde edilen puanlar, bireylerin bağlanma stillerini sürekli bir değişken olarak değerlendirmek veya gruplandırmak amacıyla kullanılabilir. Katılımcının alt ölçek puan ortalamalarından en yüksek olanı, onun bağlanma stilini belirlemekte kullanılır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Sümer ve Güngör tarafından gerçekleştirilmiştir (202,203).

5-Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DERS) :

Gratz ve Roemer tarafından 2004 yılında geliştirilen ölçek, duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması (farkındalık), duygusal tepkilerin anlaşılabilmesi (açıklık), duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (kabul etmeme), etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim (stratejiler), olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama (dürtü), olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama (amaçlar) alt boyutlarını kapsayan 36 maddeden oluşmaktadır (204). Her bir madde 5'li Likert tipi ölçek kullanılarak değerlendirilmekte ve ölçekten alınan yüksek puanlar, duygu düzenleme güçlüğündeki artışa işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Rugancı tarafından yapılmıştır (204)(205).

6--Klinisyen Tarafından Uygulanan Snaith Hamilton Zevk Alma Ölçeği (SHAPS-C):

Klinisyen Tarafından Uygulanan Snaith Hamilton Zevk Alma Ölçeği bir öz bildirim ölçeği olan Snaith Hamilton Zevk Alma Ölçeği'nin görüşmeci tarafından uygulanmaya uyarlanmış halidir . SHAPS, Snaith ve arkadaşları (1995) tarafından anhedoniyi ölçmek için tasarlanmış ölçeklerden biridir (206).Süreklilik gösteren yerine durumluk anhedoniye sorgulaması, uyum geçerliği ve ayırıcı geçerliği açısından en çok çalışılmış, olumlu sonuçlar alınmış ölçek olması ve kültürel yanlılığı en aza indirerek daha genellenebilir sonuçlar vermesi açısından özellikle depresyonda anhedoni ölçümünde altın standart konumundadır (207)Bir öz bildirim ölçeği olan SHAPS'ta, on dört maddeyle, belirlenmiş bir zaman dilimindeki ilgi/uğraşlar, sosyal etkileşim, duygusal deneyimler ve yeme/içme alanlarındaki hedonik durum sorgulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda ikili ya da dördümlü Likert yanıt ölçekleri ile uygulanmıştır, artan puanlar anhedoniye ifade etmektedir. Klinik ve klinik olmayan örneklemelerde değerlendirilmiştir (208). Öz bildirim ölçeklerinin güvenilirlikleri hastalığın şiddeti, kişilik örüntüsü, motivasyon, bellek ve yönergeler tarafından etkilenebilmektedir ((209) (210)). Bu durum göz önünde bulundurularak Ameli ve arkadaşları SHAPS'ın klinisyenin uyguladığı bir uyarlamasını (SHAPS-C) geliştirmişlerdir (211). Klinisyen Tarafından Uygulanan Snaith Hamilton Zevk Alma

Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması, Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Başar ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yapılmıştır (212).

3.4. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ

Araştırma için Ankara Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığına etik kurul başvuru sürecinde sunulmuştur. Araştırma Ankara Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı tarafından incelenerek onaylanmıştır (Sayı: E.Kurul-E1-23-3215).

Araştırmada tüm klinik testler, İyi Klinik Uygulama Kılavuzu prensiplerine uygun olarak yapıldı. Çalışmaya katılan gönüllüler çalışma ile ilgili bilgilendirildi, sözel onamları ile bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı onamları da alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gönüllülere çalışmaya katılmayı reddetme veya istedikleri herhangi bir zamanda görüşmeyi sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklandı, kayıtlarının gizli tutulacağına dair bilgi verildi.

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan, DSM-5 tanı kriterlerine göre MDB tanısı konulan 102 hasta, Dr. Turceun İleri Akdoğan'a yönlendirilerek klinik görüşmeleri yapıldı. Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), İlişki Ölçekleri Anketi (RSQ), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DERS), Klinisyen Tarafından Uygulanan Snaith Hamilton Zevk Alma Ölçeği (SHAPS-C) uygulandı.

Dr. Turceun İleri Akdoğan tarafından kontrol grubuyla SCID-5'e göre yapılan görüşme ile ruhsal hastalık tanısı dışlandı. Yüz iki sağlıklı kontrol ile klinik görüşme yapıldı, Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), İlişki Ölçekleri Anketi (RSQ), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DERS), Klinisyen Tarafından Uygulanan Snaith Hamilton Zevk Alma Ölçeği (SHAPS-C) uygulandı. Sağlıklı kontroller hasta grubunun yaş,cinsiyet ve eğitim düzeyi değişkenlerine eşleşecek şekilde oluşturuldu.

3.5. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Veriler IBM SPSS V23 ve IBM AMOS V24 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov Testi ile incelendi. Kategorik verilerin incelenmesinde Fisher's Exact Testi, Yates Düzeltmesi ve Pearson Ki-Kare Testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Bonferroni Düzeltmesi ile yapıldı. İkili gruplarda normal dağılıma uyan verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız Örnekler t Testi, normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplarda normal dağılıma uyan verilerin karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Duncan ve Tamhane testi ile yapıldı. 3 ve üzeri gruplarda normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Dunn testi ile yapıldı. Normal dağılıma uymayan veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's rho Korelasyon Katsayısı kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki nedenselliğin incelenmesinde Path Analizi (Yol Analizi) kullanıldı. Analiz sonuçları kategorik değişkenler için frekans (yüzde) şeklinde, nicel değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (minimum–maksimum) şeklinde sunuldu. Önem düzeyi $p < 0,050$ olarak alındı.

4. BULGULAR

4.1. ÖRNEKLEMİ OLUŞTURAN GRUPLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların yaş ortalaması 33,04, eğitim yılı ortalaması ise 12,21 olarak bulunmuştur.

Kadın katılımcı oranı %69, erkek katılımcı oranı %30,4 olarak belirlenmiştir. Medeni durum açısından bakıldığında, bekar katılımcıların oranı %43,6, evli olanların oranı %47,1, boşanmış olanların oranı %6,4 ve dul olanların oranı %2,9 olarak saptanmıştır.

Eğitim düzeyine göre, ilkokul mezunu olanların oranı %12,3, ortaokul mezunu olanların oranı %10,8, lise mezunu olanların oranı %43,1, yüksekokul veya üniversite mezunu olanların oranı ise %33,8 olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların çalışma durumları incelendiğinde, çalışanların oranı %42,2, çalışmayanların oranı %35,3, emekli olanların oranı %2,5 ve öğrenci olanların oranı %20,1 olarak bulunmuştur. Yaşadıkları yer açısından, kentte yaşayanların oranı %98,5, kırsal alanda yaşayanların oranı ise %1,5 olarak bulunmuştur.

Gelir durumlarına bakıldığında, düşük gelire sahip olanların oranı %19,6, denk gelire sahip olanların oranı %56,9, yüksek gelire sahip olanların oranı ise %23,5 olarak belirlenmiştir.

Ailesi ile yaşayanların oranı %83,3, yalnız yaşayanların oranı %8,3, aile dışı birileri ile yaşayanların oranı ise %8,3 olarak saptanmıştır.

Ek hastalığı olan katılımcıların oranı %24,6, ek hastalığı için ilaç kullananların oranı %16,3 olarak bulunmuştur.

Sigara kullanım durumlarına göre, her gün sigara kullananların oranı %33,8, ara sıra sigara kullananların oranı %9,3, geçmişte sigara kullanmış olanların oranı %5,4 olarak belirlenmiştir. Sigara paket kullanım ortalaması 8,26 olarak hesaplanmıştır.

Alkol kullanım durumları incelendiğinde, geçmişte alkol kullanmış olanların oranı %26,5 olarak tespit edilmiştir. Madde kullanımı geçmişte olan katılımcıların

oranı %2,9 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların şikayet gün ortalaması 34,54, epizod sayısı ortalaması 1,62, başlangıç yaş ortalaması 26,43 olarak hesaplanmıştır.

Epizod şekli açısından, ilk epizod yaşayanların oranı %53,5, tekrarlayıcı epizod yaşayanların oranı %46,5 olarak saptanmıştır.

Servis yatışı geçiren katılımcıların oranı %2, yatış sayısı ortalaması 0,76 olarak tespit edilmiştir. Geçmişte ilaç kullanımı olanların oranı %28,9, intihar öyküsü olanların oranı %12,3, aile öyküsü olanların oranı %27,9, ailede intihar öyküsü olanların oranı ise %10,3 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.1. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

	Frekans/Ortalama $\pm$ ss	Yüzde/ Ortanca (min-mak)
Yaş	33,04 $\pm$ 12,03	30 (18 - 65)
Eğitim Yılı	12,21 $\pm$ 3,53	12 (4 - 16)
Cinsiyet		
Kadın	142	69,6
Erkek	62	30,4
Medeni Durum		
Bekar	89	43,6
Evli	96	47,1
Boşanmış	13	6,4
Dul	6	2,9
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	25	12,3
Ortaokul	22	10,8
Lise	88	43,1
Yüksekokul-Üniversite	69	33,8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	86	42,2
Çalışmıyor	72	35,3
Emekli	5	2,5
Öğrenci	41	20,1
Yaşadığı Yer		
Kentsel	200	98,5
Kırsal	3	1,5

Tablo 4.1. (devam) Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

	Frekans/Ortalama $\pm$ ss	Yüzde/ Ortanca (min-mak)
Gelir Durumu		
Az	40	
Denk	116	56,9
Çok	48	23,5
Kimle Yaşıyor		
Aile	170	83,3
Yalnız	17	8,3
Aile Dışı	17	8,3
Ek Hastalık		
Evet	50	24,6
Hayır	153	75,4
Ek Hast İlaç		
Var	33	16,3
Yok	169	83,7
Sigara		
Hergün	69	33,8
Ara Sıra	19	9,3
Geçmişte Kullanmış	11	5,4
Hiç	105	51,5
Sigara Paket	$9,99 \pm 8,26$	8 (0 - 40)
Alkol		
Geçmişte Kullanmış	54	26,5
Hiç	150	73,5
Madde		
Geçmişte Kullanmış	6	2,9
Hiç	198	97,1
Şikayet Gün	$34,54 \pm 18,73$	30 (10 - 90)
Epizod Şekli		
İlk	55	53,5
Tekrarlayıcı	47	46,5
Epizod Sayısı	$3,41 \pm 1,62$	3 (0 - 8)
Baslangıç Yaşı	$26,43 \pm 10,44$	24 (9 - 62)
Servis Yatış		
Var	2	2
Yok	100	98
Yatış Sayısı	$0,29 \pm 0,76$	0 (0 - 2)
Gecmis İlaç		
Var	59	28,9
Yok	145	71,1

Tablo 4.1. (devam) Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

	Frekans/Ortalama $\pm$ ss	Yüzde/ Ortanca (min-mak)
Ekt Öykü		
Yok	204	100
İntihar Öykü		
Var	25	12,3
Yok	178	87,7
İntihar Sayısı	1,11 $\pm$ 0,58	1 (0 - 3)
Aile Öykü		
Var	57	27,9
Yok	147	72,1
Aile İntihar		
Var	21	10,3
Yok	183	89,7

4.2. GRUPLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların demografik ve sosyal özellikleri açısından yapılan grup bazlı incelemeler, çeşitli parametrelerde anlamlı farklılıklar ortaya koymuştur. Yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi bakımından gruplar arasında herhangi bir farklılık gözlemlenmezken, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, yaşam durumu, sigara ve alkol kullanımı, geçmiş ilaç kullanımı gibi faktörlerde belirgin farklar saptanmıştır.

Medeni durum açısından, hasta grubunda bekar bireylerin oranı %51, evli bireylerin oranı %36,3 ve boşanmış/dul bireylerin oranı %12,7 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise bekar bireylerin oranı %36,3, evli bireylerin oranı %57,8 ve boşanmış/dul bireylerin oranı %5,9'dur. Bu durum, medeni durum açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğunu göstermektedir ($p=0,006$).

Çalışma durumu bakımından hasta grubunda çalışan bireylerin oranı %33,3, çalışmayan bireylerin oranı %40,2, emekli bireylerin oranı %1 ve öğrenci bireylerin oranı %25,5'tir. Kontrol grubunda çalışan bireylerin oranı %51, çalışmayan bireylerin oranı %30,4, emekli bireylerin oranı %3,9 ve öğrenci bireylerin oranı %14,7'dir. Bu veriler, çalışma durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ortaya koymaktadır ($p=0,019$).

Gelir durumu incelendiğinde, hasta grubunda düşük gelire sahip bireylerin oranı %26,5, orta gelire sahip bireylerin oranı %55,9 ve yüksek gelire sahip bireylerin oranı %17,6 olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubunda düşük gelire sahip bireylerin oranı %12,7, orta gelire sahip bireylerin oranı %57,8 ve yüksek gelire sahip bireylerin oranı %29,4'tür. Bu durum, gelir durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir ($p=0,019$).

Yaşam durumu açısından hasta grubunda aile ile yaşayan bireylerin oranı %75,5, yalnız yaşayan bireylerin oranı %9,8 ve aile dışı yaşayan bireylerin oranı %14,7'dir. Kontrol grubunda aile ile yaşayan bireylerin oranı %91,2, yalnız yaşayan bireylerin oranı %6,9 ve aile dışı yaşayan bireylerin oranı %2'dir. Bu veriler, yaşam durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ortaya koymaktadır ($p=0,003$).

Sigara kullanımı açısından hasta grubunda her gün sigara içen bireylerin oranı %43,1, ara sıra sigara içen bireylerin oranı %11,8, geçmişte sigara içmiş bireylerin oranı %2,9 ve hiç sigara içmemiş bireylerin oranı %42,2'dir. Kontrol grubunda her gün sigara içen bireylerin oranı %24,5, ara sıra sigara içen bireylerin oranı %6,9, geçmişte sigara içmiş bireylerin oranı %7,8 ve hiç sigara içmemiş bireylerin oranı %60,8'dir. Bu durum, sigara kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir ($p=0,007$).

Alkol kullanımı açısından hasta grubunda geçmişte alkol kullanmış bireylerin oranı %33,3 iken, kontrol grubunda bu oran %19,6'dır. Bu durum, alkol kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir ($p=0,026$).

Geçmiş ilaç kullanımı açısından hasta grubunda geçmişte ilaç kullanmış bireylerin oranı %35,3, kontrol grubunda ise %22,5'tir. Bu durum, geçmiş ilaç kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir ($p=0,045$).

Tablo 4.2. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

	Grup		Test İst.	p
	Hasta	Kontrol		
Cinsiyet				
Kadın	71 (69,6)	71 (69,6)	0	1,000*
Erkek	31 (30,4)	31 (30,4)		
Medeni Durum				
Bekar	52 (51)a	37 (36,3)b	10,149	0,006*
Evli	37 (36,3)a	59 (57,8)b		
Boşanmış/Dul	13 (12,7)	6 (5,9)		
Eğitim Düzeyi				
İlkokul	14 (13,7)	11 (10,8)	2,536	0,469*
Ortaokul	14 (13,7)	8 (7,8)		
Lise	41 (40,2)	47 (46,1)		
Yüksekokul-Üniversite	33 (32,4)	36 (35,3)		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	34 (33,3)a	52 (51)b	9,908	0,019*
Çalışmıyor	41 (40,2)	31 (30,4)		
Emekli	1 (1)	4 (3,9)		
Öğrenci	26 (25,5)	15 (14,7)		
Yaşadığı Yer				
Kentsel	99 (98)	101 (99)	---	0,621**
Kırsal	3 (3)	1 (1)		
Gelir Durumu				
Az	27 (26,5)a	13 (12,7)b	7,934	0,019*
Denk	57 (55,9)	59 (57,8)		
Çok	18 (17,6)a	30 (29,4)b		
Kimle Yaşıyor				
Aile	77 (75,5)a	93 (91,2)b	11,976	0,003*
Yalnız	10 (9,8)	7 (6,9)		
Aile Dışı	15 (14,7)a	2 (2)b		
Ek Hastalık				
Evet	26 (25,5)	24 (23,8)	0,015	0,902***
Hayır	76 (74,5)	77 (76,2)		
Ek Hast İlaç				
Var	17 (17)	16 (15,7)	0,004	0,950***
Yok	83 (83)	86 (84,3)		
Sigara				
Hergün	44 (43,1)a	25 (24,5)b	12,258	0,007*
Ara Sıra	12 (11,8)	7 (6,9)		
Geçmişte Kullanmış	3 (2,9)	8 (7,8)		
Hiç	43 (42,2)a	62 (60,8)b		
Alkol				
Geçmişte Kullanmış	34 (33,3)	20 (19,6)	4,936	0,026*
Hiç	68 (66,7)	82 (80,4)		
Madde				
Geçmişte Kullanmış	5 (4,9)	1 (1)	---	0,212**
Hiç	97 (95,1)	101 (99)		

*Pearson Ki-Kare Testi; **Fisher's Exact Testi; ***Yates Düzeltmesi; a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur

4.3. GRUPLARIN HASTALIĞA AİT KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Hasta grubunda depresyon düzeyleri incelendiğinde, %14,7'sinin hafif, %71,6'sının orta ve %13,7'sinin ağır derecede depresyon yaşadığı tespit edilmiştir. Hasta grubunda 55 kişinin tek epizod, 47 hastanın rekürrens epizod geçirdiğini görülmüştür.. İntihar öyküsü açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0,001$); hasta grubunda intihar öyküsüne sahip bireylerin oranı %23,8 iken, kontrol grubunda bu oran %1'dir. Ailede psikiyatrik hastalık ve intihar öyküsü açısından da gruplar arasında farklılıklar gözlemlenmiştir (sırasıyla $p=0,640$ ve $p=0,021$). Hasta grubunda aile intiharı oranı %15,7, kontrol grubunda ise %4,9 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Örneklemi Oluşturan Grupların Hastalığa Ait Klinik Özellikleri

	Grup Hasta	Kontrol	Test İst.	P
Epizod Şekli				
İlk	54 (53,5)		---	---
Tekrarlayıcı	48 (46,5)		---	
Geçmiş İlaç				
Var	36 (35,3)	23 (22,5)	4,03	0,045***
Yok	66 (64,7)	79 (77,5)		
Ekt Öykü				
Yok	102 (100)	102 (100)	---	---
İntihar Öykü				
Var	24 (23,8)	1 (1)	22,328	<0,001***
Yok	77 (76,2)	101 (99)		
Aile Öykü				
Var	27 (26,5)	30 (29,4)	0,219	0,640*
Yok	75 (73,5)	72 (70,6)		
Aile İntihar				
Var	16 (15,7)	5 (4,9)	5,308	0,021***
Yok	86 (84,3)	97 (95,1)		
Ham Puanı Kategorileri				
Depresyon Yok	0 (0)a	102		
Hafif Derece Depresyon	15 (14,7)a	0		
Orta Depresyon	73 (71,6)a	0		
Ağır Derece Depresyon	14 (13,7)a	0		

Bağlanma stilleri açısından gruplar arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır ($p<0,001$). Hasta grubunda birinci bağlanma stili %16,5, ikinci bağlanma stili %41,2, üçüncü bağlanma stili %24,7 ve dördüncü bağlanma stili %17,5 oranında görülürken; kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla %34,7, %15,3, %9,2 ve %40,8'dir. Hasta grubunda 16 kişi güvenli, 40 kişi korkulu, 24 kişi kaygılı, 17 kişi kaçınan bağlanma

stilindeyken; kontrol grubunda 34 kişi güvenli, 15 kişi korkulu, 9 kişi kaygılı, 40 kişi kaçınan bağlanma stilineindedir. Bu veriler, gruplar arasında bağlanma stilleri açısından belirgin farklılıklar olduğunu göstermektedir.

4.4. GRUPLARIN KLİNİK ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmada ele alınan gruplar arasında, çeşitli psikolojik ölçekler bazında ortanca puan değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmiştir.

Bağlanma stilleri ile ilgili olarak, Korkulu puanı ortanca değerleri arasında hasta grubu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Hasta grubunun ortanca puanı 5 iken, kontrol grubunda bu değer 3,63 olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde, Güvenli puanı ortanca değerleri arasında da anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$); hasta grubunda 3,5 olan bu değer, kontrol grubunda 4,4 olarak hesaplanmıştır. Kaygılı puanı ortanca değerleri açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$), burada hasta grubunun ortanca puanı 4,5, kontrol grubunun ki ise 3,75 olarak tespit edilmiştir.

Duygusal düzenleme ile ilgili olarak, Farkındalık, Açıklık, Kabulsüzlük, Dürtü Kontrolü, Amaca Yönelik Davranabilme ve Strateji puanı ortanca değerleri arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur (sırasıyla $p=0,011$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). Bu ölçeklerde hasta grubunun ortanca puanları sırasıyla 14, 15, 20, 16, 21 ve 30 iken, kontrol grubunda bu değerler 13, 9, 10, 11, 12 ve 11,5 olarak hesaplanmıştır.

Genel olarak, Duygusal Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) genel puanı ortanca değeri açısından hasta grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Hasta grubunun ortanca puanı 123,5 iken, kontrol grubunda bu değer 73 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, (SHAPS) Toplam Puanı ortanca değeri açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$); hasta grubunda bu değer 6 iken, kontrol grubunda 1 olarak tespit edilmiştir.

Bu bulgular, gruplar arasında duygusal düzenleme ve bağlanma stilleri açısından önemli farklılıklar olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.4. Grupların Klinik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		Grup					
		Hasta		Kontrol		Test İst	p*
Bağlanma Stilleri	Korkulu	4,84 ± 1,37	5 (1-7)	3,65 ± 1,4	3,63 (1-7)	2791	<0,001
	Kayıtsız	4,52 ± 1,01	4,6 (1,8-6,6)	4,7 ± 0,96	4,8 (2,4-6,8)	4740,5	0,272
	Güvenli	3,78 ± 1,19	3,5 (1,4-7)	4,43 ± 1,1	4,4 (2-6,6)	3473,5	<0,001
	Saplantılı	4,39 ± 1,26	4,5 (1,5-7)	3,74 ± 1,09	3,75 (1,25-7)	3673,5	<0,001
DDGÖ Alt Grupları	Farkındalık	14,23 ± 3,4	14 (5-21)	12,92 ± 2,52	13 (7-20)	4136	0,011
	Açıklık	15,64 ± 4,75	15 (5-25)	9,84 ± 3,99	9 (5-24)	1796,5	<0,001
	Kabulsüzlük	20,23 ± 7,29	20 (6-30)	10,65 ± 4,41	10 (6-25)	1505	<0,001
	Dürtü kontrolü	15,85 ± 3,74	16 (9-23)	11,76 ± 3,12	11 (8-22)	2076,5	<0,001
	Amaca yönelik davranabilme	20,15 ± 4,56	21 (9-25)	13,3 ± 4,95	12 (5-25)	1697,5	<0,001
	Strateji	28,63 ± 8,18	30 (12-40)	13,38 ± 5,79	11,5 (8-34)	729,5	<0,001
	DDGÖ genel puanı	121,58 ± 24,13	123,5 (66-167)	77,03 ± 18,67	73 (48-148)	849,5	<0,001
SHAPS Toplam Puanı		6,41 ± 3,43	6 (0-14)	1,73 ± 1,76	1 (0-7)	1207	<0,001

4.5. HASTA GRUBUNDA KLİNİK ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

HAM-3 skoru ile SHAPS skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif bir korelasyon bulunmaktadır ($r=0,31$; $p=0,002$). Benzer şekilde, HAM skoru ile SHAPS skoru arasında da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,368$; $p<0,001$). HAM-3 skoru ile Korkulu skoru arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlüdür ($r=0,235$; $p=0,017$).

Korkulu ve Güvenli skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif bir korelasyon gözlemlenmiştir ($r=-0,46$; $p<0,001$).

Kaçıngan ve Farkındalık skorları arasındaki pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($r=0,325$; $p=0,001$). Güvenli ve Farkındalık skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif bir korelasyon bulunmuştur ($r=-0,215$; $p=0,03$).

Yaş ile Açıklık skoru arasındaki negatif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($r=-0,327$; $p=0,001$). HAM-3 skoru ile Açıklık skoru arasında pozitif

yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,2$; $p=0,044$). Kaçınan ve Açıklık skorları arasındaki pozitif yönlü korelasyon istatistiksel olarak anlamlıdır ($r=0,375$; $p<0,001$). Güvenli ve Açıklık skorları arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,334$; $p=0,001$). Kaygılı ve Açıklık skorları arasındaki pozitif yönlü korelasyon istatistiksel olarak anlamlıdır ($r=0,315$; $p=0,001$). Farkındalık ve Açıklık skorları arasında orta şiddette ve pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,434$; $p<0,001$).

HAM-3 skoru ile Kabulsüzlük skoru arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir ($r=0,379$; $p<0,001$). HAM skoru ile Kabulsüzlük skoru arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r=0,289$; $p=0,003$). SHAPS ve Kabulsüzlük skorları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,218$; $p=0,028$). Korkulu ve Kabulsüzlük skorları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gözlemlenmiştir ($r=0,362$; $p<0,001$). Güvenli ve Kabulsüzlük skorları arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,314$; $p=0,001$). Kaygılı ve Kabulsüzlük skorları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ($r=0,2$; $p=0,044$). Açıklık ve Kabulsüzlük skorları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,394$; $p<0,001$).

Yaş ile Dürtü Kontrolü skoru arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir ($r=-0,197$; $p=0,047$). HAM-3 skoru ile Dürtü Kontrolü skoru arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r=0,237$; $p=0,016$). HAM skoru ile Dürtü Kontrolü skoru arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,243$; $p=0,014$). SHAPS ve Dürtü Kontrolü skorları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gözlemlenmiştir ($r=0,365$; $p<0,001$). Güvenli ve Dürtü Kontrolü skorları arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,245$; $p=0,013$). Kaygılı ve Dürtü Kontrolü skorları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ($r=0,255$; $p=0,01$). Açıklık ve Dürtü Kontrolü skorları arasında orta şiddette ve pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,474$; $p<0,001$). Kabulsüzlük

ve Dürtü Kontrolü skorları arasında orta şiddette ve pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gözlemlenmiştir ($r=0,497$; $p<0,001$).

HAM-3 skoru ile Amaca Yönelik Davranabilme skoru arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,235$; $p=0,017$). HAM skoru ile Amaca Yönelik Davranabilme skoru arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ($r=0,243$; $p=0,014$). SHAPS ve Amaca Yönelik Davranabilme skorları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir ($r=0,365$; $p<0,001$). Korkulu ve Amaca Yönelik Davranabilme skorları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r=0,362$; $p<0,001$). Güvenli ve Amaca Yönelik Davranabilme skorları arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,314$; $p=0,001$). Kaygılı ve Amaca Yönelik Davranabilme skorları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gözlemlenmiştir ($r=0,255$; $p=0,01$). Açıklık ve Amaca Yönelik Davranabilme skorları arasında orta şiddette ve pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,474$; $p<0,001$). Kabulsüzlük ve Amaca Yönelik Davranabilme skorları arasında orta şiddette ve pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ($r=0,497$; $p<0,001$). Dürtü Kontrolü ve Amaca Yönelik Davranabilme skorları arasında orta şiddette ve pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,497$; $p<0,001$).

Tablo 4.5. Hasta Grubunda Klinik Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yas	HAM-3	HAM	SHAPS	Korkulu	Kayıtsız	Güvenli	Saplantılı	Farkındalık	Açıklık	Kabulsüzlük	Dürtü kontrolü	Amaca yönelik davranabilme	Strateji
HAM-3	r	0.022													
	D	0.828													
HAM	r	0.143	0.55												
	D	0.152	<0.001												
SHAPS	r	-0.115	0.31	0.368											
	D	0.248	0.002	<0.00											
Korkulu	r	-0.003	0.235	0.167	0.098										
	D	0.979	0.017	0.093	0.328										
Kaçınan	r	-0.012	0.056	0.037	0.014	0.116									
	D	0.907	0.578	0.709	0.885	0.247									
Güvenli	r	0.135	-0.176	-0.16	-0.142	-0.46	-0.116								
	D	0.177	0.077	0.109	0.156	<0.001	0.248								
Kaygılı	r	0.02	0.122	0.098	-0.08	0.018	0.084	-0.17							
	D	0.844	0.222	0.327	0.422	0.86	0.399	0.088							
Farkındalık	r	-0.053	0.097	-0.004	0.104	0.066	0.325	-0.215	0.084						
	D	0.598	0.332	0.966	0.296	0.508	0.001	0.03	0.401						
Açıklık	r	-0.327	0.2	0.153	0.182	0.183	0.375	-0.334	0.315	0.434					
	D	0.001	0.044	0.126	0.068	0.066	<0.001	0.001	0.001	<0.001					
Kabulsüzlük	r	-0.092	0.379	0.289	0.218	0.362	0.003	-0.314	0.2	-0.008	0.394				
	D	0.359	<0.001	0.003	0.028	<0.001	0.973	0.001	0.044	0.939	<0.001				
Dürtü kontrolü	r	-0.197	0.237	0.243	0.365	0.194	0.153	-0.245	0.255	0.021	0.474	0.497			
	D	0.047	0.016	0.014	<0.001	0.051	0.124	0.013	0.01	0.831	<0.001	<0.001			
Amaca yönelik davranabilme	r	-0.176	0.366	0.265	0.371	0.166	0.271	-0.162	0.147	0.031	0.419	0.349	0.429		
	D	0.076	<0.001	0.007	<0.001	0.096	0.006	0.103	0.139	0.757	<0.001	<0.001	<0.001		
Strateji	r	-0.174	0.46	0.365	0.425	0.329	0.15	-0.276	0.21	0.006	0.464	0.702	0.578	0.696	
	D	0.08	<0.001	<0.00	<0.001	0.001	0.131	0.005	0.034	0.948	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	
DDGÖ	r	-0.226	0.455	0.362	0.421	0.338	0.218	-0.347	0.286	0.206	0.711	0.768	0.729	0.696	0.898
	D	0.023	<0.001	<0.00	<0.001	0.001	0.028	<0.001	0.004	0.037	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

r: Spearman's rho Korelasyon Katsayısı

4.6. KONTROL GRUBUNDA KLİNİK ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Korkulu ve Kaçınan puanları arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif yönde zayıf bir korelasyon bulunmaktadır ($r=0,337$; $p=0,001$). Korkulu ve Güvenli puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir bağlantı tespit edilmiştir ($r=-0,373$; $p<0,001$).

Yaş ile Farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif yönde zayıf bir ilişki mevcuttur ($r=0,211$; $p=0,034$). SHAPS ve Farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir korelasyon gözlenmiştir ($r=0,224$; $p=0,024$). Güvenli ve Farkındalık puanları arasında istatistiksel olarak önemli, negatif yönde zayıf bir bağlantı bulunmuştur ($r=-0,234$; $p=0,018$).

SHAPS ve Açıklık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,289$; $p=0,003$). Korkulu ve Açıklık puanları arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif yönde çok zayıf bir korelasyon gözlenmiştir ($r=0,198$; $p=0,046$). Güvenli ve Açıklık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde orta şiddette bir bağlantı bulunmuştur ($r=-0,423$; $p<0,001$). Farkındalık ve Açıklık puanları arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif yönde orta şiddette bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,503$; $p<0,001$).

Korkulu ve Kabulsüzlük puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir korelasyon gözlenmiştir ($r=0,234$; $p=0,018$). Güvenli ve Kabulsüzlük puanları arasında istatistiksel olarak önemli, negatif yönde zayıf bir bağlantı bulunmuştur ($r=-0,253$; $p=0,01$). Kaygılı ve Kabulsüzlük puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,3$; $p=0,002$). Açıklık ve Kabulsüzlük puanları arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif yönde orta şiddette bir korelasyon gözlenmiştir ($r=0,509$; $p<0,001$). Korkulu ve Dürtü kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir bağlantı bulunmuştur ($r=0,326$; $p=0,001$). Güvenli ve Dürtü kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak önemli, negatif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,219$; $p=0,027$). Kaygılı ve Dürtü kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir korelasyon gözlenmiştir ($r=0,23$; $p=0,02$). Açıklık ve

Dürtü kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif yönde orta şiddette bir bağlantı bulunmuştur ($r=0,408$; $p<0,001$). Kabulsüzlük ve Dürtü kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde orta şiddette bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,509$; $p<0,001$).

Güvenli ve Amaca yönelik davranabilme puanları arasında istatistiksel olarak önemli, negatif yönde zayıf bir korelasyon gözlenmiştir ($r=-0,223$; $p=0,024$). Açıklık ve Amaca yönelik davranabilme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir bağlantı bulunmuştur ($r=0,32$; $p=0,001$). Kabulsüzlük ve Amaca yönelik davranabilme puanları arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif yönde orta şiddette bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,466$; $p<0,001$). Dürtü kontrolü ve Amaca yönelik davranabilme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir korelasyon gözlenmiştir ($r=0,368$; $p<0,001$).

SHAPS ve Strateji puanları arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif yönde zayıf bir bağlantı bulunmuştur ($r=0,282$; $p=0,004$). Güvenli ve Strateji puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,338$; $p=0,001$). Farkındalık ve Strateji puanları arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif yönde zayıf bir korelasyon gözlenmiştir ($r=0,337$; $p=0,001$). Açıklık ve Strateji puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde orta şiddette bir bağlantı bulunmuştur ($r=0,597$; $p<0,001$). Kabulsüzlük ve Strateji puanları arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif yönde orta şiddette bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,52$; $p<0,001$). Dürtü kontrolü ve Strateji puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir korelasyon gözlenmiştir ($r=0,377$; $p<0,001$). Amaca yönelik davranabilme ve Strateji puanları arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif yönde orta şiddette bir bağlantı bulunmuştur ($r=0,559$; $p<0,001$).

SHAPS ve DDGÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,317$; $p=0,001$). Korkulu ve DDGÖ puanları arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif yönde zayıf bir korelasyon gözlenmiştir ($r=0,214$; $p=0,031$). Güvenli ve DDGÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir bağlantı bulunmuştur ($r=-0,359$; $p<0,001$). Kaygılı ve DDGÖ puanları arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,205$; $p=0,038$). Farkındalık ve DDGÖ puanları arasında istatistiksel

olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir korelasyon gözlenmiştir ($r=0,348$; $p<0,001$). Açıklık ve DDGÖ puanları arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif yönde yüksek bir bağlantı bulunmuştur ($r=0,722$; $p<0,001$). Kabulsüzlük ve DDGÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde yüksek bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,769$; $p<0,001$). Dürtü kontrolü ve DDGÖ puanları arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif yönde yüksek bir korelasyon gözlenmiştir ($r=0,65$; $p<0,001$). Amaca yönelik davranabilme ve DDGÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde yüksek bir bağlantı bulunmuştur ($r=0,731$; $p<0,001$). Strateji ve DDGÖ puanları arasında istatistiksel olarak önemli, pozitif yönde çok yüksek bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,812$; $p<0,001$).

Tablo 4.6. Kontrol Grubunda Klinik Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yaş	SHAPS	Korkulu	Kaçınan	Güvenli	Kaygılı	Farkındalık	Açıklık	Kabulsüzlük	Dürtü kontrolü	Amaca yönelik davranabilme	Strateji
SHAPS	r	0,11											
	p	0,27											
Korkulu	r	0,062	0,094										
	p	0,535	0,346										
Kaçınan	r	-0,027	-0,099	0,337									
	p	0,788	0,322	0,001									
Güvenli	r	-0,053	-0,178	-0,373	-0,156								
	p	0,594	0,073	<0,001	0,117								
Kaygılı	r	0,032	0,053	0,03	0,159	-0,168							
	p	0,751	0,595	0,768	0,111	0,092							
Farkındalık	r	0,211	0,224	0,055	-0,168	-0,234	-0,066						
	p	0,034	0,024	0,584	0,092	0,018	0,51						
Açıklık	r	0,098	0,289	0,198	-0,059	-0,423	0,165	0,503					
	p	0,328	0,003	0,046	0,558	<0,001	0,098	<0,001					
Kabulsüzlük	r	-0,006	0,194	0,234	0,128	-0,253	0,3	0,15	0,509				
	p	0,949	0,051	0,018	0,201	0,01	0,002	0,131	<0,001				
Dürtü kontrolü	r	-0,009	0,174	0,326	0,102	-0,219	0,23	0,043	0,408	0,509			
	p	0,925	0,081	0,001	0,309	0,027	0,02	0,67	<0,001	<0,001			
Amaca yönelik davranabilme	r	-0,002	0,148	0,116	0,172	-0,223	0,16	-0,034	0,32	0,466	0,368		
	p	0,986	0,136	0,244	0,084	0,024	0,109	0,734	0,001	<0,001	<0,001		
Strateji	r	0,056	0,282	0,029	-0,048	-0,338	0,141	0,337	0,597	0,52	0,377	0,559	
	p	0,574	0,004	0,771	0,635	0,001	0,156	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
DDGÖ	r	0,063	0,317	0,214	0,066	-0,359	0,205	0,348	0,722	0,769	0,65	0,731	0,812
	p	0,526	0,001	0,031	0,512	<0,001	0,038	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

r: Spearman's rho Korelasyon Katsayısı

4.7. BAĞLANMA STİLİNE GÖRE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bağlanma stilleri bazında depresyon düzeylerindeki varyasyonlar incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,223$).

Güvenli bağlanma stilini benimseyen bireyler arasında, hafif derecede depresyon gösterenlerin oranı %18,8 olarak saptanmıştır. Korkulu bağlanma stilini sergileyenlerde bu oran %10,

Kaygılı bağlanma stilini gösterenlerde %8,3 ve Kayıtsız bağlanma stilini benimseyenlerde ise %23,5 olarak belirlenmiştir.

Orta derecede depresyon gösteren bireyler açısından bakıldığında, Güvenli bağlanma stilini benimseyenler arasında bu oran %75, Korkulu bağlanma stilini sergileyenlerde %67,5, Kaygılı bağlanma stilini gösterenlerde %87,5 ve Kayıtsız bağlanma stilini benimseyenlerde %58,8 olarak tespit edilmiştir.

Ağır derecede depresyon gösteren bireyler söz konusu olduğunda ise, Güvenli bağlanma stilini benimseyenler arasında bu oran %6,3, Korkulu bağlanma stilini sergileyenlerde %22,5, Kaygılı bağlanma stilini gösterenlerde %4,2 ve Kayıtsız bağlanma stilini benimseyenlerde %17,6 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.7. Bağlanma stiline göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

		Bağlanma Stilleri				Test İst	p*
		Güvenli	Korkulu	Kaygılı	Kayıtsız		
HAM Puanı Depresyon Düzeyleri	Hafif derece depresyon	3 (18,8)	4 (10)	2 (8,3)	4 (23,5)	8,208	0,223
	Orta depresyon	12 (75)	27 (67,5)	21 (87,5)	10 (58,8)		
	Ağır derece depresyon	1 (6,3)	9 (22,5)	1 (4,2)	3 (17,6)		

4.7.1. Depresyon Düzeylerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Depresyon seviyeleri ile SHAPS ortanca değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak önemli bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,043$). Hafif depresyon seviyesindeki bireylerin SHAPS ortanca değeri 5 iken, orta depresyon seviyesindeki bireylerde bu değer 6'ya, ağır depresyon seviyesindeki

bireylerde ise 7,5'e yükselmektedir. Hafif ve ağır depresyon seviyeleri arasındaki SHAPS ortanca değerleri arasında belirgin bir farklılık bulunurken, orta depresyon seviyesindeki bireylerin SHAPS değerleri diğer iki grupta benzerlik göstermektedir ($p=0,002$).

Depresyon seviyelerine göre Strateji ortanca değerleri incelendiğinde, yine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,012$). Hafif depresyon seviyesindeki bireylerin Strateji ortanca değeri 20 olarak belirlenirken, orta ve ağır depresyon seviyelerindeki bireylerin Strateji ortanca değerleri sırasıyla 32 ve 32 olarak tespit edilmiştir. Bu durum, hafif depresyon seviyesindeki bireylerin Strateji ortanca değerlerinin, orta ve ağır depresyon seviyelerindeki bireylerle kıyaslandığında farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Diğer ölçek puanlarına bakıldığında, depresyon seviyelerine göre ortanca değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,050$). Ancak, DDGÖ ortalama değerleri açısından depresyon seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir ($p=0,018$). Hafif depresyon seviyesindeki bireylerin DDGÖ ortalama değeri 108,87 iken, orta depresyon seviyesindeki bireylerde bu değer 121,81'e, ağır depresyon seviyesindeki bireylerde ise 134'e yükselmektedir. Bu bulgular, hafif depresyon seviyesindeki bireylerin DDGÖ ortalama değerlerinin, ağır depresyon seviyesindeki bireylerle kıyaslandığında farklılık gösterdiğini, ancak orta depresyon seviyesindeki bireylerin DDGÖ değerlerinin diğer iki grupta benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Diğer ölçek puanlarına yönelik ortalama değerler açısından depresyon seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,050$).

Tablo 4.8. Depresyon düzeylerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	SHAPS	Korkulu	Kaçınan	Güvenli	Kaygılı	Farkındalık	Açıklık	Kabulsüzlük	Dürtü kontrolü	Amaca yönelik davranabilme	Strateji	DDGÖ
	4,33 ± 3,09	4,32 ± 1,66	4,55 ± 1,08	4,03 ± 1,28	4,18 ± 1,26	15,07 ± 2,91	14,93 ± 4,3	18 ± 6,56	14,07 ± 2,76	18 ± 4,68	22,07 ± 6,27	108,87 ± 17,2a
Hafif	5 (0-9)b	4,5 (1-7)	5 (2,2-6)	4 (1,6-5,8)	4,25 (2,5-6,25)	14 (9-19)	15 (5-22)	18 (7-29)	12 (11-18)	18 (9-25)	20 (12-34)b	106 (72-141)
	6,59 ± 3,45	4,9 ± 1,33	4,5 ± 1,04	3,79 ± 1,18	4,5 ± 1,27	13,86 ± 3,43	15,51 ± 4,68	20 ± 7,48	15,86 ± 3,76	20,34 ± 4,63	29,38 ± 8,21	121,81 ± 24,83ab
Orta	6 (0-14)ab	5 (1-7)	4,6 (1,8-6,6)	3,6 (1,8-7)	4,5 (1,5-7)	14 (5-21)	15 (5-25)	20 (6-30)	16 (9-22)	22 (9-25)	32 (14-40)a	125 (66-158)
	7,71 ± 2,87	5,07 ± 1,17	4,64 ± 0,78	3,46 ± 1,14	4,02 ± 1,19	15,21 ± 3,62	17,07 ± 5,59	23,79 ± 6,14	17,71 ± 3,83	21,43 ± 3,46	31,71 ± 6,49	134 ± 20,99b
Ağır	7,5 (4-14)a	5,38 (3,25-7)	4,8 (3,2-5,8)	3,2 (1,4-5,6)	4,13 (2,25-5,5)	14,5 (10-21)	19,5 (8-24)	26,5 (13-30)	18 (11-23)	22,5 (14-25)	32 (15-40)a	133,5 (86-167)
Test İst.	2=4,078	F=1,365	2=0,05	2=0,507	2=0,746	2=2,151	F=0,877	2=1,104	2=3,218	2=3,29	2=9,235	F=4,187
p	0,043	0,26	0,824	0,477	0,388	0,142	0,44	0,293	0,073	0,07	0,002	0,018

Kruskal Wallis Testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi; Ortalama ± standart sapma; Ortanca (minimum–maksimum); a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur

4.8. İNTİHAR PUANI (HAM-3) İLE ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Korkulu ile HAM_3 puanları arasında $r=0,235$ değerinde, $p=0,017$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır, bu da aralarında zayıf düzeyde bir ilişki olduğunu göstermektedir. Açıklık ve HAM_3 puanları arasındaki ilişki de benzer bir şekilde zayıf ve pozitif yönlüdür ($r=0,2$; $p=0,044$).

Kabulsüzlük ile HAM_3 puanları arasındaki korelasyon $r=0,379$ olarak hesaplanmış ve bu ilişki $p<0,001$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum, aralarında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki olduğunu gösterir. Dürtü Kontrolü ve HAM_3 puanları arasındaki ilişki de $r=0,237$ ile zayıf ve pozitif yönlüdür ($p=0,016$).

Amaca Yönelik Davranabilme ile HAM_3 puanları arasında $r=0,366$ değerinde ve $p<0,001$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuş, bu da zayıf düzeyde pozitif bir ilişkiyi işaret etmektedir. Strateji ve HAM_3 puanları arasındaki ilişki $r=0,46$ ile orta şiddette ve pozitif yönlüdür ($p<0,001$).

DDGÖ Genel puanı ile HAM_3 puanları arasındaki korelasyon $r=0,455$ olarak hesaplanmış ve bu ilişki $p<0,001$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, bu da orta şiddette pozitif bir ilişki olduğunu gösterir. HDÖ Genel puanı ile HAM_3 puanları arasındaki ilişki $r=0,55$ ile daha da güçlü bir şekilde orta şiddette ve pozitif yönlüdür ($p<0,001$).

Son olarak, SHAPS Genel Puanı ile HAM_3 puanları arasında $r=0,31$ değerinde ve $p=0,002$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 4.9. İntihar puanı (HAM-3) ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Korkulu	Kaçıngan	Güvenli	Kaygılı	Farkındalık	Açıklık	Kabulsüzlük	Dürtü	Amaca Yönelik Davranabilme	Strateji	DDGÖ
	r	0,235	0,056	-0,176	0,122	0,097	0,2	0,379	0,237	0,366	0,46	0,455
HAM_3	p	0,017	0,578	0,077	0,222	0,332	0,044	<0,001	0,016	<0,001	<0,001	<0,001

r: Spearman's rho Korelasyon Katsayısı

4.9. BAĞLANMA STİLLERİNE GÖRE ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Bağlanma stilleri baz alındığında, farkındalık puanlarının medyan değerleri arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,003$). Güvenli bağlanma tipindeki bireylerin farkındalık puanlarının medyan değeri 11 olarak belirlenirken, Korkulu bağlanma tipinde bu değer 14, Kaygılı bağlanma tipinde 15,5 ve Kaçınan bağlanma tipinde 15 olarak saptanmıştır. Güvenli bağlanma tipi, Kaygılı ve Kaçınan bağlanma tipleriyle kıyaslandığında farkındalık puanlarında anlamlı farklılıklar gösterirken, Korkulu bağlanma tipi diğer bağlanma tipleriyle benzer farkındalık puanlarına sahiptir.

Açıklık puanlarının medyan değerleri açısından da bağlanma stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,002$). Güvenli bağlanma tipindeki bireylerin açıklık puanlarının medyan değeri 12,5 iken, Korkulu ve Kaygılı bağlanma tiplerinde bu değer 17, Kaçınan bağlanma tipinde ise 16 olarak belirlenmiştir. Bu durum, Güvenli bağlanma tipindeki bireylerin açıklık puanlarının, diğer bağlanma tiplerindeki bireylerle kıyaslandığında farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Kabulsüzlük puanlarının medyan değerleri açısından yapılan analizler, bağlanma stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir ($p<0,001$). Güvenli bağlanma tipindeki bireylerin kabulsüzlük puanlarının medyan değeri 12,5 iken, Korkulu bağlanma tipinde 25,5, Kaygılı bağlanma tipinde 21,5 ve Kaçınan bağlanma tipinde 18 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, Güvenli bağlanma tipindeki bireylerin kabulsüzlük puanlarının, diğer bağlanma tiplerindeki bireylerle kıyaslandığında farklılık gösterdiğini; Korkulu bağlanma tipindeki bireylerin ise kabulsüzlük puanlarının Kaygılı bağlanma tipiyle benzer olduğunu göstermektedir.

Amaca yönelik davranabilme puanlarının medyan değerleri açısından yapılan analizler de bağlanma stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu ortaya koymuştur ($p=0,017$). Güvenli bağlanma tipindeki bireylerin amaca yönelik davranabilme puanlarının medyan değeri 17,5 iken, Korkulu bağlanma tipinde 21,5, Kaygılı bağlanma tipinde ve Kaçınan bağlanma tipinde her ikisinde de

23 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, Güvenli bağlanma tipindeki bireylerin amaca yönelik davranabilme puanlarının, Kaçınan bağlanma tipindeki bireylerle kıyaslandığında farklılık gösterdiğini; ancak Korkulu ve Kaygılı bağlanma tipleriyle benzer olduğunu göstermektedir.

Strateji puanlarının medyan değerleri açısından yapılan analizler de bağlanma stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,001$). Güvenli bağlanma tipindeki bireylerin strateji puanlarının medyan değeri 19,5 iken, Korkulu bağlanma tipinde 33,5, Kaygılı bağlanma tipinde 30,5 ve Kaçınan bağlanma tipinde 29 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, Güvenli bağlanma tipindeki bireylerin strateji puanlarının, diğer bağlanma tiplerindeki bireylerle kıyaslandığında farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır.

DDGÖ puanlarının medyan değerleri açısından yapılan analizler de bağlanma stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Güvenli bağlanma tipindeki bireylerin DDGÖ puanlarının medyan değeri 95 iken, Korkulu bağlanma tipinde 135,5, Kaygılı bağlanma tipinde 130 ve Kaçınan bağlanma tipinde 125 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, Güvenli bağlanma tipindeki bireylerin DDGÖ puanlarının, diğer bağlanma tiplerindeki bireylerle kıyaslandığında farklılık gösterdiğini göstermektedir.

HAM-3 puanlarının medyan değerleri açısından yapılan analizler de bağlanma stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,048$). Güvenli bağlanma tipindeki bireylerin HAM-3 puanlarının medyan değeri 0 iken, Korkulu bağlanma tipinde 2, Kaygılı ve Kaçınan bağlanma tiplerinde her ikisinde de 1 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, Güvenli bağlanma tipindeki bireylerin HAM-3 puanlarının, Korkulu bağlanma tipindeki bireylerle kıyaslandığında farklılık gösterdiğini; ancak Kaygılı ve Kaçınan bağlanma tipleriyle benzer olduğunu göstermektedir.

Diğer ölçekler açısından yapılan analizlerde ise bağlanma stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,050$).

Tablo 4.10. Bağlanma stillerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	HAM	SHAPS	Farkındalık	Açıklık	Kabulsüzlük	Dürtü kontrolü	Amaca yönelik davranabilme	Strateji	DDGÖ	HAM-3
Güvenli	21,31 ± 5,19	5,81 ± 3,94	11,94 ± 2,32	11,81 ± 2,71	14,38 ± 6,72	14,56 ± 3,39	17,38 ± 4,22	20,88 ± 6,69	97,81 ± 19,08	0,81 ± 1,11
	22 (12–30)	4,5 (0–14)	11 (9–19)b	12,5 (5–16)b	12,5 (8–30)c	15,5 (9–20)	17,5 (9–25)b	19,5 (12–40)b	95 (72–143)b	0 (0–3)a
Korkulu	23,92 ± 5,92	6,98 ± 3,25	13,88 ± 3,45	15,83 ± 5,49	23,48 ± 6,41	16,25 ± 3,85	20,25 ± 4,5	31,18 ± 7,9	128,1 ± 24,97	1,85 ± 1,58
	24 (8–35)	7 (0–14)	14 (5–21)ab	17 (5–25)a	25,5 (7–30)b	17 (9–22)	21,5 (9–25)ab	33,5 (14–40)a	135,5 (66–167)a	2 (0–9)b
Kaygılı	22,71 ± 4,66	5,71 ± 3,46	15,5 ± 3,6	17,38 ± 4,45	21,54 ± 7,27	16,46 ± 3,76	20,5 ± 5,04	29,67 ± 7,84	127,54 ± 22,73	1,29 ± 0,86
	23 (14–36)	5 (0–14)	15,5 (10–21)a	17 (9–23)a	21,5 (8–30)ab	16,5 (10–22)	23 (9–25)ab	30,5 (17–40)a	130 (85–158)a	1 (0–3)ab
Kaçınan	21,65 ± 7,05	6,65 ± 3,67	15,47 ± 3	16,65 ± 3,2	18,06 ± 5,74	15,24 ± 4,13	21,82 ± 3,84	28,82 ± 6,35	122,29 ± 16,65	1,47 ± 1,07
	22 (9–33)	6 (1–14)	15 (10–20)a	16 (9–23)a	18 (6–27)ac	15 (9–23)	23 (13–25)a	29 (18–39)ab	125 (75–153)ab	1 (0–3)ab
Test İst	F=1,101	F=0,853	2=14,093	215,266	2=19,989	2=3,487	2=10,157	2=16,864	2=19,174	2=7,887
p	0,353	0,469	0,003	0,002	<0,001	0,322	0,017	0,001	<0,001	0,048

2:Kruskal Wallis Testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi; Ortalama ± standart sapma; Ortanca (minimum–maksimum); a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur

4.10. TEK VE TEKRARLAYICI EPİZODA GÖRE ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hasta grubu içerisinde, epizod tipine bağlı olarak korkulu puanlarının medyan değerlerinde istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmiştir ($p=0,045$). İlk epizod yaşayan hastalarda korkulu puanının medyan değeri 4,75 iken, tekrarlayan epizodlar yaşayan hastalarda bu değer 5,5 olarak saptanmıştır. Aynı şekilde, epizod tipine göre amaca yönelik davranış puanlarının medyan değerlerinde de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir ($p=0,038$). İlk epizod yaşayan hastalarda amaca yönelik davranış puanının medyan değeri 20, tekrarlayan epizodlar yaşayan hastalarda bu değer 23 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.11. Tek ve Tekrarlayıcı Epizoda göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Epizod Şekli	HAM	SHAPS	Korkulu	Kaçıngan	Güvenli	Kaygılı	Farkındalık	Açıklık	Kabulsüzlük	Dürtü kontrolü	Amaca yönelik davranabilme	Strateji	DDGÖ
İlk	21,94 ± 5,66	6,94 ± 3,76	4,63 ± 1,26	4,42 ± 0,97	3,9 ± 1,23	4,42 ± 1,27	14,19 ± 3,22	15,48 ± 4,53	19,72 ± 7,66	15,8 ± 3,46	19,31 ± 4,83	27,83 ± 8,5	119,39 ± 23,13
	23 (8–33)	7 (0–14)	4,75 (2–7)	4,8 (1,8–6,2)	3,9 (1,6–6,2)	4,5 (1,5–7)	14 (5–21)	15 (5–24)	19 (8–30)	16 (10–22)	20 (9–25)	28 (14–40)	119 (74–158)
Tekrarlayıcı	23,21 ± 6,15	5,74 ± 2,93	5,04 ± 1,47	4,64 ± 1,06	3,66 ± 1,14	4,37 ± 1,26	14,19 ± 3,63	15,68 ± 5	20,68 ± 6,93	15,87 ± 4,11	21,17 ± 4,08	29,47 ± 7,88	123,68 ± 25,38
	24 (8–36)	5 (0–14)	5,5 (1–7)	4,6 (2,2–6,6)	3,4 (1,4–7)	4,5 (2–6,25)	14 (9–21)	16 (5–25)	20 (6–30)	16 (9–23)	23 (9–25)	32 (12–40)	125 (66–167)
Test İst.	U=1118,5	t=1,769	U=974,5	U=1117,5	U=1135,500	U=1247	U=1226,5	t=-0,21	U=1170,5	U=1248,5	U=966	U=1140	t=-0,889
p	0,304	0,08	0,045	0,301	0,362	0,88	0,771	0,834	0,501	0,889	0,038	0,379	0,376

U:Mann Whitney U Testi; t: Bağımsız Örnekler t Testi; Ortalama ± standart sapma; Ortanca (minimum – maksimum)

4.11. HASTA GRUBUNDA İNTİHAR ÖYKÜSÜ OLMA DURUMUNA GÖRE ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hasta grubunda, intihar geçmişi bulunma durumuna göre Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM) puanlarının medyan değerleri arasında istatistiksel olarak belirgin bir fark saptanmıştır ($p=0,006$). İntihar geçmişi olan bireylerde HAM puanlarının medyan değeri 24,5 iken, intihar geçmişi olmayan bireylerde bu değer 22 olarak tespit edilmiştir.

İntihar geçmişi bulunma durumuna göre açıklık puanlarının medyan değerleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir ($p=0,042$). İntihar geçmişi olan bireylerde açıklık puanlarının medyan değeri 19, intihar geçmişi olmayan bireylerde ise bu değer 15 olarak belirlenmiştir.

Benzer şekilde, intihar geçmişi bulunma durumuna göre amaca yönelik davranabilme puanlarının medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,044$). İntihar geçmişi olan bireylerde amaca yönelik davranabilme puanlarının medyan değeri 23, intihar geçmişi olmayan bireylerde ise bu değer 21 olarak saptanmıştır.

Son olarak, intihar geçmişi bulunma durumuna göre Duygusal Durum Günlüğü (DDGÖ) puanlarının medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,006$). İntihar geçmişi olan bireylerde DDGÖ puanlarının medyan değeri 133,5, intihar geçmişi olmayan bireylerde ise bu değer 118 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.12. Hasta grubunda intihar öyküsü olma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

İntihar Öykü	HAM	SHAPS	Korkulu	Kaçıngan	Güvenli	Kaygılı	Farkındalık	Açıklık	Kabulsüzlük	Dürtü kontrolü	Amaca yönelik davranabilme	Strateji	DDGÖ
	25,54 ± 4,81	6,33 ± 3,05	5,16 ± 1,42	4,49 ± 1,03	3,59 ± 1,3	4,49 ± 1,18	15,13 ± 3,76	17,25 ± 4,94	22,04 ± 6,94	17,08 ± 4,62	21,79 ± 3,73	31,5 ± 7,01	131,5 ± 25,92
Var	24,5 (17–36)	6 (1–12)	5,5 (1–7)	4,6 (2,2–6)	3,6 (1,4–6,2)	4,63 (2–6,25)	14 (9–21)	19 (7–23)	23 (6–30)	17,5 (9–23)	23 (12–25)	34 (16–40)	133,5 (66–158)
	21,49 ± 6	6,52 ± 3,5	4,74 ± 1,36	4,52 ± 1,01	3,84 ± 1,16	4,33 ± 1,28	13,9 ± 3,25	15,06 ± 4,59	19,65 ± 7,4	15,49 ± 3,39	19,64 ± 4,72	27,68 ± 8,39	118,36 ± 22,98
Yok	22 (8–33)	6 (0–14)	5 (1–7)	4,6 (1,8–6,6)	3,4 (1,6–7)	4,25 (1,5–7)	14 (5–21)	15 (5–25)	19 (7–30)	16 (9–22)	21 (9–25)	28 (12–40)	118 (72–167)
Test İst.	U=583	U=916,5	t=1,291	U=909,5	U=849,000	U=868	U=757	U=669,500	U=755,5	U=692	U=673	U=689	U=581
p	0,006	0,952	0,2	0,908	0,549	0,654	0,181	0,042	0,178	0,063	0,044	0,06	0,006

U: Mann Whitney U Testi; t: Bağımsız Örnekler t Testi; Ortalama ± standart sapma; Ortanca (minimum – maksimum)

4.12. TEKRARLAYAN EPİZOD ŞEKLİNE ETKİ EDEN RİSK FAKTÖRLERİNİN BİNARY LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ İLE İNCELENMESİ

Tekrarlayıcı epizod tipinin etkileyen risk faktörleri, Binarj Lojistik Regresyon Analizi yardımıyla değerlendirilmiştir. Model, univariate analizde incelendiğinde, lise mezunlarının tekrarlayıcı epizod tipi riskinde ilkokul mezunlarına kıyasla koruyucu bir etkiye sahip oldukları belirlenmiştir ($OR=0,193$; $p=0,016$). Ek hastalığı bulunan bireylerde, hastalığı olmayanlara göre tekrarlayıcı epizod tipi riski 2,833 kat daha fazla olduğu saptanmıştır ($p=0,028$). İntihar geçmişi olan bireylerde, geçmişi olmayanlara göre tekrarlayıcı epizod tipi riski 4,862 kat daha yüksek bulunmuştur ($p=0,003$). Amaca yönelik davranabilme puanının artmasıyla birlikte tekrarlayıcı epizod tipi riski de 1,099 kat artmaktadır ($p=0,045$).

Model, multivariate analizde incelendiğinde; lise mezunlarının tekrarlayıcı epizod tipi riskinde ilkokul mezunlarına göre koruyucu bir etkiye sahip oldukları gözlemlenmiştir ($OR=0,084$; $p=0,044$). İntihar geçmişi olan bireylerde, geçmişi olmayanlara kıyasla tekrarlayıcı epizod tipi riski 4,744 kat daha yüksek olarak tespit edilmiştir ($p=0,049$). SHAPS puanının yükselmesi, tekrarlayıcı epizod tipi riskini azaltıcı bir etki göstermektedir ($OR=0,686$; $p=0,002$). Amaca yönelik davranabilme puanının artışı, tekrarlayıcı epizod tipi riskini 1,089 kat artırmaktadır ($p=0,030$).

Tablo 4.13. Tekrarlayan epizod şekline etki eden risk faktörlerinin Binary Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmesi

	Epizod Şekli		Univariate		Multivariate	
	İlk	Tekrarlayıcı	OR (%95 CI)	p	OR (%95 CI)	p
Bağlanma stilleri						
Güvenli	9 (56,3)	7 (43,8)	Referans			
Korkulu	19 (48,7)	20 (51,3)	1,353 (0,42–4,362)	0,612	0,444 (0,05–3,928)	0,466
Kaygılı	14 (58,3)	10 (41,7)	0,918 (0,256–3,298)	0,896	0,311 (0,031–3,129)	0,322
Kaçıngan	8 (47,1)	9 (52,9)	1,446 (0,367–5,704)	0,598	0,438 (0,039–4,947)	0,504
Cinsiyet						
Kadın	33 (47,1)	37 (52,9)	Referans			
Erkek	21 (67,7)	10 (32,3)	0,425 (0,175–1,031)	0,059	0,267 (0,063–1,133)	0,073
Medeni durum						
Bekar	32 (61,5)	20 (38,5)	Referans			
Evli	18 (50)	18 (50)	1,6 (0,677–3,78)	0,284	1,007 (0,183–5,536)	0,994
Boşanmış/Dul	4 (30,8)	9 (69,2)	3,6 (0,978–13,257)	0,054	4,761 (0,25–90,49)	0,299
Eğitim düzeyi						
İlkokul	4 (28,6)	10 (71,4)	Referans			
Ortaokul	6 (42,9)	8 (57,1)	0,533 (0,111–2,564)	0,433	0,65 (0,034–12,417)	0,775
Lise	27 (67,5)	13 (32,5)	0,193 (0,051–0,732)	0,016	0,084 (0,008–0,936)	0,044
Yüksekokul-üniversite	17 (51,5)	16 (48,5)	0,376 (0,098–1,446)	0,155	0,664 (0,067–6,574)	0,726
Ek hastalık						
Evet	9 (34,6)	17 (65,4)	2,833 (1,117–7,186)	0,028	1,709 (0,354–8,267)	0,505
Hayır	45 (60)	30 (40)	Referans			
Aile öykü						
Var	14 (51,9)	13 (48,1)	1,092 (0,452–2,64)	0,844	1,021 (0,234–4,457)	0,978
Yok	40 (54,1)	34 (45,9)	Referans			
Aile intihar						
Var	10 (62,5)	6 (37,5)	0,644 (0,215–1,93)	0,432	1,255 (0,189–8,342)	0,814
Yok	44 (51,8)	41 (48,2)	Referans			
İntihar öykü						
Var	6 (25)	18 (75)	4,862 (1,73–13,665)	0,003	4,744 (1,005–22,392)	0,049
Yok	47 (61,8)	29 (38,2)	Referans			
SHAPS	6,94 ± 3,76	5,74 ± 2,93	0,9 (0,799–1,014)	0,082	0,686 (0,54–0,873)	0,002
DDGÖ alt kategori						
Farkındalık	14,19 ± 3,22	14,19 ± 3,63	1,001 (0,891–1,123)	0,993	1,002 (0,816–1,23)	0,986
Açıklık	15,48 ± 4,53	15,68 ± 5	1,009 (0,929–1,096)	0,832	1,012 (0,851–1,204)	0,893
Kabulsüzlük	19,72 ± 7,66	20,68 ± 6,93	1,018 (0,965–1,075)	0,509	0,946 (0,833–1,074)	0,388
Dürtü kontrolü	15,8 ± 3,46	15,87 ± 4,11	1,005 (0,905–1,116)	0,919	0,914 (0,725–1,152)	0,448
Amaca yönelik davranabilme	19,31 ± 4,83	21,17 ± 4,08	1,099 (1,002–1,206)	0,045	1,297 (1,026–1,64)	0,03
Strateji	27,83 ± 8,5	29,47 ± 7,88	1,025 (0,977–1,076)	0,318	1,089 (0,929–1,276)	0,295

Cox & Snell R²=%39,1; Nagelkerke R²=%52,1

4.13. DEPRESYONA ETKİ EDEN RİSK FAKTÖRLERİNİN BİNARY LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ İLE İNCELENMESİ

Depresyon üzerindeki risk faktörleri, Binary Lojistik Regresyon Analizi yardımıyla analiz edilmiştir. Univariate model analizi sırasında; Korkulu bağlanma stiline sahip bireylerin, Güvenli bağlanma stilini benimseyenlere kıyasla depresyon riskinin 5,667 kat daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Kaygılı bağlanma stiline sahip bireylerin de depresyon riski, Güvenli bağlanma stilini benimseyenlere göre 5,667 kat daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Evli bireylerin, bekar olanlara göre depresyon riskinde koruyucu bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir ($p=0,007$). Ailede intihar geçmişi bulunan bireylerin, bulunmayanlara göre depresyon riski 3,609 kat daha yüksektir ($p=0,016$). İntihar geçmişi olan bireylerin depresyon riski, geçmişi olmayanlara göre 31,481 kat daha fazladır ($p=0,001$). SHAPS puanının yükselmesi, depresyon riskini 1,942 kat artırmaktadır ($p<0,001$). Farkındalık puanının artması, depresyon riskini 1,158 kat yükseltmektedir ($p=0,003$). Açıklık puanının yükselmesi, depresyon riskini 1,331 kat artırmaktadır ($p<0,001$). Kabulsüzlük puanının artması, depresyon riskini 1,271 kat yükseltmektedir ($p<0,001$). Dürtü kontrolü puanının yükselmesi, depresyon riskini 1,38 kat artırmaktadır ($p<0,001$). Amaca yönelik davranabilme puanının artması, depresyon riskini 1,301 kat yükseltmektedir ($p<0,001$). Strateji puanının artması, depresyon riskini 1,284 kat artırmaktadır ($p<0,001$).

Multivariate model analizi yapıldığında; SHAPS puanının yükselmesi, depresyon riskini 1,538 kat artırmaktadır ($p=0,001$). Strateji puanının artması, depresyon riskini 1,212 kat yükseltmektedir ($p=0,003$).

Tablo 4.14. Depresyona etki eden risk faktörlerinin Binary Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmesi

	Depresyon		Univariate		Multivariate	
	Yok	Var	OR (%95 CI)	p	OR (%95 CI)	p
Bağlanma stilleri						
Güvenli	34 (68)	16 (32)	Referans			
Korkulu	15 (27,3)	40 (72,7)	5,667 (2,447–13,123)	<0,001	0,368 (0,073–1,848)	0,225
Kaygılı	9 (27,3)	24 (72,7)	5,667 (2,149–14,941)	<0,001	0,635 (0,115–3,495)	0,602
Kaçıngan	40 (70,2)	17 (29,8)	0,903 (0,397–2,054)	0,808	0,239 (0,045–1,266)	0,093
Cinsiyet						
Kadın	71 (50)	71 (50)	Referans			
Erkek	31 (50)	31 (50)	1 (0,551–1,816)	1	1,973 (0,539–7,226)	0,305
Medeni durum						
Bekar	37 (41,6)	52 (58,4)	Referans			
Evli	59 (61,5)	37 (38,5)	0,446 (0,248–0,804)	0,007	0,606 (0,169–2,178)	0,443
Boşanmış/Dul	6 (31,6)	13 (68,4)	1,542 (0,537–4,428)	0,421	1,539 (0,173–13,655)	0,699
Eğitim düzeyi						
İlkokul	11 (44)	14 (56)	Referans			
Ortaokul	8 (36,4)	14 (63,6)	1,375 (0,425–4,448)	0,595	0,966 (0,082–11,382)	0,978
Lise	47 (53,4)	41 (46,6)	0,685 (0,28–1,676)	0,408	1,125 (0,165–7,661)	0,904
Yüksekokul-üniversite	36 (52,2)	33 (47,8)	0,72 (0,287–1,808)	0,485	0,781 (0,102–5,995)	0,812
Ek hastalık						
Evet	24 (48)	26 (52)	1,098 (0,579–2,079)	0,775	2,037 (0,552–7,517)	0,286
Hayır	77 (50,3)	76 (49,7)	Referans			
Aile öykü						
Var	30 (52,6)	27 (47,4)	0,864 (0,468–1,594)	0,64	0,293 (0,079–1,085)	0,066
Yok	72 (49)	75 (51)	Referans			
Aile intihar						
Var	5 (23,8)	16 (76,2)	3,609 (1,269–10,266)	0,016	2,529 (0,205–31,265)	0,47
Yok	97 (53)	86 (47)	Referans			
İntihar öykü						
Var	1 (4)	24 (96)	31,481 (4,167–237,842)	0,001	---	---
Yok	101 (56,7)	77 (43,3)	Referans			
Shaps	1,73 ± 1,76	6,41 ± 3,43	1,942 (1,625–2,32)	<0,001	1,538 (1,187–1,993)	0,001
Yas	33,34 ± 11,91	32,74 ± 12,21	0,996 (0,973–1,019)	0,718	1,009 (0,957–1,064)	0,737
DDGÖ Alt Parametleri						
Farkındalık	12,92 ± 2,52	14,23 ± 3,4	1,158 (1,052–1,275)	0,003	0,888 (0,704–1,119)	0,315
Açıklık	9,84 ± 3,99	15,64 ± 4,75	1,331 (1,226–1,446)	<0,001	1,111 (0,928–1,331)	0,251
Kabulsüzlük	10,65 ± 4,41	20,23 ± 7,29	1,271 (1,192–1,356)	<0,001	1,128 (0,995–1,278)	0,059
Dürtü kontrolü	11,76 ± 3,12	15,85 ± 3,74	1,38 (1,253–1,52)	<0,001	0,9 (0,747–1,084)	0,265
Amaca yönelik davranabilme	13,3 ± 4,95	20,15 ± 4,56	1,301 (1,212–1,396)	<0,001	0,971 (0,832–1,135)	0,715
Strateji	13,38 ± 5,79	28,63 ± 8,18	1,284 (1,204–1,37)	<0,001	1,212 (1,066–1,379)	0,003

Cox & Snell R²=%58,2; Nagelkerke R²=%77,6

DDGÖ puanındaki her bir birimlik artış, açıklık puanını 19 birim yükseltmektedir ki bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=19$; $p=0,029$). DDGÖ puanındaki her bir birimlik artışın, kabulsüzlük puanını 40,434 birim yükselttiği tespit edilmiştir ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=40,434$; $p=0,021$). DDGÖ puanındaki her bir birimlik artış, dürtü kontrolü puanını 18,279 birim yükseltmektedir ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=18,279$; $p=0,024$). DDGÖ puanındaki her bir birimlik artışın, amaca yönelik davranabilme puanını 26,777 birim yükselttiği gözlemlenmiştir ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=26,777$; $p=0,021$). DDGÖ puanındaki her bir birimlik artış, strateji puanını 62,382 birim yükseltmektedir ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=62,382$; $p=0,019$).

Dürtü kontrolü puanındaki her bir birimlik artış, SHAPS puanını 0,22 birim yükseltmektedir ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=0,22$; $p=0,031$).

Strateji puanındaki her bir birimlik artış, SHAPS puanını 0,171 birim yükseltmektedir ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=0,171$; $p=0,021$).

SHAPS puanındaki her bir birimlik artış, Depresyon puanını 0,367 birim yükseltmektedir ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=0,367$; $p=0,034$).

4.14. PATH ANALİZİ SONUÇLARI

Korkulu bağlanma stili ile Farkındalık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\beta=1,480$; $p=0,011$). Bu bağlamda, korkulu bağlanma stiline sahip bireylerin Farkındalık puanları, güvenli bağlanma stiline sahip olanlara kıyasla ortalama 1,480 birim daha yüksek bulunmuştur. Kaygılı bağlanma stili ile Farkındalık puanı arasındaki yol katsayısı da istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=2,559$; $p<0,001$), bu durumda kaygılı bağlanma stiline sahip bireylerin Farkındalık puanları, güvenli bağlanma stiline sahip olanlara göre ortalama 2,559 birim daha yüksektir. Kaçınan bağlanma stili ile Farkındalık puanı arasındaki yol katsayısı da istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($\beta=1,452$; $p=0,011$), bu durumda kaçınan bağlanma stiline sahip bireylerin Farkındalık puanları, güvenli bağlanma stiline sahip olanlara göre ortalama 1,452 birim daha yüksektir.

Korkulu bağlanma stili ile Açıklık puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=5,613$; $p<0,001$), burada korkulu bağlanma stiline sahip bireylerin Açıklık puanları, güvenli bağlanma stiline sahip olanlara göre ortalama 5,613 birim daha yüksektir. Kaygılı bağlanma stili ile Açıklık puanı arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=6,619$; $p<0,001$), burada kaygılı bağlanma stiline sahip bireylerin Açıklık puanları, güvenli bağlanma stiline sahip olanlara göre ortalama 6,619 birim daha yüksektir. Kaçınan bağlanma stili ile Açıklık puanı arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=2,758$; $p=0,002$), burada kaçınan bağlanma stiline sahip bireylerin Açıklık puanları, güvenli bağlanma stiline sahip olanlara göre ortalama 2,758 birim daha yüksektir.

Korkulu bağlanma stili ile Kabulsüzlük puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=10,024$; $p<0,001$), burada korkulu bağlanma stiline sahip bireylerin Kabulsüzlük puanları, güvenli bağlanma stiline sahip olanlara göre ortalama 10,024 birim daha yüksektir. Kaygılı bağlanma stili ile Kabulsüzlük puanı arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=7,787$; $p<0,001$), burada kaygılı bağlanma stiline sahip bireylerin Kabulsüzlük puanları, güvenli bağlanma stiline sahip olanlara göre ortalama 7,787 birim daha yüksektir. Ancak, kaçınan bağlanma stili ile Kabulsüzlük puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,146$).

Korkulu bağlanma stili ile Dürtü kontrolü puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=3,367$; $p<0,001$), burada korkulu bağlanma stiline sahip bireylerin Dürtü kontrolü puanları, güvenli bağlanma stiline sahip olanlara göre ortalama 3,367 birim daha yüksektir. Kaygılı bağlanma stili ile Dürtü kontrolü puanı arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=3,537$; $p<0,001$), burada kaygılı bağlanma stiline sahip bireylerin Dürtü kontrolü puanları, güvenli bağlanma stiline sahip olanlara göre ortalama 3,537 birim daha yüksektir. Ancak, kaçınan bağlanma stili ile Dürtü kontrolü puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,644$).

Korkulu bağlanma stili ile Amaca yönelik davranabilme puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=5,282$; $p<0,001$), burada korkulu bağlanma stiline sahip bireylerin Amaca yönelik davranabilme puanları, güvenli bağlanma

stiline sahip olanlara göre ortalama 5,282 birim daha yüksektir. Kaygılı bağlanma stili ile Amaca yönelik davranabilme puanı arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=5,058$; $p<0,001$), burada kaygılı bağlanma stiline sahip bireylerin Amaca yönelik davranabilme puanları, güvenli bağlanma stiline sahip olanlara göre ortalama 5,058 birim daha yüksektir. Kaçınan bağlanma stili ile Amaca yönelik davranabilme puanı arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=2,212$; $p=0,038$), burada kaçınan bağlanma stiline sahip bireylerin Amaca yönelik davranabilme puanları, güvenli bağlanma stiline sahip olanlara göre ortalama 2,212 birim daha yüksektir.

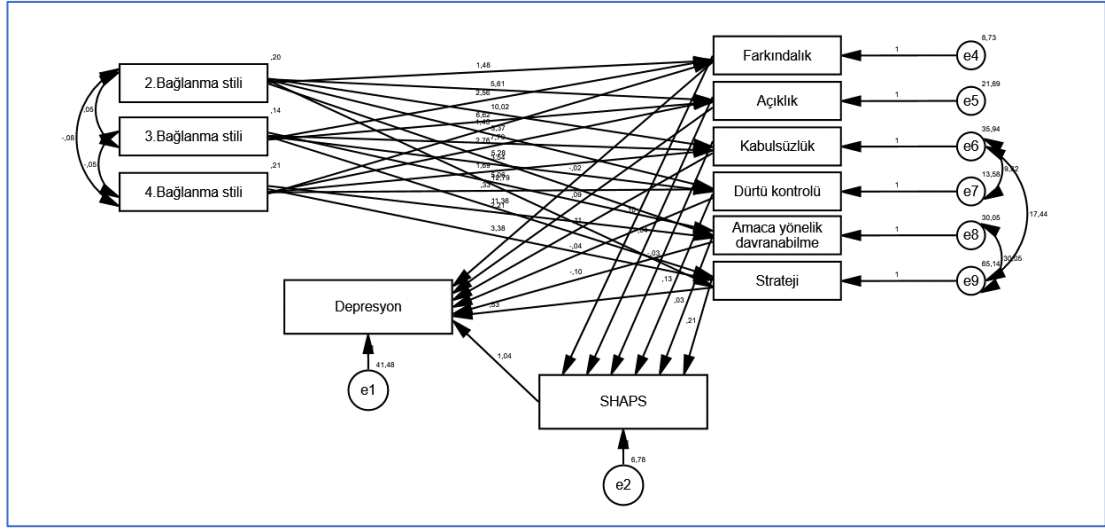
Korkulu bağlanma stili ile Strateji puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=12,795$; $p<0,001$), burada korkulu bağlanma stiline sahip bireylerin Strateji puanları, güvenli bağlanma stiline sahip olanlara göre ortalama 12,795 birim daha yüksektir. Kaygılı bağlanma stili ile Strateji puanı arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=11,358$; $p<0,001$), burada kaygılı bağlanma stiline sahip bireylerin Strateji puanları, güvenli bağlanma stiline sahip olanlara göre ortalama 11,358 birim daha yüksektir. Kaçınan bağlanma stili ile Strateji puanı arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=3,382$; $p=0,031$), burada kaçınan bağlanma stiline sahip bireylerin Strateji puanları, güvenli bağlanma stiline sahip olanlara göre ortalama 3,382 birim daha yüksektir.

Dürtü kontrolü puanı ile SHAPS puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=0,133$; $p=0,002$), burada Dürtü kontrolü puanı bir birim arttığında SHAPS puanı ortalama 0,133 birim artmaktadır. Strateji puanı ile SHAPS puanı arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=0,213$; $p<0,001$), burada Strateji puanı bir birim arttığında SHAPS puanı ortalama 0,213 birim artmaktadır.

SHAPS puanı ile Depresyon puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=1,036$; $p<0,001$), burada SHAPS puanı bir birim arttığında Depresyon puanı ortalama 1,036 birim artmaktadır. Strateji puanı ile Depresyon puanı arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=0,534$; $p<0,001$), burada Strateji puanı bir birim arttığında Depresyon puanı ortalama 0,534 birim artmaktadır.

Tablo 4.15. Path Analiz

			β_1	β_2	S. Hata	Test İst	p	R2
Farkındalık	←-	Korkulu Bağlanma stili	1,48	0,217	0,579	2,556	0,011	0,076
Farkındalık	<---	Kaygılı Bağlanma stili	2,559	0,312	0,665	3,85	<0,001	
Farkındalık	<---	Kaçıngan Bağlanma stili	1,452	0,215	0,574	2,529	0,011	
Açıklık	<---	Korkulu Bağlanma stili	5,613	0,478	0,912	6,151	<0,001	0,222
Açıklık	<---	Kaygılı Bağlanma stili	6,619	0,47	1,047	6,32	<0,001	
Açıklık	<---	Kaçıngan Bağlanma stili	2,758	0,237	0,905	3,048	0,002	
Kabulsüzlük	<---	Korkulu Bağlanma stili	10,024	0,615	1,174	8,534	<0,001	0,333
Kabulsüzlük	<---	Kaygılı Bağlanma stili	7,787	0,398	1,348	5,777	<0,001	
Kabulsüzlük	<---	Kaçıngan Bağlanma stili	1,692	0,105	1,165	1,452	0,146	
Dürtü kontrolü	<---	Korkulu Bağlanma stili	3,367	0,376	0,722	4,665	<0,001	0,163
Dürtü kontrolü	<---	Kaygılı Bağlanma stili	3,537	0,329	0,829	4,269	<0,001	
Dürtü kontrolü	<---	Kaçıngan Bağlanma stili	0,331	0,037	0,716	0,463	0,644	
Amaca yönelik davranabilme	<---	Korkulu Bağlanma stili	5,282	0,403	1,074	4,918	<0,001	0,135
Amaca yönelik davranabilme	<---	Kaygılı Bağlanma stili	5,058	0,322	1,233	4,103	<0,001	
Amaca yönelik davranabilme	<---	Kaçıngan Bağlanma stili	2,212	0,171	1,065	2,077	0,038	
Strateji	<---	Korkulu Bağlanma stili	12,795	0,594	1,581	8,092	<0,001	0,307
Strateji	<---	Kaygılı Bağlanma stili	11,358	0,439	1,815	6,259	<0,001	
Strateji	<---	Kaçıngan Bağlanma stili	3,382	0,159	1,568	2,157	0,031	
SHAPS	<---	Farkındalık	0,099	0,088	0,062	1,607	0,108	0,427
SHAPS	<---	Açıklık	-0,042	-0,065	0,037	-1,142	0,254	
SHAPS	<---	Kabulsüzlük	-0,03	-0,064	0,04	-0,743	0,457	
SHAPS	<---	Dürtü kontrolü	0,133	0,155	0,058	2,287	0,022	
SHAPS	<---	Amaca yönelik davranabilme	0,03	0,052	0,051	0,598	0,55	
SHAPS	<---	Strateji	0,213	0,601	0,037	5,779	<0,001	
DEPRESYON	<---	SHAPS	1,036	0,345	0,178	5,837	<0,001	0,612
DEPRESYON	<---	Farkındalık	-0,021	-0,006	0,153	-0,136	0,891	
DEPRESYON	<---	Açıklık	0,094	0,048	0,092	1,015	0,31	
DEPRESYON	<---	Kabulsüzlük	0,113	0,08	0,1	1,129	0,259	
DEPRESYON	<---	Dürtü kontrolü	-0,041	-0,016	0,145	-0,285	0,776	
DEPRESYON	<---	Amaca yönelik davranabilme	-0,097	-0,055	0,125	-0,775	0,438	
DEPRESYON	<---	Strateji	0,534	0,501	0,099	5,398	<0,001	



Şekil 4.1. Standart yol katsayıları

- 2. Bağlanma Stili: Korkulu Bağlanma
- 3. Bağlanma Stili: Kaygılı Bağlanma
- 4. Bağlanma Stili: Kaçıngan Bağlanma

5. TARTIŞMA

Majör Depresif Bozukluk (MDB), yaygın olarak görülen ve bireylerin yaşam kalitesini düşüren, işlevselliklerini kaybetmelerine neden olan ciddi bir ruhsal hastalıktır (1). Depresyonun tanımlanmasında iki temel kriter bulunmaktadır: depresif duygudurum ve anhedoni (2). Depresyonla ilgili yapılan pek çok araştırma, bireylerin olumsuz duygularını düzenleyememesi üzerine yoğunlaşmıştır (3). Ancak, depresyonun seyrini olumsuz yönde etkileyen, intihar eğilimini artıran ve genellikle birinci basamak tedavilere yanıt oranı düşük anhedoni, yani ilgi ve istek kaybı konusunda yapılan çalışmalar sınırlıdır (4–8). Son zamanlarda gerçekleştirilen araştırmalar, anhedoni ile duygu düzenleme arasında önemli bağlantılar olduğunu ortaya koymuştur (9,10). Bağlanma kuramı, bir duygu düzenleme teorisi olarak tanımlanmakta olup, depresyonun gelişiminde ve seyrinde kritik bir rol oynamaktadır (11,12). Bu teori, bireylerin duygu düzenleme stratejilerini, stresle başa çıkma becerilerini ve kişilerarası ilişkilerini nasıl kurduklarını ve sürdürdüklerini etkileyerek, depresif semptomların ortaya çıkmasına veya şiddetlenmesine neden olabilir (13). Çalışmamız, depresyonlu bireylerle sağlıklı kontrol grubu arasında bağlanma, duygu düzenleme ve anhedoni arasındaki ilişkileri incelemeyi amaçlamaktadır.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Çalışmamızda gruplar arasında cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır, yaş cinsiyet ve eğitim durumların eşleşmiş olması çalışmamızın artılarından olup, daha sağlıklı çıkarımlar yapmamıza olanak sağlamıştır.

Çalışmaya katılan depresyon tanılı hastaların hastalık başlangıç yaşı $26,43 \pm 10,44$ olarak bulunmuştur. MDB her yaşta görülebilmekte ve başlayabilmektedir. Bununla birlikte birçok çalışmada başlangıç yaşı ortalaması birbirine benzer şekilde 20’li yaşların sonları olarak bulunmuştur (195,196). Geniş örneklemli bir çalışma depresyon başlangıç yaşını yaklaşık 25 olduğunu göstermiştir (197). Depresyon başlangıç yaşına dair bulgumuz literatür ile uyumludur.

Çalışmaya katılan depresyon tanılı hastaların yaş ortalaması $33,04 \pm 12,03$ şeklinde literatürle uyumlu bulunmuştur. Depresyon, her yaşta görülebilir. Ancak literatür orta yaşlarda ve özellikle de 25-44 yaşları arasında daha sık izlenen bir hastalık olduğuna işaret etmektedir (198).

Çalışmamızda MDB tanılı hastaların %30,4'ü erkek (n=31), %69,9'u (n=71) kadındır.

Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalarda genel olarak varılan ortak sonuç, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda şeklindedir. Çeşitli çalışmalarda kadınlarda MDB riski erkeklerin 2 katı olarak saptanmıştır (195,199). MDB'nin kadınlarda erkeklerin 2 katı olmasının nedenleri olarak hormonal farklılıklar, genetik duyarlılık ya da MAO yüksekliği ve tiroid hastalıkları, menstruasyon gibi biyolojik etmenler yanında, çocukluğundan itibaren şiddete maruz kalma, girişken olma yönünden baskılanma, boyun eğen, pasif ve bağımlı olmayı öğrenme, kadına verilen toplumsal roller ve ondan beklentiler (ev işleri, çocuk doğurma, çocuk yetiştirme, eşe karşı sorumluluklar), düşük eğitim ve gelir olanakları, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, ayrımcılığa maruz kalma gibi riskler gösterilmektedir (200–203).

Çalışmamızda gruplara göre katılımcıların medeni durumları farklılık göstermektedir. Hasta grubunda bekar olanların oranı %51 (n=52) iken kontrol grubunda %36,3 (n=37) olarak elde edilmiştir. Hasta grubunda evli olanların oranı %36,3 (n=37) iken kontrol grubunda %57,8 (n=59) olarak elde edilmiştir. Hasta grubunda boşanmış/dul olanların oranı %12,7 (n=13) iken kontrol grubunda %5,9 (n=6) olarak elde edilmiştir. Burada gruplara göre bekar olanların ve evli olanların oranları farklılık göstermiştir.

MDB ve medeni durum arasında bir ilişki olduğu birçok çalışmada saptanmıştır. MDB riski bekarlarda, ayrı yaşayanlarda, dul ve boşanmış olanlarda evlilerden daha yüksek bulunmuştur(196,199,204). MDB riski, hiç evlenmemiş olanlarda, boşanmış olanlara ve dullara göre daha düşük saptanmıştır. Ülkemizde de MDB, ayrı yaşayan, boşanmış ve dullarda en yüksek oranda, evlilerde ise en düşük oranda olduğu saptanmıştır (205). Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasında depresif dönem yaygınlığı boşanmış ve dullarda daha yüksek bildirilmiştir (206).

Gruplara göre katılımcıların gelir durumları farklılık göstermektedir .Hasta grubunda gelir durumu az olanların oranı %26,5 iken kontrol grubunda %12,7 olarak elde edilmiştir. Hasta grubunda gelir durumu denk olanların oranı %55,9 iken kontrol grubunda %57,8 olarak elde edilmiştir. Hasta grubunda gelir durumu çok olanların oranı %17,6 iken kontrol grubunda %29,4 olarak elde edilmiştir. Burada gruplara göre gelir durumu az olanların ve gelir durumu çok olanların oranı farklılık göstermektedir.

Birçok araştırma, işsizlik ile depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmış ve işsizlik ile sosyoekonomik düzeyin düşmesini, depresyon açısından risk faktörü olarak değerlendirmiştir. 2021 yılında yapılan geniş çaplı bir meta analizde işsiz popülasyonda depresif semptomların varlığı %24 ve MDB oranı %16 olarak raporlanmış, bunu etkileyen ekonomik, sosyal, ailevi birçok faktör olabileceğinden bahsedilmiştir. Ekonomik faktörler boyutunda da, gelir azalmasının artan depresyon riski ile ilişkili olduğu ve düşük gelirli kişilerde depresyon prevalansının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. İşsiz olmak, gelir düzeyinin azalmasına, uğraşı alanlarının azalmasına ve sosyal izolasyona neden olarak depresyona yatkınlık oluşturuyor olabilir (207).

5.2. DEPRESYONUN ŞİDDETİ

Çalışmamızda hasta grubunda hafif derece depresyon olanların oranı %14,7, orta depresyon olanların oranı % 71,6 ağır derece depresyon olanların oranı %13,7 şeklinde bulunmuştur.

Çalışmamızda HAM puanları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Depresyonla ilgili en iyi bilinen ve en kapsamlı araştırılan gerçeklerden biri, ergenlik döneminin ortalarından itibaren kadınların depresyona girme ihtimalinin erkeklerden çok daha fazla olmasıdır (208). Bununla beraber kadınların erkeklere göre yakınmalarını daha rahatlıkla ifade ettikleri, daha çok tedavi arayışında oldukları bilinmektedir (195,209) .Özellikle depresif semptom şiddetinin öz bildirim ile ölçüldüğü araçlarda bu durum belirginleşir (210) . Çalışmamızda kullanmış

olduğumuz aracın klinisyen tarafından uygulanıyor olması cinsiyete bağlı semptom bildirimi ile ilgili yanlılığı azaltmış olabilir.

Çalışmamızda HAM puanları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmalar yaş ile depresyonun seyri arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Depresyonu Hafifletmek için Sıralı Tedavi Alternatifleri (STAR*D) Çalışmasında 1.498 katılımcının beş yaş grubuna (18-25, 26-35, 36-50, 51-65 ve 66-75) ayrılarak incelendiği, semptom şiddeti ile yaşın özellikle 51-65 ve 66-75 gruplarında belirginleştiğini, diğer grupların kendi arasında farklılaşmadığını göstermiştir. Çalışmamıza 65 yaş üstü hastaların dahil edilmemiş olması ve çoğunluğun genç ve orta yaş grubundan oluşmuş olması yaş ve HAM puanları arasında ilişki olmaması açıklar.

Çalışmamızda hasta grubunda; medeni duruma göre HAM puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Boşanmış/dul olanların HAM puan ortalama değeri diğer iki grubun HAM puan ortalama değerlerinden farklılık göstermektedir.

MDB ve medeni durum arasında bir ilişki olduğu birçok çalışmada saptanmıştır. MDB riski bekarlarda, ayrı yaşayanlarda, dul ve boşanmış olanlarda evlilerden daha yüksek çıkmıştır (196,199,204). MDB riski hiç evlenmemişlerdeyse boşanmış ve dullara göre daha düşük saptanmıştır .Ülkemizde de MDB ayrı yaşayan, boşanmış ve dullarda en yüksek oranda, evlilerde ise en düşük oranda olduğu saptanmıştır Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasında depresif dönem yaygınlığı boşanmış ve dullarda daha yüksek bildirilmiştir (206).

Çalışmamızda geçmiş intihar girişimi olan hastalarda mevcut intihar düşüncesinin sorgulandığı. HAM-3 puanı ile anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. Literatür gelecekteki intihar girişiminin en büyük yordayıcının geçmiş intihar girişimleri olduğunu göstermiştir (211) (195,209).

5.3. ANHEDONİ

Çalışmamızda hasta grubunda mevcut intihar düşüncesi (HAM-3) puanı ile SHAPS puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bulgumuz mevcut literatür ile uyumludur.Yapılan çalışmalarda anhedoninin depresyon tanılı

hastalarda 1 yıl içinde intihar nedeniyle ölümün öngörücü bir faktörü olduğu gösterilmiştir (212). İki bin on sekiz yılında yapılan metaanalizde anhedoninin hem depresyonda hem depresyondan bağımsız intihar için bir risk faktörü olduğu ifade edilmiştir(213).

Çalışmamızda hasta HAM ile SHAPS puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Bulgumuz mevcut literatür ile uyumludur. Çalışmalar anhedoninin depresyon seyrini kötüleştirdiğine işaret etmektedir (87).

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubunda SHAPS ile Strateji, DDGÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Anhedoni ve duygu düzenleme arasındaki ilişkiyi inceleyen az çalışma olsa da bulgularımız literatür ile uyumludur. İki bin yirmi iki yılında yapılan 3 yıllık bir izlem çalışmasında uyumlu stratejilerden bir olan bilişsel yeniden değerlendirme stratejisinin etkin kullanılamamasının anhedoniyi öngördüğü gösterilmiştir (98).Özellikle olumlu duyguları düzenlemeye yönelik duygu düzenleme stratejilerinin kullanılamamasının hem klinik hem klinik olmayan gruplarda anhedoniye sebep olduğu son dönemde yapılan çalışmalarla desteklenmiştir (79,99). Anhedoninin duygu düzenleme strateji bozuklukları ile ilişkilendirilmesi, özellikle duygu düzenleme stratejilerine odaklanan psikoteröpatik müdahalelerin (214,215) anhedoni tedavisinde kullanımına ışık tutması açısından önemlidir.

Çalışmamızda hasta grubunda SHAPS ile Dürtü kontrolü puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Anhedoni, yani yaşamdan zevk alamama durumu, dürtüsellikte bir tetikleyici olabilir. Normal aktivitelerden zevk alamayan bireyler, ödüller elde etmek için daha dürtüsel davranabilirler. Bu, yaşadıkları zevksizliği telafi etme çabası olabilir. Ancak, zevk eksikliği nedeniyle daha az dürtüsel davranışlar da gözlemlenebilir. İlginç bir şekilde, bazı çalışmalar, duyum arayışı ile anhedoni arasında hem olumlu hem de olumsuz ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur (216–219).

Alanyazında anhedoni ve dürtüsellik arasındaki ilişki, özellikle şizofreni, majör depresif bozukluk ve sınırda kişilik bozukluğu olan bireyler üzerinde incelenmiştir (220,221). Bu araştırmaların sonuçları karışıktır. Örneğin, şizofreni hastalarında fiziksel ve sosyal anhedoni seviyelerinin yüksekliği, artan dürtüsellikle

ilişkilendirilmiştir (222). Ancak, majör depresif bozukluğu olan bireylerde bu tür anhedoni ve dürtüsellik arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, sınırda kişilik bozukluğu olan bireylerde anhedoni, semptom şiddeti ve dürtüsel davranışla pozitif bir ilişki gösterirken, kontrol grubunda bu tür bir ilişki bulunamamıştır (221). Bu çalışmaların sonuçları genelleştirilemez, bu nedenle bu konu üzerinde daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Yakın zamanda üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada anhedoninin sosyal boyutunun dürtüsellik ve alkol kullanımı ile pozitif yönde, fiziksel boyutunun dürtüsellik ile negatif ilişkide olduğu bulunmuştur (219). Literatürdeki çelişkili bulguların ve bunları anlamı anhedoninin farklı boyutlarını aynı anda değerlendirebilen ölçeklerin geliştirilmesiyle aydınlığa kavuşacaktır.

5.4. BAĞLANMA

Çalışmamızda cinsiyete göre güvenli ve kaygılı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Kadınlarda erkeklere göre kaygılı bağlanmanın, erkeklerde kadınlara göre güvenli bağlanma puanının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Klasik bağlanma teorisi, cinsiyet ayrımını dikkate almadan oluşturulmuştur. Bowlby, bağlanma sisteminin temel amacının bebeğin hayatta kalmasını desteklemek olduğunu belirtmiştir. Bu, bakıcıların ihtiyaç duyulduğunda bebeğe yakın olmasını sağlayarak gerçekleştirilir. Hem erkek hem de kız bebekler, benzer tehlikelerle karşılaşır ve eşit derecede koruma ve bakıma ihtiyaç duyarlar. Bu yüzden, farklı cinsiyetlerdeki bebeklerin farklı bağlanma stilleri geliştirmesi beklenmez (109). Bebeklik ve erken çocukluk döneminde yapılan bağlanma çalışmaları, cinsiyetler arasında belirgin bir fark bulamamıştır. Ancak, orta çocukluk döneminde bu durum değişir. Bu dönemde, erkeklerde kaçınma, kadınlarda ise kaygılı bağlanma daha belirgindir. Saldırganlık ve oyun gibi davranışlarda da, erken çocukluktan orta çocukluğa geçişte cinsiyet farklılıkları belirginleşir. Bu farklılıkların, adrenal bezlerin salgıladığı androjen hormonlarındaki artışla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bağlanma stillerinin de benzer bir patika izlediği ve cinsiyet hormonlarının bağlanma süreçlerini farklı şekillerde etkileyebileceği varsayılmaktadır (223)(224). Romantik bağlanmanın, bireyin çiftleşme ve üreme

stratejilerinin bir parçası olarak ele alınması gelişimsel psikoloji açısından mantıklıdır. Romantik kaçınma, bağlılığı azaltma ve kısa vadeli ilişkileri teşvik etme stratejisi olarak işlev görürken, kaygı ise partner ve akrabalarından maksimum yatırım almayı amaçlar. Erkekler, birden fazla partnerle ilişkiye girerek daha fazla üreme avantajı elde edebilir. Bu nedenle, erkekler genellikle daha kaçınmacıdır ve stresli durumlarda daha az kaygılıdır (225,226).

Çalışmamızda hasta grubunda güvenli bağlanmaya sahip kişilerin azınlıkta olduğu, hastaların çoğunlukla güvensiz bağlandığı ve baskın olan güvensiz bağlanma stilinin korkulu bağlanma olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda gruplara göre katılımcıların bağlanma stilleri hem kategorik hem puan açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Depresyon hastalarının % 83.5 inin güvensiz bağlanma stiline sahip olduğu, güvensiz bağlananların da %50.6 si korkulu bağlanma stiline ait olduğu gösterilmiştir. Ayrıca çalışmamızda korkulu bağlanmanın tekrarlayıcı epizod ile en çok ilişkide olan bağlanma stili olduğu bulunmuştur. Güvenli bağlanan kişilerin stresle karşılaştıklarında olumlu duygular yaratma ve sorunlarla daha kolay başa çıkma eğilimi gösterdiği, güvensiz bağlanan kişilerin ise değersizlik ve umutsuzluk duygularına daha meyilli olduğu, zorluklarla başa çıkma yeteneklerinin zayıfladığı gözlenmektedir. Bu durumun güvensiz bağlanan kişilerde psikopatolojilerin gelişimine zemin hazırladığı düşünülmektedir(100). Hem duyguların aşırı aktive edilmesiyle karakterize kaygılı bağlanmanın hem de duyguların bastırılması ile ilişkili kaçınan bağlanmanın kişilerde MDB gelişimi üzerine önemli etkisi bulunmaktadır (124). Bağlanma ve depresyon arasındaki ilişki üzerine yapılmış sistematik bir derlemede de güvensiz bağlanma stillerinin kişilerde depresyon gelişmesine zemin hazırladığı gösterilmiştir (102). İncelenen araştırmalar depresyonda güvensiz bağlanma stillerinin baskın olduğu hipotezinde birbirleriyle tutarlılık göstermekle birlikte hangi güvensiz bağlanma stilinin baskın olduğu konusunda çeşitlilik göstermektedir. Yapılan çalışmaların tasarımı ve kullanılan değerlendirme araçlarının farklılığı bu çeşitliliğin oluşmasında etkili olan faktörler arasında sayılabilir. Depresyon tanılı bireylerde bağlanma stillerini inceleyen bir çalışmada katılımcıların sadece %15'inde güvenli bağlanma saptanmış, yaklaşık %72'si kaygılı ve %13'ünde kaçınan olmak üzere %85'inde güvensiz bağlanma stili bildirilmiştir(13).

Başka bir araştırmada ise hasta grubunda kaçınan bağlanmanın baskın olduğu gözlenmiştir(205). Depresyon, OKB ve panik bozukluk hastalarının bağlanma stillerini sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştıran bir çalışmada, kaygı bozukluğu hasta grubundaki katılımcıların tümünde sağlıklı gruba göre anlamlı ölçüde kaygılı bağlanması olduğu, depresyon grubundaki katılımcıların ise anlamlı ölçüde kaçınma gösterdiği saptanmıştır (206).

Sağlıklı bireylerde yapılan 1 yıllık izlem çalışmasında herhangi bir güvensiz bağlanma tarzının varlığının, 12 aylık depresyonla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu, ancak görüşmede depresif semptomatolojiye yönelik kontroller yapıldığında, yalnızca korkulu bağlanma stiline bozuklukla ilişkili olduğu görülmüştür (214).

Çalışmamızın hasta grubunda güvensiz bağlanma stiline sahip bireylerin çoğunlukta olması literatürle uyum göstermektedir. Korkulu bağlanma stiline sahip olmanın hem benlik hem de başkalarına yönelik olumsuz temsillerinin olması, depresyon gelişimine zemin hazırlamış olabileceği öne sürülebilir. Ayrıca alanyazında yapılmış çalışmaların bağlanma stillerini ölçen veri araçlarında yalnızca kaygılı ve kaçınan boyutlarına bakılmış olması, korkulu bağlanma stiline göz ardı edilme nedenini açıklamaktadır.

Çalışmamızda hastalık şiddeti ile bağlanma stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu sonucun ortaya çıkmasında hasta katılımcıların çoğunluğunun (%71.6) orta derecede depresyona sahip olması, ağır derecede depresyon hastalarının sayısının çok az (%13.7) olması olabilir. Bu durumun örneklem sayımızın azlığı ile ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Tek depresif epizod sonrası remisyon ile takip edilen hasta grubunun ileride tekrarlayıcı özellik gösterebilmesi oldukça muhtemel olduğundan daha sağlıklı sonuçlar elde edebilmek için uzunlamasına izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır. İki bin yirmi yılında yapılan bir meta-analizde güvensiz bağlanmanın, özellikle bağlanma kaygısının, depresif epizod için kırılganlık faktörü olabileceğini ancak bağlanma boyutları ile depresif belirtiler arasındaki korelasyonların sadece orta düzeyde olduğunu göstermektedir (227).

Çalışmamızda mevcut intihar düşüncesi puanı (HAM-3) ile korkulu bağlanma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkide olduğu bulunmuştur. Pek

çok çalışmada güvensiz bağlanmanın intihar düşüncesi ve davranışıyla da ilişkili olduğu bulunmuştur ancak güvensiz bağlanma stilleri ile sonuçlar tutarlı değildir (228–231). Depresyon tanılı hastalarda yapılan bir takip çalışmasında kaçınan bağlanmanın intihar girişimini öngördüğü gösterilmiş (229).

2019 yılındaki bir sistematik derleme güvenli bağlanmanın intihara karşı koruyucu bir faktör olarak işlev görmesi ve güvensiz bağlanmanın (kaçınmacı ve kaygılı bağlanma yönelimlerinin çeşitleri) intihar düşüncesi ve davranışı riskini artırıyor olduğunu, kaygılı bağlanmanın neden intihar düşüncesiyle olumlu bir şekilde ilişkili olduğu ancak intihar girişimiyle ilişkili olmadığını göstermiştir (231). İki bin on beş yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada kaygılı ve kaçınan bağlanmanın intihar ile ilişkisinin gösterilemediği ancak korkulu bağlanmanın intihar ile anlamlı bir ilişkinin olduğunu göstermiştir (232). Literatürle uyumlu olarak korkulu bağlanma stiline sahip kişilerde değersizlik duygusu ve düşük benlik saygısının yanı sıra çevreye yönelik olumsuz algının da başkalarından yardım aramayı azaltabileceği ve dolayısıyla sosyal desteğin azalmasına, yalnızlığa ve yalnızlığa neden olarak intihar eğilimini artırabileceği ileri sürülmektedir.

Çalışmamızda hem depresyon hem kontrol grubunda güvenli bağlanmanın duygu düzenleme güçlüğü ile negatif korelasyon, güvensiz bağlanma stillerinin her birinin duygu düzenleme güçlüğü ile pozitif korelasyon gösterdiği saptanmış olup bulgularımız literatür ile uyumludur.

Bowlby'ye göre bağlanma, güvenliği duygusu (birinin yetkin ve sevimli olduğuna ve diğerlerinin gerektiğinde duyarlı ve destekleyici olacağına dair güven), ihtiyaç zamanlarında bir dayanıklılık kaynağı ve zihinsel sağlık ve sosyal ilişkilerin yapı taşıdır (233). Mikulincer ve Shaver, bağlanma konusunda daha güvenli olan kişilerin hayata karşı daha iyimser olduklarını ve tehdit ve tehlikelere ilişkin daha az yıkıcı değerlendirmeler yaptıklarını gösteren kapsamlı kanıtları gözden geçirdiler (115). Ayrıca tehditler ve zorluklarla başa çıkma becerilerine daha fazla güvenirliler ve daha yapıcı ve etkili duygu düzenleme stratejileri (örn. Problem çözme, yeniden değerlendirme, destek arama) kullanma eğilimindedirler (234).

Güncel araştırmalar, güvenli bağlanma stiline uyulanabilir duygu düzenleme ve kişinin duygusal kaynaklarına daha iyi erişim ile ilişkili olduğunu açıkça

göstermektedir (235). Güvenli bağlanan bireylerin daha fazla duygusal farkındalık bildirdiklerini, duyguları tanımlama ve ifade etme konusunda daha iyi olduklarını ve duygu düzenleme stratejileri hakkında daha iyi bilgiye sahip olduklarını göstermektedir (236).

Kaçınan kişiler, bağlanma ihtiyaçlarına ve eğilimlerine aykırı olan duygusal durumları engellemeye çalışırlar (234). Bu engelleme çabaları, korku, kaygı, öfke, üzüntü, utanç, suçluluk ve sıkıntı gibi tehdit ve kırılganlık duygularıyla ilişkilendirilen duygusal durumları hedef alır. Özellikle öfke, bir ilişkiye duygusal olarak katılmak anlamına gelebilir. Bu, kaçınan kişilerin bağımsızlık ve özgüven tercihleriyle çelişir (237). Ayrıca, kaçınan bireyler, reddedilme, ihanet veya ayrılma gibi bağlanma figürüne yönelik tehditlere karşı duygusal tepkilerini engellemeye çalışırlar. Bu tehditler, istenmeyen bağlanma ihtiyaçlarını tekrar aktive edebilir (115). Literatürde kaçınan bağlanma ve uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinden olan bastırma arasında ilişki olduğuna dair çalışmalar vardır (238). Kaçınan bağlanma, bireylerin kendi duygusal tepkilerini fark etmelerini engelleyebilir. Bu kişiler, duygularla ilgili düşünceleri ve anıları sıklıkla reddeder veya bastırır (239). Kaygılı bağlanan kişiler ise olumsuz duyguları yakınlık arayışı ve duygusal bağların hiperaktivasyonu doğrultusunda algırlar. Çalışmalar göstermiştir ki kaygılı bağlanmanın, zihinsel ruminasyonun artmasına neden olduğu ve sıkıntıya neden olan uyaranlara daha fazla dikkat etme eğilimi doğurduğudur (238,240,241).

Literatürde anhedoni ve bağlanma stilleri üzerine yapılmış çalışmalar az sayıdadır. Yapılan çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte daha çok anhedoninin sosyal anhedoni komponenti üzerine yoğunlaşmıştır (92,93). Yapılan çalışmalar kaçınan bağlanmaya sahip kişilerin sürekli olarak başkalarıyla ilişki kurmaktansa yalnız kalmayı tercih etmelerinin onları sosyal ortamlardan uzaklaştırdığını belirterek sosyal anhedoni ile ilişkisini açıklamaya çalışmıştır (93). Bu bulgular, kaçınan insanlara özgü sosyallik eksikliğinin, yüksek düzeyde sosyal anhedoniye yansıttığını gösterebilir. Bizim çalışmamızda da, bağlanma stilleri ve sosyal anhedoni arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bulgularımızın az sayıdaki literatür bilgisi ile uyumlu olmama nedeni anhedoni ölçüm aracımızın sosyal anhedoni şeklinde ayrı bir değerlendirme kategorisine sahip olmaması olabilir. Ayrıca ölçek anhedoninin yalnızca hedonik ton komponentini ele alıp, ödül isteme, motivasyon, ödül beklentisi

ve ödöl öğrenme gibi diğler alanları ölçmez (188). Kayıtsız bağlanmanın özellikle sosyal ortamlara katılma motivasyondaki düşüklükte karakterize olduğunu düşünürsek anhedoninin ödöl isteme, motivasyon gibi adımlarını değerlendirmeyen bir ölçüm aracı kullanılarak anlamsız sonuçlar bulmak şaşırtıcı olmamalı. Klinik pratikte bahsedilen bileşenlerin henüz yeterince ölçülmemesi, aslında bu alanlarda hastaları anlamak ve uygun stratejiler geliştirmek konusunda önemli bir açık olduğunu işaret etmektedir.

5.5. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu arasında Farkındalık, Açıklık, Kabulsüzlük, Açıklık, Strateji, Amaca yönelik davranabilme ve DDGÖ puanları arasında anlamlı fark gösterilmiştir.

Depresyon tanıli hastalarda sağlıklı popülasyona göre kendi duygularını tanıyamama, farkında olmama daha sıktır (242). Depresyon tanıli hastalar ve sağlıklılarda yapılan bir çalışmada duygusal farkındalığın olmaması hastalarda %32,1 iken, depresyonu olmayanlarda sadece %4,3 dir (186).

Literatürde duygu netliği açısından sağlıklı kontrollerle depresyon hastaları karşılaştırıldığında, MDB'li bireylerin olumsuz duygu netliği daha düşük olduğu, ancak olumlu duygu netliği olmadığı görülmüştür (243). Literatürdeki çalışmalar, MDB hastalarının sağlıklı gruplara göre hem olumsuz hem de olumlu duygularını bastırdığı, kabulsüzlük tutumlarının fazla olduğu, olumsuz ve olumlu duyguların bastırılmasının depresif belirtilerle ilişkili olduğunu göstermiştir (244). Araştırmalar, majör depresif bozukluğun bu temel semptomlarının temelinde duygu düzenlemedeki zorlukların yattığını öne sürüyor. Bu önermeye göre, depresyondaki hastalar, uyumsuz duygu düzenlemeyi daha sık kullanırlar ve uyum stratejilerini etkili bir şekilde uygulamada zorluk çekerler (198). Özetle mevcut MDB'li bireylerin, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında kaçınma, ruminasyon ve bastırma için daha yüksek uyumsuz duygu düzenleme stratejisi kullandıkları; kabullenme, problem çözme ve yeniden değerlendirme için daha düşük uyum sağlayıcı duygu düzenleme stratejisi kullandıkları gösterilmiştir (199,200). MDB'li bireylerde, daha yüksek aleksitimi, daha düşük duygusal farkındalık, duygusal netlik ile gösterilen,

sınırlı genel duygu düzenleme yetenekleri gösterilmiştir ve bu açıdan bulgularımız literatürü destekler niteliktedir (199,200) .

Çalışmamızda yaş ile Açıklık, Dürtü Kontrolü, Farkındalık DDGÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki gösterilmiştir. İki bin yirmi iki yılında yapılan bir derleme çalışmasında yaşlı yetişkinlerin genç bireylere göre daha çok olumlu duygusal deneyim bildirdiği, duygu düzenlemede daha iyi olduğu, yaşa bağlı diğer düşüslere rağmen daha yüksek düzeyde duygusal refah bildirdikleri ortaya çıkmıştır (245).

Yaşlı yetişkinlerin üzüntü veya kaygı uyandıran durumlarda daha yüksek düzeyde duygusal kabul bildirmektedir (246,247). Bir çalışma, yaşlı yetişkinlerin hem özellik hem de durum kabulündaha yüksek olduğunu bulmuştur (248)(249).Durum farkındalığına ilişkin yakın zamanda yapılan bir deneyim örnekleme çalışması, yargılayıcı olmayan kabulün farkındalık yönünün, özellikle nispeten yaşlı katılımcılar arasında daha fazla anlık olumlu ve daha az anlık olumsuz etkiyi ve ayrıca zorluklara karşı daha az tepkiyi öngördüğünü bulmuştur (250). Yaşla birlikte olası azalmış tepkisellik ve artan kabullenmenin karmaşık arayüzü daha fazla çalışmayı gerektirmektedir: yaşlı yetişkinler tepkilerini düzenlemek için kabulü kullanmada daha iyi olabilir veya tepkileri azalmış olabilir ve bu nedenle onları kabul etmeleri gerektiği sonucunu çıkarabilirler.

Çalışmamızda cinsiyete göre DDGÖ puanı anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Kadınların erkeklere göre DDGÖ puanlarının anlamlı bir biçimde yüksek olduğu bulunmuştur.

Duygusal uyaranlara karşı cinsiyet farklılıklarını inceleyen olaya bağlı potansiyel (ERP) çalışmaları, kadınların genel olarak erkeklerden daha fazla olumsuz uyaranlara karşı daha yüksek tepkiselliğe sahip olduğunu göstermektedir (251). Yapılan çalışmalar kadınlarda nötr ve olumsuz uyaranlara karşı olumsuzluk yanlılığı eğiliminin olduğunu göstermiştir (252).

Bir çalışmada katılımcıların olumsuz duygusal uyaranlara karşı duygusal tepkilerini “azaltmak” için bilişsel bir yeniden değerlendirme stratejisi kullanmalarını gerektiren bir duygu düzenleme yeniden değerlendirme görevinin tamamlanması sırasında katılımcıların beyin aktivitesini kaydetmiştir . Erkekler, olumsuz duygusal

uyaranlara karşı duygu düzenleme gerçekleştirirken, kadınlara göre amigdala bölgesinde daha az aktivite göstermiştir. Bu durum, erkeklerin olumsuz duygusal tepkileri düzenleme konusunda daha yüksek bir kapasiteye sahip olduklarını göstermektedir (253). Çalışmamızda erkeklerin kadınlara nazaran daha az duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı bulgusu literatürle uyumludur.

Çalışmamızda İntihar öyküsü olma durumuna göre DDGÖ, Açıklık, Amaca Yönelik Davranabilme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ve mevcut intihar düşüncesinin sorgulandığı HAM-3 puanı ile anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki bulunmuştur. Yetişkin ve ergenleri içeren 76 çalışmanın sistematik derlemesinde duygu düzenleme zorlukların varlığı (örneğin, duygusal netlik eksikliği), uyumsuz stratejilerin daha fazla kullanılması (örneğin, duygusal bastırma, ruminasyon) ve uyarlanabilir stratejilerin daha az kullanılması (örneğin, bilişsel yeniden değerlendirme) intihar davranışıyla pozitif olarak ilişkilendirilmiştir (254). Bir çalışmada daha önce intihar girişiminde bulunan kişilerin duyguları kabul etmeme konusunda, girişimde bulunmayanlara kıyasla önemli ölçüde daha yüksek puan aldığını gösterilmiştir (255). Çalışmamızda HAM ile DDGÖ, Strateji, Farkındalık, Açıklık Kabulsüzlük, Dürtü Kontrolü, Amaca yönelik davranabilme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki saptanmış olup ve bulgular literatür ile uyumludur. Ayrıca epizod şekline göre duygu düzenleme stratejilerinden biri olan amaca yönelik davranabilme arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. Depresyonun gelişmesinde ve sürmesinde potansiyel bir mekanizma duygu düzenlemedeki zorluklardır (48). Depresyona yatkın bireyler uyumsuz duygu düzenleme stratejilerini kullanabilirler; bu stratejiler, rahatsız edici deneyimleri yönetme girişimlerinin geri tepmesine ve semptomların devam etmesine veya artmasına neden olabilir. Ayrıca duyguların daha az farkında olabilirler, onları anlamakta zorluk çekebilirler ve bunlara tahammül etme kapasiteleri de sınırlı olabilir. Sonuç olarak, olumsuz duygulardan kurtulma konusunda sorunlar yaşarlar ve bu da sürekli depresif ruh hali ile sonuçlanır (49). Araştırmalar, MDB'li bireylerin daha fazla uyumsuz duygu düzenleme stratejisi, daha az uyumlu duygu düzenleme stratejisi kullandıklarını doğrulamaktadır (50). Ayrıca bireyler iyileştikten sonra da duygu düzenleme güçlüklerinin devam ettiği görülmektedir (51). Özetle duygu düzenleme, depresif dönemlerin hem başlamasına hem de tekrarlamasına katkıda

bulunabilecek bir faktör olabilir. Depresyondaki kişiler sınırlı genel duygu düzenleme becerilerine sahip olduklarını ve duygusal farkındalık, anlayış, netlik ve hoşgörü ile ilgili sorunlar yaşadıklarını bildirdirmektedirler (248). Bu nedenle, mevcut depresif bireylerin, duyguları tanımlama ve tanımlama kapasiteleri sınırlıdır, duygulara karşı daha az farkındalık gösterirler ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında duyguları daha az tolere ederler (256). Kabullenme, deneyimi değiştirmeye çalışmadan olanı deneyimlemeye yönelik bilinçli ve aktif bir kararı içeren, şimdiki zamanın gerçekliğine deneysel olarak açık olmayı içerir (215). Kabullenme, Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin ve Kabul ve Kararlılık Terapisinin üçüncü dalga bilişsel davranışçı müdahalelerinde aktif bir bileşen olarak gösterilmiştir (214,257). Kabullenmeyle yakından ilişkili olan öz-şefkat, acı verici veya üzücü duygulardan kaçınılmadığı, ancak nezaket, anlayış ve paylaşılan insanlık duygusuyla farkındalık içinde tutulduğu bir duygu düzenleme stratejisi olarak değerlendirilebilir (258). Kabul ve öz-şefkat, kişinin deneyimlere ve duygulara açık olmasını içerirken, bastırma, devam eden duygu ifade etme davranışlarını veya deneyimsel duygusal tepkileri engellemeyi içerir (257,259). Depresyonda olan bireyler duygusal farkındalık, netlik ve hoşgörü konularında zorluklar yaşayabilirler. Duygusal farkındalık ve netlikteki eksiklikler, duyguyu tanımlamada zorluklara ve duygu düzenlemede başarısızlığa yol açabilir (260). Önceki çalışmalar duygusal farkındalık ve netliğin (yani aleksitiminin) depresyon belirtileriyle ilişkili olduğunu bulmuştur (261). Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, şu anda depresyonda olan bireyler sınırlı duygusal farkındalığa sahip olduklarını bildirmektedir (261).

Özetle, mevcut MDB'si olan kişiler, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin daha fazla alışkanlıkla kullanıldığını ve uyarlanabilir duygu düzenleme stratejilerinin daha az kullanıldığını bildirebilirler. Ayrıca bu bireylerin sağlıklı kontrollere kıyasla duygusal farkındalık, açıklık ve hoşgörü konusunda daha fazla zorluk yaşadıklarını bildirmeleri de muhtemeldir. Ancak literatürde de belirtildiği gibi depresyon belirtileri bu tür anketlerden daha yüksek puan alınmasına yol açabilmektedir (262).

Klinik açıdan bakıldığında, uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin mevcut bir MDB döneminde öne çıktığı ve depresyonun iyileşmesinden sonra da devam

ettiği bulgusu, psikoterapinin hedefi olarak uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin önemine ışık tutmaktadır (256).

Son olarak çalışmamızda depresyona etki eden risk faktörlerinin regresyon Analizi ile incelendiğinde güvenli bağlanmanın depresyona karşı koruyucu olduğu, korkulu ve kaygılı bağlanmanın depresyon riskini artırdığı, evli olmanın depresyona karşı koruyucu olduğu, duygu düzenleme güçlüğüne depresyona yatkınlık oluşturduğu, anhedoni varlığının depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir. Bulgularımız daha önce belirttiğimiz bölümlerde olduğu gibi literatür ile uyumlu olup, depresyonun etiyolojisi ve risk faktörlerini geniş bir kapsamda ele alması açısından kıymetlidir.

Depresyonunun Path analiz sonuçlarında güvensiz bağlanmanın duygu düzenlemeyi etkileyerek depresyon üzerinde ve anhedoniye etki ettiği gösterilmiştir. Çalışmanın kesitsel olması neden-sonuç ilişkisi kurmamızı engelse de Path analizi bulguları güvensiz bağlanmanın duygu düzenleme güçlüğü üzerinden psikopatolojiye yatkınlık oluşturduğunu göstermiştir. Bu bulgu hipotezlerimiz doğrular nitelikte olup, literatür ile uyumludur.

5.6. KISITLILIKLAR

Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Depresif semptomların şiddeti, hastalığın seyri ve duygulanım düzenleme süreçleri dönemsel olarak değişkenlik gösterebileceğinden uzunlamasına izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda kullanılan anhedoni ölçüm aracı anhedoninin yalnızca hedonik ton komponentini ele alıp, ödül isteme, motivasyon, ödül beklentisi ve ödül öğrenme gibi diğer alanları ölçmez . Bu da anhedoni ile ilgili sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamıştır.

Çalışmamızda kullanılan duygu düzenleme güçlüğü ölçen aracın, duygu düzenleme stratejilerini ayrıntılı ele almaması, özellikle anhedonide rolü olduğu düşünülen olumlu duygulara yönelik stratejilere değinmemesi kısıtlılık olarak gösterilebilir.

Başka bir sınırlılık, araştırma verilerinin toplandığı ölçüm araçlarının bazılarının özbildirime dayanıyor olmasıdır. Özbildirim ölçeklerinin birçok sınırlılığı

bulunmaktadır. Özellikle kişilerin geriye dönük bağlanma stillerinin ölçülmesinde bu sınırlılıklar belirginleşmektedir. Katılımcılar depresif duygu durum içinde zihinsel hatırlama yanlılığı gösterebilmektedir.

Çalışmamızda ek tıbbi hastalık varlığı, ilaç öyküsü, depresif epizod sayısı gibi bazı bilgiler katılımcıların beyanları yoluyla elde edilmiştir. Katılımcıların hatırlama faktörü nedeniyle eksik yada yanlış bilgi verme olasılığı göz önünde bulundurulduğunda, hastalarla ilgili tıbbi bilgilerin resmi kayıtlara dayandırılmamış olması çalışmamızın önemli bir kısıtlılığıdır.

5.7. ÜSTÜNLÜKLER

Çalışmamızın  rneklem sayısı alanyazında yapılmış diğer çalışmalarla kıyaslandığında fazladır (n=204). Örneklem sayısının fazlalığı sonuçların topluma genellenebilirliği açısından avantajdır.

Çalışmaya katılan depresyon hastalarının psikiyatrik ilaç kullanımının olmaması, özellikle anhedoni düzeylerini ölçerken sağlıklı sonuçlar alınmasını sağlamıştır. Başta sıklıkla kullanılan antidepresanların ve anpsikotiklerin hastalarda anhedoni, apati gibi duygusal, bilişsel küntlüğü yol açtığı bilinmektedir. Ayrıca literatürde yapılan birçok çalışmada hastaların ilaç kullanımları göz ardı edilmiştir.

Anhedoni ve bağlanma ilişkisi literatürde az çalışılmış bir konudur. Bildiğimiz kadarıyla bu  alışma Türkiye’de anhedoni ve bağlanma ilişkisini inceleyen ilk çalışmadır.

Aynı şekilde Türkiye’de anhedoni ve duygu düzenleme güçlüğü ilişkisini ele alan ilk çalışmadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Depresyonda bağlanma stillerinin duygu düzenleme ve anhedoni ile ilişkisini hasta ve kontrol grubu verilerini karşılaştırarak araştırılmasını amaçlayan çalışmamızın sonuçları aşağıdaki gibidir:

Depresyon tanılı hastaların %83.3 ü güvensiz bağlanma stiline sahip olup bunların da yaklaşık yarısını korkulu bağlanma stili oluşturuyor. Depresyona etki eden faktörlerin regresyon analizinde korkulu ve kaygılı bağlanmanın depresyon riskini artırdığı, güvenli bağlanmanın depresyona karşı koruyucu olduğu bulundu. Depresyon tanılı hastaların büyük çoğunluğunun güvensiz bağlandığı göz önüne alındığında, hasta ile kurulacak teröpatik ittifakın yeniden güven ilişkisi kurmaya yönelik destekleyici nitelikte olması önemlidir.

Depresyon tanılı hastaların kontrol grubuna göre belirgin düzeyde duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı, duygu düzenleme stratejilerinin depresif semptomları artırdığı, mevcut intihar düşüncesi ile ilgili olduğu, yapılan regresyon analizlerinde tekrarlayıcı epizotları ve depresyon riskini artırdığı gösterildi.

Depresyon tanılı hastalarda ve kontrol grubunda anhedoni ile duygu düzenleme güçlüğü arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Anhedoninin duygu düzenleme stratejileri ile ilişkisinin gösterilmiş olması, güncel farmakolojik tedavilere çoğunlukla yanıtsız olan bu semptomun gelecekteki psikofarmakolojik ve psikoteröpatik müdahalelere ışık tutması açısından önemlidir.

Depresyon tanılı hastalarda ve kontrol grubunda bağlanma stilleri ve duygu düzenleme güçlüğü arasında anlamlı ilişki bulundu. Güvensiz bağlanmanın duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkide olduğu ve depresyonun yol analizinde güvensiz bağlanmanın, duygu düzenleme güçlüğü üzerinden dolaylı olarak depresyon riskini artırdığı gösterildi.

Güncel tedavilere %30-40 oranında yanıtsız kalan majör depresif bozukluk için yeni tedavi arayışları sürmektedir. Depresyon tedavisindeki başarısızlığın ardında yatan sebepler, bozukluğun tam olarak anlaşılamamış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Anhedoni, klinik pratikte göreceli olarak daha az dikkat çekse de, haz alma kapasitesinin değerlendirilmesi, bazal haz alabilme düzeyini arttırmaya yönelik çalışmalar yapılması, depresyona karşı koruyucu olabilir.

Transdiagnostik bir belirti olan anhedoninin, depresyon dışında şizofreni, otizm, DEHB, Alzheimer, alkol ve madde bağımlılıkları gibi geniş bir yelpazedeki hastalık gruplarını etkilemesi açısından da klinik önemi vardır. Tedavi edilmeyen anhedoni, yeni haz arayışları ve stimülanlara başvuru gibi bağımlılığa yol açabilecek davranışları da artırma riski taşımaktadır.

Major depresyonun tedavisinde, henüz anne karnında başlayan biyopsikososyal etmenlerin, bağlanma stillerinin, duygudurumu düzenleme becerisinin, haz alma kapasitesinin ve bir çok bileşenin bütüncül olarak değerlendirilmesi, klinikte yarar sağlayabilir. Duygudurumu düzenleme stratejilerinin geliştirilmesi ve psikoterapötik müdahalelerin yapılması, güvensiz bağlanan bireylerde, bağ odaklı ve güvenli bağlanmayı tesis edebilecek çalışmaların yapılması gibi müdahaleler, depresyona girme, tekrarlayan depresyonlar ve kalıntı belirtiler gibi başa çıkması güç klinik durumlarda yardımcı olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Topuzoğlu A, Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Aksu Tanik F, Zaali N, et al. The epidemiology of major depressive disorder and subthreshold depression in Izmir, Turkey: Prevalence, socioeconomic differences, impairment and help-seeking. *J Affect Disord* [Internet]. 2015 Aug 1 [cited 2023 Aug 14];181:78–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25933098/>
2. Shabani A, Masoumian S, Zamirinejad S, Hejri M, Pirmorad T, Yaghmaeezadeh H. Psychometric properties of Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV). *Brain Behav* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2023 Jul 29];11(5). Available from: [/pmc/articles/PMC8119811/](https://pmc/articles/PMC8119811/)
3. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010 Mar 1;30(2):217–37.
4. Fawcett J, Clark DC, Scheftner WA, Hedeker D. Differences between anhedonic and normally hedonic depressive states. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1983 Aug 1 [cited 2023 Oct 30];140(8):1027–30. Available from: <https://europepmc.org/article/med/6869586>
5. Snaith RP. Identifying Depression: The Significance of Anhedonia. <http://dx.doi.org/10.1080/21548331.1993.11442922> [Internet]. 2015 [cited 2023 Aug 4];28(9 A):55–60. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21548331.1993.11442922>
6. Winer ES, Nadorff MR, Ellis TE, Allen JG, Herrera S, Salem T. Anhedonia predicts suicidal ideation in a large psychiatric inpatient sample. *Psychiatry Res*. 2014 Aug 15;218(1–2):124–8.
7. Ducasse D, Loas G, Dassa D, Gramaglia C, Zeppegno P, Guillaume S, et al. Anhedonia is associated with suicidal ideation independently of depression: A meta-analysis. *Depress Anxiety* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2023 Oct 23];35(5):382–92. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/da.22709>
8. Cao B, Zhu J, Zuckerman H, Rosenblat JD, Brietzke E, Pan Z, et al.

- Pharmacological interventions targeting anhedonia in patients with major depressive disorder: A systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019 Jun 8;92:109–17.
9. Nelis S, Holmes EA, Raes F. Response Styles to Positive Affect and Depression: Concurrent and Prospective Associations in a Community Sample. *Cognit Ther Res* [Internet]. 2015 Aug 22 [cited 2023 Oct 23];39(4):480–91. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-015-9671-y>
 10. Werner-Seidler A, Banks R, Dunn BD, Moulds ML. An investigation of the relationship between positive affect regulation and depression. *Behaviour research and therapy* [Internet]. 2013 [cited 2023 Oct 23];51(1):46–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23178678/>
 11. Shaver PR, Mikulincer M. Adult Attachment and Cognitive and Affective Reactions to Positive and Negative Events. 2008;
 12. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*. 2012 Feb 1;11(1):11–5.
 13. Eilert DW, Buchheim A. Attachment-Related Differences in Emotion Regulation in Adults: A Systematic Review on Attachment Representations. *Brain Sciences* 2023, Vol 13, Page 884 [Internet]. 2023 May 31 [cited 2023 Sep 25];13(6):884. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-3425/13/6/884/htm>
 14. Wei M, Mallinckrodt B, Larson LM, Zakalik RA. Adult attachment, depressive symptoms, and validation from self versus others. *J Couns Psychol*. 2005 Jul;52(3):368–77.
 15. Cooper ML, Shaver PR, Collins NL. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1998 [cited 2023 Jul 27];74(5):1380–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9599450/>
 16. Bifulco A, Moran PM, Ball C, Bernazzani O. Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2002 [cited 2023 Sep 27];37(2):50–9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s127-002-8215-0>

17. Dagan O, Facompré CR, Bernard K. Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018 Aug 15;236:274–90.
18. Moran G, Bailey HN, DeOliveira CA. The Roots of Depression in Early Attachment Experiences. *Risk Factors in Depression*. 2008 Jan 1;287–316.
19. Roberts JE, Gotlib IH, Kassel JD. Adult attachment security and symptoms of depression: the mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1996 [cited 2023 Jul 29];70(2):310–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8636884/>
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2013 May 22;
21. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *The Lancet*. 2018 Nov 24;392(10161):2299–312.
22. [PDF] Duygudurum bozukluklarına ilişkin gözlemler, - Free Download PDF [Internet]. [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://silo.tips/download/duygudurum-bozukluklaryna-ilikin-gzlemler>
23. Omrani A, Holtzman NS, Akiskal HS, Ghaemi SN. Ibn Imran's 10th century Treatise on Melancholy. *J Affect Disord* [Internet]. 2012 Dec 10 [cited 2023 Aug 14];141(2–3):116–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22386476/>
24. Sarrafzadeh AS, Sarafian N, von Gladiss A, Unterberg AW, Lanksch WR. Ibn Sina (Avicenna). *Neurosurg Focus*. 2008 Jan 24;11(2):1–4.
25. Burton R, Jackson H. The anatomy of melancholy. 2001;547.
26. Mondimore FM. Kraepelin and manic-depressive insanity: An historical perspective. *International Review of Psychiatry* [Internet]. 2005 Feb [cited 2023 Nov 1];17(1):49–52. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540260500080534>
27. Mondimore FM. Kraepelin and manic-depressive insanity: an historical perspective. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2005 Feb [cited 2023 Aug 14];17(1):49–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16194770/>
28. The Oxford Handbook of Mood Disorders - Google Kitaplar [Internet]. [cited

- 2023 Nov 1]. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=796PDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA11&dq=depression+dsm+history&ots=Yn2qlz6L-H&sig=TMWQIKRv7ya2j5040TPmVEiJse0&redir_esc=y#v=onepage&q=depression%20dsm%20history&f=false
29. DSM: A History of Psychiatry's Bible - Allan V. Horwitz - Google Kitaplar [Internet]. [cited 2023 Nov 1]. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=qY0vEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=dsm+2+history&ots=WJ0CXyfOec&sig=vhQDfEBW0aBhLgyUMElq-ZnQ2Bo&redir_esc=y#v=onepage&q=dsm%202%20history&f=false
30. The Oxford Handbook of Mood Disorders - Google Kitaplar [Internet]. [cited 2023 Aug 14]. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=Ukq1DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA11&ots=F7pNgobwR8&sig=WX5n-T6HfCuIeOgBENh_oL4p9PQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
31. Lehtinen V, Joukamaa M. Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatr Scand Suppl* [Internet]. 1994 [cited 2023 Oct 28];377:7–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8053370/>
32. Sadock BJ, Sadock VA. Mood Disorders: Epidemiology. In: Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia; 2009. p. 1645–52.
33. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2023 Aug 14];143(8):783–822. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28447828/>
34. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* [Internet]. 2011 Jul 26 [cited 2023 Aug 14];9(1):1–16. Available from: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-9-90>
35. TÜRKİYE'DE RUHSAL HASTALIKLARIN YAYGINLIĞI VE RUHSAL

- TEDAVİ İHTİYACI KONUSUNDA NEREDEYİZ? -- Toplum ve Hekim [Internet]. [cited 2023 Aug 14]. Available from: https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/kayit_goster.php?Id=2983
36. T.C. Sağlık Bakanlığı | E-Kütüphane - Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004 [Internet]. [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/166>
37. Helvacı Çelik F, Hocaoglu Ç. Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*. 2016;6(1).
38. Ibrahim AK, Kelly SJ, Glazebrook C. Socioeconomic status and the risk of depression among U.K. higher education students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2013 Sep [cited 2023 Aug 14];48(9):1491–501. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23412652/>
39. Kim YJ, Lee SA. The Relationship of Lifestyle Factors with the Prevalence of Major Depressive Disorder by Ecological Factors. *Psychiatry Investig* [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 14];18(4):340–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33951780/>
40. Elovainio M, Pulkki-Råback L, Jokela M, Kivimäki M, Hintsanen M, Hintsanen T, et al. Socioeconomic status and the development of depressive symptoms from childhood to adulthood: a longitudinal analysis across 27 years of follow-up in the Young Finns study. *Soc Sci Med* [Internet]. 2012 Mar [cited 2023 Aug 14];74(6):923–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22305468/>
41. Amiri S. Unemployment associated with major depression disorder and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Int J Occup Saf Ergon* [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 14];28(4):2080–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34259616/>
42. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depress Anxiety* [Internet]. 2014 [cited 2023 Jul 15];31(6):459–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24272961/>
43. Banasr M, Chowdhury GMI, Terwilliger R, Newton SS, Duman RS, Behar

- KL, et al. Depresyon, Nöroplastisite ve Nörotrofik Faktörler. *Current Approaches in Psychiatry* [Internet]. 2009 Mar 1 [cited 2023 Oct 29];1(1):36–44. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/pgy/issue/11166/133471>
44. Bristow GC, Eisenlohr-Moul T, Lotesto K, Sodhi MS. Sex differences in the transcription of monoamine transporters in major depression. *J Affect Disord*. 2021 Dec 1;295:1215–9.
 45. Liu B, Liu J, Wang M, Zhang Y, Li L. From serotonin to neuroplasticity: Evolvement of theories for major depressive disorder. *Front Cell Neurosci*. 2017 Sep 28;11:264558.
 46. Saveanu R V., Nemeroff CB. Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics of North America* [Internet]. 2012 Mar 1 [cited 2023 Oct 29];35(1):51–71. Available from: <http://www.psych.theclinics.com/article/S0193953X11001195/fulltext>
 47. Moret C, Briley M. The importance of norepinephrine in depression. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2011 May 31 [cited 2023 Jul 15];7(SUPPL.):9–13. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=dndt20>
 48. Grace AA. Dysregulation of the dopamine system in the pathophysiology of schizophrenia and depression. *Nature Reviews Neuroscience* 2016 17:8 [Internet]. 2016 Jun 3 [cited 2023 Oct 29];17(8):524–32. Available from: <https://www.nature.com/articles/nrn.2016.57>
 49. Paslakis G, Krumm B, Gilles M, Schweiger U, Heuser I, Richter I, et al. Discrimination between patients with melancholic depression and healthy controls: comparison between 24-h cortisol profiles, the DST and the Dex/CRH test. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2011 Jun [cited 2023 Nov 1];36(5):691–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21035272/>
 50. Bremner JD, Narayan M, Anderson ER, Staib LH, Miller HL, Charney DS. Hippocampal volume reduction in major depression. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2000 [cited 2023 Jul 15];157(1):115–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10618023/>
 51. Schweitzer I, Tuckwell V, Ames D, O'Brien J. Structural neuroimaging

- studies in late-life depression: a review. *World J Biol Psychiatry* [Internet]. 2001 [cited 2023 Jul 15];2(2):83–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12587189/>
52. Pandya M, Altinay M, Malone DA, Anand A. Where in the Brain Is Depression? *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2012 Dec [cited 2023 Jul 15];14(6):634. Available from: [/pmc/articles/PMC3619732/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21355753/)
 53. Elder BL, Mosack V. Genetics of depression: an overview of the current science. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2011 [cited 2023 Jul 15];32(4):192–202. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21355753/>
 54. Holmans P, Weissman MM, Zubenko GS, Scheftner WA, Crowe RR, DePaulo JR, et al. Genetics of recurrent early-onset major depression (GenRED): final genome scan report. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2007 [cited 2023 Jul 15];164(2):248–58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17267787/>
 55. Işık Erdal, Işık Umut, Işık Tander Yasemin. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Ziraat Gurup Matbaacılık; 2013.
 56. Yuluğ B, Ozan E, Kilic E. Brain-derived neurotrophic factor polymorphism as a genetic risk for depression? A short review of the literature. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2010 Dec [cited 2023 Jul 15];22(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20160224/>
 57. Brenner C. A psychoanalytic perspective on depression. *J Am Psychoanal Assoc* [Internet]. 1991 [cited 2023 Jul 15];39(1):25–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2026854/>
 58. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1977 [cited 2023 Jul 15];130(3):201–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/843768/>
 59. OVERMIER JB, SELIGMAN ME. Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *J Comp Physiol Psychol*

- [Internet]. 1967 Feb [cited 2023 Jul 15];63(1):28–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6029715/>
60. Miller WR, Seligman ME. Depression and learned helplessness in man. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 1975 Jun [cited 2023 Jul 15];84(3):228–38. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1169264/>
 61. Carvalho JP, Hopko DR. Behavioral theory of depression: reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *J Behav Ther Exp Psychiatry* [Internet]. 2011 Jun [cited 2023 Jul 15];42(2):154–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21315876/>
 62. Alloy LB, Abramson LY, Whitehouse WG, Hogan ME, Tashman NA, L. Steinberg D, et al. Depressogenic cognitive styles: Predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behaviour Research and Therapy* [Internet]. 1999 Jun [cited 2023 Jul 15];37(6):503–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10372466/>
 63. Sabshin M. Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1968 Dec 1 [cited 2023 Jul 15];19(6):766–7. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/489858>
 64. Maldonado A. Research on irrelevance, helplessness, and immunization against helplessness in Spain: Past, present, and future. *Integrative Physiological and Behavioral Science* [Internet]. 2002 [cited 2023 Jul 15];37(1):22–34. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02688803>
 65. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression. *Psychol Rev*. 1989;96(2):358–72.
 66. Bauer M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Möller HJ, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *World J Biol Psychiatry* [Internet]. 2013 Jul [cited 2023 Oct 30];14(5):334–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23879318/>

67. Taylor, David, Barnes, Thomas E, Young, Allan. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry.
68. Malhi GS, Bell E, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Hazell P, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2023 Oct 30];55(1):7–117. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33353391/>
69. Parikh S V., Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2023 Oct 30];61(9):524–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27486150/>
70. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1989 [cited 2023 Oct 30];46(11):971–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2684085/>
71. Whiston A, Bockting CLH, Semkovska M. Towards personalising treatment: a systematic review and meta-analysis of face-to-face efficacy moderators of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for major depressive disorder. *Psychol Med* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2023 Oct 30];49(16):2657–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31615583/>
72. Donofry SD, Roecklein KA, Wildes JE, Miller MA, Erickson KI. Alterations in emotion generation and regulation neurocircuitry in depression and eating disorders: A comparative review of structural and functional neuroimaging studies. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016 Sep 1;68:911–27.
73. Joormann J, Gotlib IH. Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cogn Emot* [Internet]. 2010 Feb [cited 2023 Sep 26];24(2):281–98. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02699930903407948>

74. Joormann J, Stanton CH. Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*. 2016 Nov 1;86:35–49.
75. Ehret AM, Joormann J, Berking M. Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cogn Emot* [Internet]. 2015 Nov 17 [cited 2023 Sep 26];29(8):1496–504. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02699931.2014.992394>
76. Thomas MC, Rizvi SL. Dialectical behavior therapy. *Encyclopedia of Mental Health, Third Edition: Volume 1-3*. 2023 Jan 1;1:655–61.
77. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical Behavior Therapy for Depressed Older Adults: A Randomized Pilot Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2003 Jan 1;11(1):33–45.
78. Segal Z V., Pearson JL, Thase ME. Challenges in preventing relapse in major depression: Report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. *J Affect Disord*. 2003 Nov 1;77(2):97–108.
79. Hunot V, Moore THM, Caldwell DM, Furukawa TA, Davies P, Jones H, et al. “Third wave” cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 Oct 18 [cited 2023 Oct 30];2013(10). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008704.pub2/full>
80. Şeytanlarınızı kucaklamak: kabul ve kararlılık terapisine genel bakış | Avustralya’da Psikoterapi [Internet]. [cited 2023 Oct 30]. Available from: <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/INFORMIT.545561433272993>
81. Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx TAJJ, Pieterse ME. Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2011 Jan 1;49(1):62–7.
82. Forman EM, Shaw JA, Goetter EM, Herbert JD, Park JA, Yuen EK. Long-Term Follow-Up of a Randomized Controlled Trial Comparing Acceptance and Commitment Therapy and Standard Cognitive Behavior Therapy for

- Anxiety and Depression. *Behav Ther.* 2012 Dec 1;43(4):801–11.
83. Berking M, Whitley B. Affect Regulation Training. Affect Regulation Training. 2014;
 84. Kleinstäuber M, Gottschalk J, Berking M, Rau J, Rief W. Enriching Cognitive Behavior Therapy with Emotion Regulation Training for Patients with Multiple Medically Unexplained Symptoms (ENCERT): Design and implementation of a multicenter, randomized, active-controlled trial. *Contemp Clin Trials.* 2016 Mar 1;47:54–63.
 85. Der-Avakian A, Markou A. The neurobiology of anhedonia and other reward-related deficits. *Trends Neurosci* [Internet]. 2012 Jan [cited 2023 Oct 23];35(1):68–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22177980/>
 86. Klein DF. Endogenomorphic depression. A conceptual and terminological revision. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1974 [cited 2023 Oct 20];31(4):447–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4420562/>
 87. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1972 [cited 2023 Oct 23];26(1):57–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5009428/>
 88. Admon R, Pizzagalli DA. Dysfunctional Reward Processing in Depression. *Curr Opin Psychol* [Internet]. 2015 Aug 8 [cited 2023 Oct 23];4:114. Available from: <https://pmc/articles/PMC4525714/>
 89. Berridge KC, Robinson TE. Parsing reward. *Trends Neurosci* [Internet]. 2003 Sep 1 [cited 2023 Oct 23];26(9):507–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12948663/>
 90. Berridge KC, Robinson TE. What is the role of dopamine in reward: Hedonic impact, reward learning, or incentive salience? *Brain Res Rev* [Internet]. 1998 Dec [cited 2023 Oct 23];28(3):309–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9858756/>
 91. Rizvi SJ, Pizzagalli DA, Sproule BA, Kennedy SH. Assessing anhedonia in depression: Potentials and pitfalls. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2023 Oct 23];65:21–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26959336/>

92. Sinir Bilimlerinde Eğilimler - Çevrimiçi Erişim Talep Edin: Sinir Bilimlerinde Eğilimler [Internet]. [cited 2023 Oct 20]. Available from: <https://www.cell.com/trends/neurosciences/activate>
93. Barbano MF, Cador M. Opioids for hedonic experience and dopamine to get ready for it. *Psychopharmacology (Berl)* [Internet]. 2007 Apr 10 [cited 2023 Oct 20];191(3):497–506. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00213-006-0521-1>
94. Van Zessen R, Phillips JL, Budygin EA, Stuber GD. Activation of VTA GABA neurons disrupts reward consumption. *Neuron* [Internet]. 2012 Mar 3 [cited 2023 Oct 20];73(6):1184. Available from: [/pmc/articles/PMC3314244/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3314244/)
95. Schweighofer N, Bertin M, Shishida K, Okamoto Y, Tanaka SC, Yamawaki S, et al. Low-Serotonin Levels Increase Delayed Reward Discounting in Humans. *Journal of Neuroscience* [Internet]. 2008 Apr 23 [cited 2023 Oct 20];28(17):4528–32. Available from: <https://www.jneurosci.org/content/28/17/4528>
96. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* [Internet]. 2014 Feb 1 [cited 2023 Oct 29];13(1):28–35. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20087>
97. Kashdan TB, Zvolensky MJ, McLeish AC. Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: Individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. *J Anxiety Disord*. 2008 Apr 1;22(3):429–40.
98. Meinzer MC, Pettit JW, Leventhal AM, Hill RM. Explaining the Covariance Between Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms and Depressive Symptoms: The Role of Hedonic Responsivity. *J Clin Psychol* [Internet]. 2012 Oct 1 [cited 2023 Oct 29];68(10):1111–21. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jclp.21884>
99. Hatzigiakoumis DS, Martinotti G, Di Giannantonio M, Janiri L. Anhedonia and substance dependence: Clinical correlates and: Treatment options. *Front Psychiatry*. 2011 Mar 17;2(MAR):9204.
100. Fortunati R, Ossola P, Camerlengo A, Bettini E, De Panfilis C, Tonna M, et al. Anhedonia in schizophrenia: The role of subjective experiences. *Compr*

- Psychiatry. 2015 Oct 1;62:152–60.
101. Chevallier C, Grèzes J, Molesworth C, Berthoz S, Happé F. Brief report: Selective social anhedonia in high functioning autism. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 2012 Jul 11 [cited 2023 Oct 29];42(7):1504–9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-011-1364-0>
 102. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | CiNii Research [Internet]. [cited 2023 Oct 29]. Available from: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1573950399819987840>
 103. Fredrickson BL. The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *Am Psychol* [Internet]. 2001 [cited 2023 Jul 29];56(3):218. Available from: </pmc/articles/PMC3122271/>
 104. Guineau MG, Ikani N, Rinck M, Collard RM, Van Eijndhoven P, Tendolkar I, et al. Anhedonia as a transdiagnostic symptom across psychological disorders: a network approach. *Psychol Med* [Internet]. 2023 Jul 29 [cited 2023 Oct 29];53(9):3908. Available from: </pmc/articles/PMC10317820/>
 105. Di Nicola M, De Risio L, Battaglia C, Camardese G, Tedeschi D, Mazza M, et al. Reduced hedonic capacity in euthymic bipolar subjects: A trait-like feature? *J Affect Disord*. 2013 May 1;147(1–3):446–50.
 106. Dodell-Feder D, Germine L. Epidemiological Dimensions of Social Anhedonia. <https://doi.org/10.1177/2167702618773740> [Internet]. 2018 Jun 11 [cited 2023 Oct 23];6(5):735–43. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2167702618773740>
 107. Watson D, Naragon-Gainey K. On the specificity of positive emotional dysfunction in psychopathology: evidence from the mood and anxiety disorders and schizophrenia/schizotypy. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2010 Nov [cited 2023 Oct 23];30(7):839–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19939530/>
 108. Psychiatry.org - DSM [Internet]. [cited 2023 Oct 23]. Available from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
 109. McCabe C, Mishor Z, Cowen PJ, Harmer CJ. Diminished neural processing of aversive and rewarding stimuli during selective serotonin reuptake inhibitor treatment. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2010 Mar 1 [cited 2023 Oct

- 23];67(5):439–45. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20034615/>
110. Morris BH, Bylsma LM, Rottenberg J. Does emotion predict the course of major depressive disorder? A review of prospective studies. *Br J Clin Psychol* [Internet]. 2009 Sep [cited 2023 Oct 23];48(Pt 3):255–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19187578/>
 111. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1990 [cited 2023 Oct 23];147(9):1189–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2104515/>
 112. Vrieze E, Pizzagalli DA, Demyttenaere K, Hompes T, Sienaert P, De Boer P, et al. Reduced reward learning predicts outcome in major depressive disorder. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2013 Apr 1 [cited 2023 Oct 23];73(7):639–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23228328/>
 113. Uher R, Perlis RH, Henigsberg N, Zobel A, Rietschel M, Mors O, et al. Depression symptom dimensions as predictors of antidepressant treatment outcome: replicable evidence for interest-activity symptoms. *Psychol Med* [Internet]. 2012 May [cited 2023 Oct 23];42(5):967–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21929846/>
 114. Troisi A, Alcini S, Coviello M, Croce Nanni R, Siracusano A. Adult attachment style and social anhedonia in healthy volunteers. *Pers Individ Dif*. 2010 Apr 1;48(5):640–3.
 115. Cyranowski JM, Bookwala J, Feske U, Houck P, Pilkonis P, Kostelnik B, et al. Adult Attachment Profiles, Interpersonal Difficulties, and Response to Interpersonal Psychotherapy in Women with Recurrent Major Depression. <https://doi.org/10.1521/jscp.21.2.191.22514> [Internet]. 2005 Jun 1 [cited 2023 Aug 4];21(2):191–217. Available from: <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/jscp.21.2.191.22514>
 116. Duggan ES, Brennan KA. Social Avoidance and its Relation to Bartholomew's Adult Attachment Typology. <http://dx.doi.org/10.1177/0265407594111009> [Internet]. 1994 Feb 1 [cited 2023 Aug 4];11(1):147–53. Available from:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0265407594111009>

117. Guo Y, Ji Y, Huang Y, Jin M, Lin Y, Chen Y, et al. The Relationship Between Suicidal Ideation and Parental Attachment Among Adolescents: The Mediator of Anhedonia and Peer Attachment. *Front Psychol*. 2021 Oct 18;12:727088.
118. Guo Y, Ji Y, Huang Y, Jin M, Lin Y, Chen Y, et al. The Relationship Between Suicidal Ideation and Parental Attachment Among Adolescents: The Mediator of Anhedonia and Peer Attachment. *Front Psychol*. 2021 Oct 18;12:727088.
119. Aldao A, Sheppes G, Gross JJ. Emotion Regulation Flexibility. *Cognit Ther Res* [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2023 Jul 29];39(3):263–78. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-014-9662-4>
120. Raes F, Smets J, Wessel I, Van Den Eede F, Nelis S, Franck E, et al. Turning the pink cloud grey: dampening of positive affect predicts postpartum depressive symptoms. *J Psychosom Res* [Internet]. 2014 [cited 2023 Oct 23];77(1):64–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24913344/>
121. Young GR, Karnilowicz HR, Mauss IB, Hastings PD, Guyer AE, Robins RW. Prospective Associations between Emotion Regulation and Depressive Symptoms among Mexican-origin Adolescents. *Emotion* [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 23];22(1):129. Available from: [/pmc/articles/PMC9644291/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3644291/)
122. Van Beveren ML, Harding K, Beyers W, Braet C. Don't worry, be happy: The role of positive emotionality and adaptive emotion regulation strategies for youth depressive symptoms. *Br J Clin Psychol* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2023 Oct 23];57(1):18–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28833279/>
123. Kobylńska D, Zajenkowski M, Lewczuk K, Jankowski KS, Marchlewska M. The mediational role of emotion regulation in the relationship between personality and subjective well-being. *Current Psychology* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2023 Oct 23];41(6):4098–111. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-020-00861-7>
124. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1977 [cited 2023 Jul

- 27];130(3):201–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/843768/>
125. Bowlby J. ATTACHMENT AND LOSS VOLUME I ATTACHMENT. 1969;
 126. Bretherton I. The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol* [Internet]. 1992 [cited 2023 Aug 10];28(5):759–75. Available from: https://www.researchgate.net/publication/232490779_The_Origins_of_Attachment_Theory_John_Bowlby_and_Mary_Ainsworth
 127. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0501_1 [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2023 Aug 10];5(1):1–22. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327965pli0501_1
 128. Maternal care and mental health - PubMed [Internet]. [cited 2023 Jul 27]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14821768/>
 129. Shaver, P., Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). Love as Attachment The Integration of Three Behavioral Systems. In R. J. B. Sternberg, & M. L. Barnes (Eds.), *The Psychology of Love* (pp. 68-99). New Haven, CT Yale University Press. - References - Scientific Research Publishing [Internet]. [cited 2023 Jul 27]. Available from: [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1930345](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1930345)
 130. Sroufe LA, Waters E. Attachment as an Organizational Construct. *Child Dev*. 1977 Dec;48(4):1184.
 131. Bowlby J. ATTACHMENT AND LOSS: Retrospect and Prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1982;52(4):664–78.
 132. Sümer N, Güngör De Bruyn D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örnekleme üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. 1999 Jan 1 [cited 2023 Aug 10]; Available from: <https://open.metu.edu.tr/handle/11511/79158>
 133. Lamb ME, Thompson RA, Gardner WP, Charnov EL, Estes D. Security of infantile attachment as assessed in the “strange situation”: Its study and biological interpretation. *Behavioral and Brain Sciences* [Internet]. 1984 [cited

- 2023 Aug 10];7(1):127–47. Available from: https://www.researchgate.net/publication/33024220_Security_of_infantile_attachment_as_assessed_in_the_strange_situation_Its_study_and_biological_interpretation
134. Howe TR. Disorganized/Disoriented Attachment. Encyclopedia of Child Behavior and Development [Internet]. 2011 [cited 2023 Aug 10];514–5. Available from: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-0-387-79061-9_870
 135. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. J Pers Soc Psychol [Internet]. 1991 [cited 2023 Jul 27];61(2):226–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1920064/>
 136. Stepp SD, Morse JQ, Yaggi KE, Reynolds SK, Reed LI, Pilkonis PA. The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors. Suicide Life Threat Behav [Internet]. 2008 Oct [cited 2023 Oct 28];38(5):592–607. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19014310/>
 137. Herstell S, Betz LT, Penzel N, Chechelnizki R, Filihagh L, Antonucci L, et al. Insecure attachment as a transdiagnostic risk factor for major psychiatric conditions: A meta-analysis in bipolar disorder, depression and schizophrenia spectrum disorder. J Psychiatr Res. 2021 Dec 1;144:190–201.
 138. Citak C, Erten E. Impact of Childhood Trauma and Attachment on Resilience in Remitted Patients with Bipolar Disorder. J Affect Disord. 2021 Feb 1;280:219–27.
 139. Crawford TN, Livesley WJ, Jang KL, Shaver PR, Cohen P, Ganiban J. Insecure attachment and personality disorder: a twin study of adults. Eur J Pers [Internet]. 2007 Mar 1 [cited 2023 Oct 28];21(2):191–208. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/per.602>
 140. APA PsycNet [Internet]. [cited 2023 Oct 28]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2015-13436-013>
 141. Illing V, Tasca GA, Balfour L, Bissada H. Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. Journal of Nervous and Mental Disease [Internet]. 2010 Sep [cited 2023 Oct 28];198(9):653–9. Available from:

https://journals.lww.com/jonmd/fulltext/2010/09000/attachment_insecurity_predicts_eating_disorder.8.aspx

142. Doron G, Moulding R, Nedeljkovic M, Kyrios M, Mikulincer M, Sar-El D. Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* [Internet]. 2012 Jun 1 [cited 2023 Oct 28];85(2):163–78. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.2044-8341.2011.02028.x>
143. Huang YC, Lee Y, Lin PY, Hung CF, Lee CY, Wang LJ. Anxiety comorbidities in patients with major depressive disorder: the role of attachment. *Int J Psychiatry Clin Pract* [Internet]. 2019 Oct 2 [cited 2023 Oct 28];23(4):286–92. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13651501.2019.1638941>
144. Valikhani A, Abbasi Z, Radman E, Goodarzi MA, Moustafa AA. Insecure Attachment and Subclinical Depression, Anxiety, and Stress: A Three-Dimensional Model of Personality Self-Regulation As a Mediator. *J Psychol* [Internet]. 2018 Nov 17 [cited 2023 Jul 29];152(8):548–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30351189/>
145. Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motiv Emot*. 2003 Jun;27(2):77–102.
146. Waters HS, Rodrigues LM, Ridgeway D. Cognitive underpinnings of narrative attachment assessment. *J Exp Child Psychol* [Internet]. 1998 [cited 2023 Jul 29];71(3):211–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9878106/>
147. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss Attachment* (Vol. 1, Pelican ed.). London Penguin. - References - Scientific Research Publishing [Internet]. [cited 2023 Jul 27]. Available from: <https://www.scirp.org/%28S%28lz5mqp453edsnp55rrgjt55%29%29/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2319589>
148. The nature of the child's ties. [Internet]. [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2008-13837-001>
149. Roepke AM, Seligman MEP. Depression and prospection. *British Journal of Clinical Psychology* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2023 Aug 14];55(1):23–48.

Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bjc.12087>

150. Sund AM, Wichstrøm L. Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2002 [cited 2023 Jul 29];41(12):1478–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12447035/>
151. Dozier M. Attachment states of mind and psychopathology in adulthood. 2016 [cited 2023 Aug 14]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/312056951>
152. Attachment in adolescence. [Internet]. [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1999-02469-015>
153. Attachment and psychopathology in childhood. [Internet]. [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1999-02469-021>
154. Hankin BL, Kassel JD, Abela JRZ. Adult Attachment Dimensions and Specificity of Emotional Distress Symptoms: Prospective Investigations of Cognitive Risk and Interpersonal Stress Generation as Mediating Mechanisms. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167204271324> [Internet]. 2005 Jan 1 [cited 2023 Aug 14];31(1):136–51. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0146167204271324>
155. Malik S, Wells A, Wittkowski A. Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: A systematic review. *J Affect Disord*. 2015 Feb 1;172:428–44.
156. Handbook of Depression in Adolescents - Google Kitaplar [Internet]. [cited 2023 Aug 14]. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=hk0nzMdpQr4C&oi=fnd&pg=PA335&ots=tPPJlqc01Z&sig=L93OQHW36VhrtleTm0IWzIOgkxk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
157. Morley TE, Moran G. The origins of cognitive vulnerability in early childhood: Mechanisms linking early attachment to later depression. *Clin Psychol Rev*. 2011 Nov 1;31(7):1071–82.
158. Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy: Theory and Application - Robert Leahy, PhD - Google Kitaplar [Internet]. [cited 2023 Aug 14]. Available from:

https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=IVLSCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA29&ots=QIEnHuWgx5&sig=nUIZl7FVQpO7QCZm6J5w2rkkvOg&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

159. Lee A, Hankin BL. Insecure Attachment, Dysfunctional Attitudes, and Low Self-Esteem Predicting Prospective Symptoms of Depression and Anxiety During Adolescence. <http://dx.doi.org/10.1080/15374410802698396> [Internet]. 2009 Mar [cited 2023 Aug 14];38(2):219–31. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374410802698396>
160. Mennin DS, Holaway RM, Fresco DM, Moore MT, Heimberg RG. Delineating Components of Emotion and its Dysregulation in Anxiety and Mood Psychopathology. *Behav Ther.* 2007 Sep 1;38(3):284–302.
161. Coping and emotion regulation: Implications for understanding depression during adolescence. [Internet]. [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2009-01057-015>
162. Attachment and psychopathology in childhood. [Internet]. [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1999-02469-021>
163. Paech J, Schindler I, Fagundes CP. Mastery matters most: How mastery and positive relations link attachment avoidance and anxiety to negative emotions. *Cogn Emot* [Internet]. 2016 Jul 3 [cited 2023 Aug 14];30(5):1027–36. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=pcem20>
164. Margolese SK, Markiewicz D, Doyle AB. Attachment to parents, best friend, and romantic partner: Predicting different pathways to depression in adolescence. *J Youth Adolesc* [Internet]. 2005 Dec [cited 2023 Aug 14];34(6):637–50. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10964-005-8952-2>
165. Keleher J, Wei M, Liao KYH. Attachment, Positive Feelings about Being a Lesbian, Perceived General Support, and Well-Being. <https://doi.org/10.1521/jscp2010298847> [Internet]. 2010 Oct 5 [cited 2023 Aug 14];29(8):847–73. Available from: <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/jscp.2010.29.8.847>
166. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: a history of changing

- outlooks. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 1993 Jan [cited 2023 Jul 29];44(1):1–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8434890/>
167. McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. *Emotion* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2023 Jul 29];20(1):1–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31961170/>
 168. Al-Shawaf Daniel Conroy-Beam Kelly Asao David Buss LM. Human Emotions: An Evolutionary Psychological Perspective. 2000;1.
 169. Gross JJ, Feldman Barrett L, John O, Lane R, Larsen R, Pennebaker J. The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*. 1998;2(5):271–99.
 170. Emotion regulation. [Internet]. [cited 2023 Jul 29]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2008-07784-031>
 171. Gyurak A, Gross JJ, Etkin A. Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework. *Cogn Emot* [Internet]. 2011 Apr [cited 2023 Jul 29];25(3):400–12. Available from: <https://philpapers.org/rec/GYUEAI>
 172. English T, Lee IA, John OP, Gross JJ. Emotion regulation strategy selection in daily life: The role of social context and goals. *Motiv Emot* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2023 Jul 29];41(2):230–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28652647/>
 173. Gross JJ. Emotion Regulation in Adulthood: Timing Is Everything. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152> [Internet]. 2001 Dec 1 [cited 2023 Jul 29];10(6):214–9. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/1467-8721.00152>
 174. Kober H, Barrett LF, Joseph J, Bliss-Moreau E, Lindquist K, Wager TD. Functional grouping and cortical-subcortical interactions in emotion: a meta-analysis of neuroimaging studies. *Neuroimage* [Internet]. 2008 Aug 15 [cited 2023 Jul 29];42(2):998–1031. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18579414/>
 175. Wang F, Kalmar JH, He Y, Jackowski M, Chepenik LG, Edmiston EK, et al. Functional and Structural Connectivity Between the Perigenual Anterior Cingulate and Amygdala in Bipolar Disorder. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2009 Sep 9 [cited 2023 Jul 29];66(5):516. Available from:

/pmc/articles/PMC2830492/

176. Nd Behavior A Cognitive Neuroscience Perspective By David Eagleman And Jonathan Downar Pdf [Internet]. [cited 2023 Jul 29]. Available from: <https://booku.info/pdf/nd-behavior-a-cognitive-neuroscience-perspective-by-david-eagleman-and-jonathan-downar-pdf-4781483>
177. Olds J, Milner P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *J Comp Physiol Psychol* [Internet]. 1954 Dec [cited 2023 Jul 29];47(6):419–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13233369/>
178. Kim MJ, Loucks RA, Palmer AL, Brown AC, Solomon KM, Marchante AN, et al. The structural and functional connectivity of the amygdala: from normal emotion to pathological anxiety. *Behavioural brain research* [Internet]. 2011 [cited 2023 Jul 29];223(2):403–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21536077/>
179. Gusnard DA, Akbudak E, Shulman GL, Raichle ME. Medial prefrontal cortex and self-referential mental activity: relation to a default mode of brain function. *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet]. 2001 Mar 27 [cited 2023 Jul 29];98(7):4259–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11259662/>
180. Hilz MJ, Devinsky O, Szczepanska H, Borod JC, Marthol H, Tutaj M. Right ventromedial prefrontal lesions result in paradoxical cardiovascular activation with emotional stimuli. *Brain* [Internet]. 2006 [cited 2023 Jul 29];129(Pt 12):3343–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17082198/>
181. Sheline YI, Price JL, Yan Z, Mintun MA. Resting-state functional MRI in depression unmasks increased connectivity between networks via the dorsal nexus. *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet]. 2010 Jun 15 [cited 2023 Jul 29];107(24):11020–5. Available from: <https://www.pnas.org/doi/abs/10.1073/pnas.1000446107>
182. Phillips ML, Drevets WC, Rauch SL, Lane R. Neurobiology of emotion perception I: The neural basis of normal emotion perception. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2003 Sep 1 [cited 2023 Jul 29];54(5):504–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12946879/>

183. Tottenham N. The Importance of Early Experiences for Neuro-affective Development. *Curr Top Behav Neurosci* [Internet]. 2014 [cited 2023 Jul 29];16:109. Available from: [/pmc/articles/PMC4021037/](#)
184. Skills training manual for treating borderline personality disorder. [Internet]. [cited 2023 Jul 29]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1995-98090-000>
185. D'Agostino A, Covanti S, Rossi Monti M, Starcevic V. Reconsidering Emotion Dysregulation. *Psychiatr Q* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2023 Jul 29];88(4):807–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28194549/>
186. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess* [Internet]. 2004 [cited 2023 Jul 29];26(1):41–54. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1023/b:joba.00000007455.08539.94>
187. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2023 Jul 29];57:141–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28941927/>
188. Lawlor C, Hepworth C, Smallwood J, Carter B, Jolley S. Self-reported emotion regulation difficulties in people with psychosis compared with non-clinical controls: A systematic literature review. *Clin Psychol Psychother* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2023 Jul 29];27(2):107–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31661593/>
189. Reyes NM, Pickard K, Reaven J. Emotion regulation: A treatment target for autism spectrum disorder. *Bull Menninger Clin* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 29];83(3):205–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31502870/>
190. Muñoz-Navarro R, Medrano LA, Limonero JT, González-Blanch C, Moriana JA, Ruiz-Rodríguez P, et al. The mediating role of emotion regulation in transdiagnostic cognitive behavioural therapy for emotional disorders in

- primary care: Secondary analyses of the PsicAP randomized controlled trial. *J Affect Disord* [Internet]. 2022 Apr 15 [cited 2023 Jul 29];303:206–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34998804/>
191. Gao H, Che Q, Zhang D, Chai Y, Luo X, Cai T. Insensitivity to Success and Failure: An Experimental Study of Performance-Based Feedback in Depression. *Front Psychol*. 2020 Apr 23;11.
 192. Bylsma LM, Morris BH, Rottenberg J. A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2008 Apr [cited 2023 Aug 14];28(4):676–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18006196/>
 193. Joormann J, Gotlib IH. Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. <https://doi.org/10.1080/02699930903407948> [Internet]. 2009 Feb [cited 2023 Aug 14];24(2):281–98. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02699930903407948>
 194. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2010 Mar [cited 2023 Aug 14];30(2):217–37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20015584/>
 195. Joormann J, Gotlib IH. Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. <https://doi.org/10.1080/02699930903407948> [Internet]. 2009 Feb [cited 2023 Aug 14];24(2):281–98. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02699930903407948>
 196. Domaradzka E, Fajkowska M. Cognitive Emotion Regulation Strategies in Anxiety and Depression Understood as Types of Personality. *Front Psychol* [Internet]. 2018 Jun 12 [cited 2023 Aug 14];9(JUN):856. Available from: [/pmc/articles/PMC6005992/](https://pmc/articles/PMC6005992/)
 197. Gross JJ, John OP. Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *J Pers Soc Psychol*. 2003 Aug;85(2):348–62.
 198. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology* [Internet]. 2002 [cited 2023 Aug 14];39(3):281–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12212647/>

199. [Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5- Disorders - Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language] - PubMed [Internet]. [cited 2023 Jul 29]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31170307/>
200. The Hamilton Depression Rating Scale (HAMD). [Internet]. [cited 2023 Jul 29]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2004-12821-007>
201. Akdemir A, Türkçapar MH, Örsel SD, Demirergi N, Dag I, Özbay MH. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2001 [cited 2023 Jul 29];42(2):161–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11244153/>
202. Griffin D, Bartholomew K. Models of the Self and Other: Fundamental Dimensions Underlying Measures of Adult Attachment. *J Pers Soc Psychol*. 1994;67(3):430–45.
203. Sümer N, Güngör De Bruyn D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. 1999 Jan 1 [cited 2023 Jul 29]; Available from: <https://open.metu.edu.tr/handle/11511/79158>
204. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess* [Internet]. 2004 [cited 2023 Jul 29];26(1):41–54. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1023/b:joba.00000007455.08539.94>
205. Ruganci RN, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Clin Psychol* [Internet]. 2010 Apr [cited 2023 Jul 29];66(4):442–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20143312/>
206. Snaith RP, Hamilton M, Morley S, Humayan A, Hargreaves D, Trigwell P. A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1995 [cited 2023 Jul 29];167(1):99–103. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7551619/>
207. Rizvi SJ, Pizzagalli DA, Sproule BA, Kennedy SH. Assessing anhedonia in depression: Potentials and pitfalls. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2016

- Jun 1 [cited 2023 Jul 29];65:21–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26959336/>
208. Nakonezny PA, Carmody TJ, Morris DW, Kurian BT, Trivedi MH. Psychometric evaluation of the Snaith-Hamilton pleasure scale in adult outpatients with major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2010 Nov [cited 2023 Jul 29];25(6):328–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20805756/>
 209. Affect and memory: a review - PubMed [Internet]. [cited 2023 Jul 29]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3515383/>
 210. Prusoff BA, Klerman GL, Paykel ES. Concordance between clinical assessments and patients' self-report in depression. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1972 [cited 2023 Jul 29];26(6):546–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5027118/>
 211. Ameli R, Luckenbaugh DA, Gould NF, Kathleen Holmes M, Lally N, Ballard ED, et al. SHAPS-C: the Snaith-Hamilton pleasure scale modified for clinician administration. *PeerJ* [Internet]. 2014 [cited 2023 Jul 29];2(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25024906/>
 212. Makalesi A, Başar K. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2021;XX(X):XX. [cited 2023 Jul 29]; Available from: <https://doi.org/10.5080/u25844>

8. ÖZGEÇMİŞ

1- KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Turceun İleri AKDOĞAN

Doğum Yeri ve Tarihi:

Uyruğu: T.C.

Yabancı Dil Bilgisi: İngilizce

E-posta adresi:

Telefon:

2- EĞİTİM BİLGİLERİ

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 2011-2018

Özel Nenehatun Fen Lisesi Lisesi 2007-2011

Maraşal Fevzi Çakmak İlköğretim Okulu 1999-2007

3- ÜNVANLAR

Asistan Hekim (2018- halen)

4- MESLEKİ DENEYİM

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği- Asistan
Hekim (2018-2019)

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği- Asistan Hekim (2019-
halen)

5- ÜYE OLDUĞU BİLİMSEL KURULUŞLAR

Türkiye Psikiyatri Derneği

6- BİLİMSEL İLGİ ALANLARI



9. EKLER

EK 1. BGOF 4

 TITCK-KAD-D2	Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU KONTROL Depresyonda Anhedoni, Bağlanma ve Duygu Düzenleme İlişkisinin İncelenmesi	 Tarih/Ve rsiyon 05.05.2019 / Ver3.0 Sayfa 1/1
---	---	--

1. Çalışmamızın adı 'Depresyonda Anhedoni, Bağlanma ve Duygu Düzenleme İlişkisinin İncelenmesi' dir ve kesitsel bir araştırmadır.
2. Araştırmanın amacı, depresyon tanılı hastalarda anhedoni ve duygu düzenleme işlevlerinin bağlanma ile ilişkisinin kendi aralarında ve sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırılmasının değerlendirilmesidir.
3. Bağlanma, anhedoni ve duygu düzenlemenin birbiri ile ilişkili olduğuna yönelik çalışmalar mevcuttur.
4. Araştırmaya 120 kişinin katılması planlanmaktadır.
5. Araştırmada size herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.
6. Araştırmada sizinle ilgili bilgilerin sorgulandığı bir anket formu hekim tarafından doldurulacaktır. Ek olarak her bir katılımcı değerlendirildikten sonra değerlendiren klinisyen tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formunun doldurulması, başvuruda hekim tarafından tüm katılımcılara 'SCID-5, Hamilton Depresyon Ölçeği, Klinisyen Tarafından Uygulanan Snaith Hamilton Zevk Alma Ölçeği' uygulanması, daha sonra öz bildirim dayalı olan 'İlişki Ölçekleri Anketi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'ni içeren anketlerin gönüllülük esasına göre katılımcılara verilmesi ve doldurulan anketlerin incelenmesi planlanmıştır. Tüm bu işlemlerin toplamda 45 dakika süreceği tahmin edilmektedir.
7. Araştırmaya katılımlarınız isteğe bağlıdır, istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.
8. Çalışmanın izleyicileri ve yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilirler, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız.
9. İlgili mevzuat gereğince kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacaktır, kamuoyuna açıklanmayacaktır; araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi, kimliğiniz gizli kalacaktır.
10. İlgili anket formu ve ölçekler doldurulduktan sonra araştırmaya katılımlarınız bitmektedir.
- 11- Gönüllüler tarafından doldurulan ölçekler araştırmayı yapan klinisyen tarafından değerlendirilecektir.

12. Araştırmayla ilgili bilgi almak ve çalışma sonrası araştırma ürünlerine erişim için iletişim bilgileri:

Dr. Turceun İleri Akdoğan

 TITCK-KAD-D2	Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU KONTROL Depresyonda Anhedoni, Bağlanma ve Duygu Düzenleme İlişkisinin İncelenmesi	 Tarih/Versiyon 05.05.2019 / Ver3.0 Sayfa 1/1
---	---	--

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllünün adı-soyadı, imzası:	Araştırmacının adı-soyadı, imzası: Turceun İleri Akdoğan	Tanığın adı-soyadı, imzası:
Tarih: ____/____/2023	Tarih: ____/____/2023	Tarih: ____/____/2023

EK 2. BGOF 5

 TITCK-KAD-D2	Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU HASTA Depresyonda Anhedoni, Bağlanma ve Duygu Düzenleme İlişkisinin İncelenmesi	 Tarih/Version 05.05.2019 / Ver3.0 Sayfa 1/1
---	---	---

1. Çalışmamızın adı 'Depresyonda Anhedoni, Bağlanma ve Duygu Düzenleme İlişkisinin İncelenmesi' dir ve kesitsel bir araştırmadır.
2. Araştırmamızın amacı, depresyon tanılı hastalarda anhedoni ve duygu düzenleme işlevlerinin bağlanma ile ilişkisinin kendi aralarında ve sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırılmasının değerlendirilmesidir.
3. Bağlanma, anhedoni ve duygu düzenlemenin birbiri ile ilişkili olduğuna yönelik çalışmalar mevcuttur.
4. Araştırmaya 120 kişinin katılması planlanmaktadır.
5. Araştırmada size herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.
6. Araştırmada sizinle ilgili bilgilerin sorgulandığı bir anket formu hekim tarafından doldurulacaktır. Ek olarak her bir katılımcı değerlendirildikten sonra değerlendiren klinisyen tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formunun doldurulması, başvuruda hekim tarafından tüm katılımcılara 'SCID-5, Hamilton Depresyon Ölçeği, Klinisyen Tarafından Uygulanan Snaith Hamilton Zevk Alma Ölçeği' uygulanması, daha sonra öz bildirim dayalı olan 'İlişki Ölçekleri Anketi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'ni içeren anketlerin gönüllülük esasına göre katılımcılara verilmesi ve doldurulan anketlerin incelenmesi planlanmıştır. Tüm bu işlemlerin toplamda 45 dakika süreceği tahmin edilmektedir.
7. Araştırmaya katılımınız isteğe bağlıdır, istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.
8. Çalışmanın izleyicileri ve yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilirler, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız.
9. İlgili mevzuat gereğince kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacaktır, kamuoyuna açıklanmayacaktır; araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi, kimliğiniz gizli kalacaktır.
10. İlgili anket formu ve ölçekler doldurulduktan sonra araştırmaya katılımınız bitmektedir.
- 11- Gönüllüler tarafından doldurulan ölçekler araştırmayı yapan klinisyen tarafından değerlendirilecektir.

12. Araştırmayla ilgili bilgi almak ve çalışma sonrası araştırma ürünlerine erişim için iletişim bilgileri:

Dr. Turceun İleri Akdoğan

 TİTCK-KAD-D2	Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU HASTA Depresyonda Anhedoni, Bağlanma ve Duygu Düzenleme İlişkisinin İncelenmesi	 Tarih/Versiyon 05.05.2019 / Ver3.0 Sayfa 1/1
---	---	--

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllünün adı-soyadı, imzası:	Araştırmacının adı-soyadı, imzası: Turceun İleri Akdoğan	Tanığın adı-soyadı, imzası:
Tarih: ____/____/2023	Tarih: ____/____/2023	Tarih: ____/____/2023

EK 3. OLGU RAPOR

VAKA RAPOR FORMU

Depresyonda Bağlanmanın

Duygu Tanıma ve Duygu Regülasyonu ile İlişkisinin

İncelenmesi

Doc. Dr. Rabia Nazik Ekinci- Dr. Turceun İleri Akdoğan

Form No:	Formun doldurulduğu tarih: /..... /.....
----------------	--

Sosyodemografik Veriler	
1.Hasta No:	
2.Protokol No:	
3.Telefon:	
3.Cinsiyet :	1.Kadın 2.Erkek
4.Yaş :	
5.Uyruk :	1.TC 2.Diğer
6.Medeni Durum :	1.Bekar 2.Evli 3.Boşanmış 4.Dul
7.Eğitim Düzeyi :	8.Çalışma durumu:
1.Eğitimsiz 2.İlköğretim 3.Ortaokul 5.Yüksekokul/Üniversite	1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor 3.Emekli 4.Öğrenci
9. Eğitim yılı:yıl	10.Yaşadığı yer:
	1) Kentsel 2) Kırsal
11..Gelir durumu	12.Kimlerle yaşıyor?
1.Geliri giderinden az 2. Geliri giderine denk 3. Geliri giderinden çok	1.Ailesi ile 2.Yalnız 3.Aile dışı bireyler ile

Tıbbi Öykü	
14.Ek hastalık var mı? 1.Evet 2.Hayır Evet ise belirtiniz: _____	15.Sürekli kullandığı ilaç var mı? 1.Evet 2.Hayır Evet ise belirtiniz: _____
Alışkanlıklar	
16. Sigara kullanımı: 1. Her gün kullanıyor 2. Ara sıra kullanıyor 3.Daha önce kullanmış 4. Hiç kullanmamış Kullanıyor ise; kullanım miktarı, sıklığı ve süresi:	17. Alkol kullanımı: 1. Kullanıyor 2.Daha önce kullanmış 3.Hiç kullanmamış Kullanıyor ise; kullanım miktarı, sıklığı ve süresi:
18 . Madde kullanımı: 1. Kullanıyor 2. Daha önce kullanmış 3. Hiç kullanmamış Kullanıyor ise; maddenin adı, kullanım miktarı, sıklığı ve süresi:	19. Çay/Kahve Kullanımı: 1.Kullanıyor 2. Kullanmıyor Kullanıyor ise; adı, kullanım miktarı, sıklığı ve süresi:

Psikiyatrik Öykü	
20.Mevcut şikayet:.....gün	21.Halen kullanmakta olduğu psikiyatrik ilaç 1.Var 2.Yok Varsa belirtiniz: _____

22.Epizod: 1. İlk 2. Tekrarlayıcı	23.Hastalık başlangıç yaşı:.....
24.Daha önce psikiyatri servisinde yatış öyküsü 1.Var 2.Yok Varsa belirtiniz (kaç kez):	25.Daha önce psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü 1.Var 2.Yok Varsa belirtiniz :
26.Daha önce EKT uygulanma öyküsü: 1.Var 2.Yok Varsa belirtiniz (kaç kez):	27.Daha önce intihar girişimi öyküsü 1.Var 2.Yok Varsa belirtiniz (kaç kez):
28.Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü 1.Var 2.Yok Varsa belirtiniz:	29.Ailede intihar öyküsü 1.Var 2.Yok Varsa belirtiniz:

EK 4. HAMD-2



HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-D)

HAMİLTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

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

0- Yok

1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.

2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.

3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.

4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

0- Yok

1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.

2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.

3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.

4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

0- Yok

1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

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

4) Uykuya dalamamak

0- Bu konuda zorluk çekmiyor.

1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.

2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Gece Yarısı uyanmak

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.

2- Gece yarısı uyanıyor.

(Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.

2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleri ile ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

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

3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)

4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

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

0- Düşünceleri 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- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısıyor.

10) Psişik anksiyete

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Subjektif gerilim ve irritabilite.

2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.

3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

0- Yok

1- Hafif

2- İlmli

3- Şiddetli

4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

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

geğirme Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

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

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

0- Yok

1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.

2- Personel zorlamasa yemek yemiyor.

Bağırsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

0- Yok

1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.

2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.) 0- Yok

1- Hafif

2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

0- Yok

1- Kuruntulu.

2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.

3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.

4- Hipokondriak delüzyonlar.

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

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0- Kilo kaybı yok.

1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.

2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.

1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.

1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.

2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru:

EK 5. İAÖ2

İlişki Ölçekleri Anketi (Relationship Scales Questionnaire; RSQ)

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını aşağıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz.

		Beni hiç tanımlamıyor			Kısmen beni tanımlıyor			Tamamıyla beni tanımlıyor
		1	2	3	4	5	6	7
1	Başkalarına kolaylıkla güvenemem.							
2	Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemlidir.							
3	Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.							
4	Bir başka kişiyle tam anlamıyla kaynaşıp bütünleşmek isterim.							
5	Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.							
6	Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.							
7	İhtiyacım olduğunda yardıma koşacakları konusunda başkalarına her zaman güvenilebileceğimden emin değilim.							
8	Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.							
9	Yalnız kalmaktan korkarım.							
10	Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.							
11	Çoğu zaman, romantik ilişkide olduğum insanların beni gerçekten sevmediği konusunda endişelenirim.							
12	Başkalarına tamamiyle güvenmekte zorlanırım.							
13	Başkalarının bana çok yakınlaşması beni endişelendirir.							
14	Duygusal yönden yakın ilişkilerim olsun isterim.							
15	Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.							

16	Başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.							
17	İhtiyacınız olduğunda hiç kimseyi yanınızda bulamazsınız.							
18	Başkalarıyla tam olarak kaynaşıp bütünleşme arzumu bazen onları ürkütüp benden uzaklaştırıyor.							
19	Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.							
20	Birisi bana çok fazla yakınlaştığında rahatsızlık duyarım.							
21	Romantik ilişkide olduğum insanların benimle kalmak istemeyeceklerinden korkarım.							
22	Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.							
23	Terk edilmekten korkarım.							
24	Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.							
25	Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.							
26	Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.							
27	İhtiyacım olduğunda insanları yanımda bulacağımı biliyorum.							
28	Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.							
29	Romantik ilişkide olduğum insanlar, genellikle onlarla, benim kendimi rahat hissettiğimden daha yakın olmamı isterler.							
30	Başkalarıyla yakınlaşmayı nispeten kolay bulurum.							

EK 6. DDGÖ

DUYGU DÜZENLEMEDE GÜÇLÜKLER ÖLÇEĞİ

	Hiç 1	Bazen 2	Yarı yariya 3	Çoğu Zaman 4	Her Zaman 5
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.					
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.					
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.					
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.					
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.					
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.					
8. Ne hissettiğimi önemserim.					
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.					
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun zaman böyle kalacağımı düşünürüm.					
16. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanıyorum.					

17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.					
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
19. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıktığım duygusunu yaşarım.					
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.					
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.					
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf birisi olduğum duygusuna kapılırım.					
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır.					
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.					
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.					
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyihissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.					

29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
30. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimle ilgili çok fazla endişelenmeye başlarım.					
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi buduyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.					
32. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.					
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
34. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıktığım duygusunu yaşarım.					
35. Kendimi kötü hissettiğimde uzun zaman böyle kalacağımı düşünürüm.					
36. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					

EK 7. SHAPS-C

SHAPS-C-TR

Klinisyen Tarafından Uygulanan Snaith-Hamilton Zevk Alma Ölçeği Türkçe Formu

Bu değerlendirmenin amacı, geçen hafta (ya da başka bir zaman dilimi süresince) ne ölçüde zevk alınabildiğinin belirlenmesidir.

Bu görüşmede on dört farklı alandaki durum ya da etkinlikten alınan zevk, kolaylaştırıcı sorular yardımıyla değerlendirilmeye çalışılmaktadır.

Önerilen sorular yardımıyla katılımcının değerlendirilen alanda **genelde** zevk aldığı durum veya etkinlikler saptanmaya çalışılmalıdır. Sorular tek tek sorulmalı, yanıt beklenmeli, cevap alınmadığında sonraki soruya geçilmelidir.

- 1- Her alan için zevk alınan durum veya etkinlik saptandıktan sonra **genelde** bu durum veya etkinlikten ne kadar zevk aldığı değerlendirilmelidir.
- 2- a) Son bir hafta (ya da başka bir zaman dilimi) içinde durum veya etkinlikten ne kadar zevk aldığı değerlendirilmelidir.

b) Son bir hafta (ya da başka bir zaman dilimi) içinde sorgulanan durum veya etkinlik gerçekleşmediyse, gerçekleşmiş olsaydı ne kadar zevk alacağı değerlendirilmelidir. (Örnek: “Eğer geçen hafta en sevdiğiniz yemeği yeme fırsatınız olmuş olsaydı bundan ne kadar zevk alırdınız?”)
- 3- Genele göre son bir hafta (ya da başka bir zaman dilimi) içinde bu durum veya etkinlikten alınan zevkin değişip değişmediği sorgulanarak değerlendirilmelidir.

Değerlendirilen alan duygudurumu nasıl olursa olsun kişi için hiçbir zaman zevk verici olmamış olabilir. Bu durumda kişinin **genelde** aldığı zevk için “Hiç”, son bir hafta (ya da başka bir zaman dilimi) içinde aldığı zevk için “Hiç”, genele göre son bir hafta (ya da başka bir zaman dilimi) içinde aldığı/alacağını düşündüğü zevkin değerlendirmesinde ise “Aynı” seçenekleri kodlanmalıdır. Örneğin; Kişi kitap, dergi, gazete vb. materyalleri okumaktan hiç zevk almamış olabilir. Bu durumda **genelde** aldığı zevk için “Hiç”, son bir hafta (ya da başka bir zaman dilimi) içinde aldığı/alacağını düşündüğü zevk için “Hiç” ve son bir haftanın (ya da başka bir zaman diliminin) **genele** göre karşılaştırılması için de bir değişiklik olmadığından “Aynı” seçenekleri kodlanmalıdır.

Bazı alanlarda alınan zevkin değerlendirilmesinde azalmış enerji ve dikkat dağınıklığı karıştırıcı bir etkiye sahip olabilir. Bu durumlar “zevk alamamak”tan ayırt edilmeye çalışılmalıdır. Örneğin; “Eğer bu kadar yorgun hissetmeseydiniz ve en sevdiğiniz sahil yolunda yürüyüşe çıksaydınız bundan zevk alır mıydınız?” veya “Eğer dikkatinizi verebilseniz, okumaktan zevk alır mıydınız?”

1-Sevilen televizyon veya radyo programından zevk almak:

Önerilen sorular:

TV izler misiniz /radyo dinler misiniz?

TV veya bilgisayardan izlemeyi sevdiğiniz film/dizi/programlar var mı?

Radyodan dinlemeyi sevdiğiniz programlar var mı?

Bunlar nelerdir?

1. Genelde bu programları izlerken/dinlerken ne kadar zevk alırsınız?

2. Onları son (zaman dilimi) içinde izlediniz/dinlediniz mi?

3. (Eğer izledi/dinlediye) Ne kadar zevk aldınız?

Son (zaman dilimi) içinde izlemiş olsaydınız ne kadar zevk alırdınız?

4. (Eğer izledi/dinlediye) Aldığımız zevk genelde aldığımız zevk kadar mıydı, daha az mıydı, daha çok muydu?

(Eğer izlemedi/dinlemediye) Alacağınız zevk genelde aldığımız zevk kadar mı, daha az mı, daha çok mu olurdu?

2- Aile ve yakın arkadaşlarla birlikte olmaktan zevk alma:

Önerilen sorular:

Vaktinizi genellikle kimlerle geçirirsiniz?

Kimlerle vakit geçirmekten daha çok zevk alırsınız?

Örneğin aile veya yakın arkadaşlar?

Bir arada olamasanız da telefonla ya da başka yollarla görüşmekten zevk aldığımız kimler var?

1. Genelde onlarla vakit geçirmekten ne kadar zevk alırsınız?

2. Son (zaman dilimi) içinde onlarla hiç vakit geçirdiniz mi? Telefonla veya herhangi başka bir yolla görüştünüz mü?

3. (Eğer vakit geçirdiye) Ne kadar zevk aldınız?

(Eğer vakit geçirmediye) Son (zaman dilimi) içinde birlikte vakit geçirmiş/görüşmüş olsaydınız ne kadar zevk alırdınız?

4. (Eğer vakit geçirdiye) Aldığımız zevk her zamanki kadar mı, daha az mı, daha çok muydu?

(Eğer vakit geçirmediye) Alacağınız zevk genelde aldığımız zevk kadar mı, daha az mı, daha çok mu olurdu?

3- Hobiler ve uğraşılardan zevk alma:

Önerilen sorular:

İşiniz olduğu için yaptığımız ya da yapmak zorunda olduğumuz dışında sevdiğiniz için yaptığımız faaliyetler/meşgaleler/uğraşılar/hobileriniz var mı? Nelerdir?

1. Genelde onları yapmaktan ne kadar zevk alırsınız?

2. Son (zaman dilimi) içinde herhangi birini yaptınız mı?

3. (Eğer yaptıysa) Ne kadar zevk aldınız?

(Eğer yapmadıysa) Yapmış olsaydınız ne kadar zevk alırdınız?

4. (Eğer yaptıysa) Aldığınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok muydu?

(Eğer yapmadıysa) Alacağınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok mu olurdu?

4- Sevdiği yemeklerden zevk alma:

Önerilen sorular:

Sevdiğiniz yemekler hangileridir?

Örneğin hangi tatlıları seversiniz?

1. Genelde onları yemekten ne kadar zevk alırsınız?

2. Son (zaman dilimi) içinde herhangi birini yediniz mi?

3. (Eğer yediyse) Ne kadar zevk aldınız?

(Eğer yemediyse) Son (zaman dilimi) içinde yeseydiniz ne kadar zevk alırdınız?

4. (Eğer yediyse) Aldığınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok muydu?

(Eğer yemediyse) Alacağınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok mu olurdu?

5- Banyo veya duştan zevk alma:

Önerilen sorular:

Ne sıklıkta banyo yaparsınız/duş alırsınız?

Sakinleştirici veya canlandırıcı bir etkisi olur mu?

Banyo yapmayı/duş almayı sever misiniz?

1. Genelde rahatlatıcı veya canlandırıcı bir banyo yapmaktan/duş almaktan ne kadar zevk alırsınız?

2. Son (zaman dilimi) içinde hiç rahatlatıcı veya canlandırıcı bir banyo yaptınız/duş aldınız mı?

3. (Eğer yaptıysa) ne kadar zevk aldınız?

(Eğer yapmadıysa) Son (zaman dilimi) içinde yapsaydınız/alsaydınız ne kadar zevk alırdınız?

4. (Eğer yaptıysa) Aldığınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok muydu?

(Eğer yapmadıysa) Alacağınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok mu olurdu?

6- Kokulardan zevk alma:

Önerilen sorular:

Ne tür kokuları seversiniz?

Fırından çıkmış taze ekmek kokusu?

Kokusunu en sevdiğiniz çiçekler hangileridir? Başka?

1. Bu kokuları almaktan genelde ne kadar zevk alırsınız?
2. Son (zaman dilimi) içinde bunlardan herhangi birine rast geldiniz mi?
3. (Eğer rast geldiyse) Ne kadar zevk aldınız?

(Eğer rast gelmediyse) Son (zaman dilimi) içinde rast gelmiş olsaydınız ne kadar zevk alırdınız?

4. (Eğer rast geldiyse) Aldığınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok muydu?

(Eğer rast gelmediyse) Alacağınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok mu olurdu?

7- Gülümseyen insanlar görmekten zevk alma:

Önerilen sorular:

Gülümseyen insanlar, neşeli çocuklar görmek iyi hissettirir mi?

1. Bunları görmekten genelde ne kadar zevk alırsınız?
2. Son (zaman dilimi) içinde gülümseyen/neşeli insanlar/çocuklar gördünüz mü?
3. (Eğer gördüyse) Ne kadar zevk aldınız?

(Eğer görmediyse) Son (zaman dilimi) içinde görseydiniz ne kadar zevk alırdınız?

4. (Eğer gördüyse) Aldığınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok muydu?

(Eğer görmediyse) Alacağınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok mu olurdu?

8- Yakışıklı/güzel görünmek için çaba harcadığınızda yakışıklı/güzel görünmekten zevk alma:

Önerilen sorular:

Görünüştünüze özen gösterir misiniz?

Bakımlı, yakışıklı, güzel görünmek için neler yaparsınız? Bunun için çaba harcamayı sever misiniz?

Bu yaptıklarınız sonucunda bakımlı, yakışıklı, güzel görünmek size ne hissettirir?

1. Genelde bun(lar)dan ne kadar zevk alırsınız?

2. Son (zaman dilimi) içinde bakımlı, yakışıklı, güzel görünmek için herhangi bir çaba sarf ettiniz mi?

3. (Eğer çaba harcadıysa) Ne kadar zevk aldınız? Bunu yapmaktan aldığınız zevk her zamanki kadar mı, daha az mı, daha çok muydu?

(Eğer çaba harcadıysa) Son (zaman dilimi) içinde daha bakımlı, yakışıklı, güzel görünmek için çaba sarf etmiş olsaydınız, bun(lar)dan ne kadar zevk alırdınız?

4. (Eğer çaba sarf ettiyse) Aldığınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok muydu?

(Eğer çaba sarf etmediyse) Alacağınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok mu olurdu?

9- Gazete/dergi/kitap okumaktan zevk alma :

Önerilen sorular:

Kitap okumaktan hoşlanır mısınız?

Dergilere, gazetelere göz atmadan hoşlanır mısınız?

İnternette bir yazı okumaktan hoşlanır mısınız?

Bunlar dışında okumaktan hoşlandığınız neler vardır?

1. Genelde bunları okumaktan ne kadar zevk alırsınız?

2. Son (zaman dilimi) içinde bunları yapabildiniz mi?

3. (Eğer yaptıysa) Ne kadar zevk aldınız? mı?

(Eğer yapamadıysa) Son (zaman dilimi) içinde bunları yapmış olsaydınız ne kadar zevk alırdınız?

4. (Eğer yaptıysa) Aldığınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok muydu?

(Eğer yapmadıysa) Alacağınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok mu olurdu?

10- Sevdigi içeceklerden zevk alma:

Önerilen sorular:

En sevdiğiniz içecekler nedir? Kahve? Çay? Gazoz? Ayran? Alkollü içecekler?

1. Bunları içmekten genelde ne kadar zevk alırsınız?

2. Son (zaman dilimi) içinde bunları hiç içtiniz mi?

3. (Eğer içtiyse) Ne kadar zevk aldınız?

(Eğer içmediyse) Son (zaman dilimi) içinde içmiş olsaydınız ne kadar zevk alırdınız?

4. (Eğer içtiyse) Aldığınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok muydu?

(Eğer içmediyse) Alacağınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok mu olurdu?

11- Küçük şeylerden zevk alma:

Önerilen sorular:

Gündelik yaşamda size zevk veren küçük sıradan şeyler nelerdir?

Eğlenceli ya da komik bir karikatür/fotoğraf görmek, bir video izlemek?

Güneşli bir gün?

Eski bir tanıdıkla karşılaşmak?

1. Genelde bu tür küçük, sıradan şeylerden ne kadar zevk alırsınız?

2. Son (zaman dilimi) içinde hiç böyle küçük, sıradan şeyler oldu mu?

3. (Eğer olduysa) Ne kadar zevk aldınız?

(Eğer olmadıysa) Son (zaman dilimi) içinde böyle küçük, sıradan şeyler olsaydı ne kadar zevk alırdınız?

4. (Eğer olduysa) Aldığınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok muydu?

(Eğer olmadıysa) Alacağınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok mu olurdu?

12- Seyretmekten zevk alma:

Önerilen sorular:

Ne tür manzaraları seyretmekten hoşlanırsınız?

Günbatımı, güneşin doğuşu, kar yağışı, yıldızlı bir gökyüzü, deniz manzarası?

Bunun dışında seyretmekten zevk aldığınız başka şeyler var mı? Çıtır çıtır yanan ateşin görüntüsü? Oynayan çocuklar?

1. Genelde bunları seyretmekten ne kadar zevk alırsınız?

2. Son (zaman dilimi) içinde bunlardan birini seyrettiniz mi?

3. (Eğer seyrettiyse) Ne kadar zevk aldınız?

(Eğer seyretmediyse) Son (zaman dilimi) içinde bunları seyretseydiniz ne kadar zevk alırdınız?

4. (Eğer seyrettiyse) Aldığınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok muydu?

(Eğer seyretmediyse) Alacağınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok mu olurdu?

13- Başkalarına yardım etmekten zevk alma:

Önerilen sorular:

Başkalarına yardımcı olmaktan hoşlanır mısınız?

Zorlanan birine karşıdan karşıya geçmekte veya bir şey taşımakta yardımcı olmak?

Maddi ihtiyacı olan birine yardımcı olmak?

Aç bir köpeğe su veya yemek vermek?

1. Genelde başkalarına bunu yapmaktan ne kadar zevk alırsınız?

2. Son (zaman dilimi) içinde bunu yaptınız mı?

3. (Eğer yaptıysa) Ne kadar zevk aldınız?

(Eğer yapmadıysa) Son (zaman dilimi) içinde bunu yapsanız ne kadar zevk alırdınız?

4. (Eğer yaptıysa) Aldığınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok muydu?

(Eğer yapmadıysa) Alacağınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok mu olurdu?

14- Takdir edilmekten zevk alma:

Önerilen sorular:

Takdir edilmekten, övülmekten, size iltifat edilmesinden, hoşlanır mısınız?

1. Genelde takdir edilmekten, övülmekten, iltifatlardan ne kadar zevk alırsınız?

2. Son (zaman dilimi) içinde hiç övgü/iltifat aldınız mı?

3. (Eğer aldıysa) Ne kadar zevk aldınız?

(Eğer almadıysa) Son (zaman dilimi) içinde alsaydınız ne kadar zevk alırdınız?

4. (Eğer aldıysa) Aldığınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok muydu?

(Eğer almadıysa) Alacağınız zevk genelde aldığınız kadar mı, daha az mı, daha çok mu olurdu?

Klinisyen Tarafından Uygulanan Snaith-Hamilton Zevk Alma Ölçeği Türkçe Yanıt Formu

Klinisyenin kolaylaştırıcı amaçla sorduğu sorulara verilecek belirlenmiş zaman dilimindeki zevkin her zamanki ile karşılaştırılmasına dair yanıtlar, aşağıdaki formda klinisyen ya da ölçeğin uygulandığı kişi tarafından doldurulabilir. “Daha az” yanıtı 1, diğer yanıtlar 0 olarak puanlanır ve toplam puan hesaplanır.

1)		2)		3)		4)	
	☐ Daha az		☐ Daha az		☐ Daha az		☐ Daha az
	☐ Aynı		☐ Aynı		☐ Aynı		☐ Aynı
	☐ Daha çok		☐ Daha çok		☐ Daha çok		☐ Daha çok
5)		6)		7)		8)	
	☐ Daha az		☐ Daha az		☐ Daha az		☐ Daha az
	☐ Aynı		☐ Aynı		☐ Aynı		☐ Aynı
	☐ Daha çok		☐ Daha çok		☐ Daha çok		☐ Daha çok
9)		10)		11)		12)	
	☐ Daha az		☐ Daha az		☐ Daha az		☐ Daha az
	☐ Aynı		☐ Aynı		☐ Aynı		☐ Aynı
	☐ Daha çok		☐ Daha çok		☐ Daha çok		☐ Daha çok
13)		14)					
	☐ Daha az		☐ Daha az		TOPLAM:		
	☐ Aynı		☐ Aynı				
	☐ Daha çok		☐ Daha çok				